

Организационные основы и современные проблемы службы скорой медицинской помощи

*Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск.
Контактная информация: Н.Л. Демиденко e-mail: amurgma@list.ru*

Резюме

Своевременность экстренного медицинского обслуживания населения стала особенно актуальной в последнее десятилетие в связи с резким ростом уровня обращаемости населения за скорой медицинской помощью. Основной стратегической задачей здравоохранения на современном этапе является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению. Вопросы обеспечения преемственности между учреждениями и подразделениями должны быть в центре внимания организаторов здравоохранения всех уровней. Следовательно, необходимы поиск и разработка новых механизмов, позволяющих повысить качество управления службой СМП, учитывающих структурные изменения в здравоохранении, а также территориальные особенности.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, геронтология, тромболитическая терапия, дорожно-транспортный травматизм.

N.L. Demidenko, L.N.Voit

Organizational basics and contemporary basics of first aid

*Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk
e-mail: amurgma@list.ru*

Summary

The modernity of extra medical service for people became especially relevant in the last decade in connection with virulent growth of the level of call for first aid. The main strategic task of health service at the contemporary stage is the rise of accessibility, quality and effectiveness of people's medical services. The questions of provision of succession between the institutions and subdivisions must be in the center of attention of organizers of health service workers of all levels. Therefore the search and development of new mechanisms are crucial and necessary, the mechanisms that allow the improvement of the quality of the first aid

service management, the mechanisms that have regards to structural changes in the medical service institutions and territorial features.

Key words: first aid, gerontology thrombolytic therapy, traffic accidents.

Введение

Скорая помощь превратилась в мощную, достаточно хорошо оснащенную службу, в которой работает около 50 тыс. врачей и свыше 100 тыс. средних медицинских работников и которая оказывает помощь в среднем в течение года 87 млн. человек.

В настоящее время в Российской Федерации скорую медицинскую помощь обеспечивают 3 268 станций и отделений, укомплектованных общепрофильными (12 603, 31,4% от общего количества бригад), специализированными (2 987; 7,5%), фельдшерскими (22 765; 56,8%) бригадами и бригадами интенсивной терапии (1 741; 4,3%). В течение 2007 года выполнено свыше 48822 тыс. выездов к больным, при этом госпитализировано только 9199 тыс. человек, то есть только каждый 5-6-й вызов заканчивался госпитализацией в стационар [5, 16].

Обсуждение результатов

СМП является самой дорогостоящей из всех видов медицинской помощи. Стоимость одного вызова (согласно программе государственных гарантий на 2002 год) составила 408,1 руб., в то время как один койко-день лечения в стационаре стоил 262 руб., один день пребывания

в дневном стационаре 92,8 руб., одно посещение амбулаторно - поликлинического учреждения - 44,9 руб. [13].

Ежегодно за скорой медицинской помощью обращается каждый 3-й житель страны. Одной из основных причин высокой потребности населения в скорой медицинской помощи является хронизация патологии и ослабление профилактической направленности в деятельности первичной медицинской помощи. В среднем по Российской Федерации до 60% обращений на СМП поступает именно от хронических больных и больных с острыми простудными заболеваниями. Около 5% хронических больных в течение года потребляют 25% объемов скорой медицинской помощи. Таким образом, СМП зачастую приходится дублировать функции амбулаторно-поликлинических учреждений [4, 24].

В последние десятилетия проведено много научно-исследовательских работ, посвященных особенностям организации экстренной и неотложной медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста [12, 23]. Однако результаты этих исследований недостаточно используются в повседневной медицинской практике.

В России, как и во всем мире, произошел глобальный демографический феномен «постарения населения», приведший к увеличению в мировой популяции, как абсолютной

численности, так и относительной доли людей, перешагнувших свой 60-летний возрастной рубеж [22].

В экономически развитых странах мира отмечается отчетливая тенденция к «бригадному» методу ведения хронических пожилых больных с обязательным включением социального работника и психотерапевта. Однако в России, несмотря на объединение ведомств в единое Министерство здравоохранения и социального развития, изменения модели оказания первичной медицинской помощи не произошло [25, 31].

В Российской Федерации выполняется программа «Старшее поколение», принятая постановлением Правительства России № 1090 от 28.08.97, которая предусматривает создание широкой сети геронтологических центров, гериатрических больниц, отделений в составе многопрофильных больниц, гериатрических бригад и др. В этой программе большое внимание уделяется организации внебольничных форм медицинской помощи пожилым и сокращению доли стационарного лечения, что приведет к снижению экономических затрат и уменьшению нагрузки на квалифицированный персонал, в котором пожилые часто и не нуждаются [28].

Своевременность экстренного медицинского обслуживания населения стала особенно актуальной в последнее десяти-

летие в связи с резким ростом уровня обращаемости населения за скорой медицинской помощью. По данным В.Б. Салеева [22], рост обращаемости населения за скорой медицинской помощью в четыре раза превышает рост численности населения.

Наряду с этим, рост обращаемости в значительной мере определяется изменяющимися показателями здоровья [24]. Так, несмотря на значительные достижения в области кардиологии, общая летальность (госпитальная и догоспитальная) от острого инфаркта миокарда и острой коронарной недостаточности остается высокой и составляет до 40% от всех заболевших [33]. Наиболее высока она в первые часы заболевания и составляет до 60% всех умерших от этих причин. Это делает своевременность экстренного обслуживания больных жизненно необходимой.

Современная стратегия оказания неотложной помощи при инфаркте миокарда заключается в восстановлении кровотока в коронарных артериях до наступления необратимых изменений миокарда. Одним из основных методов восстановления коронарного кровотока является тромболитическая терапия [27].

Тромболитическая терапия (ТЛТ), начатая через час после появления симптомов инфаркта миокарда, позволяет сохранить жизнеспособность 70% ишемизированного миокарда, спасая 65 жизней на 1000 пациентов. Именно поэтому, возникает вопрос - насколько быстро возможно его выполнение. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе, несмотря на

множество организационных, методических и финансовых проблем продолжает уверенно занимать свои позиции [11, 26].

Большое количество международных многоцентровых рандомизированных исследований доказало высокую эффективность и определяющую роль ранней системной тромболитической терапии при ОИМ (GISSI I, 1986; ISIS 2, 1988; AIMS, 1990; GUSTO I-III, 1993-1997) [3, 34, 35]. По данным Европейского кардиологического общества (ЕКО, 2003) результаты ранней ТЛТ на догоспитальном этапе сопоставимы по эффективности с результатами прямой ангиопластики и превосходят результаты терапии, начатой в стационаре [29].

Улучшение показателей своевременности экстренного медицинского обслуживания приводит к уменьшению случаев смерти на догоспитальном этапе, и является значительным резервом в снижении общей летальности от острого инфаркта миокарда и острой коронарной недостаточности.

Дорожно-транспортный травматизм (ДТП) - это серьезная проблема, как медицинская, так и социальная. Летальность при ДТП в стране составляет 16,7%. Общая смертность среди пострадавших при ДТП в 12 раз выше, чем лиц, получивших травмы при других несчастных случаях, в 6 раз чаще пострадавшие

становятся инвалидами, а в 7 раз чаще нуждаются в госпитализации [21].

Задача врача скорой медицинской помощи сводится к ликвидации или уменьшению последствий травмы и как можно быстрее доставке пострадавшего в специализированный стационар [17, 25].

Вместе с тем, экстренная квалифицированная медицинская помощь больным и пострадавшим неотделима от понятия своевременности прибытия бригады к больному или пострадавшему.

Одной из организационных форм, направленных на улучшение показателей своевременности экстренного медицинского обслуживания, может являться увеличение количества бригад скорой медицинской помощи, но эта форма, по данным многих исследователей требует практически бесконечного количества ресурсов [2, 10].

Возможность улучшения показателей своевременности путем рационального размещения бригад по территории обслуживания экономически более оправдана. Обоснованность этих организационных мероприятий закреплена приказом Министерства здравоохранения РФ N 100 от 26.03.99 г. «О развитии и совершенствовании скорой и неотложной медицинской помощи населению». Учитывая положения о станции скорой и неотложной медицинской помощи, размещение бригад по территории обслуживания должно быть таким, чтобы время приезда бригады при поступлении любого вызова не превышало 15 минут.

Несоблюдение этого норматива по мнению исследователя Р.К. Карипиди с соавт. (1994), таит в себе опасность и даже угрозу жизни больного [14]. Это объясняется тем, что структура обращаемости неоднородна. Так, по данным И.Д. Богатырева с соавт., (1971), в городах разного типа от 9,5% до 13,7% в общей структуре вызовов составляют несчастные случаи, до 70,8% - внезапные заболевания, от 7,3% до 11,8% - срочные перевозки, от 21,8% до 30,4% от всех обращений занимают болезни системы кровообращения [5]. Необходимо максимально приблизить медицинские бригады к месту возникновения травмы. Автор обосновывает это тем, что только 53,5% от всех пострадавших получили медицинскую помощь в течение 1 часа, а 26,7% в течение 6 часов. В связи с длительным ожиданием бригады 10,7% пострадавшие были доставлены попутным автотранспортом, 27,1% поступили "самотеком" и только 60,7% доставлены бригадами скорой медицинской помощи. М.В. Гринев (1997) приводит данные о возможном уменьшении числа летальных исходов у коронарных больных путем распределения по территории и рационального использования бригад скорой медицинской помощи [8].

Снижение догоспитальной летальности от острого инфаркта миокарда с 29,1% до 23,2% приводит И.М. Ахметзя-

нов [2]. При этом одной из главных причин такого снижения он считает правильное распределение кардиологических бригад по районам города, что снизило среднее время прибытия к больному от момента обращения с 21,7 до 12,6 минут. Уменьшение этого времени достигнуто, в основном, за счет более быстрого приезда кардиологической бригады с 15,5 до 8,1 минут. Аналогичные данные приводит зарубежный исследователь [33].

Сказанное свидетельствует о том, что преследуя цели обеспечения максимальной своевременности обслуживания при несчастных случаях и внезапных заболеваниях, непосредственно угрожающих жизни больного, авторы изыскивают различные организационные формы рационального распределения бригад по территории обслуживания, при этом все они подчеркивают необходимость и строго дифференцированного отбора срочных вызовов из всей совокупности.

С целью максимального приближения к населению экстренной медицинской помощи для текущего и перспективного планирования и определения потребности населения в бригадах скорой медицинской помощи, большое значение имеет изучение поступления вызовов по месяцам, дням недели, часам суток, чему посвящены исследования целого ряда авторов [15, 19, 20].

Наиболее крупное исследование по вопросам закономерности поступления вызовов скорой медицинской помощи проведено Е.А. Кустовой (2001) в городах Нижнем Новгороде,

Таганроге и Ступино[20]. Установлено, что наибольшее количество вызовов приходится на зиму, наименьшее - на лето. Максимальное количество вызовов по сравнению со среднемесячным годовым поступает в декабре, январе.

Подавляющее большинство исследований свидетельствуют о значительном увеличении обращаемости за скорой медицинской помощью в зимнее время и снижении в летнее [1, 6, 13].

Отмечается закономерность при изучении обращаемости за скорой медицинской помощью по дням недели [7, 18]. Подъем обращаемости населения начинается в пятницу и достигает максимума в субботу и воскресенье [8, 9, 32]. В середине недели (вторник, среда, четверг) уровень обращаемости подвержен незначительным колебаниям и почти одинаков. Минимальное количество обращений приходится на четверг или среду. И.М. Ахметзянов с соавт. (1988) отмечает влияние на обращаемость праздничных дней [2].

Таким образом, повышение обращаемости в субботу, воскресенье и понедельник и снижение ее в остальные дни можно считать закономерностью и необходимо принимать во внимание при планировании количества бригад для экстренного медицинского обслуживания.

При изучении обращаемости населения за скорой медицинской помощью по

часам суток отмечается одинаковая закономерность в распределении вызовов. Наибольшее количество вызовов поступает, по данным Е.А. Кустовой (2001), с 16 до 23 часов, а с 3 до 6 часов их количество является минимальным. Автор выделяет три периода, характеризующихся степенью интенсивности потока обращения за скорой медицинской помощью: с 1 часа до 6 часов - минимальный, с 9 часов до 16 часов - средний, с 16 часов до 23 часов - максимальный [20]. Вариабельность обращаемости по часам суток существенна и составляет от 1,8 за 1 час на 100 000 населения до 5,2. Эти данные подтверждаются и более поздними исследованиями И.Д. Богатырева с соавт. (1971) [5], J. Dixon (1992) [30] в том, что максимальное количество вызовов поступает в 20 часов, а минимальное - в 4-6 часов.

Заключение

Отмеченные тенденции требуют коррекции организации работы скорой медицинской помощи, включая интенсивное укрепление материально-технической и кадровой базы подстанций скорой медицинской помощи.

Список литературы

1. Асланян Э.А., Багдасарян А.С., Редько А.Н., Мирошниченко И.Д. Методическое обеспечение мониторинга обращаемости населения за скорой медицинской помощью // Скорая медицинская помощь. - 2002. - № 4. - С. 9-12.

2. Ахметзянов И.М., Ефремов Е.А., Валимухаметова Д.А. Некоторые вопросы совершенствования службы скорой и неотложной медицинской помощи больным с сердечно - сосудистыми заболеваниями // Здравоохранение РФ. - 1988. - № 10. - С. 18-20.
3. Балашова В.Н., Лебедева С.В., Помогалкова О.Г., Пшенникова Е.В., Шуматов В.Б., Кузнецов В.В. Тромболитическая терапия на догоспитальном этапе // Врач скорой помощи. - 2009. - №8. - С.20-25.
4. Бекина Г.В. Исследование преемственности между станциями скорой медицинской помощи и поликлиниками в оказании терапевтической медицинской помощи на дому: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1991. - 19 с.
5. Богатырев И.Д., Кустова Е.А., Арбаков А.И., Паскевич Ю.Б. Объем и структура экстренной внебольничной медицинской помощи в городах разного типа //Советское здравоохранение. - 1971. - №1. - С. 9-11.
6. Гаджиева Л.Ш. Особенности обращаемости за скорой медицинской помощью при травмах и отравлениях населения Москвы // Здравоохранение РФ. 2002. - №8. - С. 30-32.
7. Галкин Р.А., Суслин С.А., Гехт И.А., Павлов В.В. Внебольничные формы организации медико-социальной помощи лицам старших возрастов в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2000. - № 2. - С. 38-41.
8. Гринев М.В., Ершова И.Н. - Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи. - СПб: Политехника, 1997. - С. 43.
9. Дедушкин В.С., Отухов И.Е. Особенности оказания неотложной специализированной медицинской помощи пациентам с переломами лучевой кости в типичном месте на догоспитальном этапе // Скорая медицинская помощь. - 2004. - № 4. - С. 30-34.
10. Денисов И.Н., Иванов А.И., Берестов Л.А. Общая врачебная (семейная) практика в системе первичной медико-санитарной помощи // Проблемы социальной гигиены и история медицины. - 1996. - №5. - С. 15-20.
11. Зиганшин М.М., Катунин А.Н. О проблемах догоспитального тромболизиса // Врач скорой помощи. 2009. - №7. - С. 10-12.
12. Зыйкова Н.В., Лемехова Н.С., Бурсина Н.Н., Маркевич Ю.Н. К изучению вопроса геронтологии и гериатрии на базе станции скорой медицинской помощи г.Вологды // Врач скорой помощи. - 2010. - №5. - С. 60-64.
13. Калининская А.А., Шляфер С.И., Дзугаев А.К. Объем и характер работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации и пути ее организации // Здравоохранение Росс Федерации. - 2005. - №4. - С. 38-42.

14. Карипиди Р.К., Сытин В.С., Редько А.Н., Богоцан М.Х. О некоторых организационных формах работы станции скорой медицинской помощи г. Краснодара // Кубанский научный медицинский вестник. - Краснодар, 1994.- №5. - С. 112.
15. Ковалева Н.Н., Мельников Г.Я., Кирсанова Е.И. Возможности медицинской службы ФГУЗ КБ №51 в организации оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях // Врач скорой помощи. - 2008. - №12. - С. 24-26.
16. Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
17. Костомарова Л.Г., Стажалзе Л.Л., Бук Т.Н., Горяинова М.Г. Организационная структура службы экстренной медицинской помощи Москвы в чрезвычайных ситуациях // Мед. помощь. - 1994. - №5. С. 11-13.
18. Котляренко М.А., Щеглова А.М. Обращаемость за скорой медицинской помощью населения Алма-Аты // Сов. Здравоохранение. - 1974. - №3. С. 26-28.
19. Кравчук Д.А. Аспекты организации оказания качественной медицинской помощи в условиях муниципального образования // Медицина и качество жизни. - 2011. - №1. - С. 32.
20. Кустова Е.А., Арбаков А.И., Паскевич Ю.Б. Методика определения нормативов потребности городского населения в экстренной внебольничной медицинской помощи // Здравоохранение РФ. - 2001. - №3. - С.30-36.
21. Миронов И.В., Мартынова Н.Я., Кащей Т.И., Власенко М.М., Котелевская Ж.В. Анализ дорожно-транспортного травматизма по данным МУЗ «Станция скорой медицинской помощи города Комсомольск-на-Амуре» за 2008-2010 годы // Врач скорой помощи. - 2012. - №1. - С.6-8.
22. Салеев В.Б. Опыт работы специализированных (гериатрических) выездных бригад скорой медицинской помощи / В.Б. Салеев // Врач скорой помощи. - 2010. - №8. - С.-8-12.
23. Северюхина Е.Е. Влияние негативных факторов аномального лета 2010 года на показатели смертности и частоту обращений пожилого населения к скорой медицинской помощи / Е.Е. Северюхина // Врач скорой помощи. - 2011. - №1. - С.29-30.
24. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И., Кузнецов С.И., Бальзамова Л.А. Анализ деятельности служб скорой и неотложной медицинской помощи г. Самары // Экономика здравоохранения. - 2003. - №9. - С. 23-25.
25. Тер-Овакимян А.В. Дорожно-транспортные происшествия в условиях мегаполиса: совершенствование организации и оказания экстренной медицинской

- помощи в догоспитальном периоде/ А.В. Тер-Овакимян, Р.В. Никогосян // Медицина катастроф. - 2010. - №4. - С.-49-51.
26. Шихова Ю.А. Опыт применения системной тромболитической терапии на догоспитальном этапе в г. Старый Оскол Белгородской области / Ю.А. Шихова, Е.А. Черных // Врач скорой помощи. - 2010. - №10. - С.27-33.
27. Якушев Д.Б., Свешников К.А. Тромболитическая терапия: безопасность и эффективность на этапе скорой медицинской помощи / Д.Б. Якушев, К.А. Свешников // Врач скорой помощи. - 2011. - №3. - С.4-6.
28. Belzile E. Rapid two-stage emergency department intervention for seniors: impact on continuity of care. Acad Emerg Med. 2003 Mar; 10(3). - P. 233-243.
29. Bengner J.R The case for urban prehospital thrombolysis // Emerg. Med. J. - 2002. - Vol.19. - № 5. - P. 441-443.
30. Dixon J US health care 1. The access problem BMI- 1992. -V.305. - P. 817-819.
31. Hampton C, et al Randomized trial of a mobile coronary care unit for emergency calls // Bnt.med. J. - 1978. - Vol. 1. - №6120. - P. 1118-1121.
32. Jonsbu J., Aase O, Rolland A.et. al. // Eur, Heart.- 1993.- Vol. 14 - №4. - P.441-446.
33. Smith T. European Health Challenges // BMI – 1991.- Vol.303. - P. 1395-1397.
34. The GUSTO Investigators // N.Engl.J.Med. - 1993.-Vol.329.-P.673-682.
35. Wennersblom B A model normal aging: the significant contribution of gerontology // Gerontol and Genatr Edic. – 1982. - Vol.3. - P. 81-86.