

Роль реформированной системы экстренной медицинской помощи Узбекистана в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (8-летний опыт работы АФ РНЦЭМП) Джумабаев Э.С., Махмудов О.О., Джумабаева С.Э., Ходжамова Т.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Андижанский филиал

В Республике Узбекистан экстренная медицинская помощь в чрезвычайных ситуациях осуществляется реформированной системой ЭМП. Основной концепцией службы ЭМП является защита и спасение жизни населения в экстренных и экстремальных ситуациях. Служба экстренной медицинской помощи носит приоритетный характер и обеспечивается Указом Президента №2107 от 10.11.98 г. постановлениями правительства Республики Узбекистан, соответствующими приказами МЗ РУз. Служба ЭМП включает в себя Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в г. Ташкенте, 12 филиалов РНЦЭМП в каждом областном центре и 174 районных и городских суб-филиалов. Объединение в систему ЭМП службы «03», санитарной авиации, бригад быстрого реагирования и склада ЧС, сделали систему во многом завершённой, хорошо управляемой, быстро реагируемой с достаточно широким охватом всей территории Узбекистана.

Восьмилетний опыт работы Андижанского филиала (АФ) РНЦЭМП по ликвидации последствий ЧС различного генеза охватывающий около 100 наблюдений показывает, что на сегодняшний день это наиболее адаптированная система медицинского обеспечения экстремальных ситуаций. Наш опыт позволяет сделать определённый анализ и высказать ряд предложений по совершенствованию службы ЭМП. При изучении организации экстренной медицинской помощи в ЧС выявлялись следующие недостатки: отсутствие в некоторых подразделениях ЭМП конкретных планов мероприятий на случай массового потока пострадавших, несоблюдение принципов медицинской сортировки и эвакуационно-транспортного обеспечения, неоправданные задержки в первичном звене ЭМП, отсутствие протоколов и, как следствие, бессистемное оказание первой, квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Сотрудникам не хватало навыков работы по оперативному переводу сложившейся ситуации с режима медицинский работник – пациент на режим медицинский работник – контингент пострадавших.

Существует несколько составляющих успешной организации и эффективной работы медицинского персонала в условиях ЧС. Это прежде всего высокий профессионализм, владение принципами медицинской сортировки, автоматизм действий, отработанный в учениях. Организационные особенности характеризуются необходимостью владения информацией об изменениях ситуации, функциональной готовности подразделений и персонала, знания правовых норм, обладания незаурядным мужеством.

Хорошая психологическая атмосфера, накопленный опыт работы в экстренных ситуациях обычного режима, взаимоподдержка, строгая регламентация действий врачебно-сестринского персонала позволяют работать максимально эффективно в ЧС.

В условиях единства руководства стационаром – ЭМП, службой «03», санитарной авиацией, подразделениями быстрого реагирования, с первых же часов развития внештатной ситуации важно правильно расставить акценты и определить функциональные обязанности среди руководителей названных служб. Необходимо иметь отработанные схемы, алгоритмы, протоколы действий и взаимодействия каждого из

названных подразделений, что во многом определяет успех мероприятий.

Недопустимо устраивать дискуссии, разбирать допущенные недочёты и ошибки, высказывать претензии непосредственно во время лечебно-эвакуационных мероприятий. Всё это дезорганизует работу, угнетает психологическую атмосферу и приводит к потере времени.

В качестве примера хотелось бы представить слаженную работу персонала АФ РНЦЭМП и бригад быстрого реагирования прибывших из г. Ташкента, Ферганского и Наманганского филиалов РНЦЭМП, во время майских событий 2005 года в г. Андижане.

Высокий профессионализм и чувство ответственности членов бригад позволили в кратчайший срок наладить взаимопонимание, психологическую поддержку друг-друга и взаимозаменяемость. В последующем эти взаимоотношения у многих из сотрудников АФ РНЦЭМП и бригад быстрого реагирования переросли в личную дружбу.

Немаловажное значение имеет психологическое состояние персонала, выполняющего сложную работу по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Особенно остро стоит вопрос при массовом поступлении пострадавших в теракте. Профессиональная и психологическая нагрузка, переживание за судьбу родных и близких, временная дезорганизация административного управления местностью, являются сильной психоэмоциональной нагрузкой для всего персонала. В этой ситуации чёткие, убедительные действия руководителя, умение не поддаваться панике имеют, порою, решающее значение в успехе проводимой лечебно-эвакуационной работы. Важно в составе бригад быстрого реагирования иметь психолога и врача-психиатра, которые могли бы оказывать необходимую помощь как пострадавшим и сопровождающим раненых, так и медицинскому персоналу. С момента функционирования АФ РНЦЭМП, путём использования ведомости-замены, к работе бригад быстрого реагирования нам удалось привлечь психиатров. Это оказалось весьма необходимым при ликвидации последствий ЧС в Андижанской области и особенно при теракте 2005 г.

Большое значение имеет создание возможности полноценного отдыха персонала. Наш опыт показывает, что активная работа сотрудников, при ликвидации последствий ЧС, не должна превышать 12 часов. По мере возможности необходимо организовать работу так чтобы отработавшие 8-12 часов сотрудники имели возможность отдыха в одном из реорганизованных отделений, в том случае если нет возможности покинуть стационар.

Очень важным элементом работы в условиях ЧС является взаимодействие с местными органами здравоохранения. Прежде всего, должен быть чёткий план взаимодействия и распределение обязанностей между директором службы ЭМП и руководителем областного здравоохранения в ЧС. Дублирование распоряжений, несоблюдение уровневой отчётности создают неразбериху, потерю драгоценного времени в рассредоточение сил и средств.

В условиях ЧС очень важна субординация, своевременная отчётность и координация действий руководителей служб задействованных во внештатной ситуации. Единonачалие, согласованность своей компетенции и уровню решаемых задач, явля-

ется одним из существенных моментов успешного проведения мероприятий по ликвидации ЧС. Важно заранее и на проводимых учениях чётко определить обязанности и необходимый уровень отчётности руководителей ЭМП и местного здравоохранения.

Крайне важно определить координатора действий по входящей-исходящей информации, как в министерство здравоохранения и головной центр (РНЦЭМП), так и в штаб территориальной администрации в условиях ЧС. Опыт АФ РНЦЭМП показывает, что распоряжения, информация, отчётность должны проходить через одно лицо - врача-администратора. Эта должность круглосуточного дежуранта в центре представлена одним из опытных сотрудников.

Слаженная работа службы ЭМП со всеми структурами местного здравоохранения позволяет проводить непрерывную межстационарную сортировку пострадавших при одномоментном поступлении большого количества раненых. Важно поддерживать необходимый уровень медикаментозного и кадрового обеспечения до прибытия бригад быстрого реагирования.

После прибытия бригад быстрого реагирования следует чётко определить лидера в каждой группе. В некоторых случаях это может быть опытный специалист из числа прибывших членов бригад, в других – руководителем группы становится сотрудник центра ЭМП, если его опыт и компетенция оказываются весомее. В любом случае не должен ставиться вопрос: «кто главнее?», и все действия должны осуществляться коллегиально с полной отчётностью и подчинением директору филиала ЭМП.

Непрерывная связь и взаимодействие с местными административными органами также является важной составляющей в комплексе мероприятий по ликвидации ЧС. Бесперебойное электро-, водоснабжение, обеспечение горючим, продуктами питания и др., во многом определяется чёткими

взаимодействиями с администрацией местности.

При ряде ЧС в Андижанской области мы убедились насколько важна координирующая роль местной администрации. Дело в том, что в ЧС, оказываются задействованы ряд министерств и ведомств (МЧС, пожарная служба, МВД, ППС, СБ и т.д.). К сожалению, до настоящего времени не создана структура, которая бы координировала действия всех участников ликвидации последствий ЧС. В этих условиях единственной возможностью взаимодействия является связь с штабом, организованным в местной администрации.

Таким образом, опыт работы Андижанского филиала РНЦЭМП показывает, что на сегодняшний день реформированная система экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан является наиболее адаптированной, своевременно реагируемой структурой обеспечивающей экстренную медицинскую помощь пострадавшим в ЧС. Однако для дальнейшего совершенствования работы этой структуры необходимо скорейшее решение ряда проблем: дооснащение системы санитарным транспортом и необходимым транспортным реанимационным оборудованием, обучение специалистов участвующих в ликвидации последствий ЧС (МВД, ППС, служба «01», водители, бригады ЧС, ГАИ и др.) навыкам оказания первой помощи, обучение врачей оказанию первой, квалифицированной и специализированной помощи при массовом поступлении пострадавших в ЧС различного генеза (биосоциальных, техногенных, терактах), создание протоколов лечебно-эвакуационных мероприятий, дооснащение складов ЧС в структуре РНЦЭМП, оснащение складов ЧС мобильными госпиталями, генераторами, системами для очистки воды и др., на случай масштабной ЧС (землетрясение, техногенная катастрофа и др.), создание межведомственной структуры координирующей действия различных служб занятых в ликвидации последствий ЧС.

Диагностика и интенсивная терапия термоингаляционной травмы при взрывах природного газа и групповых поступлениях пострадавших

Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Термоингаляционная травма (ТИТ) рассматривается как дополнительная ожоговая рана, которая охватывает все отделы респираторного тракта, увеличивает общую площадь ожоговой поверхности и является одним из наиболее существенных факторов, отягощающих течение ожоговой болезни. При сочетании ТИТ с обширными ожогами кожных покровов частое развитие гнойных осложнений со стороны легких и трахеобронхиального дерева ведет к дополнительной бактериальной токсемии, что утяжеляет состояние пациентов. В раннем периоде ТИТ часто развивается бронхоспазм, отек легких, респираторный дистресс-синдром, смертность при котором достигает 40-70%. В связи с этим ТИТ не теряет своей актуальности.

Нами проанализированы истории болезни 57 пострадавших с различными по площади ожогами кожных покровов и с ТИТ различной степени тяжести, получившие ожоги в 2008 г. при взрыве бытового газа (27 человек) и в 2009 г. – при взрывах на газозаправочной станции (30 человек).

Частота ТИТ, по нашим данным, у пострадавших при взрывах бытового газа составляет 71,8%, а инфекционных осложнений – до 37,5%.

Нами разработан алгоритм обследования и порядок оказания помощи пострадавшим в очаге поражения, во время эвакуации и лечения в условиях ожогового отделения СФРНЦЭМП.

Важным этапом диагностики ТИТ является определение тяжести поражения дыхательных путей (ДП). Критериями ТИТ являются жалобы на боль в горле, чувство першения в глотке, затрудненное дыхание, осиплость и потеря голоса, боль в грудной клетке, сухой кашель, наличие мокроты с примесью крови, а также выявление опаленных волос в носовых ходах, поражения слизистой оболочки носа, гиперемия и отёк, эрозивно-язвенные поражения полости рта, глотки, надгортанника, гортани, следы копоти, которые позволяют установить диагноз ТИТ и определить показания к проведению фибробронхоскопии (ФБС).

При первичном осмотре комбустиолога и ЛОР-врача ТИТ была выявлена у 45 пострадавших. У 42 из них произведена первичная ФБС в первые 6-ти часов после травмы, у остальных – в течение следующих 24-х часов. При поражении трахеобронхиального дерева средней и тяжелой степени ФБС проводили ежедневно на протяжении 3-5-ти дней, а далее по

показаниям. 3 больным с крайне тяжелым термоингаляционным поражением ФБС проводили 2 раза в сутки.

Лечение больных с ТИТ должно быть направлено на восстановление бронхиальной проходимости, нормализацию микроциркуляции в легких и профилактику воспалительных осложнений. При поступлении одновременно с ФБС пострадавшим проводился лаваж с санацией трахеобронхиального дерева. При этом удалялось большое количество копо́ти, десквамированного эпителия, образовавшихся корочек, налёта фибрина, мокроты и другого отделяемого в просвете трахеобронхиального дерева. Проводилась инстиляция муколитиков, антибиотиков, бронхолитиков, что делает эту процедуру незаменимой при лечении ТИТ различной степени тяжести. При этом учитывали выраженность и распространённость гиперемии и отёка слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, наличие эрозий, продуктов горения, фибрина, характер и количество отделяемого, а также степень отёка, бронхоспазма и обтурации секретом.

Большое значение в лечении больных с термоингаляционной травмой имеют ингаляции кортикостероидов, анти-

биотиков, отхаркивающих препаратов. Кроме того, все больные при сочетании ТИТ с поражением кожных покровов получали стандартное лечение: инфузионно-трансфузионную терапию в обычных дозировках или с уменьшением на 15-25% расчётных доз по формуле Эванса в нашей модификации с предпочтением коллоидных растворов с высоким онкотическим давлением, антибиотики широкого спектра действия, гепарин, глюкокортикостероиды, эуфиллин.

Своевременная объективная оценка тяжести ТИТ и возможности развития трахеобронхиальных и легочных осложнений является важным компонентом в диагностике и лечении больных с термической травмой в результате взрыва газа, помогает прогнозировать течение ожоговой болезни и назначить адекватную интенсивную терапию. Используемый нами алгоритм диагностики и лечения ТИТ у больных позволил сократить сроки лечения больных на 10,6-2,7 койко-дня и уменьшить летальность при массовых и групповых травмах с 23,8% в 2008 г. до 8,9% в 2009 г., число легочных осложнений – в 4,3 раза.

Лечение острых отравлений бледной поганкой в условиях токсикологического отделения Маликов Б.Х., Заманов Ю.Р., Саилов У.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Бледная поганка в нашем регионе растет в марте - апреле в полях и лугах. Содержит токсичные алкалоиды фаллоин, фаллоидин, фаллоизин, фаллин, аманидины. В 100 г свежих грибов (5 г сухих) содержится 10 мг фаллоидина и 13,5 мг аманидинов. Токсины, за исключением фаллоидина, не разрушаются во время термической обработки и высушивания. Признаки острого отравления возникают у взрослых после употребления 25 г свежего гриба. Тяжесть отравления обуславливается возрастом, количеством съеденных грибов и содержанием в них альфа-аманитина, который обладает тропизмом к печени, центральной нервной системе (ЦНС), почкам и мышцам. Смертельная доза альфа-аманитина - 0,1 мг/кг. Аманидины, которые токсичнее фаллоидинов, действуют через 24-48 ч. Токсины всасываются в желудочно-кишечном тракте, депонируются в печени и почках.

Под нашим наблюдением находились 52 больных с признаками отравления бледной поганкой. У всех пострадавших отмечалось нарастание симптомов которые свидетельствовали о поражении всех основных систем организма: желудочно-кишечного тракта, ЦНС, печени, почек, сердца с развитием ДВС-синдрома. Через 4-5 ч и более после употребления грибов или их отвара появлялись тошнота, неукротимая рвота, спастические боли по всему животу, холероподобный стул с примесью крови, резкая слабость, двигательное беспокойство, делирий или оглушение, снижение температуры тела. В дальнейшем иногда наступало кажущееся улучшение - уменьшение желудочно-кишечных расстройств. На 2-5-е сутки обнаруживались признаки токсической гепатопатии (увеличение печени и ее болезненность при пальпации, желтуха, печеночные колики), нефропатии (олигурия, дизурические явления), ДВС-синдрома (геморрагический диатез, кровоточивость), печеночно-почечной недостаточности (гепатаргия, анурия, судороги, кома).

Неотложная помощь и лечение проводились по следующей схеме: купировали судороги антиконвульсантами, если больной был в сознании, вызывали рвоту. При развитии комы

пострадавших интубировали и переводили на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Затем независимо от времени, прошедшего с момента употребления грибов в пищу промывали желудок через зонд, вводили солевое слабительное, активированный уголь в дозе 1 г/кг внутрь. Желудок промывали всем одновременно употреблявшим в пищу те же грибы, даже при отсутствии у них симптомов острого отравления. Затем с помощью высокой клизмы проводили очищение кишечника, Медикаментозная терапия: унитиол 10 мл 5% раствора (до 60 мл/сут.), липоевая кислота 2 мл 0,5% раствора (до 20-30 мг/кг/сут.), преднизолон 90-180 мг (до 1000 мг/сут.), витамины В₁ и В₆ по 4-8 мл/сут., С 5% раствор 10-20 мл/сут., цитохром С 0,25% раствор до 12 мл/сут., внутривенно, витамин Е 30% раствор подкожно до 6 мл/сут. Пенициллин 1 млн ед/кг/сут. внутримышечно или внутривенно, легален 0,5-1,5 г/сут., ацетилацетилен 10% раствор до 300 мг/кг/сут. внутривенно или внутрь, гептрал по 2 флакона в сутки внутривенно или внутримышечно или по 4 табл. в сутки внутрь. 5 больным проводилась ранняя гемосорбция в первые сутки после острого отравления. Внутривенно изотонический раствор хлорида натрия до 3000 мл/сут. с целью коррекции гипонатриемии. Устранение ДВС-синдрома по общепринятым принципам. Лечение острой почечно-печеночной недостаточности.

Из 52 пострадавших выжили 40 (77%). В отдаленные сроки после отравления бледной поганкой, у всех больных развился хронический гепатит.

Выводы:

1. Лечение острых отравлений бледной поганкой необходимо начинать немедленно по вышеуказанной схеме.
2. Несмотря на улучшение состояния больные должны находиться под постоянным наблюдением не менее 2-х лет, им должна проводиться превентивная печеночная терапия.
3. Необходима широкая разъяснительная работа среди населения, особенно в весенний период, об опасности употребления в пищу незнакомых грибов.