VII МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС. 25-27 квітня 2018

Стор.38-39

DIFFERENT INTERNATIONAL EMERGENCY MEDICAL SYSTEMS` ADAPTATION TO UKRAINIAN ENVIRONMENT

 G.Roshchin1 , Smiley Daniel2 , G.Roshchina1 , S.Sinelnik1 1

 Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine 2 EMSA Sacramento, CA, USA

Objective. To study the modeling, structure and functioning of Emergency medical services (next — EMS) and disaster medicine in US and EU countries for possible adaptation to Ukrainian laws. Materials and methods. The monitoring reports of WHO European Office and 28 European Emergency medical care (next — EMC) standards were analyzed. The US EMS system was also analyzed. Early days the “Franco-German” model dominated in majority of EU countries: Physicians on Ambulance; No First Responders; No Defined “Emergency Department”; No Required EMS System with all EMS Components. In US and few EU countries “Anglo-American” model: transportation component; No Physicians on Ambulance; Fire Department is the First responder on Medical responses; Defined “Emergency Department”. Results and discussion. Now days in Ukraine the following model: Physicians on Ambulances; No first Responders; No defined “Emergency Department”; No Required EMS System with EMS Components. In modern world it is obvious that both “Franco-German” and “Anglo-American” are quickly integrating toward unified and most effective system. Considering Ukrainian EU integration intention there is a need to adopt our current EMS system to internationally accepted requirements: 1. the presence of Law about EMC and known source for its finance. 2. Prehospitals EMC. 3. Hospital EMC 4. Education and specialties in EMC. 5. EMC response in disasters (disaster medicine). Conclusion. “Franco-German” and “Anglo-American” systems are 87% integrated with each other. The creation of new Ukrainian EMS system that will be adapted to International rules will help to improve the results of patients and disaster victims’ treatment.

ДОГОСПІТАЛЬНА ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НЕУСКЛАДНЕНИХ ПОЛОГАХ Рощіна Г.Ф., Голяновський О.В. Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика Кафедра акушерства та гінекології №1, м. Київ Мета. На основі аналізу міжнародних протоколів розробити низку заходів щодо стандартизованого підходу з надання екстреної медичної допомоги при пологах на догоспітальному етапі. Матеріали та методи. Нами проаналізовано протоколи з надання екстреної медичної допомоги при пологах на догоспітальному етапі США та Евросоюзу. Результати та обговорення. Основними компонентами початкового етапу протокольного алгоритму є наступні вимоги збору анамнезу: 1) дотримання безпеки для фахівця, який надає екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі (оцінити безпечність місця надання допомоги, вжити належні заходи щодо запобігання інфекційного впливу для фахівця і породіллі, одягнути рукавички і захисний халат/накидку); 2) отримати допологовий анамнез — термін вагітності, кількість попередніх вагітностей та пологів; 3) розпитати ознаки та симптоми у роділлі для оцінки періоду пологів — болі в животі і біль у попереку, виділення з піхви (відходження слизової пробки або амніотичних вод), позиви на дефекацію; 4) визначити тривалість перейм та довжину інтервалу між ними; 5) повідомити приймаючу лікарню про процес пологів. Надання екстреної медичної допомоги при пологах на догоспітальному етапі слід розпочати з об’єктивної оцінки передлежачої частини плоду — при неускладнених пологах це голівка, яка може знаходитись в порожнині малого тазу. Оцінка процесу пологів відбувається на основі наступних моментів: 1) врізання голівки немає — пологи в процесі — дозволити роділлі зайняти зручне положення; 2) є врізання голівки — пологи вже відбуваються. Допомога при пологах надається в наступному обсязі: 1) при народженні голівки — шприцем відсмоктувати слиз з рота та носа малюка; 2) полегшити проходження переднього (верхнього) плеча та заднього (нижнього) плеча; 3) після народження дитини, затиснути пуповину двома зажимами на відстані 20 і 25 сантиметрів від новонародженого та перерізати пуповину. 4) загорнути новонародженого в теплу ковдру, покласти на живіт матері; 5) після відходження плаценти, проводити контроль щодо надмірної кровотечі, виконувати масаж матки та стиснути будь-які розриви, що можуть кровоточити; 6) заохочувати матір кормити груддю, що сприяє зупинці кровотечі. За потребою — застосування інгаляцій киснем та контроль показників пульсоксиметрії. За необхідності — налаштувати внутрішньовенне введення 0,9% фізіологічного розчину або розчину Рінгера. Підтримуюча терапія і контроль життєво важливих показників відбувається до моменту, поки породілля та новонароджений не будуть передані на наступний рівень медичної допомоги. Висновки. В усіх проаналізованих міжнародних протоколах виявлено єдиний уніфікований підхід до надання екстреної медичної допомоги при пологах на догоспітальному етапі, який, за нашими висновками, запобігає розвитку ускладнень у новонародженого та породіллі на наступному рівні медичної допомоги.