

## Служба экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан и ее роль в ликвидации чрезвычайных ситуаций

Хаджибаев А.М., Магрупов Б.А., Анваров Х.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Указом Президента № УП 2107 от 10.11.1998 «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» предусмотрено «...Государственное обеспечение предоставления бесплатного медицинского обслуживания в рамках гарантированного объема медико-санитарных услуг, включающего: ... оказание экстренной, неотложной медицинской помощи...».

Функционирующая в течение 10 лет служба экстренной медицинской помощи (СЭМП) обеспечивает выполнение нескольких задач:

- 1) оказание медицинской помощи при экстренных состояниях;
- 2) оказание медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях;
- 3) оказание медицинской помощи при различного рода катастрофах.

Основные принципы СЭМП: а) своевременность, оперативность; б) адекватность (соответствие стандартам); в) этапность.

Служба ЭМП включает в себя Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) в г. Ташкенте, 13 филиалов РНЦЭМП в областных центрах и 174 районных и городских субфилиалов. Объединение в систему ЭМП службы «03», санитарной авиации, бригад быстрого реагирования сделала систему, которая способна охватить всю территорию республики во многом завершенной, хорошо управляемой и быстро реагируемой. На случаи чрезвычайной ситуации (ЧС) при РНЦЭМП и его областных филиалах создано 39 специализированных медицинских бригад постоянной готовности.

Ежегодно в мире в результате катастроф, стихийных бедствий и несчастных случаев погибает около 2 млн человек. Материальный урон составляет 3% от ВВП экономики страны.

В настоящее время травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин в структуре причин смертности населения РУз занимает второе место, уступая лишь болезням сердечно-сосудистой системы.

Начиная с 90-х гг. прошлого века, данному классу принадлежит первое место в структуре смертности трудоспособного населения. Между тем, значительная доля потерь населения, вызванных смертностью от травм, может быть предотвращена.

Основные резервы в сокращении обусловленной травмой летальности заключены в обеспечении доступности специализированной помощи данного профиля, способствующей как можно более раннему началу лечебных мероприятий в отношении пациентов с тяжелой травмой, в том числе сочтанной.

Вопросы медицинского обеспечения последствий ЧС, уменьшение числа санитарных и безвозвратных потерь населения являются актуальными во многих странах. Опыт многих из них показывает, что там, где имеется современная служба ЭМП, работа медиков оказывается удовлетворительной и в ЧС. Актуальность прогнозирования, предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций для всего мирового сообщества непрерывно возрастает.

Данные о ЧС (2001-2007 гг.) представлены на рис.1. Все-

го пострадали 3223 человек. Учитывая, что за этот период зафиксировано 433 ЧС, получается, что в каждом из них пострадали в среднем 7,4 человека.

Данные о ЧС по областям (2001-2007 гг.) представлены на рис.2.

Обращает на себя внимание тот факт, что из 433 ЧС 103 (23,8%), а из 3223 пострадавших 687 (21,3%) приходится на Кашкадарьинскую область, в то время как по другим регионам этот показатель вдвое меньше.

Анализ летальности при ЧС показал, что 60% от общей летальности приходится на очаг поражения, 25% пациентов гибнут при транспортировке, и только 15% - в стационарах. Следовательно, от уровня подготовки специалистов скорой медицинской помощи, организации анестезиолого-реанимационной помощи на месте происшествия, качества и своевременности ее оказания зависит общий уровень летальности при тяжелых травмах. К сожалению, следует отметить, что только 27% пострадавших доставляются в стационары машинами скорой помощи, 73% поступают на попутном транспорте.

Любые самые современные и высокие технологии стационарного лечения не позволят снизить смертность населения страны, когда более 80% людей умирают вне стационаров и когда каждый второй-третий госпитализированный больной с угрожающим состоянием поступает в стационар с задержкой более 24 ч.

В Республике Узбекистан за последние десятилетия сложилась система поэтапного оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим. Решены многие организационные вопросы взаимодействия различных ведомств по оказанию медицинской помощи на этапах эвакуации.

Первый этап — оказание медицинской помощи на месте происшествия — включает:

- 1) оказание первой медицинской помощи;
- 2) квалифицированную медицинскую помощь, оказываемую специалистами службы скорой медицинской помощи.

Второй этап — оказание медицинской помощи в пути следования в соответствующее лечебное учреждение, закрепленное. Этот этап осуществляется также работниками службы скорой медицинской помощи.

Третий этап — оказание медицинской помощи в лечебном учреждении.

Наиболее важным с точки зрения дальнейшего прогноза является первый этап оказания медицинской помощи.

С целью оказания первой помощи в очаге поражения организованы учебные курсы для водителей автомобилей, работников дорожно-постовой службы, ГАИ по обучению навыкам оказания первой медицинской помощи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Функционирование системы медицинского обеспечения пострадавших на первом этапе нельзя признать удовлетворительным.

2. Существуют нерешенные проблемы, особенно при оказании медицинской помощи в первый (так называемый золотой) час после получения травмы.

3. К сожалению, не получили необходимого развития как система оказания квалифицированной медицинской помо-

ши на месте происшествия, так и система эвакуации пострадавших с места происшествия.

4. Единичные попытки создания стандартизированных протоколов и алгоритмов действий врача по оказанию квалифицированной медицинской помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой не имеют достаточного внедрения и не являются реальным шагом к улучшению сегодняшней ситуации по оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе и к снижению летальности.

5. Службе ЧС следует перейти от простой констатации факта ЧС к анализу причин их возникновения, организации оказания медицинской помощи на всех этапах.

**ПРЕДЛОЖЕНИЯ:**

1. Создать объединенную диспетчерскую с единым по стране номером, куда будет передаваться информация о всех ЧС по республике.

2. С целью предупреждения транспортировки пострадавших в неадекватных условиях и без оказания первой медицинской помощи следует обеспечить немедленное оповещение ДДС службы СМП через установленные каналы связи о выявленных случаях ЧС (ЧП, в том числе и ДТП).

3. С целью обеспечения максимально быстрого прибытия машин скорой помощи к месту происшествия оснастить все автомашины радио- или сотовой связью.

4. Табель оснащения медико-санитарным и специальным имуществом разработать из расчета автономной работы в течение 3-х суток с оказанием медицинской помощи 50 пострадавшим и больным, с возможностью проведения телемедицинских консультаций.

5. Учитывая, что санавиации в полном смысле этого слова в областных филиалах нет, поставить вопрос об объединении этой службы со службой «03».

6. С целью обеспечения полноценного функционирования системы санитарной авиации рассмотреть вопрос с соответствующими министерствами и ведомствами об оборудовании вертолетной площадки.

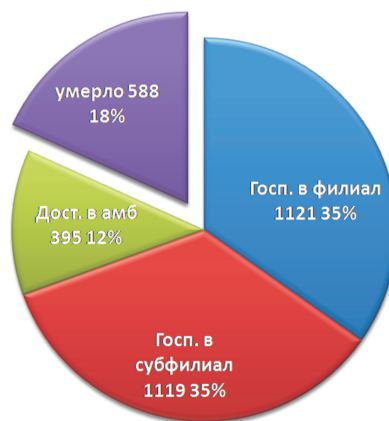


Рис.1. Данные о пострадавших при ЧС.

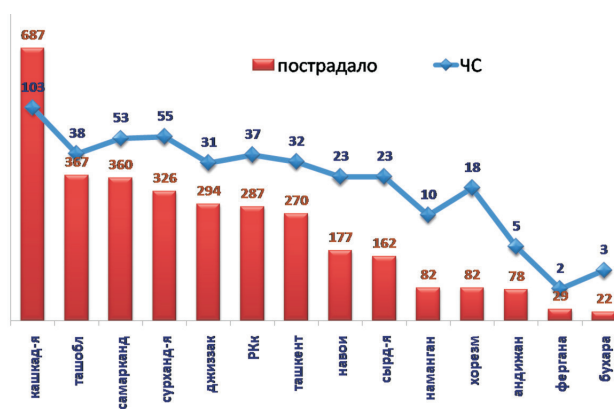


Рис.2. Данные о пострадавших при ЧС в разрезе областей.

**Опыт оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в Самаркандской области**

**Хайдаров Г.А., Карабаев Х.К., Ахмедов Ю.М., Нарзуллаева М.А., Захидова С.Х., Рузметова Д.Г., Рузибаев С.А., Ахмедов А.А.**

Самаркандский филиал РНЦЭМП

В условиях урбанизации увеличилось число дорожно-транспортных происшествий и катастроф. За период с 2007 по 2009 гг. сотрудники Самаркандского филиала РНЦЭМП активно участвовали в организации и оказании экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях (ЧС), происшедших на территории области. Накопленный опыт работы позволяет всем подразделениям быстро реагировать при чрезвычайных ситуациях, целенаправленно производить сортировку и максимально эффективно оказывать медицинскую помощь пострадавшим.

В 2007 - 2009 гг. в Самаркандской области была оказана помощь 501 пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. С закрытой черепно-мозговой травмой различной степени тяжести обратились 80 (15,97%) пострадавших, с ушибами мягких тканей – 76 (15,17%), с политравмой – 68 (13,57%), с

переломами костей конечностей - 64 (12,77%), с открытой черепно-мозговая травмой – 21 (4,19%), с термическими поражениями различной степени тяжести и площади – 94 (18,76%), с пищевыми отравлениями различной этиологии – 60 (11,97%), с отравлениями неизвестного характера и этиологии – 10 (1,99%), с отравлением угарным газом – 13 (2,59%), с огнестрельными ранениями – 4 (0,79%), с повреждением почек – 3 (0,59%), с травмой позвоночника - 8 (1,59%). На месте происшествия умерли 76 пострадавших.

222 (44,32%) пострадавшим была оказана стационарная помощь в Самаркандском филиале РНЦЭМП, 234 (46,70%) госпитализированы в отделения экстренной медицинской помощи районов. 45 (8,98%) пострадавших не нуждались в госпитализации - им была оказана амбулаторная помощь.

306 (61,08%) пострадавших с места чрезвычайной ситуа-

ции в медицинские учреждения были доставлены попутным транспортом, 195 (38,92%) - машиной скорой помощи.

Организация медицинской помощи пострадавшим при ЧС в районах области осуществлялась как непосредственно силами центральных районных больниц, так и за счет усиления бригадами постоянной готовности и специалистами Самаркандского филиала РНЦЭМП. При поступлении пострадавших в Самаркандский филиал РНЦЭМП привлекались силы бригад постоянной готовности и ведущие специалисты филиала. После поступления информации о характере ЧС и предполагаемом количестве пострадавших готовилось необходимое количество мест в отделениях стационара и приемном отделении, для проведения сортировки. Сортировка проводится по принципу первоочередности оказания помощи тяжелым больным. Больные сортируются на нуждающихся в оказании реанимационной помощи, нуждающихся в экстренной операции, нуждающихся в оперативном лечении в отсроченном порядке, нуждающихся в психологической помощи, не нуждающихся в стационарном лечении.

Нейрохирургические операции выполнены 108 (29,26%) пострадавшим. 73 (9,78%) осуществлены операции на костях конечностей, 24 (6,50%) - на органах брюшной полости.

Первичная хирургическая обработка ран произведена 164 (44,44%) пострадавшим.

При взрывах природного газа в 2007 и 2009 гг. при поступлении 57 человек оперативно сработала структура оказания экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан. В первые же часы из РНЦЭМП по указанию генерального директора в Самаркандский филиал были командированы специалисты - комбустиологи, в первые сутки из РНЦЭМП, а также из ближайших областных филиалов (Навои, Джизак, Карши) были высланы необходимые медикаменты и препараты крови, что существенно улучшило качество медицинской помощи.

Накопленный сотрудниками Самаркандского филиала опыт оказания экстренной медицинской помощи при ЧС позволил грамотно организовать сортировку и оказание высококвалифицированной медицинской помощи при крупных дорожно-транспортных происшествиях на трассе Карши-Самарканд, что было отмечено министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Структура экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан доказала свою дееспособность при различных чрезвычайных ситуациях.

## Хирургическое лечение повреждений магистральных сосудов конечностей при чрезвычайных ситуациях Хамидов Б.П., Хакимов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время травмы являются третьей причиной смертности населения после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Как правило, при чрезвычайных ситуациях (ЧС) повреждения носят сочетанный характер, часто с повреждениями магистральных сосудов, и сопровождаются высокой летальностью. Частота послеоперационных осложнений достигает 40%, количество ампутаций - 25%. (Анкин А.Н., 2004; Соколов В.А., 2006; Бондаренко А.В. и др., 2004; Yucel N. et al., 2006).

У 34 больных, поступивших в РНЦЭМП, имелись повреждение магистральных сосудов конечностей. Мужчин было 25 (73,5%), женщин - 9 (26,5%), средний возраст 27,8 года, 24 (70,6%) больных были трудоспособного возраста.

В течение первого часа с момента травмы в клинику поступили только 2 (5,9%). 27 (79,4%) пациентов были госпитализированы в сроки от 1-го до 3-х часов. 14 (41,2%) пострадавших доставлены в стационар по линии скорой помощи, 13 (38,2%) - самостоим, 7 (20,9%) были переправлены из других лечебных учреждений. Автотравмы имели место у 14 (41,2%), железнодорожные травмы - у 1 (2,9%), повреждения, вызванные падением с высоты, - у 6 (17,6%), колото-резаные раны - у 11 (32,4%), огнестрельные ранения - у 2 (5,9%).

До поступления в центр медицинская помощь была оказана 14 (41,2%) больным. Давящая повязка наложена 5, 2 - не эффективно, жгут - 2, 1 - не эффективно. Транспортная иммобилизация конечности произведена 5 больным. 13 (38%) пострадавшим на догоспитальном этапе первичная помощь не оказывалась вообще. У 8 (61,5%) из этих больных диагностирован шок различной степени, причем тяжелая - у 6 (46%), хотя 2 (16,6%) из них были доставлены бригадой скорой помощи.

Сочетанные повреждения, потребовавшие взаимодействия нескольких специализированных бригад хирургов, наблюдались у 17 (50%). Повреждения магистральных сосудов нижних конечностей имели место у 21, верхних конечностей - у

13 (в том числе подключичные сосуды). У 13 пациентов были диагностированы переломы трубчатых костей с повреждением лежащих магистральных сосудов и нервов.

При выборе тактики хирургического лечения сочетанных повреждений магистральных сосудов предпочтение отдавали одномоментным вмешательствам. Первым этапом выполняли ревизию сосудистого пучка, что обеспечивало контролируемый гемостаз на последующих этапах вмешательства. Далее операцию выполняют другие специалисты. В частности, при сочетанных повреждениях сосудов и переломах костей бригада травматологов осуществляла различные виды остеосинтеза у 13 (3,87%) больных. У пострадавших с сочетанным повреждением магистральных сосудов с периферическими нервами (4), восстановление их производили эпинеуральными швами (n=4) реже (n=2) ограничились невролизом. Чаще всего восстановление магистрального кровотока достигалось путем восстановления артерии «конеч в конец» циркулярным швом - у 16 (47,1%) больных; шунтирующие операции выполнены у 3, боковой шов артерии - у 3, боковой шов вены - у 3, лигирующая операция - у 1. Летальность составила 11,7%.

### Выводы:

1. Необходимы мероприятия по оптимизации медицинской помощи на догоспитальном этапе эвакуации.
2. Требуется усовершенствовать образовательные программы по методам временной остановки кровотечения и проведению первичных протившоковых мероприятий.
3. При выборе тактики хирургического лечения у пострадавших с сочетанными повреждениями магистральных сосудов необходимо стремиться к восстановлению в первую очередь магистрального кровотока.
4. Если позволяет состояние больного и окружающая обстановка, следует стремиться к выполнению одномоментных восстановительных операций.