

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

ЛІКИ – ЛЮДИНІ

**Сучасні проблеми створення,
вивчення та апробації
лікарських засобів**

Матеріали XXVIII всеукраїнської
науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**3 лютого 2011 року
м. Харків**

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 1 від 10 січня 2011 року*

Харків
Видавництво НФаУ
2011

сердца/Американской ассоциации инсульта – АНА/ASA) //Практична ангіологія. – № 1/1. – 2008. – С.46-56.

4. Adams H.P., Adams K.J., Brotl T. et al. American Stroke Association (ASA) Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke // Stroke, 2003, 29: 1056-1083.

5. Muir K.W., Lees K.R. Dose optimization of intravenous magnesium sulfates after acute stroke // Stroke, 1998, 29: 918-923.

СКОРАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Голдовский Б.М., Поталов С.А.

Запорожская медицинская академия последипломного образования

Основы законодательства Украины о здравоохранении определяют правовые, организационные, экономические и социальные принципы здравоохранения в Украине, регулируют общественные отношения в этой отрасли с целью обеспечения гармоничного развития физических и духовных сил, высокой работоспособности и долголетней активной жизни граждан, устранения факторов, которые вредно влияют на их здоровье, предупреждение и снижение заболеваемости, инвалидности и смертности, улучшения наследственности.

Государственные, общественные или другие органы, обязаны обеспечить приоритетность здравоохранения в собственной деятельности, не нанося вреда здоровью населения в пределах своей компетенции оказывать помощь больным, инвалидам и потерпевшим от несчастных случаев, способствовать работникам органов и заведений здравоохранения в их деятельности.

Поскольку три интегральных показателя состояния здоровья населения - смертность, рождаемость и продолжительность жизни – являются все таки низкими в Украине в сравнении с другими странами СНГ. В среднем рядовой гражданин Украины не доживает 10-15 лет своей жизни. Причем смертность наивысшая среди мужчин работоспособного возраста и составляет около 28% от показателя общей смертности.

Доказано, что качественно основные причины смертности в упомянутом контингенте населения подобные к общеевропейским: сердечно-сосудистые, катастрофы, травматизм на производстве и в быту, дорожно-транспортные происшествия, суициды. Но количественно в Украине они значительно преобладают.

Анализ показывает, что большинство случаев смерти по экзогенным причинам объясняются вредными привычками - алкоголизмом (25%), курение (47%), хроническими стрессогенными

условиями жизнедеятельности (25%).

При современных условиях каждый человек может очутиться в ситуации, когда его здоровью и жизни угрожают проявления определенных рисков. Сначала, в основном, были риски естественного характера: риски влияния таких событий, как землетрясение, наводнение, пожар, жара, чрезвычайный мороз, голод и др.. С развитием цивилизации и появлением техники распространились риски, предопределенные деятельностью человека : технологического или социального характера: транспортные приключения, отравление токсичными веществами при авариях на химических производствах, радиационная угроза, проявления терроризма и др. Статистика свидетельствует, что частота рисков естественного характера и негативные последствия от них с развитием человечества растут за законами прогрессии, и в последнем веке их значительно опережают темпы роста и негативные последствия антропогенных рисков. Помощь пострадавшему в настоящее время всегда будет оказана соответствующей системой предоставления ЭМП, после того, как будет вызов, по номеру 103.

Если пострадавших значительное количество людей и для обеспечения необходимых экстраординарных мер, которые выходят за пределы действия скорой медицинской помощи в повседневных условиях, такая ситуация является чрезвычайной уже для органов здравоохранения и органов местного самоуправления соответствующей территории или государства в целом. Как отрасль здравоохранения ЭМ отображает все достижения и недостатки существующей системы здравоохранения и, в конечном виде, уровень социальной защищенности населения, уровень его благосостояния, уровень экономического благополучия государства.

Обеспечение гарантированного уровня и объема бесплатной медицинской помощи населению Украины является одним из важнейших заданий, которые стоят перед отечественным здравоохранением и государством в целом.

В условиях экономического кризиса и невозможности необходимого бюджетного финансирования всех направлений отрасли здравоохранения право на бесплатное медицинское обслуживание при состояниях, которые составляют угрозу жизни или здоровью гражданина и вызванные внезапными заболеваниями, несчастными случаями, травмами и отравлениями, реализуется через систему скорой медицинской помощи.

Перед действующей сегодня системой предоставления скорой медицинской помощи растут потребности, особенно в случаях возникновения чрезвычайных ситуаций. Прежде всего, это вызвано

недостаточной ее эффективностью на фоне сокращения количества автотранспорта и связанным с этим снижением количества бригад СМП и обеспечение ими население.

На протяжении длительного времени недостаточное внимание органов управления уделялось проблеме обеспеченности скорой медицинской помощи автотранспортом. На конец 90-х годов автомобили марок «РАФ» и «УАЗ», которые составляли 83,5% парка санитарных автомобилей, имели процент амортизации около 80. Эта ситуация приводила до невозможности своевременного прибытия к месту вызова.

Кроме того, в работе СМП имели место недостатки технологического и организационного характера. Да, в структуре выполненных выездов, например в 2000 году, удельный вес составили необоснованные вызовы (20,8%), связанные в большинстве случаев с - предоставлением медицинской помощи больным в состояниях, которые не угрожали жизни, что без неотложной надобности увеличивают нагрузки и финансовые расходы.

Ухудшение состояния здоровья население Украины, связанная с условиями жизнь, труды и состоянием окружающей среды, приводит к увеличению потребности населения в скорой медицинской помощи, и, прежде всего на догоспитальном этапе. Подтверждением этому является тот факт, что смертность от несчастных случаев, отравлений и травм занимает третье место после болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований и составила в 1999 году 142,7, а в 2000 году - 148,7 случаев на 100 тыс. населения (в мире 97,0 на 100 тыс. населения). В то же время среди работоспособного населения несчастные случаи, отравления и травмы остаются наиболее частой причиной общей смертности, что также нужно учитывать при организации экстренной медицинской помощи как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах. Не отвечает современным условиям правовая и законодательная база службы. Все перечисленные обстоятельства позволяют прийти к выводам, что проблема усовершенствования и обеспечения эффективности работы для предоставления ЭМП, является актуальной проблемой здравоохранения.

Предоставление ЭМП, является системой общегосударственных мероприятий, которые реализуются центральными и местными органами исполнительной власти. Физико-географическое положение Украины, наличие большого количества опасных объектов, искусственных водоемов, атомных электростанций, широко разветвленной сети продуктопроводов, децентрализация управления и финансирования создают предпосылки для возникновения чрезвычайных ситуаций.

За период 2000-2009 годы в Украине зарегистрировано свыше трех тысяч чрезвычайных ситуаций в результате которых пострадало 16,7 тыс. лиц.

В результате несчастных случаев в последние годы в нашем государстве ежегодно погибает почти 60 тыс. человек, а около 2 миллионов человек получают травмы. Во время ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, когда необходимо оказать медицинскую помощь одновременно большому количеству пострадавших, возникают проблемы, связанные с недостатком медицинских работников и не только мед.персонала СМП, а и других подразделений подготовленных для предоставления экстренной помощи пострадавшим.

Рассмотрим основы организации и предоставления экстренной медицинской помощи, которая также определяется сроками «первая помощь», «неотложная медицинская помощь». Обсудим вопрос организации помощи, в каком объеме, кому и когда она должна быть предоставлена в соответствии с украинским законодательством, определение срока «неотложная медицинская помощь», организация системы неотложной медицинской помощи на этапе к внедрению в практическое здравоохранение врачей семейной медицины, врачей медицины неотложных состояний предложения относительно усовершенствования эффективности первой медицинской помощи.

Одно из отраслевых мероприятий в ее реализации должно предусматривать развитие первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины, что изменит организацию предоставления неотложной медицинской помощи (НМП) но нельзя отбрасывать врачебную общепрофильную и специализированную службу СМП

Прежде всего попробуем разобраться в значении сроков неотложная медицинская помощь (НМП), скорая медицинская помощь (СМП), экстренная медицинская помощь (ЭМП), которые достаточно часто свободно употребляются в разном значении в литературе, в том числе научной, медицинской и в документах. Ошибочно считать, что они значат разные виды медицинской помощи. НМП - это мероприятия, которые осуществляются в срочном порядке за короткий отрезок времени с целью предотвращения смерти или серьезных осложнений в здоровье человека. Основным требованием, при ее предоставлении, является своевременность проведения медицинских мероприятий, направленных на возобновление и поддержку жизненно важных функций организма.(специализированная служба).

Есть другие определения срока НМП, это помощь пострадавшим (больным), которую в критическом для жизни или здоровья подают

соответственно подготовленные (наученные, специализированная служба) лица, которые имеют соответствующую квалификацию из медицины, и которые, в соответствии с данной квалификацией, несут юридическую ответственность за свои действия или бездеятельность.

Статья 37 «Основ законодательства Украины об охране здоровья» и некоторые другие Законы Украины определяют, кто и в каких случаях должно оказывать медицинскую помощь в безотлагательных и экстремальных ситуациях.

Медицинские работники обязаны оказывать первую неотложную помощь при несчастных случаях и острых заболеваниях. Медицинская помощь обеспечивается службой СМП или ближайшими лечебно-профилактическими заведениями независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности с последующим возмещением расходов.

Следовательно, если все должны предоставлять НМП при необходимости, то СМП на ней специализируется, в этом ее основная функция в системе здравоохранения. Для предоставления НМП она располагает диспетчерской по приему вызовов, оснащенные автомобили, подготовленный (наученный и экипированный) с соответствующей медицинской квалификацией персонал, который можно быстро направить на место вызова.

Поликлинике организовать оказание НМП тяжелее. Участковые врачи, как отмечали в советское время, не готовы к представлению экстренной (безотлагательной) медицинской помощи (не вооруженные всем необходимым, не владеют мероприятиями реанимации и т. п.).

Попытку создания в поликлинических отделениях НМП, было отвергнуто МОЗ в 1968 году. Считалось, что наличие рядом со станциями СМП отделений НМП приводит к распылению сил и средств, утрудняет обращение населения за медицинской помощью и своевременного ее получения.

Но настоящее время вносит свои коррективы, мы считаем что такая служба необходима при всех медицинских учреждениях.

От разъединения оперативного реагирования на вызовы проигрывает больной, который теряет возможность получить необходимую медицинскую помощь в полном объеме, часто невозможно даже опытному диспетчеру «103» разобраться в остроте ситуации, по поводу которой обращаются за медицинской помощью» безошибочно решить кого направлять для ее предоставления - одного медработника или бригаду СМП.

В 1988 году с целью улучшения работы станций (отделений) СМП и повышение ответственности территориальных поликлиник за предоставление медицинской помощи населению, что за ним

закреплено, было предложено создавать в поликлиниках пункты (отделение) медицинской помощи на дому взрослому и детскому населению. их штаты должны были формироваться за счет врачебных должностей станций (отделений) СМП из расчета 1,5 вызовы на 1 терапевта или педиатра через час. Врачи должны были проходить подготовку по предоставлению экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, ни в одном приказе в советское время не ставилось задание создавать пункты (отделение) НМП. Впервые оно было поставлено в 1996 году в приказе МОЗ Украины.

Существенная роль в структуре ПМСП останется за СМП, и нужно четко определиться - кто в этой структуре и в каких случаях будет предоставлять НМП.

Семейный врач должен жить и работать в жилом доме, жителей которого он обслуживает, в крайнем случае в пределах пешеходной доступности к населению и предоставлять НМП не только при обострении хронической болезни, но и при возникновении острых состояний, травмах и отравлениях, вызывая при необходимости СМП себе на помощь и последующей госпитализации пациента.

Необходимость организации пунктов (отделений) НМП с целью разгрузки СМП от несвойственной для нее работы со временем отпадет сама по себе. Как показывает практика «на территориях, где работают семейные врачи, отмечается сокращение посещений «узких» специалистов и уменьшения вызовов СМП на 28%.

Наше виденье роли СМП в предоставлении НМП. Это система отделений и юридически самостоятельных медицинских заведений, основным заданием (функцией) которых является предоставление бесплатной НМП пострадавшим при несчастных случаях и чрезвычайных ситуациях, состояниях, которые угрожают жизни, которые возникли внезапно или в результате обострения хронического заболевания, а также субъектов, которые обеспечивают ее деятельность.

СМП предоставляет НМП человеку, который находится в грозной жизни состоянии, в объеме достаточном для начала ее безопасной транспортировки к лечебному заведению не ставя даже первичного диагноза. Бесспорно, она может выезжать также и при обострении хронического заболевания человека, но если это произошло на работе и в общественных местах. К дому же едет, в основном, за вызовом медицинского работника, который обязан дожидаться прибытия бригады и нести ответственность за обоснованность ее выезда. Вообще же бригада не должна, как правило, выезжать по несколько раз подряд к одному и тому же человеку за короткий отрезок времени.

При оснастке СМП современными телекоммуникационными средствами, которые позволят при необходимости передать теле-

метрические данные о состоянии пациента и получить консультацию от специалиста, можно перейти к предоставлению НМП, руководствуясь утвержденными протоколами, не только врачами, но и фельдшерами.

Врачи НМП не должны доделывать того, что не успели сделать участковые врачи.

Ввести норматив времени на обслуживание вызова с учетом 10 минут приезда на место вызова. Рассчитывать количество бригад не на 10 тыс. населения, а организовывать количество бригад, учитывая почасовое количество вызовов. Это повысит интенсивность работы бригады и возможно вынудит ограничить, в зависимости от работоспособности на протяжении изменения, времена работы персонала.

Экстренная, скорая, неотложная медицинская помощь - синонимы, и предоставляется в зависимости от ситуации: СМП, функциональной единицей поликлиники и другими субъектами, на которых положено согласно законодательства и соответственно служебными инструкциями.

Служба скорой медицинской помощи - система отделений и медицинских заведений, специализируются на представлении бесплатной неотложной медицинской помощи пострадавшим при несчастных случаях, чрезвычайных ситуациях и состояниях, которые угрожают жизни человека в предусмотренном порядке.

Поликлиника оказывает плановую медицинскую помощь, ее главная функциональная единица семейный врач - должен предоставлять НМП при ухудшении состояния человека (в основном при заострении хронической болезни). Медицинские работники обязаны оказывать первую неотложную помощь при несчастных случаях и острых заболеваниях. Медицинская помощь обеспечивается службой скорой медицинской помощи или ближайшими лечебно-профилактическими заведениями независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности.

В случае угрозы жизни больного медицинские работники и другие граждане имеют право использовать любое имеющееся транспортное средство для проезда к месту пребывания больного с целью представления неотложной помощи или транспортировки его в ближайшее лечебно-профилактическое заведение.

Врач обязан объяснить пациенту в доступной форме состояние его здоровья, цель предложенных исследований и лечебных мероприятий, прогноз возможного развития заболевания, в том числе наличия риска для жизни и здоровья.

Благополучие людей непосредственно зависит от их здоровья. Уровень здоровья человека определяет ее роль в жизни и развитии

общества. Украина как социально ориентированное государство признает обеспечение надлежащих качеств жизни граждан, в том числе высокого уровня здоровья, приоритетом своей политики.

Формирование национальной политики в здравоохранении основывается на принципах справедливости, участия в деятельности из здравоохранения государства отдельных граждан, учреждений, организаций и секторов общества и равенства прав, обязанностей и одинаковой ответственности всех за состояние здоровья.

Катастрофы и человек - это противостояние длится всю историю человечества и в ближайшем будущем устранить его не удастся.

Запорожье - высокоразвитый индустриальный город. В связи с его высоким уровнем развития всех отраслей промышленного производства, значительным ростом транспортных средств и интенсивности дорожного движения, изменением экологических факторов постоянно увеличивается число тяжелых травм и патологических состояний, нуждающихся в экстренных лечебных мероприятиях.

Установлено, что существует прямая зависимость следствий тяжелых травм и безотлагательных болезненных состояний от времени прибытия врача до пострадавших и больных, качеств и объема сделанной им медицинской помощи, грамотной транспортировки в стационар с продолжением лечения в дороге.

Вообще, бригады станций и отделений скорой медицинской помощи выполняют возложенные на них обязанности.

Обеспечение службы скорой медицинской помощи – автотранспортом остается существенно ниже необходимой потребности. Снос санитарного транспорта службы СМП области составляет возле 65%.

Служба СМП г.Запорожья обеспечивает население города своевременной квалифицированной скорой медицинской помощью, из этого vyplывают основные задачи станции - обеспечение стабильного функционирования учреждения, создание условий для реализации гражданских прав на экстренную медицинскую помощь, а это значит необходимо сохранить специализированную службу (кардиореанимация, неврологическая, педиатрическая и др.)

Мероприятия, которые направлены на усовершенствование СМП, должны носить комплексный характер и включать - формирование политики в отрасли здравоохранения на основе приоритетного развития ДЭ скорой медицинской помощи.

Одной из организационных задач предусматривается освобождение станции от несвойственных ей функций, уменьшение непоказанных вызовов и оптимальное использование бригад.

Большое внимание необходимо уделять работе с кадрами,

комплектации врачебных должностей и среднего медицинского персонала, повышению уровня профессионального мастерства и культуры выездного медицинского персонала.

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Голдовский Б.М., Стрижко Е.В., Сериков К.В.,
Поталов С.А., Левкин О.А.

Запорожская медицинская академия последипломного образования

За последние 5 лет в Украине зарегистрировано 204,195 дорожно-транспортных происшествия (ДТП), в которых было травмировано 222,342 человек и погибло 35,171 человек.

Международный опыт свидетельствует, что 20% летальных исходов при политравме, возникающих ежегодно, возможно предотвратить при условии улучшения работы службы медицины неотложных состояний. Пострадавшие с политравмой относятся к категории крайне тяжелых больных, поэтому оказание неотложной медицинской помощи такому контингенту сопровождается значительными трудностями, с частым развитием осложнений, высокой летальностью и инвалидизацией выживших [1].

Материалы и методы. Неотложная медицинская помощь и интенсивная терапия проводилась с 8-ми пострадавшими с политравмой. Мужчин было 5 (62,5%), женщин 3 (37,5%). При этом средний возраст мужчин составил 42 года, а женщин 36 лет.

Результаты и их обсуждение. Неотложная медицинская помощь оказывалась на основании принципа “золотого” часа, согласно R. A. Growley, 1993.

Во время оказания неотложной медицинской помощи, больным с политравмой, с целью своевременного выявления жизнеопасных нарушений и стабилизации витальных функций, проводилось [2]:

- Первичный осмотр согласно алгоритму АВСС*
- Медицинская сортировка
- Интенсивная терапия
- Повторный осмотр пострадавшего
- Постоянный мониторинг витальных функций пострадавшего
- Квалифицированная и специализированная медицинская помощь.

При этом:

- А (airways) – восстановление проходимости дыхательных путей
- В (breathing) – вспомогательная вентиляция легких