VI МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС. 25-27 квітня 2017

Стор.45

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПОДІЯХ З МАСОВИМ УРАЖЕННЯМ ЛЮДЕЙ

Мазуренко О.В1 ., Рощін Г.Г.1 , Сандрацький М.Г.2

1 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ 2 Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ

Мета. Узагальнити досвід організації медичної допомоги при подіях з масовим ураженням людей (далі-МУЛ) на ранньому госпітальному етапі. Метод. Системний аналіз 85 випадків масових надходжень до закладів охорони здоров’я (далі ЗОЗ), які відбулись в світі впродовж 1979-2015 рр., у т.ч. на території України – 39, власні спостереження, бібліографічний, семантичний, статистичний. Результати та обговорення. Під поняттям події з масовим ураженням людей для ЗОЗ в роботі розглянуто ситуації, через які виникає невідповідність між одночасним надходженням значної кількості постраждалих та можливостями надання їм медичної допомоги за повсякденних форм та методів роботи. За результатами дослідження при МУЛ констатовано кілька «хвиль» надходження постраждалих до лікувального закладу: І - переважно легко травмовані особи, які самостійно звертаються по медичну допомогу до найближчого закладу ОЗ. Триває впродовж 15 - 120+ хвилин після інциденту, ІІ - ураженні з очевидними ознаками тяжкої травми, яких доставляють бригади екстреної медичної допомоги (далі-ЕМД) впродовж перших 20 хвилин після події; ІІІ - особи з ознаками менш тяжкої травми, яких транспортовано в другу чергу. В групі дослідження масові надходження до ЗОЗ складали 59,2±25,01 осіб. Організація медичної допомоги при подіях з масовими ураженнями людей передбачає впровадження кількох режимів функціонування: 1) готовність до можливого надходження значної кількості постраждалих (Зелений рівень), 2) часткова мобілізація наявних ресурсів (Жовтий рівень), 3) повна мобілізація (Червоний рівень). При отриманні інформації про подію, що передбачає масове надходження, активізують роботу групи управління, організовують дієву систему інформаційного забезпечення, підсилюють приймальне відділення відповідними ресурсами, у т.ч. кадровими, за рахунок інших відділень, профілізують певні відділення або лікарняні ліжка. Розподіл потоків уражених здійснюють відповідно потреби проведення життєзберігаючих заходів. Висновки. Збільшення готовності закладу охорони здоров’я до функціонування в умовах масового надходження постраждалих реалізують через перерозподіл наявних ресурсів, формалізації дій медичного персоналу відповідного локального документу (наприклад «Картка дій при МУЛ», ) та проведення навчань.

Стор. 49-50

АКТУАЛЬНІСТЬ ЗМІН ДО ЗАКОНУ З ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Рощін Г.Г.1 , Зозуля І.С.1 , Цуглевич Я.М.2 , Тутченко М.І.2 , Мазуренко О.В.1 , Рогов А.В.2 , Синельник С.В.2 , Вершигора А.В2 ., Тихенько С.В.2 , Лобода Г.Г.2

1 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ 2 ВГО « Всеукраїнська Асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Київ

Мета. Вивчити розбіжності європейського і українського законодавства в сфері екстреної медичної допомоги (ЕМД) та розробити проекти змін до закону про ЕМД в Україні. Матеріали та методи. Нами проаналізовано законодавчі акти 28 країн Європейського союзу, США та Канади, а також моніторинг європейського бюро ВООЗ з питань ЕМД. На підставі аналізу виявлено, що основними компонентами Системи є: 1. Наявність закону про ЕМД та програм (джерел) його фінансового забезпечення (державні, регіональні, муніципальні, приватні). 2. Догоспітальна ЕМД : 2.1. Зв’язок - номер телефону (112). 2.2. Диспетчерські. 2.3.Автомобілі (а.в.с) 3. Госпітальна ЕМД: 3.1. Наявність відділень екстреної медичної допомоги багатопрофільних лікарень. 3.2. Наявність протоколу сортування. 4. Освіта та спеціальності в ЕМД: лікар та медсестра з медицини невідкладних станів, парамедик, медичний технік та перший на місці події або - First Responder (FR). 5. Участь у реагуванні (національне і міжнародне) ЕМД за умов надзвичайних ситуацій (медицина катастроф) відповідно до планів реагування та координації. В українському законодавстві з ЕМД формально існують всі компоненти відповідно законодавства ЄС, однак, наш Закон не включає до системи приватні структури охорони здоров’ я, не конкретизує фахівців системи, іх додипломну та післядипломну освіту, спеціалізацію, не вказані шляхи залучення до системи фахівців інших відомств, не визначено організацію державного рівня медицини катастроф. Саме тому є нагальна потреба внести зміни до Закону України «Про екстрену медичну допомогу», шляхом доповнення його законодавчими визначеннями ланок, яких бракує для функціонування системи допомоги, а саме: конкретизувати спеціальність лікар та медсестра з медицини невідкладних станів, професійний статус «екстрений медичний технік» (рівень допомоги BLS – базова підтримка життя) та «парамедик» (рівень допомоги АLS – розширена підтримка життя) в системі ЕМД та терміни іх додипломної та післядипломної підготовки; центр травми – як статус закладу охорони здоров’я госпітального етапу системи ЕМД, що встановлюється місцевими органами виконавчої влади за єдиними державними критеріями щодо надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з травмою у невідкладному стані та ресурсного забезпечення І – IV рівня, затвердженими центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров’я. Висновки. 1. Законодавство з питань ЕМД більшості країн ЄС - 92,6%, визначає наступні напрямки розвитку системи – уніфікація протоколів надання допомоги як на догоспітальному так і ранньому госпітальному етапах, запровадження єдиної додипломної, післядипломної освіти та спеціалізацій (лікар та медсестра з медицини невідкладних станів, парамедик, медичний технік), створення відділень ЕМД в багатопрофільних лікарнях з запровадженням єдиного уніфікованого протоколу сортування постраждалих, наявність спеціалізації з ЕМД та медицини катастроф для інших медичних фахівців, уніфікація єдиних Планів реагування на надзвичайні ситуації. 2. Запровадження змін до Закону України з ЕМД дасть змогу покращити якість надання допомоги постраждалим пацієнтам у невідкладному стані. 3. На період впровадження нової системи ЕМД необхідно законодавчо закріпити усі елементи професійного, матеріального і соціального захисту працівників існуючої системи.

Стор. 50-51

ПЕРШИЙ НА МІСЦІ ПОДІЇ – ОДИН ІЗ ОСНОВНИХ КОМПОНЕНТІВ РЯТУВАННЯ ЛЮДЕЙ Рощін Г.Г.1 , Деніел Смайлі 2 , Синельник С.В.3

1 Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ 2 Служба екстреної медичної допомоги штату Каліфорнія, м. Сакраменто, США 3 ВГО «Всеукраїнська Асоціація працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Київ

Мета. Проаналізувати досвід зарубіжних країн з запровадження рятувальних життя людини елементів системи екстреної медичної допомоги (СЕМД) на місці події та визначити категорію людей, яких потрібно навчити за відповідними програмами в Україні. Матеріали і методи. Для вчасного рятування людини у невідкладному стані, будь то травмованої чи гостро захворівшої, більшість країн світу, в залежності від економічних можливостей, запроваджують ефективні СЕМД, які забезпечують надання допомоги в перші 3 – 5 хвилин, тому в останні 10 років медичні технології (деякі ліки, автоматичний дефібрилятор) поширюються на немедичних фахівців. З 2010 року в розвинених країнах запроваджена підготовка 10% населення за 6 годинною програмою BLS – базова підтримка життя або SPR – серцево-легенева реанімація з автоматичним дефібрилятором, що дає змогу рятувати на 10-15% більше людей при раптовій зупинці серця. Нами проаналізовані за літературними джерелами СЕМД 28 країн Європейського союзу та США і Канади. Термін «Перший на місці події» передбачає знаходження або прибуття на місце події саме навченої людини надавати допомогу за сучасними міжнародними професійними програмами 3 рівнів окремої сертифікованої медичної спеціальності (видається державний сертифікат та фахівець працює за цією спеціальністю ): «First Person on Scene (FPOS)» - першої особи на сцені, в окремих Європейських країнах або First Responder (FR) – перший реагуючий - в більшості країн, що забезпечує 3- хв. норматив доїзду до постраждалої людини ( Ізраїль і інші країни ) за умов чергування цих спеціалістів на перехрестях доріг густонаселених міст. Базовий рівень навчання становить 15 годин, середній – 35 годин, удосконалений – 55 годин, за цими програмами можуть бути навчені поліція, пожежники, стюардеси та інші фахівці. Розширений професійний курс навчання (120 годин і більше), відповідає медичному техніку – це вже сертифікований і ліцензований фахівець ( EMT- I, EMT- II, EMT- III ), за цими програмами також можуть бути навчені поліція, пожежники, стюардеси, але це у них буде друга спеціальність і вони будуть отримувати за це зарплатню. Іх основні рятувальні функції на місці події полягають в проведенні серцево-легеневої реанімації (СЛР ) та зупинці кровотечі, а ефективність роботи оцінюється кількістю успішно проведених реанімацій до прибуття фахівця більш високого рівня. Вже доведено, що початок СЛР в перші 2 хвилини приводить до відновлення діяльності серця у 85%, через 10 хвилин – менше 10%. Масивна зовнішня кровотеча протягом 3 хвилин може призвести до смерті постраждалого. Затримка допомоги на догоспітальному етапі в цьому випадку на 15 хвилин - це додаткові 20% летальності на госпітальному етапі. В Україні за 2015 рік бригадами ЕМД було проведено 8585 реанімацій на догоспітальному етапі, з них 1528 (17,8%) у сільській місцевості. Серед них 1376 (16%) успішних, у сільській місцевості - 148 (9,7%). В країнах ЄС рівень успішних реанімацій складає 30 – 45%. Висновки. Таким чином, запровадження в Україні такого фахівця як «медичний технік» не тільки в системі охорони здоров’я, але і в інших відомствах, з включенням в єдину систему ЕМД, дасть змогу скоротити доїзд до потерпілого в межах 3 – 5 хвилин і врятувати більшу кількість людей.

ОТИМІЗАЦІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ

Сличко І.Й., Рощін Г.Г.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

Мета. Оцінити рівень знань лікарів-курсантів з військово-медичної підготовки (ВМП) та ефективність використання в навчальному процесі міжнародної програми тактичної військово-медичної допомоги (протокол Tactіcal Combat Casualty Care (ТССС)). Матеріали та методи. Дослідження було проведене за допомогою вивчення фахової галузевої літератури та тестування лікарів-курсантів, циклів тематичного удосконалення, що проходили підготовку на кафедрі медицини катастроф та ВМП НМАПО імені П. Л. Шупика. Навчання проводили за двома напрямками. 1. Надання медичної допомоги в умовах надзвичайних ситуацій - уніфікованої програми післядипломного навчання лікарів та практичні навички відповідно до міжнародних навчальних програм (BLS, ALS, ACLS, ATLS, PALS) з оволодінням основ медичного сортування за системою START. 2. Тактична військово-медична допомога (ТССС). Даний протокол містить алгоритми надання медичної допомоги пораненим з бойовою травмою, яка загрожує життю. В тестуванні брали участь 123 лікаря-курсанти, з яких складали 58 – лікарі-стоматологи, та 65 – лікарі-терапевти. Тестування проводили до початку проведення курсу навчання та після проведеного курсу. Було запропоновано відповісти на ряд запитань в 3-х блоках питань щодо надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) в умовах надзвичайних ситуацій (НС) та військово-медичної підготовки (ВМП). 1-й блок питань: надання ЕМД в зонах НС; 2-й блок питань: первинний огляд та елементи медичного сортування за системою START; 3-й блок питань щодо тактичної військово-медичної допомоги (ТССС). Статистичну обробку результатів було проведено шляхом перевірки одноманітності груп респондентів. Результати та обговорення. Оцінка ефективності запропонованої нами технології навчання по наданню медичної допомоги в зонах НС та тактичної військово-медичної підготовки (ВМП) за результатами повторного тестування курсантів показали: якщо лікарі-стоматологи до навчання мали рівень підготовленості по ВМП - 41,01%, то після навчання цей показник збільшився до 87,71% .