ІV МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров’я України» 15-17квітня 2015

Стор.103-112

ПЕРСПЕКТИВИ ТА ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ЩОДО СТВОРЕННЯ ВІДДІЛЕНЬ ЕКСТРЕНОЇ (НЕВІДКЛАДНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Гур’єв С.О.2 , Рощін Г.Г.1 , Гуселєтова Н.В.2 , Печиборщ В.П.2 , Михайловський М.М.2

 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика, Київ, Україна 2 ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», Київ, Україна

Мета. В результаті аналізу особливостей структури та діяльності мережі стаціонарних закладів надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в містах України визначити особливості впровадження світового досвіду розбудови відділень ЕМД, подібних відділенням Еmergency Department – (ЕD) економічно розвинених країні. Матеріали і методи. Для досягнення мети використані результати порівняльного аналізу мережі, структури, штатного забезпечення та результатів госпіталізації пацієнтів в стаціонари України та держав з розвиненою ринковою економікою, в яких працює система стаціонарних закладів надання стаціонарної ЕМД з відділеннями – ЕD. Результати та обговорення. В США, Канаді, Великобританії, в державах ЄС, а в останні роки і в державах СНД у складі багатопрофільних лікарень , що надають стаціонарну ЕМД пацієнтам у невідкладних станах обов’язковою структурою лікарні, що будується в нових клініках за єдиними стандартами та нормами, та в модернізованих приміщеннях діючих лікарень стали відділення ED. Так, в США в відділення ED звертається в середньому 321 пацієнт з 1 000 населення. Правова та нормативна база їх створення, структури, штатів та функціонування включає десятки Законів, сотні Стандартів. В країнах з розвиненою системою ЕD показники смертності та інвалідності від нещасних випадків та травм менші, ніж в Україні в 3–5 раз. У відділенні ЕD кожна людина в невідкладному стані, яку доставляють в лікарню медичним , приватним транспортом або які звертаються самі чи направляються лікарями загальної практики на ранньому госпітальному етапі проходять обстеження лікарями з невідкладних станів за стандартними протоколами, отримумують необхідну ЕМД і після цього чи направляються для амбулаторного лікування чи госпіталізуються. Система ED почала існувати в США декілька десятиріч тому, а зараз з різними модифікаціями впроваджується іншими державами. Привабливим для нас є досвід розбудови системи ЕD в Австралії протягом 2-х років, та те, що мета системи – не тільки вплинути на показники лікарні, а і надати кожному австралійцю необхідну ЕМД. Закон Украіни «Про ЕМД» № 5081-V1 від 5.07.12 р. передбачає створення відділень ЕМД в багатопрофільних лікарнях з цілодобовим режимом роботи. В Україні із діючих лікарень відповідають відповідним вимогам лікарні швидкої медичної допомоги (ЛШМД). Фахівцями ДЗ «ЕМД та МК МОЗ України» та НМАПО ім. П.Л. Шупика проведений аналіз організації надання стаціонарної ЕМД ЛШМД населенню всієї держави, та поглиблений населенню міста Києва на ранньому госпітальному етапі на прикладі КМК ЛШМД. В Україні працює 15 ЛШМД в 13 із 27 адміністративних територій, які за 2013 р. госпіталізували 13,25 % доставлених в стаціонари бригадами ЕМД пацієнтів. В 2013 р. із доставлених бригадами ЕМД 205 039 пацієнтів в стаціонарні заклади міста Києва 28 472 особи (13,9 %) доставлені до ККЛШМД. Більшість ЛШМД держави мають наступні недоліки: стан приміщень, наявне медобладнання, відсутність IV Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров’я України» IV International Medical Congress «Introduction of modern medical science advances into healthcare practice in Ukraine» тези доповідей www.medforum.in.ua 105 уніфікованої структури ЛШМД, профілю відділень, склад та якість підготовки медичного персоналу не дають можливостей без тривалого перехідного періоду безпосередньо застосувати до них єдині вимоги нормативних документів розвинених держав. Висновки. На основі аналізу ЕМД на ранньому госпітальному етапі КМКЛШМД розроблена концепція розрахунку штатного розкладу відділень ЕМД багатопрофільних лікарень.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОВЕДЕННЯ ІНФУЗІЙНО–ТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

 Пенкальський О.О.2 , Рощін Г.Г.1 , Вершигора А.В.3 , Близнюк М.Д.2 , ІвановВ.І.2 ,Лобода Г.Г.2 , Гонтаренко В.О.1

 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика, Київ, Україна 2 ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», Київ, Україна 3 Київський центр екстреної медичної допомого та медицини катастроф, Київ, Україна

 Мета дослідження. Вивчити особливості проведення інфузійнотрансфузійної терапії постраждалим з поєднаною травмою на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі. Матеріали і методи. Вивчено вітчизняний досвід та досвід країн Євросоюзу , США з проведення інфузійно-транфузійнній терапії на догоспітальному етапі за останні 10 років та проведено порівняльний аналіз. Терапія геморагічного шоку в кінці XX ст. була заснована на агресивній інфузійній терапії, яка супроводжувалась розвитком різного роду ускладнень. Така тактика є досить поширеною в Україні та на теренах країн СНД. В остатнє десятиліття в більшості передових країн набула поширення вичікувальна тактика інфузійної терапії, після забезпечення гемостазу або так звана пермісивна гіпотонія, коли при неконтрольованій кровотечі підтримують систолічний тиск не нижче 70 мм рт. ст., при поєднаній черепно-мозкової травмі – 90 мм рт. ст., а при контрольованій кровотечі – 110 мм рт. ст. Але, всі вони мають недоліки які проявляються у післяінфузіонному періоді. З одного боку, успішно ліквідується циркуляторна гіпоксія, викликана дефіцитом ОЦК, а, з іншого боку розвивається дилюційна анемічна гіпоксія. Тому, інфузійне лікування гострої крововтрати без своєчасного введення донорських еритроцитів призводить в післяінфузійному періоді до зменшення кисневої ємності циркулюючої крові, погіршення постачання міокарда киснем і формуванню серцевої недостатності. Серцева недостатність виявляється безпосередньою причиною падіння величини серцевого викиду і з’являється не діагностована циркуляторна гіпоксія. У хворого з кровотечею найважливіше підтримання викиду серця (ERC, 2010). Результати та обговорення. Найбільш поширеними та дієвими стратегіями надання допомоги травмованим на догоспітальному етапі є: “Stay and play” – лікування на місці події, що передбачає широке використання певних заходів та “Load and go” – «хапай і біжи», виконання тільки реанімаційних заходів, мета – швидка госпіталізація. Особливе місце в тактиці інфузійнотранфузійної терапії посідає внутрішньокістковий доступ для швидкого введення розчинів. Основним методом лікування геморагічного шоку на догоспітальному етапі, особливо в умовах бойових дій, є переливання компонентів крові, при чому, максимальний гемостатичний ефект досягається при переливанні свіжозамороженої плазми в співвідношенні з еритроцитарною масою як 1:2. Сучасними методиками,особливо за умов неможливості швидкої доставки пораненого в стаціонар, є забезпечення та проведення інфузійно-трансфузійної терапії колоїдно-кристалоїдними розчинами та відмитими універсальними еритроцитами ( закордонний досвід з часів В’єтнамської війни ). Нами проведено дослідження використання препарату HAES-LX 5 % (українського виробництва) в експерименті при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини з метою компенсації крововтрати, адаптації системи прооксидантноантиоксидантного захисту та попередження бактеріальної транслокації облігатних анаеробів. Отримані результати довели, що він виявляє більш високі показники адаптації до розвитку ускладнень шокового періоду травматичної хвороби. Висновки. Тактика інфузійно-транфузійної терапії в Україні потребує удосконалення та стандартизації й повинна базуватись на досвіді передових країн світу. Розчин Гекотон (HAES-LX5%), доцільно використовувати на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах лікування потерпілих з поєднаною травмою.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ЦИВІЛЬНО-ВІЙСЬКОВОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

 Рощін Г.Г.1 , Мазуренко О.В.1 , Волошин В.О.2

 1 НМАПО імені П.Л. Шупика, Київ, Україна 2 Національна академія Служби безпеки України, Київ, Україна

Мета. Вивчити міжнародний досвід цивільно-військової взаємодії під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації (НС). Матеріали і методи. Бібліографічний, семантичний, аналіз власних спостережень цивільно-військової взаємодії на міжнародних навчаннях «Yankee – 2000», «Sea Breeze», «Rough and Ready», «SEESIM». Результати. Під час виконання учбових завдань, з метою управління подолання наслідків НС, координації та взаємодії між різними гілками виконавчої влади, керівник проведення операції для координації спільних дій між аварійно-рятувальними підрозділами та цивільними урядовими та неурядовими організаціями, в тому числі волонтерськими, регіональними та міжнародними, для надання певного обсягу визначеної допомоги між різними гілками виконавчої влади організують так звані Оперативні центри, або, в разі залучення військового компоненту, Цивільно-військові оперативні центри. (CMOC – civil military operation centre, англ.), до складу якого входили повноважні представники військового та цивільного компонентів, в т.ч. керівників охороною здоров’я постраждалої від НС території. Нашу увагу привернуло те, що CMOC організовували не обов’язково військові, проте військові відігравали значущу функцію підтримки дій цивільних. Серед завдань СМОС було визначено: 1) здійснення керівництва, планування та організацій проведення операції щодо надання допомоги постраждалим в разі виникнення НС; 2) IV Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров’я України» здійснення координації дій урядових та неурядових організацій для забезпечення потреб цивільного населення; 3) забезпечення обміну інформацією між учасниками операції з подолання наслідків НС; 4) координація та моніторинг запитів та пропозицій про допомогу від гуманітарних організацій та їх забезпечення за допомогою підтримки військовими. Координацію цивільно-військових дій та взаємної підтримки здійснюють через обмін інформацією, об’єднане планування та спільну оцінку ситуації яка склалась; проведення спільних нарад; перемовин тощо. Організація цивільно-військових оперативних центрів обумовлює розробку та впровадження єдиних для цивільних та військових уніфікованих міжнародних стандартів та протоколів, в т.ч. єдиної медичної сортувальної системи. Висновки. Цивільно-військовий оперативний центр (CMOC) – це первинна ланка, для координації спільних дій цивільних установ, збройних сил та гуманітарних урядових, неурядових та волонтерських організацій і агенцій. Під час подолання наслідків НС впроваджують єдині для військових та цивільних стандарти та протоколи надання медичної допомоги. Цивільно-військову координацію забезпечують через спільне планування місії та налагодження уніфікованого обміну інформацією.

ВВЕДЕННЯ ПРОГРАМ ВІЙСЬКОВО – ТАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ В ЕКСТРЕНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

 Рощін Г.Г., Мазуренко О.В., Крилюк В.О., Кузьмін В.Ю., Іскра Н.І., Сличко І.Й., Гонтаренко В.О

. НМАПО імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

Мета. Вивчити можливості покращення підготовки слухачів в післядипломній освіті з надання екстреної медичної допомоги за умов АТО на кафедрі медицини катастроф шляхом викладання елементів тактичної медицини Матеріал та методи. За умов ситуації, що склалась в країні, протягом визначеного терміну змінились вимоги до навчального процесу і безпосередньо – до викладання піднятої проблематики на кафедрі медицини катастроф. З врахуванням світового досвіду щодо надання екстреної медичної допомоги за умов локальних війн, АТО та вивчення програм підготовки лікарів та військовослужбовців (США та Євросоюзу), вважали за доцільне внести зміни до наших навчальних програм. В кожну із 156, 78, 72,12 та 6 годинну програму були внесені елементами з викладання тактичної бойової та цивільної медицини. За час проведення АТО, на кафедрі медицини катастроф пройшли навчання 2 345 слухачів циклів тематичного удосконалення та інтернів. Особливу увагу приділяли відпрацюванню практичних навичок на манекенах з елементами само- та взаємодопомоги, методиці накладання кровозупинного джгута, відкриттю дихальних шляхів ,тактиці при лікуванні «під вогнем», тактичному польовому та евакуаційному лікуванню поранених. До викладання залучаються досвідчені науковці та практичні лікарі ДЗ Українського науковопрактичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України. Основні причини смертей на полі бою за зведеним аналізом попередніх військових конфліктів: у 31 % випадків – проникаюча травма голови, 25 % – ушкодження тулуба, що не корегується хірургічним шляхом, 10 % – травма тулуба, що потенційно корегується хірургічним шляхом, 9 % – крововтрата від ушкодження кінцівки, 7 % – розривні типи поранень/ травми, 5 % – напружений пневмоторакс, 1 % – порушення прохідності дихальних шляхів, 12 % – смерть від ран (інфекції або ускладнення шоку), саме цим тематикам ми приділяли найбільшу увагу. Результати та обговорення. Як показав проведений аналіз відповідей на поставлену групу запитань до проведення занять помилки допускали 52,1 % слухачів. Після проведення навчань цей показник складав 11,3 %. Моніторинг помилок показав, що у переважної кількості випадків (86,8  %) мали місце помилки стосовно послідовності виконання невідкладних заходів. На другому місті знаходилась якість виконання невідкладних заходів (відсутність практичного досвіду роботи в позалікарняних умовах). На третьому місці за частотою стояли помилки стосовно власної безпеки (нехтування власною безпекою при наданні екстреної медичної допомоги). Висновки. За умов проведення локальних та широкомасштабних АТО з веденням бойових дій важливе місце займає тактична екстрена медична допомога. Використання у навчальному процесі розроблених та адаптованих міжнародних програм по наданню домедичної допомоги на місці ураження з елементами само- та взаємодопомоги надає можливість навчити, закріпити та поглибити теоретичні знання та відпрацювати практичні навички широкому колу слухачів, а вивчення поєднання трьох етапів надання допомоги, які є основами військової медицини – дозволяють упередити три причин смерті на полі бою: кровотечу з ушкодженої кінцівки, напружений пневмоторакс та травматичну обструкцію дихальних шляхів .