

ТЕЗИСЫ

Особенности оказания экстренной психиатрической помощи на догоспитальном этапе

*Аплетаев А.А., фельдшер скорой медицинской помощи
отделения скорой психиатрической помощи
БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова», г. Омск*

*Шевцов А.Г., фельдшер скорой медицинской помощи
отделения скорой психиатрической помощи
БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова», г. Омск*

*Воронкова Т.А., старшая медицинская сестра
психотерапевтического амбулаторного отделения
БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова», г. Омск*

Экстренная психиатрическая помощь оказывается пациентам, которые нередко страдают тяжелыми психическими расстройствами и по своему психическому состоянию могут представлять опасность, как для себя, так и для окружающих. Поэтому фельдшера скорой психиатрической помощи оказываются первыми, кто встречается с такими пациентами.

Правильная психиатрическая тактика, проводимая медперсоналом в отношении больного с острым психозом, является крайне важным дополнением медикаментозной помощи. Основное условие, которое должен соблюдать медицинский персонал, - ни на одну минуту не терять «психиатрической бдительности», так как поведение больного в любой момент может резко измениться, и он может нанести повреждения, как себе, так и окружающим.

Особенности оказания помощи заключаются, в то же время, в необходимости строгого выполнения ряда мер, направленных на предупреждение суицидальных действий, агрессии, нанесения повреждений самому пациенту, окружающим его лицам, а также оказывающему помощь медицинскому персоналу.

Медицинскому персоналу скорой помощи необходимо помнить, что поведение пациента в условиях оказания психиатрической помощи под влиянием психопатологических расстройств может внезапно

меняться, носить непредвиденный, импульсивный характер и приобретать крайнюю опасность, как для пациента, так и для окружающих.

При обследовании пациента поведение медицинского персонала должно быть спокойным, сдержанным, без суетливости, излишних движений, которые могут спровоцировать агрессию. Беседа должна проводиться в уважительной, доброжелательной, корректной форме. Принимаемые медицинским персоналом по указанию врача меры, определяемые конкретной обстановкой и особенностями состояния пациента, должны выполняться достаточно быстро, согласованно и точно. Распоряжения врача, имеющие отношение к пациенту, не всегда могут делаться открыто, иногда они даются в условной форме, негромким голосом, по ходу беседы.

В связи с этим медицинскому персоналу необходимо быть постоянно внимательным, не отвлекаться, следить за ходом беседы врача, незамедлительно выполняя указания.

В случае если пациент возбужден, напряжен, подозрителен, персонал занимает места в непосредственной близости к пациенту таким образом, чтобы предупредить возможный опасный поступок или побег. Необходимо внимательно следить за поведением пациента (направлением взгляда, движениями рук, мимикой и др.). Режущие, тяжелые предметы удаляются на безопасное расстояние.

До применения мер удержания (иммобилизации), если они необходимы, вначале целесообразно попытаться уговорить пациента, используя помощь окружающих, особенно лиц, пользующихся его доверием. В отдельных случаях, в связи с особенностями состояния пациента, иммобилизацию его необходимо провести немедленно. Когда пациент возбужден, склонен к агрессии, чтобы избежать прямого удара, всегда стараться находиться сбоку или несколько сзади от него.

Тема безопасности при оказании экстренной психиатрической помощи была выбрана не случайно, поскольку психиатрическая бдительность является основополагающей при общении и наблюдении за пациентами с психическими расстройствами, и порою определяет успешность выбранной тактики лечения.

Опыт проведения тромболитической терапии фельдшерами скорой медицинской помощи города Брянска на догоспитальном этапе

*Байдикова Л.А., главный фельдшер ГАУЗ «Брянская городская
станция скорой медицинской помощи», г. Брянск*

Тромболитическая терапия - это современный, высокоэффективный метод оказания экстренной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда. Он направлен на восстановление кровотока с использованием тромболитического препарата, который позволяет в первые два часа после возникновения инфаркта миокарда предупредить возникновение некроза - самого губительного последствия острого коронарного синдрома.

Вовремя проведенный тромболизис – это предотвращение развития сердечной недостаточности, соответственно, инвалидности, а значит - спасение жизни или полное возвращение к полноценной трудовой деятельности. Тромболитическая терапия наиболее эффективна в период до 72 часов от образования тромба.

Первые тромболизисы в условия скорой помощи в городе Брянске начали проводиться в 1993 году препаратом «Стрептокиназа», за год выполнялось не более 7-10 тромболизисов.

С 2013 года только бригады интенсивной терапии скорой помощи города Брянска начали применять препарат «Метализе». Это эффективный тромболитик четвертого поколения, имеющий минимальное количество побочных эффектов. Препарат вводится внутривенно за одну-две секунды, чем отличается от всех предыдущих версий, таких как «Стрептокиназа» которая, вводилась внутривенно - капельно. Показания - выраженный болевой синдром, типичные для инфаркта изменения на ЭКГ. Немаловажно и быстрое обращение за медицинской помощью. Противопоказания - острый инсульт в течение полугода, обширная операция в течение последних трех месяцев, язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением.

За 2013-2014 годы проведено 47 тромболизисов, за 2015 год - 70 (препаратами «Метализе» и «Фортелизин»).

С 2016 года к проведению тромболизиса присоединились фельдшерские бригады. На сегодняшний момент четверть всех проведенных ТЛТ приходится на фельдшерские бригады.

По статистике, препараты хорошо переносятся пациентами. Были единичные осложнения в виде нарушения сердечного ритма (фибрилляция желудочков, экстрасистолия), которые были купированы во время транспортировки. Летальных исходов не было.

Проводя ТЛТ, бригада «скорой» должна уметь все:

Перед вводом препарата врач или фельдшер должен получить добровольное информированное согласие пациента. Но, в ряде случаев, когда присутствует кардиогенный шок, и пациент не может выразить свою волю письменно, врач или фельдшер самостоятельно принимает решение о тромболизисе, согласовывая свой шаг с руководителем структурного подразделения СМП.

Бригада скорой помощи должна быть полностью готова ко всем возможным осложнениям метода (вплоть до клинической смерти). Все время, пока пациента везут в больницу, должно быть постоянное его мониторирование посредством ЭКГ, измерения давления, пульса, уровня насыщения крови. Здесь надо быть готовым ко всему, вплоть до проведения сердечно – легочной реанимации. Автомобили на сегодняшний день полностью обеспечены необходимым оборудованием, и это является большим подспорьем в работе.

Для госпитализации данных пациентов разработана «маршрутизация пациента» - первичный сосудистый центр, региональный сосудистый центр, кардиологические отделения.

Будущее тромболитической терапии - в обучении медицинских работников и новых технологиях.

Для того чтобы тромболизисы стали активнее применяться в службе скорой помощи, медицинских работников необходимо обучать. Обучающие семинары проводят заместитель главного врача по лечебной работе и врачи анестезиолого-реанимационных бригад. Разбираем случаи осложнений, делимся опытом. Иногда фельдшеру сложно интерпретировать ЭКГ, тогда выручает дистанционная передача ЭКГ.

Поэтому алгоритм простой - если работники скорой помощи заподозрили инфаркт миокарда, то у пациента снимается электрокардиограмма и пересылается от постели больного на базу по типу сотовой связи. Старшие врачи смены, которые могут помочь, - дают указания по тактике ведения пациента. Таким же образом пересылается ЭКГ в региональный сосудистый центр, где работают врачи-функционалисты. Возможности тут безграничны: специалисту доста-

точно даже взгляда, чтобы понять, есть ли показания для проведения тромболизиса.

Сейчас станция скорой помощи имеет 12 таких передатчиков, оснащено место старшего врача, который расшифровывает показания ЭКГ.

Для помощи в работе, для бригад подготовлены такие инструкции-листовки:

1. Алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

Пациенты с острой болью в груди и стойким (> 20 мин.) подъемом сегмента ST и остро возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ:

Обезболивание.

Нитроглицерин (нитроспрей) сублингвально 1-3 приема с интервалом 5 минут.

При неэффективности – морфин 2-4 мг внутривенно, повторные дозы- 2 мг с интервалом 5-15 минут. При возникновении рвоты - внутривенно «Церукал» 5-10мг.

Некупируемая боль: внутривенно инфузия нитроглицерина 0,5-2 мг/час.

Дезагреганты:

Ацетилсалициловая кислота (не кишечнорастворимая форма) 250 мг (разжевать во рту).

Клопидогрел - внутрь первая доза для больных до 75 лет - 300 мг, старше 75 лет - 75 мг, независимо от того проводится или нет тромболитическая терапия (ТЛТ). Если предполагается проведение первичного ЧКВ, доза клопидогрела должна быть увеличена до 600 мг.

Тромболитической терапия (ТЛТ) при давности возникновения симптомов до 6 часов и отсутствии противопоказаний.

Антикоагулянтная терапия (Если не проводится ТЛТ!):

Гепарин натрия вводится внутривенно 5000 единиц.

Оксигенотерапия (2-4 л/минуту) у больных с симптомами острой сердечной недостаточности.

Транспортировка пациента в РСЦ на базе БОБ №1 при возникновении симптомов до 12 часов.

При возникновении симптомов до 6 часов и ожидаемом времени транспортировки более 2 часов - тромболитическая терапия.

При ожидаемом времени транспортировки менее 2 часов - транспортировка в РСЦ без проведения ТЛТ. При возникновении симптомов более 6 часов - транспортировка в РСЦ без проведения ТЛТ.

При возникновении указанных симптомов более 12 часов - маршрутизация в соответствии с Приложением № 4 к Приказу департамента здравоохранения Брянской области от 30.01.15 г. №42 «Об организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистым заболеваниями на территории Брянской области» по территориальному прикреплению к кардиологическим отделениям с палатой интенсивной терапии.

2. Показания к тромболитической терапии.

При инфаркте миокарда при сочетании 3-х признаков:

— ангинозная боль, сохраняющаяся без поддерживающих факторов более 30 мин и не уступающая повторному приему нитроглицерина;

— на ЭКГ: подъем сегмента ST на 1 мм и более, по крайней мере, в двух смежных прекардиальных отведениях или в двух из трех «нижних» отведениях (II, III, aVF), либо появление блокады ножки пучка Гиса;

— первые 6 ч (при сохраняющейся или рецидивирующей боли — 12 ч) заболевания.

Другие показания:

▣ массивная или субмассивная ТЭЛА;

▣ периферические артериальные тромбозы;

▣ тромбозы вен (центральной вены сетчатки, почечных, печеночных, кроме вен нижних конечностей);

▣ тромбоз сосудистых шунтов (аортокоронарных, артериовенозных);

▣ ишемический инсульт.

Абсолютные противопоказания к тромболитической терапии:

— кровотечения;

— хирургические вмешательства, травмы, СЛР давностью до 10 дней, либо

— травма или хирургическое вмешательство на головном (спинном) мозге в течение последних 2 месяцев;

— геморрагический инсульт в анамнезе;

— злокачественные новообразования;

— расслаивающая аневризма аорты;

- неконтролируемая артериальная гипертензия (АД выше 200/120 мм рт. ст.);

- беременность;

- эндокардит, перикардит.

3. Относительные противопоказания к тромболитической терапии:

- нарушения сердечной проводимости, при которых осуществляется или может возникнуть необходимость эндокардиальной ЭКС;

- активный туберкулезный процесс;

- бронхоэктатическая болезнь;

- варикозное расширение вен пищевода;

- тяжелые заболевания печени, почек, крови;

- диабетическая ретинопатия;

- стрептококковые инфекции в течение последних 3 месяцев,

- аллергические реакции в анамнезе,

- предшествующее лечение стрептокиназой (только для стрептокиназы или АПСАК).

4. Признаки эффективности тромболитической терапии:

Об эффективности тромболитической терапии свидетельствуют:

- Прекращение ангинозной боли;

- Нормализация или значительное смещение сегмента ST к изоэлектрической линии (при этом зубец Т обычно остается отрицательным, а патологический зубец Q либо уменьшается, либо не изменяется);

- Значительное (на 40-100 %) повышение активности ферментов, прежде всего КФК;

- Появление реперфузионных аритмий (ускоренный идиовентрикулярный ритм, желудочковые экстрасистолы, желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков, АВ- блокады и др.). Следует отметить, что сократительная способность миокарда при реперфузии восстанавливается не сразу (феномен "приглушенного миокарда").

5. Осложнения ТЛТ:

- Кровотечения. Возможны как незначительные, так и весьма опасные.

- Нарушается сократительная функция сердечной мышцы, что проявляется признаками сердечной недостаточности.

- Геморрагический инсульт. Это осложнение может произойти у пожилых пациентов в результате применения стрептокиназы.

- Аллергические реакции.
- Реперфузионные аритмии. Наблюдается почти у половины пациентов.
- Реокклюзия коронарной артерии. Проявляется у 19% больных.
- Артериальная гипотензия. Не исключается ее связь с кровотечением.
- Лихорадка, сыпь, озноб.

Самое важное - не нужно испытывать страха перед тромболизисом самим медицинским работникам. Ведь это один из видов высокотехнологичной помощи, спасающей пациенту жизнь. Поэтому считаю, что данную технологию нужно внедрять!

Основные аспекты оказания помощи при сочетанной травме, полученной в дорожно-транспортном происшествии, на догоспитальном этапе.

*Балацан Г.А., главная медицинская сестра
БУЗОО «Калачинская ЦРБ», г. Калачинск, Омская область*

*Шагина О.В., старший фельдшер отделения СМП
БУЗОО «Калачинская ЦРБ», г. Калачинск, Омская область*

Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и связанный с ними травматизм в настоящее время стали проблемой глобального значения. По данным ВОЗ, на долю смертности от транспортного травматизма приходится 30-40% всей смертности от несчастных случаев. Экономический ущерб от ДТП составляет в РФ 4-5% от валового национального продукта. Из года в год возрастает количество пострадавших и погибших от ДТП. Тяжесть последствий ДТП (количество погибших в ДТП на 100) в России в среднем составляет 15,0, тогда как аналогичный европейский показатель 2,0 - 6,0.

Для Калачинского района проблема ДТП особенно актуальна. Через район проходит автомобильная дорога федерального значения Р-254 «Иртыш» с интенсивным транспортным потоком, где ежегодно регистрируется до 80 ДТП с 100-110 пострадавшими и 10-15 погибшими. Можно также отметить ежегодное увеличение доли пострадавших

с тяжелыми сочетанными травмами, опасными для жизни. Одним из важнейших факторов, влияющих на тяжесть последствий при тяжелой травме, является своевременное и адекватное оказание помощи пострадавшим. Основой этого является формирование четкой преемственности между отдельными этапами и участниками оказания помощи.

На догоспитальном этапе это:

- первая помощь (очевидцы ДТП, сотрудники ГИБДД, МЧС, спасатели);
- доврачебная помощь (фельдшера бригад скорой медицинской помощи);
- квалифицированная помощь (врачи линейных бригад скорой помощи);
- специализированная помощь (врачи бригад интенсивной терапии, санитарной авиации и службы медицины катастроф).

На госпитальном этапе – специалисты медицинских организаций.

В системе организации оказания помощи на догоспитальном этапе ведущая роль принадлежит службе скорой медицинской помощи (СМП). Работа фельдшера скорой помощи вышла далеко за пределы функции транспортировки и скорейшей доставки пострадавшего в стационар. Скорая помощь стала истинным первым этапом оказания квалифицированной помощи. Фельдшерами СМП освоены принципы реанимации, обезболивания, иммобилизации, предупреждения вторичных повреждений головного мозга, активной борьбы с гемодинамическими нарушениями, дыхательной недостаточностью и т.д.

Наибольшие трудности в организации и оказании помощи пострадавшим приходится на сочетанную травму – основную причину инвалидизации взрослого населения и основную причину смерти пациентов до 35 лет.

Сочетанная травма – одновременное повреждение нескольких областей тела или систем органов, вызванная одним повреждающим агентом (механическая травма), одно из которых опасно для жизни. Летальность при сочетанной травме остается на высоком уровне. На каждую смерть приходится одно пожизненное увечье.

Центральное место в патогенезе сочетанной травмы занимают гипоксия и гипотония, вызванные гемодинамическим и травматическим шоком. Организация помощи на догоспитальном этапе означает обследование пострадавшего, иммобилизацию позвоночника, обеспече-

ние безопасности функции дыхательных путей, стабилизацию сердечно-сосудистой системы с учетом типа травмы, соответствующее устранение болевого синдрома наряду с быстрой и правильно организованной транспортировкой пациента в стационар. Исходя из этого, организация помощи на догоспитальном этапе имеет особое значение.

Только при условии соблюдения принципов последовательности и преемственности в оказании помощи пострадавшему на всех этапах эвакуации – на месте происшествия, в автомобиле скорой помощи, в приемном отделении и в отделениях стационара – можно предупредить или значительно ослабить последствия тяжелой механической травмы, а также возникновение жизненно-опасных осложнений. Очевидна роль мероприятий, проводимых на догоспитальном этапе, и недопустимость немедленной транспортировки без выполнения предварительных лечебных мероприятий.

Очень важна оценка фельдшером СМП на месте происшествия обстановки и масштабов травм, дальнейший прогноз развития ситуации, а также создание условий для собственной безопасности и предотвращения травмирования третьих лиц.

При тяжелой механической травме определяющим является фактор времени и качество оказания медицинской помощи. Стандарт на сегодняшний день – принцип золотого часа. Оказание первой помощи пострадавшему с сочетанной травмой представляет для фельдшера особую сложность, связанную с отсутствием или ограниченностью диагностических и терапевтических возможностей. Процесс диагностики начинается сразу же на месте получения травмы.

Наличие сочетанной травмы следует предположить в следующих случаях:

- если произошло падение с высоты более 5 метров;
- выбрасывание из автомобиля при ударе или гибель рядом сидящих людей;
- значительная деформация пассажирского салона;
- сдавление пострадавшего;
- засыпание землей.

Осмотр и первичная диагностика проводятся по правилам первичного и вторичного осмотра. Диагностика и терапевтические мероприятия проводятся по принципу приоритетности.

Высшая степень приоритетности: дыхание, сердечно-сосудистая система, тяжелые кровотечения, тампонада перикарда.

Средняя степень приоритетности: шок, внутреннее кровотечение, черепно-мозговая травма, повреждения спинного мозга, перелом позвоночника, ожоги.

Низкая приоритетность – переломы костей, повреждения мышц и периферических нервных стволов, травмы нижних отделов урогенитального тракта.

Оказание помощи строится с учетом тяжести травмирования пострадавшего по следующей схеме:

1. обеспечение проходимости дыхательных путей и нормализация газообмена (интубация трахеи, при необходимости ИВЛ);
2. поддержание кровообращения и борьба с шоком (остановка кровотечения с помощью жгута или давящей повязки, катетеризация 2–3 периферических вен, инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов, при необходимости дефибрилляция);
3. стабилизация шейного отдела позвоночника до момента исключения его повреждений, иммобилизация переломов и придание удобного положения сломанным конечностям, наложение стерильных повязок на открытые раны и переломы;
4. при сохранении сознания – анальгезия и/или седация;
5. при наличии в ране инородных тел и/или ранящих предметов – удаление их только в условиях операционной;
6. профилактика теплопотерь;
7. документирование с указанием состояния кровообращения, дыхания, оценкой уровня сознания (по шкале Глазго) и активных движений.

Таким образом, перед фельдшером скорой медицинской помощи при оказании помощи пострадавшему с сочетанной травмой стоят следующие задачи:

- 1) оценка типа ранения;
- 2) лечение (устранение) острой дыхательной недостаточности;
- 3) инфузионная терапия;
- 4) обезболивание;
- 5) медикаментозная терапия;
- 6) иммобилизация;
- 7) транспортировка.

Вышеизложенные задачи реализуются по-разному, в зависимости от тяжести травмы, доминирующего повреждения и локализации других повреждений у пострадавшего.

Профилактика синдрома профессионального выгорания у фельдшеров скорой медицинской помощи

*Баталова С.М., старший фельдшер отделения скорой помощи
БУЗОО «Тарская ЦРБ», г. Тара, Омская область*

Известный сейчас термин «выгорание» впервые был предложен американским ученым Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 году и в то время касался описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений.

С тех пор прошло, вроде бы, и не так много времени, однако термин достаточно прочно вошел в нашу повседневную жизнь. Именно повседневную, потому что служба скорой помощи, о которой и идет речь, представляет собой наиболее опасную и богатую стрессами сферу здравоохранения. Несмотря на все регламентирующие документы по организации службы скорой помощи и прежние и ныне действующие, в подавляющем большинстве регионов РФ фельдшер остается основной единицей и составляющей бригады скорой помощи.

Ежедневно и ежечасно фельдшер скорой помощи оказывается наедине с ситуациями, разрешить которые не всегда по плечу и врачу-специалисту, а если добавить к этому низкую заработную плату и полную правовую незащищенность, то картина складывается весьма печальная. Видимо, здесь и кроются корни формирования пресловутого синдрома профессионального, да и просто эмоционального, выгорания.

Происшедшие в последнее время радикальные перемены в обществе оказывают дополнительную психологическую нагрузку на медицинский персонал, так как требуют более качественной работы в значительно более короткие сроки при экономически ограниченном обеспечении учреждений здравоохранения.

Низкая оплата труда медицинских работников в условиях развития рыночной экономики заставляет работать, часто пренебрегая временем, предусмотренным на отдых для восстановления физического и эмоционального баланса организма, огромная ответственность за конечный результат своей деятельности – жизнь пациента, приводит к перенапряжению отдельных органов и систем, возникновению заболеваний.

Медицинский работник находится в тисках медико-экономических стандартов, тех требований к объёму медицинской помощи и диагностических вмешательств, которые он должен выполнить по отношению к пациенту. Однако финансирование здравоохранения не соответствует этому объёму. Добавьте сюда напряженность труда, перегрузки, связанные с дежурствами, - все это формирует состояние стресса.

Не станем останавливаться на первом «русском вопросе» - «Кто виноват?», попробуем перейти сразу ко второму – «Что делать?». Действительно – что же делать в таких ситуациях, как сохранить стремительно редеющий персонал скорой помощи, уменьшение которого во многом и обязано вышеупомянутому синдрому? Как помочь людям, которые пребывая на переднем фронте медицины, рискуют не только своим физическим здоровьем, но и психоэмоциональным статусом?

Изучая литературу и современные статьи по данной проблеме, сделан вывод, что любые профилактические мероприятия следует начинать с консультации психолога. И это правильно, потому что именно психолог позволит разобраться в столкновении личностных характеристик фельдшера и особенностей его функциональных обязанностей, ведь без этого невозможно и помочь.

Но вот проблема – если в учреждении нет такой должности, а искать помощь психолога за пределами родного лечебного учреждения нет ни времени, ни средств? Что тогда? Конечно, важно значение в таких вопросах имеет подробное информирование, фельдшер должен отчетливо понимать, что с ним происходит, именно это позволит ему во время предпринимать меры по профилактике этого явления и борьбе с уже имеющейся симптоматикой. Изучая современную литературу, сталкиваешься с весьма впечатляющей статистикой – по данным многих исследований синдрому профессионального выгорания сегодня уже подвержены около 50 % фельдшеров скорой помощи, а это значит, что процесс стремительно прогрессирует и вопрос профилактики становится весьма насущным. Ведь это уже не вопрос отдельных членов коллектива – а проблема всего коллектива. Вот какие признаки «выгорающего» коллектива приводятся в литературе:

- большая текучесть кадров;
- низкая вовлеченность в работу персонала;
- сотрудники постоянно ищут «козла отпущения»;
- разделение коллектива на группировки;

- режим зависимости, т. е. гнев на руководителей, проявление безнадежности и беспомощности;
- отсутствие среди коллег сотрудничества;
- снижение инициативы;
- возрастание неудовлетворенности работой;
- выражение негативного отношения к роли и функции подразделения.

И ведь при анализе всех этих пунктов приходится признать, что практически все они достаточно актуальны!

Итак, что же можно сделать? Психологи советуют начать с главного - нужно научиться сохранять позитивное отношение к происходящему в жизни. Как тут не вспомнить основные принципы, которые исповедуют буддисты: санук – жизнь в удовольствие, сабай – расслабление и неприятие стресса, и суай – ощущение красоты мира. Все вроде бы просто, остается только начать. С себя, а это как раз и есть самое сложное.

Другой способ самозащиты — общение. Но не простое общение, болтовня, а искреннее, эмоциональное общение - когда есть поддержка людей, чувство «локтя» в коллективе, то будет мало вероятности «сгореть». Психологи советуют ставить перед собой реальные цели, которые вы можете достичь. «Мир во всем мире» - хорошее дело, но может для начала попробовать достичь мира в своем коллективе или в собственной семье? Или вовсе начать с достижения мира с самим собой — это тоже весьма важный момент!

Еще один способ профилактики эмоционального выгорания — поддержание себя в хорошей спортивной форме, правильный отдых. И еще — желание и возможность переключаться от забот и проблем на работе, выходя с работы. Наличие увлечения может сыграть очень важное значение. Нельзя замыкаться на одном. Медицинский работник, с которым можно поговорить только о болезнях, практически обречен, а вот интересная, многогранно развитая личность, имеет гораздо больше шансов не «сгореть».

Повышение квалификации и уровня профессиональной компетентности является мощным фактором профилактики синдрома выгорания. Так что, возможность обучения на курсах повышения квалификации тоже можно рассматривать как профилактическое мероприятие для фельдшера. И, конечно, не следует забывать, что необходим регу-

лярный, достаточный, полноценный отдых со сменой обстановки и, особенно, с активными видами отдыха.

Не следует забывать о том, что отдых и личная жизнь – необходимая составляющая успешной и длительной работы. Благоприятное влияние оказывает посещение выставок, театров, концертных залов. Следует регулярно заниматься любимым делом, увлечением, отводя для него специальное время.

Таким образом, профилактика синдрома профессионального выгорания у фельдшеров скорой медицинской помощи должна представлять собой целую систему мероприятий, которая по данным различных источников должна осуществляться по следующим направлениям:

- Просветительная работа о сущности и последствиях профессиональной деформации.
- Создание комнат "психологической разгрузки" в лечебных учреждениях для медперсонала.
- Организация работы клинического психолога.
- Создание благоприятного психологического климата в коллективе.
- Организация наставничества.
- Учет мнения сотрудников при выборе предпочтительного коллег.
- Психологическое консультирование как возможность проработки профессиональных и личных проблем.
- Проведение групповых методов работы - тренингов, антистрессовых программ.
- Посильное решение жилищно-бытовых вопросов.
- Активный отдых, санаторно-курортное лечение.
- Постоянная внутренняя работа медицинского работника над собой, переосмысление поведения, рефлексия эмоциональных состояний.

Все это позволяет решить не только психологические проблемы, вызываемые синдромом профессионального выгорания, но и физические (соматические) последствия этого синдрома, которые включают в себя формирование хронических заболеваний, существенно сокращающих продолжительность жизни медицинского работника и, в частности, фельдшера скорой помощи. Концепция поведенческих профилактических мер, представленная в психологической литературе, фокуси-

руется на первичной профилактике, к которой относятся следующие мероприятия:

- улучшение навыков борьбы со стрессом (дебрифинг (обсуждение) после критического события, физические упражнения, адекватный сон, регулярный отдых и др.);

- обучение техникам релаксации (расслабления) - прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, самовнушение, медитация;

- умение разделить с пациентом ответственность за результат, умение говорить «нет»;

- хобби (спорт, культура, природа);

- попытка поддержания стабильных партнерских, социальных отношений;

- фрустрационная профилактика (уменьшение ложных ожиданий).

Сотрудников, впервые приступивших к работе, необходимо реалистически и адекватно ввести в курс дела. Если ожидания реалистичны, ситуация более предсказуема и лучше управляема.

Профилактические меры, предупреждающие эмоциональное, профессиональное выгорание, содержат различные подходы: личностно-ориентированные методики, направленные на улучшение способностей отдельной личности противостоять стрессу через изменение своего поведения, отношения, такие как: постоянная внутренняя работа медицинского работника над собой, переосмысление поведения, рефлексия эмоциональных состояний, активный отдых, овладение методами саморегуляции; а также меры, направленные на изменение рабочего окружения: просветительная работа о сущности и последствиях профессиональной деформации, предупреждение неблагоприятных обстоятельств, а именно - создание благоприятного психологического климата в коллективе, проведение групповых тренингов, анти-стрессовых программ.

Многое в этом зависит и от позиции руководства лечебного учреждения.

Роль фельдшера школы в оказании неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе

*Бренькман Г.В., старшая медицинская сестра
отделения организации медицинской помощи детям
в образовательных учреждениях №1,
поликлиника №1 БУЗОО «ГДКБ № 3», г. Омск*

Неотложная помощь – это срочные меры, необходимые для спасения жизни и здоровья пострадавших при повреждениях, несчастных случаях и внезапных заболеваниях, которая оказывается на месте происшествия до прибытия «скорой помощи».

Следует помнить, что от своевременности и качества оказания неотложной помощи в значительной степени зависит дальнейшее состояние здоровья пострадавшего, и даже его жизнь.

В образовательных учреждениях дети проводят большую часть своего времени, и иногда возникают ситуации, требующие оказания неотложной медицинской помощи.

Сохранение и поддержание жизненно важных функций организма и доставка пациентов в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной медицинской помощи – основные цели догоспитального этапа. Особая роль в этом принадлежит фельдшеру образовательного учреждения.

БУЗОО «ГДКБ № 3» территориально обслуживает 11 школ с общей наполняемостью 7290 учащихся. В одной школе в среднем обучается от 700 до 900 детей.

Фельдшер школы самостоятельно оказывает необходимую медицинскую помощь. Следует очень внимательно относиться к жалобам детей, при необходимости немедленно направлять ребёнка к врачу в поликлинику, а в отдельных случаях вызывать «скорую помощь» в школу.

Все обращения за помощью в медицинский кабинет школы, независимо от характера жалоб и заболевания (головная боль, незначительная травма и др.), записываются в журнал регистрации амбулаторный больных.

Фельдшер школы владеет навыками оказания всех видов медицинской помощи, так как в его практике могут наблюдаться различные неотложные состояния: раны, кровотечения, вывихи, переломы,

растяжения, ушибы, ожоги, отравления, электротравмы, анафилактический и травматический шок, обморожения, приступ бронхиальной астмы, судорожный приступ, диабетическая кома, коллапс и др.

Во всех случаях, требующих оказания неотложной помощи, фельдшер школы должен быстро вызвать «скорую помощь» и провести комплекс срочных мероприятий, направленных на: прекращение действия повреждающих факторов, ликвидацию угрозы жизни ребенка, поддержание жизненно важных функций организма (остановка кровотечения, восстановление сердечной деятельности и дыхания, иммобилизация и др.), создание максимально благоприятных условий для транспортировки пациента (при необходимости).

В практике работы фельдшера школы наиболее часто встречаются травмы учащихся. Большинство травм возникает во внеурочное время (в коридоре, на лестнице, во дворе). На втором месте среди травм в школе - повреждения, получаемые на уроках физкультуры, особенно во время занятий на улице и спортивных снарядах.

Для профилактики травматизма фельдшер проводит беседы со школьниками, контролирует безопасность проведения занятий и обучает основам оказания неотложной помощи педагогов и учащихся школы.

Медицинский кабинет школы имеет необходимое оснащение для оказания неотложной помощи. Фельдшер осуществляет контроль за укомплектованностью кабинета медицинским оборудованием, наличием медикаментов и перевязочного материала в упаковках посиндромной терапии и аптечках по оказанию медицинской помощи (в учебных классах, учительской, физкультурном зале, школьных мастерских, кабинете домоводства).

Деятельность фельдшера школы требует постоянного повышения теоретических знаний и практических навыков, которые совершенствуются путем обучения по программам дополнительного профессионального образования и посещения конференций, мастер-классов, семинаров.

Таким образом, от своевременных, квалифицированных действий фельдшера школы по оказанию неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе зависят жизнь и здоровье наших детей.

Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинского персонала скорой психиатрической помощи

*Воронкова Т.А., старшая медицинская сестра
психотерапевтического амбулаторного отделения
БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова», г. Омск*

*Аплетаев А.А., фельдшер скорой медицинской помощи
отделения скорой психиатрической помощи
БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова» г. Омск*

*Усольцев И.В., фельдшер скорой медицинской помощи
отделения скорой психиатрической помощи
БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова» г. Омск*

Комплексный анализ определений синдрома эмоционального выгорания в отечественных и зарубежных исследованиях позволяет сделать вывод о том, что столь разные представления о данном явлении обусловлены разными подходами авторов к его рассмотрению и обращением к исследованию данного феномена в разных видах профессиональной деятельности, провоцирующих его развитие. До сих пор нет единого определения синдрома профессионального выгорания.

Руководствуясь системным подходом, мы посчитали возможным определить синдром эмоционального выгорания как сложноорганизованный комплекс состояний, где доминирующим является психоэмоциональное истощение, возникающее вследствие преобладания факторов внешней среды над внутренними ресурсами, снижающее адаптационные возможности организма и психики человека.

Медицинский персонал является ключевым ресурсом лечебного процесса в психиатрии, поэтому изучение распространенности синдрома профессионального выгорания и механизмов его формирования является актуальной проблемой для современной психиатрии.

Условия деятельности медицинского персонала скорой психиатрической помощи характеризуются повышенной стрессогенностью, что обусловлено необходимостью оказания неотложной медицинской помощи в условиях не только дефицита времени и информации, но и присутствием повышенного фактора риска для самих сотрудников пси-

хиатрических бригад при выезде на место вызова к пациентам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, а также высокой ответственностью за эффективность и своевременность медицинской помощи.

К специфическим особенностям деятельности врачей-психиатров и фельдшеров скорой специализированной психиатрической помощи относятся «трудный» контингент пациентов, кроме того диагноз психического расстройства несет на себе негативную социально-этическую нагрузку, какой не имеет ни одна другая медицинская специальность.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала «синдром выгорания» проблемой, требующей медицинского вмешательства, и в МКБ-10 синдром выгорания выделен в отдельные диагностические группы – Z73 (проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью) и шифруется Z73.0 – «выгорания».

В настоящее время проблема «эмоционального выгорания» представляет не только научный интерес, она имеет большую практическую значимость при использовании полученных данных в системе психогигиенических, психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья медицинских работников.

Цель исследования: определить степень выраженности СЭВ у медицинского персонала скорой психиатрической помощи.

Материалы и методы исследования. С целью выявления личностных особенностей медицинских работников, влияющих на развитие синдрома эмоционального выгорания, опросу были подвергнуты медицинский персонал скорой психиатрической помощи в количестве 41 человека. Исследование проводилось 2015-2016 гг. на базе отделения скорой психиатрической помощи БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова».

Объект исследования – синдром эмоционального выгорания у медицинских работников скорой психиатрической помощи БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова».

Для достижения поставленной цели были использованы: анализ проблемы, систематизация данных научных литературных источников, сравнение и обобщение данных, анкетирование, математико-статистические методы исследования. В исследовании нами был использован опросник поведения и переживания, связанного с работой «AVEM», который разработан У. Шааршмидтом и А. Фишером в Инсти-

туте психологии Потсдамского университета и адаптирован под руководством Т.И. Ронгинской.

Опросник AVEM – многофакторный диагностический инструмент, позволяющий определить типы поведения человека в ситуациях профессиональных требований. При создании опросника авторы исходили из предположения о том, что взаимодействие индивида с требованиями профессиональной среды, способствующее психическому здоровью и профессиональному росту, определяют три основные сферы личности:

1. Профессиональная активность, выраженная в категориях субъективного значения деятельности, профессиональных притязаний, готовности к энергетическим затратам, стремления к совершенству при выполнении заданий, а также способности к поддержанию дистанции между личной и профессиональной жизненными сферами.

2. Стратегии преодоления проблемных ситуаций, представленные в категориях тенденции к отказу от дальнейшего выполнения профессиональных заданий, особенно в ситуациях поражений и неудач.

3. Эмоциональная установка к профессиональной деятельности, выражением которой становится чувство социальной поддержки, профессионального успеха и жизненного удовлетворения.

Область поведения и переживания в профессиональной среде описывают 11 шкал опросника, учитывающие три приведенные выше сферы личности и отражающие реакции человека на требования профессиональной среды и способы поведения, формируемые на основе этих реакций: субъективное значение деятельности; профессиональные притязания; готовность к энергетическим затратам; стремление к совершенству; способность сохранять дистанцию по отношению к работе; тенденция к отказу в ситуации неудачи; активная стратегия решения проблем; внутреннее спокойствие и равновесие; чувство успешности в профессиональной деятельности; удовлетворенность жизнью.

Каждая шкала состоит из 6 утверждений, степень согласия с которыми обследуемый оценивает по пятибалльной шкале от «Полностью согласен» – 5 баллов до «Абсолютно не согласен» – 1 балл. В зависимости от соотношения показателей по различным шкалам определяется тип поведения в профессиональной среде, который позволяет, в том

числе, сделать вывод о наличии либо отсутствии синдрома профессионального «выгорания».

На основе анализа показателей отдельных шкал опросника и их взаимосвязей были выделены четыре типа поведения и переживания в профессиональной среде:

Тип G – здоровый, активный, способный к решению трудных проблем, придающий работе высокое значение, контролирующий собственные энергетические затраты, отмеченный конструктивным способом преодоления ситуаций неудач и поражений, которые рассматриваются субъектом деятельности не как источник фрустрации и негативных эмоций, а как стимул для поиска активных стратегий их преодоления.

Тип S – экономный, бережливый, со средним уровнем мотивации, энергетических затрат и профессиональных притязаний, выраженной склонностью к сохранению дистанции по отношению к профессиональной деятельности, удовлетворенностью результатами своего труда.

Тип A – тип риска A, соответствующий классическому описанию Фридмана и Розенмана, характеризующийся экстремально высоким субъективным значением профессиональной деятельности, большой степенью готовности к энергетическим затратам, низкой устойчивостью к фрустрации и стрессу.

Тип B – выгорание, отмечен низким субъективным значением деятельности, низкой стрессоустойчивостью, ограниченной способностью к релаксации и конструктивному решению проблем, тенденцией к отказу в трудных ситуациях, постоянным чувством беспокойства и беспредметного страха.

Результаты исследования. Ранжирование параметров личностного поведения медицинских работников по шкале AVEM выявило их высокое значение и приоритет в стремлении к совершенству (PS=21,34), в поведении активных стратегий решения проблем (OP=20,57) и «готовностью к энергетическим затратам» (VB=19,71), что отражает конструктивный настрой на профессиональную деятельность и является риском быстрого истощения, что должно учитываться при распределении профессиональной нагрузки.

Ранжирование параметров поведения по значимости у медицинских работников фельдшерских бригад выявило приоритет в поведении активных стратегий решения проблем (OP=19,40), в стремлении к

совершенству ($PS=19,38$), а также готовности к энергетическим затратам ($VB=17,71$). Тогда как высокой степенью готовности к энергетическим затратам ($VB=21,84$) характеризуются медицинские работники врачебных бригад скорой психиатрической помощи, что является риском быстрого истощения, и должен учитываться при распределении профессиональной нагрузки.

Одинаково особо низкое значение среди фельдшерских и врачебных бригад заняли способность к поддержанию дистанции по отношению к работе (DF), чувство социальной поддержки (SU) и субъективное значение деятельности (BA), что в целом определяют тип профессионального поведения и риска профессиональной дезадаптации, с возможностью склонности к профессиональной неудовлетворенности на фоне успешной профессиональной деятельности других коллег.

Выявлены факторы, наиболее влияющие на общую суммарную оценку профессионального поведения медицинских работников скорой психиатрической помощи: стремление к совершенству, чувство успешности в профессиональной деятельности, субъективное значение деятельности, тенденция к отказу в ситуации неудачи, внутреннее спокойствие и равновесие, готовность к энергетическим затратам.

Таким образом, признаки профессионального выгорания в ситуациях профессиональных нагрузок у медицинских работников скорой психиатрической помощи указывают на необходимость принятия мер ранней профилактики стресса и психического здоровья медицинских работников.

Роль фельдшера в профилактике общественно опасных действий у пациентов с психозами

*Кондратенко С.В., фельдшер скорой медицинской помощи
отделения скорой психиатрической помощи
БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова», г. Омск*

*Носков А.Ю., фельдшер скорой медицинской помощи
отделения скорой психиатрической помощи
БУЗОО «КПБ им.Н.Н. Солодникова», г. Омск*

Общественно опасные действия (ООД) психически больных в состоянии психоза представляют одну из наиболее важных проблем психиатрии, являясь негативным исходом и последствием психических расстройств. Общественно опасные действия психически больных по своему характеру отличаются от преступлений психически здоровых лиц.

Оценка характера и частоты общественно опасных действий больных с психозами и в целом психическими нарушениями в России на основании статистической отчетности за 10-летний период показала, что их абсолютное число увеличилось на 10,2 % (средний ежегодный темп прироста составил 1 %). Интересно, что ежегодно количество ООД, совершаемых больными в состоянии психоза, составляет большую часть всех ООД. Количество ООД за 10 лет выросло более чем в 2 раза (темп роста — 214,9 %).

Данные показатели свидетельствуют о необходимости скорейшего усиления мер первичной и вторичной профилактики ООД психически больных в состоянии психоза. Все приведенные данные говорят о необходимости дополнительных работ в области исследования факторов риска совершения общественно опасных действий больными в состоянии психоза, которые на сегодняшний день представлены лишь небольшим количеством работ.

Цель исследования: показать практическую значимость роли фельдшера в профилактике особо опасных действий у пациентов с психозами.

На основании поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- изучить литературные источники по вопросам факторов риска развития правонарушений (общественно опасных действий) пациентами, страдающими психическими расстройствами (в состоянии психоза);

- провести сравнительный анализ статистических данных распространённости особо опасных действий у психически больных пациентов в состоянии психоза по данным БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников»;

- проанализировать основные факторы риска развития особо опасных действий у пациентов с психозами;

- рассмотреть меры медицинской профилактики особо опасных действий пациентов с психическими расстройствами на базе БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников»;

- разработать опросник для выявления факторов риска, предшествующих совершению особо опасных действий у пациентов с психическими расстройствами для фельдшера ФАПов;

- разработать анкету для раннего выявления психотического состояния (психоза) в помощь фельдшеру на ФАПе;

- разработать памятку для родственников пациентов, страдающих психическими расстройствами для своевременного выявления предвестников развития рецидива заболевания и профилактики особо опасных действий у таких пациентов.

Объектом исследования является система первичной и вторичной профилактики в психиатрии особо опасных действий, совершаемых психически больными в состоянии психоза.

Критерий исключения - пациенты старше 50 лет с учетом психозов сосудистого генеза. Размер выборки составляет 90 человек.

Предмет исследования: деятельность фельдшера в профилактике особо опасных действий, совершаемых психически больными в состоянии психоза.

В исследовании используются следующие методики:

- Статистический (анализ статистических данных),
- Логический (анализ литературных источников),
- Социологический (проведение опроса, беседы с пациентами и их родственниками по вопросам развития состояний рецидива заболевания).

Теоретическая значимость исследования – расширить и углубить знания фельдшера по вопросам профилактики особо опасных дей-

ствий у пациентов с психозами, а также диагностики, которые необходимы для самостоятельной практической деятельности.

Практическая значимость исследования – применение разработанных методических пособий (анкеты, опросника и памятки для родственников пациентов, страдающих психическими расстройствами) для профилактики особо опасных действий у пациентов в состоянии психоза.

Исследование проходило на базе двух крупных отделений специализированного типа – 3 и 11 отделения. В исследовании приняло участие 90 пациентов. При изучении медицинской документации и бесед с родственниками было установлено, что по характеру совершенными ими ООД пациенты были поделены на две группы. В первой группе характер ООД, совершенных пациентами (54 %), в первую очередь обусловлен характером синдрома. Иными словами, психическое расстройство является предвестником ООД.

Вторая группа 46% – группа негативно-личностных механизмов включает ситуационно-спровоцированные и инициативные ООД. В этих случаях пациент является непосредственным участником или инициатором криминальной ситуации, а психические расстройства являются своего рода «поломанным инструментом». Преобладающими в этой группе являются негативные и психопатоподобные расстройства (психозы).

Классификация особо опасных действий, совершенных пациентами с психическими расстройствами, согласно медицинской документации, можно условно поделить на категорию вреда, анализируя следующие его компоненты: 1) характер; 2) тяжесть; 3) близость во времени; 4) частоту; 5) вероятность; 6) ситуацию; 7) условия, влияющие на вероятность.

Таким образом, резюмируя состояние проблемы общественной опасности психически больных, можно отметить, что общепринятым стало понимание того, что психопатологическое состояние не предопределяет полностью совершение ООД, и раскрытие содержания понятия общественной опасности психически больных является комплексной проблемой, требующей рассмотрения и анализа разнообразных факторов: клинико-психопатологических, социальных, криминологических, психологических.

Изучив анализ факторов риска совершения ООД пациентами в состоянии психоза, нами были разработаны: опросник для выявления

факторов риска, предшествующих совершению общественно опасных действий у пациентов с психическими расстройствами для фельдшера ФАПов, анкета для раннего выявления психотического состояния (психоза) в помощь фельдшеру на ФАПе и памятка для родственников пациентов, страдающих психическими расстройствами, для своевременного выявления предвестников развития рецидива заболевания и профилактики общественно опасных действий у таких пациентов.

Все разработанные методические пособия будут продуктивно влиять на снижение уровня повторных общественно опасных действий у пациентов с психическими расстройствами, а также будут помогать выявлять рецидивы заболеваний. Из всего выше сказанного, роль фельдшера в профилактике общественно опасных деяний у пациентов с психозами велика - своевременно проведенные профилактические мероприятия будут влиять не только на прогноз, но и на улучшения качества жизни таких пациентов и их родственников. Добиться этого можно, только внедряя разработанные нами методические памятки, начиная с догоспитального этапа.

Заключение. Проблема особо опасного поведения психически больных с психозами относится к числу наиболее актуальных в психиатрии.

Психически больной в состоянии психоза или другого острого расстройства психики, не позволяющего осознавать свои действия и руководить ими, нередко совершает уголовные преступления, часто нанося вред себе и окружающим людям.

Особо опасные действия психически больных по своему характеру отличаются от преступлений психически здоровых лиц, в основном, за счет небольшого доминирования наиболее тяжких преступлений, которые связаны с физической агрессией, с одной стороны, а с другой, — возможно, за счет отсутствия возможности здраво оценивать свои действия в момент правонарушения и руководить ими. Оба фактора во многом определяют высокое социальное значение ООД.

В России, на основании статистической отчетности, за 10-летний период число особо опасных действий, совершенных пациентами с психическими расстройствами, увеличилось на 10,2 % (средний ежегодный темп прироста составил 1 %). В целом по РФ из числа лиц, направленных на СПЭ в 2015 году, лица с психическими расстройствами составили 71,3 % (94,6 тыс. чел.), а психически здоровые — 28,7 % (38,1 тыс. чел.).

В Омской области за последние 10 лет выросло число ООД более чем в 2 раза (темп роста — 214,9 %). Данные показатели свидетельствуют о необходимости скорейшего усиления мер первичной и вторичной профилактики ООД психически больных в состоянии психоза.

На основании результатов исследования можно сделать следующие выводы:

- необходимо проводить дальнейшее исследование по применению и анализу результативности разработанных нами методических пособий для пациентов в области решения профилактики ООД пациентов в состоянии психоза;
- важно систематически повышать уровень знаний фельдшеров скорой медицинской помощи по данной проблеме.

Проблема, как выяснилось, является актуальной и социально-значимой. Возможен обмен опытом с другими медицинскими организациями. Именно сотрудничество и работа в команде позволит достичь наивысших результатов в решении профилактики ООД у пациентов с психозами и улучшить качество жизни пациентов с психозами.

Оказание скорой медицинской помощи пациентам гериатрического профиля на догоспитальном этапе

*Кузнецов К.А., старший фельдшер скорой медицинской помощи
ГБУРМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн»,
член правления РОО «Ассоциация средних медицинских работников
Республики Марий Эл», г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл*

Известно, что люди старшего возраста представляют собой особую категорию населения с мультиморбидным статусом, имеющих в среднем по 3 - 5 хронических заболеваний, различные психологические особенности и проблемы. Все эти причины формируют высокую обращаемость пожилого населения к скорой помощи. По медико - статистическим данным, потребность получения ими медицинской помощи на догоспитальном этапе в 2,5-3 раза выше, чем у других возрастных групп населения.

Исследование проведено на базе Республиканского клинического

госпиталя ветеранов войн. Это современное многопрофильное гериатрическое объединение, в составе которого находятся: поликлиника на 300 посещений в день, стационар на 150 коек (неврологическое, кардиологическое, терапевтическое, хирургическое и гериатрическое отделения), отделение скорой и неотложной медицинской помощи, стационар на дому, отделения функциональной и лучевой диагностики, физиотерапевтическое отделение, отделение ЛФК и массажа, клинико-диагностическая лаборатория.

Госпиталь оказывает специализированную медицинскую помощь лицам пожилого возраста, участникам Великой Отечественной войны, ветеранам боевых действий и локальных вооруженных конфликтов, пострадавшим от воздействия радиации, ветеранам труда, малолетним узникам концентрационных лагерей. Республиканский клинический госпиталь является ведущим медицинским учреждением Республики по оказанию лечебно-диагностической помощи лицам пожилого возраста. В госпитале организована научно-исследовательская работа по актуальным проблемам геронтологии и гериатрии. Сформировались научные связи с учеными Москвы, Санкт-Петербурга, Самары, Нижнего Новгорода, Казани и Перми.

Многолетний опыт скорой медицинской помощи гериатрическим больным позволил сформулировать основные направления совершенствования скорой медицинской помощи пожилому контингенту как важнейшие пути оптимизации и повышения эффективности ее работы:

1. Совершенствование методов и форм преемственности между выездными бригадами скорой медицинской помощи, амбулаторно - поликлинической службой и стационарами.

2. Важнейшим условием повышения эффективности работы скорой медицинской помощи является совершенствование приемов психологической поддержки и, в случае необходимости, психокоррекции пожилых пациентов, которые вместе с эффективными медицинскими вмешательствами на догоспитальном этапе определяют снижение уровня госпитализации. Человеческое горе, страдания, боль, смерть — вот те категории, с которыми ежедневно сталкиваются сотрудники скорой помощи. Работа в таких ситуациях требует, помимо высочайшего профессионализма, творческого склада ума, высокого уровня саморегуляции (выдержки, эмоциональной стабильности, дипломатичности). Поэтому в нашей работе мы

постоянно обращаем внимание сотрудников на то, что оказание скорой медицинской помощи лицам гериатрического профиля на выезде должно быть максимально адекватным и эффективным, причем обязательно должно сочетаться с приемами психологической поддержки, что отличает работу выездных гериатрических бригад от линейных.

3. Постоянный контроль укомплектованности кадрами и количеством выездных бригад.

4. Непрерывная система подготовки и переподготовки кадров в нашем отделении является неременным условием высокого качества и самостоятельным направлением развития в числе путей оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Как указывалось выше, больные пожилого и старческого возраста имеют ряд особенностей в проявлении не только хронических, но и острых заболеваний. Поэтому медицинский персонал, оказывающий помощь данной категории пациентов, должен знать вопросы клинической геронтологии.

5. Адекватная обеспеченность санитарным транспортом и оснащением, включая современные средства связи и информационные технологии, которые являются неременным условием качества оказания скорой медицинской помощи.

Вышеуказанные пути оказания скорой медицинской помощи пациентам гериатрического профиля позволяют улучшить качество работы скорой помощи и, прежде всего, снизить уровень госпитализации.

Роль бригад скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

*Леонов Г.В., заместитель главного врача
БУЗОО «ССМП» по ГО и МР, г. Омск*

Бригады БУЗОО «Станция скорой медицинской помощи» (далее – ССМП), работая в круглосуточном режиме, всегда готовы прийти на помощь пострадавшим в ЧС как техногенного, природного так и социального (террористические акты) характера. За первое полугодие 2016

года по данным БУЗОО «Территориального центра медицины катастроф» (далее – ТЦМК) и ССМП на территории города Омска произошло восемь чрезвычайных ситуаций: одно ДТП на пересечении улиц Проспект Мира и Заозерная и семь пожаров (в каждом из которых погибло более двух человек). В ликвидации медико-санитарных потерь данных ЧС принимали участие бригады скорой медицинской помощи.

Выдержки из критериев ЧС согласно Приказу МЧС России от 08.07.2004 года № 329:

1. ДТП с тяжкими последствиями (погибли 5 и более человек или пострадали 10 и более человек).

2. Пожары в зданиях жилого, административного, социального назначения. Число погибших – 2 человека и более.

Кроме того, бригады СМП выезжают на все ДТП в городе Омске и вокруг города в радиусе 50 километров. По значимости выезд на вызов «ДТП» приравнивается к чрезвычайной ситуации.

Статистические данные по ДТП с 01.01.2016 г. по 30.07.2016 г. в городе Омске:

	Пострадало в ДТП (чел.)	Погибло на месте ДТП (чел.)	Госпитализировано в стационары (чел.)	Оказалось от госпитализации (чел.)	Нет на месте
Всего	1005	22	619	250	52
Из них дети	123	1	103	27	-

Статистические данные по пожарам с 01.01.2016 г. по 30.06.2016 г. в городе Омске:

	Количество возгораний	Погибло при пожаре (чел.)	Госпитализировано в стационары (чел.)	Оказалось от госпитализации (чел.)	Пострадавших нет
Всего	1207	15	18	22	15
Из них дети	-	-	1	4	-

В последнее время в связи с террористической напряженностью и повышенной бдительностью населения города Омска частым поводом к вызову бригады скорой медицинской помощи стало обнаружение подозрительных предметов. Бригада СМП, в данном случае, находясь в непосредственной близости к возможному очагу поражения, может оперативно оказать медицинскую помощь пострадавшим. Бригада

СМП в это время переходит в подчинение оперативной группы и действует согласно распоряжениям её руководителя; при этом незамедлительно сообщает в оперативный отдел ССМП о всех изменениях, происходящих на месте возможного террористического акта.

Количество вызовов по поводу обнаружения подозрительных предметов, возможного заминирования или проявлений террористической активности:

	01.01.2013- 31.12.2013 гг.	01.01.2014- 31.12.2014 гг.	01.01.2015- 31.12.2015 гг.	01.01.2016- 30.06.2016 гг.
Количество вызовов	222	311	471	157

Статистические данные взяты из программного комплекса АДИС.

Действия членов бригады СМП при непосредственной близости к очагу поражения. Правило действует для всех типов ЧС и утверждено в Плане действий службы медицины катастроф Омской области в 2009 году. Первая помощь пораженным в ЧС оказывается непосредственно в очаге самими пораженными и населением в порядке само- и взаимопомощи, а также силами аварийно-спасательных формирований, противопожарной службой и поисково-спасательной службой. Оказание доврачебной и первой врачебной помощи проводится на границе очага ЧС в пунктах сбора пострадавших силами бригад скорой медицинской помощи и другими медработниками, находящимися в непосредственной близости к границе очага ЧС.

Для того чтобы сотрудники БУЗОО «ССМП» всегда были готовы своевременно и квалифицированно оказать медицинскую помощь при ликвидации последствий ЧС, постоянно проходят тематические занятия, тренировки, учения. Сотрудники обучаются в учебном центре БУЗОО «ТЦМК», на станции проводятся тактико-специальные учения, в ходе которых выявляются недочеты работы сотрудников и ведется постоянная работа над улучшением показателей.

На данный момент бригады БУЗОО «ССМП» оснащены всем необходимым оборудованием для оказания медицинской помощи при ликвидации последствий ЧС.

История и создание оптимальной структурной модели службы скорой медицинской помощи Омской области

Локтев П.П., главный фельдшер БУЗОО «ССМП», г. Омск

Станция скорой медицинской помощи в городе Омске, как самостоятельное учреждение, была организована более чем 80 лет тому назад.

После установления Советской власти в Сибири, скорая медицинская помощь осуществлялась хирургическим отделением Городской больницы, расположенном по улице П. Некрасова в доме № 1, и терапевтическим отделением, расположенном на Больничном переулке в доме № 11. Здесь же была выделена отдельная комната, где было организовано круглосуточное дежурство единственного фельдшера, оказывающего неотложную медицинскую помощь на дому. В 30-х годах в Сибири стала бурно развиваться промышленность, средства связи и транспорт. Население города Омска из года в год увеличивалось. Выросло абсолютное число внезапных заболеваний, родов и несчастных случаев. В мае 1934 года профессор Рабинович М.С. организовал в городе Омске станцию скорой медицинской помощи на самостоятельном бюджете.

В 1936 году в Ленинском районе города Омска было создано отделение станции скорой медицинской помощи при районной больнице, которое выделилось в самостоятельную станцию скорой медицинской помощи Ленинского района. В 1937 году организовалась станция скорой медицинской помощи Кировского района.

В период Великой Отечественной войны городская станция была переведена на улицу Орджоникидзе, дом 56, в старое деревянное здание, расположенное на территории 1-ой городской клинической больницы. Автомшины станции лишились гаража. Многие работники станции ушли на фронт. Станция скорой помощи стала оказывать помощь и на дому. В трудных условиях войны работники станции выдержали суровое испытание с честью.

В послевоенные годы стали быстро развиваться и расти Октябрьский и Советский районы города Омска, как центры нефтехимической и машиностроительной промышленности. Получила развитие и медицинская служба в этих районах.

В 1950-1951 годах сначала организовались при медико-санитарных частях, а потом выделились в самостоятельные учреждения станции скорой медицинской помощи Октябрьского и Советского районов. Таким образом, в городе Омске образовалось пять станций скорой медицинской помощи. Каждая станция имела самостоятельный районный медицинский бюджет и свою административно-хозяйственную часть. В основе обслуживания вызовов в городе лежал территориальный районный принцип. Так, городская станция обслуживала только Центральный и Куйбышевский районы; Советская, Ленинская, Октябрьская и Кировская станции – только соответствующие районы города.

С 19 апреля 1961 года Омский Горздравотдел приступил к объединению районных станций скорой медицинской помощи в единую внекатегорийную городскую станцию скорой медицинской помощи с подстанциями в Центральном, Советском, Октябрьском, Ленинском, Кировском районах. Главным врачом ГССМП был Ю.М. Блинов. В станции был создан Единый административно-управленческий персонал, что улучшило руководство подстанциями и позволило администрации осуществлять маневр силами и средствами станции в пределах всего города. На подстанции Центрального района создан единый диспетчерский пульт «03», установлена прямая телефонная связь с подстанциями, с ОКБ, отделением плановой и консультативной помощи (санавиация), дежурным управлением ГАИ, пожарной службой «01». В 1965 году организовалась 6-я подстанция в рабочем поселке Москва. После объединения станций организована аптека, стол справок, кабинет медицинской статистики, станция по зарядке и ремонту кислородных баллонов, бухгалтерия, кладовая, радиослужба с радиомастерской. Радиофицированы все автомашины, работающие на станции. Получили развитие специализированные виды помощи.

Одной из первых в Сибири при Омской городской станции скорой медицинской помощи в Центральной подстанции организована в июне 1961 года противошоковая бригада на базе переконструирования внутри кузова автомашины УАЗ-450А. В 1963 году организована вторая противошоковая бригада на автомашине РАФ-477 в Советском районе.

В 1962 году при станции создана противоишемная бригада, которая была оснащена всем необходимым для проведения комплексного обследования и оказания высококвалифицированной специали-

зированной помощи этой группе тяжелейших больных непосредственно на дому, и впервые в городе Омске стала осуществляться транспортировка их в специализированные отделения стационаров города, минувшие приемные отделения. Раньше госпитализация этих пациентов была только из общественных мест.

В 1966 году организована в станции скорой медицинской помощи токсикологическая бригада. Составлена картотека ядов и противоядий. Бригада оснащена антидотами и другими медикаментами для оказания помощи при отравлениях. На оснащенность бригады имелись изолирующие противогазы, резиновые сапоги, костюмы.

В этом же году для лучшего руководства и создания хороших условий для специализированных бригад (гараж, лаборатория), организована в Октябрьском районе города подстанция специализированных бригад, которая объединила все специализированные бригады, кроме противошоковой бригады Советского района. Первым заведующим подстанции был В.К. Быличкин.

Для улучшения помощи детям в 1969 году на специализированных подстанциях были организованы 2 педиатрические бригады, в дальнейшем педиатрические бригады были созданы и на других подстанциях (Береговой, Левобережной).

В 1972 году на Советской подстанции была организована неврологическая бригада.

1986 год станции скорой помощи был годом реорганизации специализированных бригад. В соответствии с приказом МЗ СССР № 1490 от 29.12.84г «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи населению», вместо токсикологической, кардиореанимационной и 3-х травматологических бригад были организованы анестезиолого-реанимационные бригады, в т.ч. детские анестезиолого-реанимационные бригады на Советской и Куйбышевской подстанциях.

Специализированные бригады имеют большое значение для организации своевременной и квалифицированной реанимационной помощи на догоспитальном этапе. Они обеспечивают высококвалифицированную реанимационную помощь больным с острыми нарушениями функций жизненно важных органов различной этиологии при шоке, астматическом статусе, инфаркте миокарда, отеке легких, утоплениях и т.д.

В настоящее время бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Станция скорой медицинской помощи» – крупное медицинское учреждение. На 1 января 2016 года укомплектованность станции составляет 80,6%. Врачами — 55,1% (на 01.01.2015г. — 52,6%), средним персоналом — 92% (на 01.01.2015г. — 85,1%).

Число всех выездов бригад скорой медицинской помощи за 2015 год составило 36.7098 вызовов (в 2014г. — 35.3306). По результативным вызовам прошло увеличение на 13.798, а по безрезультатным — на 2.289. Отмечается увеличение вызовов по заболеваниям на 15.119 (9,4%). Отмечается уменьшение вызовов по несчастным случаям на 1.606 (9,7%).

Следует отметить увеличение количества пациентов, доставленных на госпитализацию, на 3.531 случаев или 9,7%, что говорит о трудности диагностики на догоспитальном этапе и запущенности хронических больных.

Число пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда составили 1.580, в 2014 году — 1.479 и увеличилось на 0,9%. Оснащение новой аппаратурой позволило исключить ряд случаев гипердиагностики данной патологии. Количество вызовов к пациентам с острыми цереброваскулярными заболеваниями снизилось с 4.071 случаев в 2014 году до 3.937 в 2015 году (снижение на 0,9%). Из числа пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда проведено 143 тромболизиса (в 2014г. 94). Увеличение количества тромболизиса произошло из-за введения в рамках сосудистой программы Омской области помощи пациентам с острой коронарной патологией. Случаев смерти при бригаде во время тромболизиса не было (в 2014 — 0). Отсутствие случаев смерти во время проведения тромболизиса обусловлено применением современного препарата «Метализе». Увеличение количества вызовов к пациентам с острым повторным инфарктом миокарда и ОНМК можно объяснить улучшением диагностики на этапе скорой медицинской помощи и утяжелением состояния пациентов. В 2015 году при ДТП была оказана помощь 2585 пострадавшим, что на 650 случаев или 7,9% меньше уровня 2014 года. Из числа пострадавших в ДТП смерть зарегистрирована у 86, в том числе 8 в машине скорой помощи, в 2014 году соответственно 75 и 6. Среднесуточная нагрузка по станции составила 1005,7 вызовов, в 2014 году — 1058,8.

Количество бригад в суточном выражении составило 93,0 (372 смены), в 2014 году — 91 (364 смены). Среднее время выполнения вы-

зова без госпитализации составило 53,9 минуты (в 2014 году – 58,9 минуты), с госпитализацией – 1 час 29 минут (2014 году – 1ч.27мин.).

Увеличение времени обслуживания связано со сложной дорожной обстановкой и сложившейся системой госпитализации взрослых и детей.

Число вызовов со временем ожидания до 20 минут составило 47,6% (в 2014 году – 50,8%), до места ДТП до 20 минут – 92,3% (в 2014 году – 84,5%). Среднее время ожидания составило 27 минут (2014 год – 28 минут, 2013 год – 26минут).

За 2015 год приобретено 1477 единиц медицинского оборудования.

За 2015 год бригады БУЗОО «ССМП» приняли участие в ликвидации 20 чрезвычайных ситуаций, при этом было задействовано 114 бригад, пострадавших – 174 человека, из них 12 детей. Число погибших составило 68 человек. Помощь оказана 106 пострадавшим.

В течение 2015 года БУЗОО «ССМП» неоднократно привлекалась на различные учения. В учениях участвовало 25 бригад ССМП.

Сегодняшнее состояние службы скорой медицинской помощи позволяет обеспечить оказание скорой медицинской помощи населению города в случае родов, травм, внезапных заболеваний и в режиме чрезвычайных ситуаций.

Для создания оптимальной модели поставлены задачи на перспективу:

1. Создание резервной диспетчерской «03».
2. Дооснащение санитарных автомобилей медицинским оборудованием стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу.
4. Проведение активной работы по выявлению необоснованного привлечения бригад скорой медицинской помощи к перевозкам из медицинских организаций.
5. Продолжение работы по повышению качества оказания медицинской помощи населению города Омска, усилив контроль выполнения медицинских стандартов и алгоритмов, внедрение эффективных методов ведения лечебно-диагностического процесса, применение современной медицинской аппаратуры и медицинских препаратов.
6. Продолжение подготовки руководителей фельдшерских линейных бригад.

Актуальность применения ларингеальной маски для обеспечения проходимости дыхательных путей на догоспитальном этапе

*Локтева Д.В., старший фельдшер подстанции № 4
БУЗОО «ССМП», г. Омск*

*«Потеря проходимости дыхательных путей равноценна потере
контроля над состоянием больного, однако это до сих пор ежеднев-
но происходит в госпиталях... по всему миру»
А. Брейн, 1991*

Это высказывание А. Брейна все еще остается актуальным, особенно в условиях оказания скорой помощи на догоспитальном этапе наиболее тяжелому контингенту пациентов. Известно, что эффективное обеспечение проходимости дыхательных путей является фундаментальным для лечения критически больных пациентов.

В настоящее время, когда происходит множество катастроф, автомобильных аварий, природных катаклизмов, террористических актов и прочих явлений, приводящих к массовому поражению людей, неотложная догоспитальная помощь, в частности, является очень значимой в современной медицине:

- В систему скорой медицинской помощи ежегодно обращается каждый 3-й житель.
- Каждый 10-й житель ежегодно госпитализируется по экстренным показаниям.
- Более 60% объемов стационарной помощи оказывается в неотложном порядке.
- Неотложные состояния (травмы и отравления) занимают первое место среди причин смерти у лиц трудоспособного возраста.
- Более 90% больницы летальности связано с экстренным порядком госпитализации.

В настоящее время Омская станция скорой медицинской помощи оснащена в полном объеме лечебно-диагностической аппаратурой, согласно Приказу Минздрава России от 22.01.2016 N 36н "Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи».

Настоящие требования диктуют приобретение современных расходных материалов для оказания квалифицированной медицинской помощи. Это упрощает и делает более быстрым, качественным проведение различных медицинских манипуляций, что требует стандарт оказания и проведения техники медицинских манипуляций.

Современные расходные материалы в настоящее время, благодаря администрации, на станции поступают регулярно. Это и стерильный одноразовый инструментарий, бактериальные фильтры, стерильные наборы для катетеризации центральных вен, различные стерильные катетеры разного назначения, ларингеальные маски (ЛМ) всех размеров, эндотрахеальные трубки.

На станции регулярно проводятся конференции, мастер классы по проведению различных манипуляций, в том числе по обеспечению проходимости верхних дыхательных путей с помощью ЛМ.

В настоящее время практически все сотрудники владеют техникой постановки ЛМ. Современные подходы к обучению персонала и применения на практике обеспечивает хорошую выживаемость пациентов в критическом состоянии.

Несмотря на регулярные учебы и мастер-классы, на станции нет современного симуляционного класса. При наличии симуляторов на станции скорой помощи все сотрудники и молодые специалисты имели бы возможность оттачивать навыки владения той или иной манипуляцией. На сегодняшний день ЛМ входит в основной стандарт оснащения общепрофильных бригад скорой медицинской помощи. Но не все отделения областных станций скорой помощи и фельдшерско-акушерские пункты обеспечены средствами для обеспечения проходимости и поддержания проходимости дыхательных путей.

Ограничения использования ЛМ в практике неотложной помощи обусловлены:

1. Отсутствием ЛМ в укладках для оказания помощи и недостаточной осведомленностью персонала о технике установки ЛМ на отдаленных от города отделениях станций скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерских пунктах.
2. Недостаточным финансированием, низкой материальной оснащенностью современной лечебно-диагностической аппаратурой и расходными материалами.
3. Отсутствием симуляционных классов для обучения медицинского персонала современным методиками.

По современным требованиям и предстоящей аккредитации, взамен аттестации каждого медицинского работника у сотрудников станции еще не сформировался акцент на том, что для получения соответствующих сертификатов требуется самостоятельное освоение многих образовательных программ, которые работник на протяжении своего профессионального пути должен осваивать и подтверждать их отработкой навыков в симуляционных классах. Для многих фельдшеров скорой помощи, которые на протяжении многих лет работают в составе бригады фельдшером № 2, освоение практических навыков сводится «на нет». Возрастной кадровый состав очень трудно проходит обучение и воспринимает все новое очень тяжело. Не секрет в том, что синдром эмоционального выгорания у этой категории сотрудников очень высок. Должна быть мотивация к освоению новых методик, навыков проведения различных манипуляций. На мой взгляд, предстоящая аккредитация специалиста должна подтолкнуть персонал станций скорой помощи к непрерывному медицинскому образованию, и к освоению новых методик.

Очень тесное сотрудничество с медицинскими колледжами и обучение студентов, приходящих на практику, а в будущем, молодых специалистов на подстанции скорой помощи, старшими фельдшерами и наставниками приносит свои плоды. Молодые специалисты не боятся применять в своей деятельности современные методики и навыки, полученные на практике, по обеспечению проходимости верхних дыхательных путей. В сравнительном анализе за прошедшие два года виден очевидный рост использования и применения ЛМ именно молодыми специалистами и сотрудниками, которые посещают мастер-классы и конференции на актуальные современные темы, проводимые на станции.

ЛМ – решение проблемы обеспечения проходимости дыхательных путей в практике СМП.

Обеспечение проходимости дыхательных путей - одна из ключевых задач оказания экстренной помощи пациентам с критическими состояниями.

«Золотой стандарт» обеспечения проходимости дыхательных путей и защиты пациента от аспирации рвотными массами – эндотрахеальная интубация, но она не всегда осуществима на догоспитальном этапе вследствие недостаточного опыта, затрудненных условий или анатомических особенностей пациента. Установка

ларингеальной маски - метод, практически не уступающий эндотрахеальной интубации, причем методика является более простой в исполнении, а частота удачных манипуляций в затрудненных условиях превышает таковую при интубации. Ларингеальная маска предлагается как дополнительное средство для оснащения бригад скорой помощи. К сожалению, умение интубировать и умение эффективно вентилировать зачастую требуют наличия только специализированного персонала. Поскольку большинство бригад на скорой помощи укомплектованы фельдшерами, обеспечение проходимости верхних дыхательных путей находит альтернативу в более простой манипуляции. Этими обстоятельствами объясняется целесообразность применения альтернативных воздухопроводов, более простых по методике использования и освоению навыков. За последние двадцать лет во всем мире такими наиболее широко применяемыми воздуховодами являются классическая ЛМ и ее современные модели, созданные практикующим британским анестезиологом А. Брейном.

Их отличием является высокое качество и максимальное соответствие анатомическим структурам гортаноглотки, что лежит в основе эффективного функционирования.

Классическая стратегия спасения на догоспитальном этапе включает:

- 1) Раннее начало сердечно-легочной реанимации (СЛР) с ранней дефибрилляцией после подтвержденной остановки сердца;
- 2) Сокращение догоспитального этапа с ускоренной транспортировкой к месту оказания квалифицированной помощи;
- 3) Раннее начало оксигенации и вентилиции у пациентов с критической гипоксией.

Преимущества использования ЛМ по сравнению с эндотрахеальной трубкой на ДГЭ:

1. Легче обучиться введению.
2. Более высокий уровень сохранения навыков.
3. Большая частота успеха установки с первой попытки.
4. Более короткое время до достижения оптимальной проходимости ДП.
5. Отсутствие необходимости в ларингоскопии.
6. Отсутствие потребности в нейромышечной блокаде.
7. Снижен риск установки в пищевод или бронх.

8. Установка при меньшей нагрузке на шейный отдел позвоночника.

9. Меньшие травматизм и инвазивность по отношению к ДП.

10. Реже встречается ларингоспазм и бактериемия.

11. Снижение риска баротравмы легких.

Показания для использования ЛМ в неотложной помощи:

1. Пациенты, находящиеся в глубоко бессознательном состоянии и не реагирующие на раздражители.

2. Пациенты, которые не проявляют глоссофарингеальных рефлексов.

3. Имеют потребность в поддержании проходимости дыхательных путей.

Появление различных модификаций ЛМ, в частности, двухканальной и интубирующей ЛМ, значительно расширило границы ее применения, и на сегодняшний день ЛМ введена в алгоритм «трудной» интубации, поскольку (как показывает практика) ЛМ наиболее эффективно решает проблему проходимости верхних дыхательных путей.

ЛМ широко используются в анестезиологической практике, так как обеспечивают эффективную вентиляцию и оксигенацию. Также они хорошо зарекомендовали себя у пациентов с травмой лица или анатомическими особенностями верхних дыхательных путей. ЛМ давно и успешно используются для неотложного обеспечения ПДП у взрослых, причем как в госпитальных, так и во внегоспитальных условиях. При проведении реанимационных мероприятий ЛМ признается как альтернатива лицевой маске, воздуховоду Гведела и интубации трахеи.

Организация работы кабинета неотложной медицинской помощи в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 12»

*Разумова Н.В., главная медицинская сестра
БУЗОО «Городская поликлиника № 12», г. Омск*

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 12» расположена по адресу: г. Омск, ул. Куйбышева дом 75. В состав учреждения входит:

- Поликлиника с плановой мощностью на 360 посещений в смену.

- Дневной стационар на 20 мест.

- Стационар на дому на 14 мест.

БУЗОО «Городская поликлиника № 12» осуществляет следующие виды деятельности:

- Доврачебная помощь.

- Неотложная помощь.

- Амбулаторно – поликлиническая помощь по профилям (терапия, офтальмология, хирургия, неврология, аллергология, онкология, урология, эндокринология, гинекология, стоматология (в т.ч. терапевтическая, хирургическая, ортопедическая), гастроэнтерология, кабинет инфекционных заболеваний, физиотерапия, дерматовенерология, пульмонология).

- Диагностическая помощь (клинико-диагностическая и биохимическая лаборатория, рентгенодиагностика, в том числе флюорокабинет, кабинет функциональной диагностики, УЗИ диагностики, эндоскопический кабинет).

- Профилактическая помощь (профилактические осмотры, иммунопрофилактика, диспансерное наблюдение).

- Экспертная помощь (экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности).

Специализированный прием ведется по 19 специальностям. Численность прикрепленного обслуживаемого взрослого населения - 31036 человек. Население трудоспособного возраста – 26071 человек. Население старше трудоспособного возраста – 4965 человек.

Результаты деятельности любой системы здравоохранения оцениваются по показателям здоровья населения и демографическим показателям, в том числе по ожидаемой продолжительности жизни и общему коэффициенту смертности.

Приоритеты и задачи развития здравоохранения до 2020 года - существенно улучшить показатели здоровья населения, а именно: увеличить ожидаемую продолжительность жизни населения с нынешних до 73 лет и снизить общий коэффициент смертности с 13,5 случая на 1 тысячу населения до 11,0. Определены главные направления развития здравоохранения. Предлагаемые структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам включают следующие мероприятия:

- оптимизация структуры отрасли путем объединения мало-мощных учреждений здравоохранения и неэффективно функционирующих с более крупными учреждениями здравоохранения;
- развитие сети офисов врачей общей практики (семейных врачей) в отдаленных населенных пунктах Омской области;
- развитие выездной работы в составе врачебных бригад, использование средств массовой информации для информирования населения Омской области о факторах риска, клинических проявлениях заболеваний, возможностях оказания медицинской помощи;
- создание в структуре учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подразделений неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи.

Практика показывает, что люди часто необоснованно обращаются в отделение скорой медицинской помощи. Скорая помощь должна выезжать тогда, когда действительно есть реальная угроза для жизни и требуется экстренная медицинская помощь.

Поэтому, в целях оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни, в нашей поликлинике организован и функционирует кабинет неотложной медицинской помощи.

Утверждены и введены в действие локально-нормативные акты:

- Положение о кабинете неотложной помощи;
- перечень состояний для оказания неотложной медицинской помощи, в том числе и на дому;
- перечень оснащения кабинета неотложной помощи;
- состав укладок для оказания неотложной помощи;
- алгоритмы неотложных мероприятий;
- порядок ведения статистического учёта деятельности кабинета;
- журнал вызовов неотложной медицинской помощи.

Также кабинет обеспечен телефонной связью и санитарным транспортом.

Основной задачей кабинета является экстренное оказание неотложной медицинской помощи, а на дому осуществляется в течение не более двух часов после регистрации вызова. Если фельдшер неотложной помощи обнаруживает отсутствие эффекта от оказываемой медицинской помощи, ухудшении состояния пациента, он организует вызов бригады скорой медицинской помощи, либо транспортирует пациента

для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

После оказания неотложной помощи пациент направляется к врачу-специалисту, либо врачу-терапевту передаются сведения для осуществления посещения пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения необходимого обследования и лечения в течение суток.

Значимость кабинета неотложной медицинской помощи заключается в том, что разгружается отделение скорой помощи, повышается доступность, своевременность и эффективность оказания неотложной медицинской помощи.

Оказание скорой медицинской помощи жителям Омского района Омской области

*Садовенко И.А., главная медицинская сестра
БУЗОО «Омская ЦРБ», г. Омск*

*Шарапов Н.В., старший фельдшер скорой
медицинской помощи БУЗОО «Омская ЦРБ», г. Омск*

Омский район занимает площадь 3899 кв. км, что составляет 12,7% территории Омской области, и окружает областной центр города Омска со всех сторон. По количеству жителей - это самый большой сельский административный район области – 23,3% населения области и самый густонаселенный – 24,5 человека на 1 кв.км.

Омский район имеет свою специфику расположения, он не похож ни на один район Омской области. Омский район расположен вокруг города Омска. В районе находится около 100 населенных пунктов, с численностью населения более 100 тысяч человек. Самая удаленная деревня, Красная Тула, от поликлиники БУЗОО «Омской ЦРБ» находится на расстоянии 115 км. Кроме этого, скорая медицинская помощь оказывается жителям микрорайона Крутая Горка Октябрьского административного округа города Омска. Радиус обслуживания от 25 до 115 км.

Традиционно здравоохранение Омского района развивалось с учетом использования коек муниципальных учреждений здравоохранения города Омска для госпитализации его жителей. Такое направление не способствовало развитию материальной базы и увеличению кадрового потенциала. Это привело к отсутствию стационара центральной районной больницы с соответствующими структурными подразделениями (хирургического отделения, реанимационно-анестезиологического отделения с палатой интенсивной терапии, операционного блока и родильного дома). Недостаток круглосуточных коек в участковых больницах позволяет госпитализировать по неотложной помощи только 10% - 15% пациентов, нуждающихся в ней.

С целью обеспечения доступности скорой медицинской помощи для населения, с учетом 20-минутной транспортной доступности, снижения на расходы ГСМ, бригады скорой помощи рассредоточены по району, в восьми участковых больницах и двух врачебных амбулаториях. Однако, проблема с временем доезда к месту выезда с учетом больших расстояний от населенных пунктов до областного центра все равно существует.

Еще одна проблема службы скорой медицинской помощи - это нехватка специалистов. В состав отделения скорой неотложной помощи входят 13 фельдшерских (из них две дневных) и 1 врачебная общепрофильная бригада скорой медицинской помощи. Состав фельдшерской бригады - 1 фельдшер вместо 2-х и 1 водитель.

Непрофильность вызовов бригад скорой помощи, когда бригады скорой помощи, по сути, исполняют обязанности специалистов амбулаторно-поликлинической службы - это и транспортировка пациентов на гемодиализ, на консультации, различные обследования и т. д.

При ЦРБ (г. Омск, ул. Малиновского, д. 14) создана единая диспетчерская служба, оснащенная двумя телефонами городской АТС для приема вызовов, радиостанцией и сотовым телефоном для связи с бригадами скорой помощи района. Телефоны городской АТС оснащены записывающим устройством «Спрут». Все вызова за сутки регистрируются в компьютерной базе.

В отделении круглосуточно дежурит диспетчер по приему вызовов. При поступлении вызова диспетчер по сотовой связи передает информацию о вызове линейной бригаде скорой медицинской помощи. В кабинетах скорой медицинской помощи участковых больниц и амбулаторий установлены телефоны с автоответчиками, которые при отсут-

ствии бригады на месте информируют звонящих о номере телефона центральной диспетчерской.

Укладки бригад скорой помощи соответствуют требованиям к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 августа 2013 г. N 549н.

Автопарк отделения скорой медицинской помощи Омской ЦРБ представлен 14 автомобилями. Все машины оснащены системой ГЛОНАСС.

Проводится планомерная замена устаревших автомобилей на новые. В текущем году автопарк отделения скорой медицинской помощи пополнился 5 новыми автомобилями.

Симуляционное обучение

Смирнов А. В., старший фельдшер подстанции скорой медицинской помощи, фельдшер бригады СМП анестезиологии и реанимации, инструктор симуляционного центра БУ «Республиканская станция скорой медицинской помощи» Минздрава Чувашии, «Лечебное дело» ПАСМР ЧР, член Координационного Совета РАМС секции «Лечебное дело». Автор-составитель практического руководства «Первая помощь как безопасность жизни», «Первая помощь на дороге, в быту, на отдыхе». Чувашская Республика

В настоящее время, многие знают, что такое Первая помощь. Большая часть людей почерпнули эти знания из школьного курса ОБЖ, проходили соответствующие темы в автошколах, колледжах, университетах, на специализированных курсах. Множество документальных и художественных картин, среди прочего, демонстрируют элементы сердечно-легочной реанимации, чаще всего больше ради зрелища, чем для пользы дела, так как ни одного фильма, или популярной передачи, где бы правильно показывали, к примеру, компрессионные сжатия грудной клетки, авторы данного руководства не встречали.

При организации симуляционного тренинга важными аспектами обучения являются знания и умения преподавателя. Основой этих знаний и умений должны быть чёткие и нерушимые алгоритмы и методики. К сожалению, в нашей стране дело обстоит так, что каждый преподаватель сам решает, чему и как учить, не всегда считаясь и даже ознакомляясь с тем, как это на самом деле должно быть. Кто-то дает соотношение СЛР 15:2, кто-то 2:15, кто-то учит проводить только компрессии, кто-то рекомендует подкладывать пострадавшему без сознания сумку под голову, а кто-то абсолютно серьезно включает в СЛР открытый массаж сердца. Есть также те, кто засоряет умы учеников совершенно не нужной в реальной жизни теорией, объясняя как правильно проверять пульс, рефлекс на стопе и т.д. и т.п.

В итоге, граждане нашей страны, обычные люди, начинают путаться, слушая то одного, то другого, а то и теледокторов из популярных телевизионных передач. И в момент, когда человек сталкивается с реальной экстренной ситуацией, он теряется, не зная, что делать, с чего начать. При этом уходит драгоценное время, которое следовало бы уделить действительно важным вещам - спасению жизни.

Другой важной особенностью обучения любым действиям с пострадавшим является то, что, как правило, учащиеся, а, зачастую, и сам преподаватель, не имеют медицинского образования. И, чисто психологически, человек без медицинского образования считает, что СЛР и дефибрилляция - это навыки медиков, и простым смертным их знать и применять не только не требуется, но и чуть ли не запрещено. Для преподавателя очень важно преодолеть этот барьер самому, а потом обучить этому своих «последователей». Обычные люди боятся подойти к пострадавшему, боятся дотронуться, и, тем более, жать на грудь или включать электронный прибор со страшным названием «Автоматический наружный дефибриллятор».

И это закономерно, так как популяризация знаний о первой помощи, СЛР, дефибрилляции в нашей стране не просто проходит из ряда вон плохо, она отсутствует! Даже огромное число российских медиков понятия не имеет, что существует такой прибор «АНД» и что отличается он от известного дефибриллятора тем, что может и должен использоваться обычными людьми не только без медицинского образования, но и без опыта его использования вообще.

Для обучения действиям, необходимым при оказании первой помощи, как школьников, так и водителей, студентов колледжей, или

вузов, крайне важным этапом является практический симуляционный тренинг. Получив теоретические знания в ходе лекции, обучаемый может понять всё, однако в случае реального происшествия он потеряется и не сообразит что делать. Именно для выработки и отработки действительно работающих навыков и умений, используют разнообразные методики, среди которых наиболее совершенной является обучение с применением симуляционного оборудования: манекенов, тренажёров, симуляторов.

Исторически, симуляционный тренинг появился в сфере авиации и был предназначен для подготовки пилотов. Постепенно симуляторы распространились и на другие сферы обучения, включая медицину. Именно медицинское симуляционное оборудование и используют в симуляционном тренинге на уроках ОБЖ в школах, колледжах и вузах, при обучении водителей первой помощи, волонтеров на различных мероприятиях, в том числе и обычных людей на специальных тренингах и курсах.

Предпосылки внедрения использования симуляционного оборудования в обучении.

В последнее десятилетие в России всё большее внимание начали уделять применению на практике теоретических знаний, которые в избытке можно получить в любых учебных учреждениях. Действительно нужно видеть разницу в этапах и результатах обучения, если с одной стороны, преподаватель просто рассказывает, как выглядит сердце и объясняет его строение, и даже показывает это на картинках и схемах, а с другой стороны, дает в руки муляж сердца, и позволяет учащемуся на самом деле понять, как устроен этот сложный орган.

Конечно, можно использовать настоящее сердце. Однако это будет представлять множество сложностей: сердце необходимо должным образом подготовить, препарировать. Кроме того, возникают юридические моменты такого обучения и, что немаловажно, особые условия хранения. Те же проблемы возникают при демонстрации сердечно-лёгочной реанимации. Можно рассказать, как её проводить, можно показать это графически и на фотографиях. Но очень сложно, без риска для живого человека, показать на нем, как реально надо надавливать на грудину, или выполнять искусственную вентиляцию лёгких. В этом нам помогают специальные манекены, являющиеся симуляционным оборудованием.

Симуляционное оборудование не является единственно нужным средством для решения всех проблем обучения, оно лишь эффективный инструмент для решения определенных задач. Для того чтобы добиться результата, нужно четко представлять достоинства и недостатки технологии, после чего поставить цель и сформулировать задачи, решение которых невозможно или нецелесообразно без такого оборудования.

Одним из самых важных преимуществ симуляторов является обучение без причинения вреда человеку, а также объективная оценка уровня практической подготовки учащегося.

Основным недостатком считается высокая стоимость, однако опыт показывает, что даже с самым минимальным бюджетом, можно подобрать симуляционное оборудование для обучения и эффективно его использовать, если преподаватель является профессионалом в своей области. Это верно так же, как и обратное утверждение - даже на самом дорогостоящем оборудовании обучение может быть малоэффективным, если преподавателю не интересен результат, и он ограничивается лишь теоретической частью, зачитывая ученикам нудные лекции.

В настоящее время, симуляционное оборудование законодательно должно использоваться на уроках ОБЖ в школах, первой помощи в школах и других учебных учреждениях. И главная задача использования данного оборудования - это помочь теории перейти в практику, без необходимости участия в каких-либо реальных спасательных мероприятиях.

Симуляционный центр республиканской станции скорой медицинской помощи Чувашской Республики начал функционировать летом 2015 года. Основным направлением его деятельности является наставничество и передача практического опыта более молодым сотрудникам. Инструкторами центра были приглашены фельдшера и врачи бригады анестезиологии и реанимации города Чебоксары.

За год деятельности центра на благо сотрудников станции, прошли практические тренинги для всего штата станции, что в абсолютных цифрах составило более тысячи человек, так как многие из них приходили на занятия не один раз. Кроме того, было проведено множество общественных мероприятий по развитию культуры и грамотности оказания первой помощи для населения республики Чувашия. При проведении занятий и тренингов с сотрудниками станции, в числе про-

чих, был сделан самый главный вывод: снятие страха перед выполнением сложных медицинских процедур! Практически все сотрудники, участвовавшие в опросе, подтвердили, что сталкивались со сложностями и неудачным выполнением тех или иных манипуляций в первые годы работы. Также все опрошенные сотрудники отметили наличие страха неудачного выполнения сложной манипуляции перед ее выполнением вне зависимости от срока работы.

После прохождения практического тренинга в симуляционном центре многие отметили желание и смелость к выполнению сложных медицинских манипуляций. Если раскрывать тему в частности, то можно отметить появившееся желание к рутинной постановке периферических катетеров и рост потребности в таковых, плавное снижение потребности в иглах-"бабочках" после практических занятий по работе с проблемными венами на симуляторах верхней конечности. Особенно нужно отметить снижение реального интереса к ларингеальным маскам и трубкам, взамен возрастающей потребности в эндотрахеальных трубках и процедуре интубации после занятий на тренажере для интубации.

Ну и, собственно, самое основное и важное в работе бригады скорой медицинской помощи - слаженная и эффективная работа бригады при проведении сердечно-легочной реанимации. Не смотря на закореневшие во многих, давно работающих сотрудниках собственное видение алгоритмов, устаревающие знания и иные стереотипы тактики после отработки техники и современных алгоритмов действий, рекомендованных Национальным советом по реанимации в последней редакции, на манекенах вырабатывается универсальный алгоритм действий для всех.

Этот унифицированный подход к проведению реанимационных мероприятий делает экстренную ситуацию понятной для всех, где каждый мгновенно понимает свою роль и задачу без лишних слов и потерянных секунд. Симуляционный центр оказался интересным всем категориям персонала - от администрации, имеющим возможность отработать и повторить элементы оказания первой помощи, до диспетчерской службы, которые уже сегодня готовы начать реализовывать так называемую цепь выживания и консультативное оказание первой помощи, и ведение контроля ситуации по месту происшествия до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

Симуляционный центр – это, кроме всего прочего, в очень скором будущем практическая часть непрерывного медицинского образования и, собственно, обязательный этап аккредитации медицинских работников.

Этические аспекты в работе фельдшера скорой медицинской помощи

*Темарцев А.Ю., Старший фельдшер подстанции № 5
БУЗОО «ССМП», г. Омск*

Медицина относится к самой гуманной сфере деятельности человека. Это известно каждому медработнику. Высокий уровень знаний, умения, навыков, профессионального мастерства и способностей позволяет медработникам спасать людей от острых заболеваний, неотложных состояний и травм. В последние годы увеличивается количество поступающих на станцию скорой медицинской помощи обращений граждан, связанных с несоблюдением выездным и диспетчерским персоналом правил профессионального общения, медицинской этики и деонтологии при приёме вызовов и оказании скорой медицинской помощи.

Нарушение принципов медицинской этики и деонтологии ведут к негативному отношению населения к работникам станции скорой медицинской помощи, несмотря на большие объёмы выполняемых работ, оперативность и качество оказания медицинской помощи пациентам. Учитывая изложенное, администрация станции скорой медицинской помощи обращает внимание сотрудников на важность соблюдения этических и деонтологических принципов при выполнении своих должностных и функциональных обязанностей.

Этика (от греч. «*ethos*» - обычай, нрав) - одна из древнейших теоретических дисциплин, объектом изучения которой является мораль, нравственность. Под медицинской этикой понимают совокупность нравственных форм профессиональной деятельности медицинских работников. Наряду с термином «медицинская этика» часто применяется термин «деонтология» (от греч. «*deon*» - должное, долг и «*logos*» - учение, слово) - учение о должном поведении медицинских работни-

ков. Впервые это понятие было введено в начале XIX века английским юристом и философом И. Бентамом. Деонтология служит составной частью медицинской этики и носит более конкретный характер применительно к отдельным медицинским специальностям.

Медицинская деонтология - это проявление медицинской этики, направленное на предупреждение отрицательных последствий взаимоотношений медицинского персонала и больных. На сегодняшний день медицинским работникам необходимо соответствовать высоким требованиям, предъявляемым к уровню оказания медицинской помощи, независимо от пола, расы, социального положения, уровня достатка пациента. Работа фельдшера скорой помощи проходит в особых условиях. Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что это специальность героическая, требующая полной отдачи духовных и физических сил, большого нервного, эмоционального напряжения, так как на распознавание заболевания и его лечение отводятся очень короткие сроки.

Прежде чем осветить основные положения этики и медицинской деонтологии фельдшера скорой помощи, их применение в повседневной практике, следует охарактеризовать особенности работы и специфику его труда. Значение проблемы деонтологии для учреждений скорой медицинской помощи заключается в необычности ситуации, в которой оказывается медицинская помощь заболевшему или пострадавшему. В этом случае, кроме общепринятых принципов медицинской этики и деонтологии возникает необходимость в реализации принципов деонтологии в экстренных условиях. Бригаду ожидают с нетерпением, и время ожидания пациенту или его окружающим кажется вечностью.

Приход фельдшера, его поведение, выражение лица, первые слова очень важны. Выйдя из машины скорой помощи, фельдшер должен быстро пройти к пациенту, провести опрос целенаправленно, без суеты и многословия. Речь его должна быть спокойной и неторопливой, тон — доброжелательным. Необходимо найти тот контакт с пациентом и родственниками, который поможет снять атмосферу настороженности и трагизма. Ласковые слова вселяют надежду и уверенность в пациента.

Однако в беседе с родственниками не стоит давать каких-либо гарантий по дальнейшему состоянию и лечению пациента. Многие внезапно пострадавшие или заболевшие испытывают страх

смерти. Фельдшеру по возможности необходимо рассеять это мучительное чувство. Снятие тревоги, страха смерти достигается не только медикаментозными, но и психотерапевтическими средствами.

Особую сложность представляет оказание медицинской помощи в общественных местах, на улице. Прежде всего, не должно быть суеты, нервозности и толчеи. По возможности необходимо освободить побольше места. Лицам, дающим советы или критикующим, лучше не отвечать и не вступать с ними в пререкания.

Необходимо помнить, что люди, не привыкшие видеть кровь, часто ведут себя неадекватно — им приходится оказывать медицинскую помощь наряду с пострадавшим.

Специфика работы медицинского персонала скорой помощи заключается в постоянном столкновении с человеческим горем, трагизмом ситуации, тяжелым состоянием больного и пострадавшего, внезапной смертью. Большое психологическое значение имеет внешний вид фельдшера, выезжающего на вызов. Он должен быть подчеркнуто опрятен — неряшливый вид крайне негативно воспринимается больным и его окружением.

Фельдшер выездной бригады видит больного один раз и непродолжительное время, в которое ему необходимо правильно оценить состояние пациента, установить контакт с родственниками, не дать повода к необоснованным жалобам, оставить хорошее впечатление у окружающих, так как порой даже по единичному случаю судят о работе всей службы скорой медицинской помощи. Моральная ответственность за пациента, умение пренебречь личными интересами во имя его здоровья, тревога за пациента, душевная боль, самопожертвование и подвиг — это норма поведения среднего медицинского работника в нашей стране.

Особенности медицинской деонтологии состоят в том, что ее нельзя выучить, хотя можно знать много «мудрых мыслей», высказанных о долге медицинского работника нашими предшественниками и современниками. Можно выучить правила отношения к пациенту и его родственникам. Но самое главное — это понять эти правила сердцем, сделать их своим убеждением. Современная медицинская деонтология — это учение о долге медицинского работника перед пациентом. Эта научная дисциплина является стержневой проблемой в воспитании медперсонала. В формировании личности квалифицированного медицинского работника, особенно специалиста службы скорой помощи,

вопросы воспитания, профессиональной и политической учебы, вопросы деонтологии должны занимать одно из главных мест.

Медицинскому работнику, который правильно, грамотно, с соблюдением всех законов чести, морали и этики строит свою работу с коллегами (врачами, средним и младшим медперсоналом), пациентами и их родственниками и соблюдает все принципы медицинской деонтологии, как правило, работает легко. Умение общаться с людьми, понимать, слушать и слышать их, грамотно излагать свои мысли, уважать честь и достоинство пациента, признавать права на личную тайну, относиться к пациенту доброжелательно, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием пациента, необходимо любому медицинскому работнику.

К сожалению, не все специалисты, будучи профессионалами в своей области, настолько же хорошо владеют навыками общения. И как следствие - возникновение конфликтов, спровоцированных неправильным поведением медицинских работников при общении с пациентом, его родственниками и их окружением. Самые частые деонтологические ошибки связаны с непродуманным, нечутким, небрежно брошенным словом. Задача медицинского работника - оказать не только квалифицированную медицинскую помощь, но и выслушать пациента, помочь побороть тревогу, страх, почувствовать заботу о себе.

Соблюдение делового этикета, правил санитарной гигиены, умение излагать свои мысли простым и доступным языком - неотъемлемые требования нашей профессиональной деятельности. В последнее время доступность медицинской литературы, распространение различными информационными источниками в интернете данных о заболеваниях, методах их лечения, а также тревога за состояние своего здоровья, способствуют развитию у пациентов комплекса психогенных реакций, поэтому неосторожные высказывания медицинских работников могут спровоцировать возникновение конфликтов, жалоб и негативного отношения к персоналу станции скорой медицинской помощи.

Медицинским персоналом станции скорой и неотложной медицинской помощи должны неукоснительно соблюдаться правила профессионального общения, принципы медицинской этики и деонтологии:

- медицинскую помощь пациентам и пострадавшим следует оказывать на всём догоспитальном этапе, включая приём вызова, оказа-

ние медицинской помощи, организацию и проведение транспортировки;

- недопустимы: небрежный внешний вид, яркий макияж, резкий запах парфюмерии, табака, демонстрация безразличия или превосходства, некорректные вопросы, разговоры на отвлеченные темы во время вызова, включая телефонные;

- соблюдение санитарно-гигиенических норм и правил (аккуратная спецодежда, вымытые руки, опрятный внешний вид), четкое выполнение комплекса необходимых манипуляций повышает авторитет медицинского работника, располагает к продуктивному общению;

- обязательным для каждого медицинского работника должно быть умение адекватно реагировать на неожиданные или нетактичные вопросы и высказывания собеседника, умение не демонстрировать раздражение, быть предупредительным, тактичным, терпимым, не проявляя ответного негатива. Разумная осторожность в словах и действиях для купирования конфликта на ранних этапах, предпочтительней переживаний, связанных с правовой защитой своих действий. При этом необходимо строго соблюдать субординацию, не допускать "панибратства" с пациентами. С коллегами отношения должны быть корректными, обращения к ним в присутствии пациента и его родственников - по имени-отчеству;

- взаимоотношения с коллегами, работающими в больницах, поликлиниках, травмпунктах должны носить деловой, профессиональный, коллегиальный характер;

- обязательным для каждого медицинского работника является неразглашение врачебной тайны;

- медицинские работники должны помнить, что пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья. В случае неблагоприятного прогноза для пациента необходимо информировать его предельно деликатно и осторожно, оставив надежду на возможный благоприятный исход. В то же время, право на полную и правдивую информацию иногда входит в противоречие с принципом классической медицинской этики, идущим от Гиппократата: «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении о том, что ему предстоит, и особенно, что угрожает».

Соблюдать все эти правила довольно просто. Главное - будьте искренними, помните, что именно нашу душевную теплоту, умение сострадать, быть милосердным, пациенты ценят больше всего.

Фельдшер как основное звено в развитии службы скорой помощи

*Фролов А.Н., старший фельдшер, ГБУ «Станция скорой и неотложной помощи им. А.С. Пучкова» г. Москвы
Департамента здравоохранения г. Москвы*

Роль фельдшера в современных условиях

На протяжении всей истории существования медицины, оказание первой медицинской помощи занимало одно из ключевых мест в спасении жизни человека, попавшего в экстремальную ситуацию. Будь то резкое ухудшение здоровья или попадание под влияние факторов техногенной характера. Своевременная, качественно оказанная первая медицинская помощь на догоспитальном этапе позволяет спасти тысячи жизней. Развитие научно – технического прогресса, улучшение материально-технической базы позволяют иметь в своем распоряжении современное оборудование, позволяющее осуществлять экстренную медицинскую помощь в полном объеме, что значительно повышает качество оказываемой помощи. Однако, как показывает практика, этого недостаточно и здесь мы подходим к тому, кто ее использует в своей работе, а это специалисты, работающие в штате Станции. Одними из которых являются работники со средним профессиональным образованием – фельдшера и медицинские сестры. От их знаний и умения владеть всеми средствами и способами оказания помощи зависит жизнь и здоровье человека.

Современную работу скорой помощи и кабинетов неотложной помощи сложно представить без специалистов среднего профессионального образования, которыми по праву являются фельдшеры. Фельдшер - самостоятельная, самодостаточная единица, готовая в экстремальных условиях принимать решения, позволяющие быстро и качественно оказывать помощь. На их плечи ложится огромный груз ответственности при оказании экстренной и неотложной помощи, от постановки верного диагноза до правильно выбранных тактических действий. Как показывает практика, фельдшер на догоспитальном этапе способен самостоятельно, без помощи врачебного персонала качественно и в полном объеме оказывать экстренную и неотложную по-

мощь. Этому помогает четко прописанные алгоритмы по тактике и богатый опыт самостоятельной работы.

Для выхода на новый качественный уровень оказания помощи, в работе фельдшера необходимо непрерывное дополнительное образование, посредством изучения современной литературы, посещения конференций, изучения информационных материалов на интернет порталах по дополнительному дистанционному образованию и симуляционных классов.

Отработка навыков применения современной аппаратуры и методов диагностики. Именно непрерывное дополнительное образование позволяет достичь высоких результатов в работе. Здесь мы получаем знания и опыт плюс четко наработанные практические навыки. Но, как быть с теми фельдшерами, у которых опыта нет, и навыки не наработаны?

Я говорю о молодых специалистах. Вот как раз здесь роль опытных фельдшеров в становлении тех, кто идет на смену, огромна. Участие в адаптации молодых специалистов, включающую в себя наставничество, необходимо для четкой, слаженной работы коллектива. Передача знаний - это еще одна ступень в своем собственном развитии для опытных коллег, а для молодых специалистов - уверенность в завтрашнем дне.

Одним из немаловажных аспектов в работе фельдшеров, как в прочем и для всего медицинского сообщества, является соблюдение этики и деонтологии. Тяжелые условия труда, высокие физические и психоэмоциональные нагрузки порой приводят к провокации разного рода конфликтов не только с пациентами и их родственниками, но и с коллегами.

Создание условий для профилактики перегрузок персонала является необходимым для стабильной и слаженной работы. Организация комфортных условий рабочего места, качественного отдыха не только в рамках рабочей смены, но и вне ее.

В связи с этим, при участии специалистов Московской Станции скорой помощи, врачебного и среднего персонала, при активной поддержке и помощи Администрации Станции разработаны и введены в действие программы, позволяющие получать непрерывное образование и отработку практических навыков путем проведения лекций и семинаров по ключевым направлениям медицины: терапия, кардиология, неврология, реанимация и т.д. Созданные и хорошо себя заре-

комендовавшие в отработке практических навыков симуляционные классы на базе ряда подстанций. Проходят тренинги и семинары при участии штатного психолога и сторонних специалистов по вопросам конфликтологии и профилактики профессионального выгорания.

Разработана программа по адаптации молодых специалистов, состоящая из нескольких этапов. На многих подстанциях созданы комнаты психологической разгрузки, в оформлении которых принимали активное участие сами сотрудники. Все это позволяет привести не только к улучшению качества и безопасности оказываемой помощи, но и дает уверенность в своих силах персоналу Станции.

Роль диспетчеризации в работе станции скорой медицинской помощи

*Шемякина Н.В., старший фельдшер оперативного отдела
БУЗОО «ССМП», г. Омск*

Non progredi est regredi. Не продвигаться — значит отступать.

Неотложная помощь — вершина медицинского искусства, в основе которого лежат фундаментальные знания из различных областей медицины, объединенные практическим опытом.

От чего, как не от первой медицинской помощи зависит подчас человеческая жизнь и здоровье. История организаций, деятельностью которых в той или иной мере является оказание этой помощи, насчитывает уже несколько веков.

Принято считать, что самым массовым видом медицинской помощи пациентам или пострадавшим от несчастных случаев является скорая медицинская помощь.

С момента возникновения этот вид медицинской помощи претерпевал и до сего времени претерпевает различные изменения. Идет постоянный поиск наиболее удобных и оптимальных форм организации этой службы, как в городах, так и в сельской местности.

В настоящий момент станции скорой медицинской помощи - это социально значимая служба и один из самых массовых видов медицинской деятельности. Как театр начинается с вешалки, так и скорая помощь начинается с пульта «03».

Оперативный отдел является структурным подразделением Станции скорой медицинской помощи, обеспечивающим круглосуточный централизованный прием обращений (вызовов) от населения по единому телефону 103 (03) по 7 линиям, своевременное направление выездных бригад скорой медицинской помощи на место происшествия, оперативное управление их работой.

Всё время существования пульта «03», с момента его основания и до 2012 года, приём вызовов осуществлялся на бумажные носители, т.е. вызовы записывались ручкой на типографскую карточку, которая по транспортёру переправлялась в диспетчерскую направления, затем в голосовом режиме по телефону передавалась на подстанцию для исполнения бригадами. Диалог с бригадами велся по радиостанции, что тоже имело ряд неудобств, а именно пропадание сигнала, одновременное наложение нескольких бригад сразу, шум в эфире и т.д. Всю текущую обстановку диспетчерам направления приходилось держать в голове, что-то упускалось, какие-то решения были не совсем тактически верны, «человеческий фактор» давал о себе знать. Приём вызова, запись его на бумажную карту, передача в диспетчерскую направления и на подстанцию в голосовом режиме – все это занимало до 8-10 минут времени от момента приёма вызова.

В современное время работать «по-старинке» без централизованной системы приёма вызовов и управления бригадами в миллионном городе, быстро развивающемся, с множеством растущих новых микрорайонов стало невозможно, и Министерством здравоохранения Омской области было принято решение оснастить диспетчерскую службу скорой помощи города Омска автоматизированной системой управления.

В ноябре 2012 года произошло это значимое событие, и в работу станции скорой медицинской помощи была внедрена автоматизированная диспетчерская и справочная служба. Переход был сложным, но персонал станции с энтузиазмом принял данное решение о внедрении системы и процесс обучения проходил быстро, плодотворно. Основная задача по переходу на новую ступень легла на плечи диспетчерской службы станции, именно в их работе произошли большие изменения.

Для более безболезненного перехода и исключения потери карт вызовов, самих вызовов, для закрепления навыков работы в программе и полученной информации проводились выездные занятия с дис-

петчерами на рабочих местах, организовывались семинары и видеоуроки для всех сотрудников оперативного отдела станции.

В настоящее время дежурный персонал оперативного отдела имеет необходимые средства связи со всеми структурными подразделениями станции, подстанциями, выездными бригадами, учреждениями здравоохранения, а также прямую связь с оперативными службами города. Оперативный отдел имеет автоматизированные рабочие места (АРМ), компьютеризованную систему управления. АРМы пульта «03» оснащены компьютерами, ip - телефонами, аналоговыми телефонами, на случай аварийной ситуации в сети.

Рабочие места диспетчеров направления оснащены дополнительно к АРМам с диспетчерской программой, звуковыми колонками, для прослушивания вызовов при необходимости, компьютерами с системой ГЛОНАСС, в которых есть подробная карта города, для уточнения адреса. В диспетчерской направления размещены 2 больших видеоэкрана, на которых отражается текущая обстановка по бригадам (статусы в разной цветовой гамме), в разрезе всех подстанций одновременно.

В августе 2015 года выездные бригады станции скорой медицинской помощи оснащены современными планшетными компьютерами, имеющими защиту класса IP-67 (пыле-влагозащита) и обладающие рядом преимуществ:

- определение текущего местоположения бригады на карте города;
- обмен статусными состояниями с центральной диспетчерской и подстанциями (выезд, прибытие на вызов, начало госпитализации, госпитализация, состав бригады, время начала/окончания смены, номер транспортного средства);
- прием полной карты вызова со всеми необходимыми сведениями о пациенте;
- идентификация пациента и получение списка диагнозов больного, зашифрованных в соответствии с «МКБ-10», с датами обращения в медицинские учреждения. В базе данных содержатся сведения о посещениях с 2012 года 1,2 млн. граждан Омской области.

В планшетные компьютеры была установлена программа приёма-передачи вызова на мобильное устройство, которая полностью исключила режим голосового обмена информацией с бригадами относительно передачи вызова. Внедрение автоматизированной системы в

работу диспетчерской службы станции скорой помощи позволило существенно сократить время работы с вызовом. Примерная экономия времени работы с вызовом составила 8 минут, а это означает, что скорая приезжает к больному быстрее на 8 минут. Система диспетчеризации СМП – это новый этап развития скорой помощи в регионе, благодаря ей мы существенно повысили контроль за качеством работы бригад и диспетчеров оперативного отдела и подстанций скорой помощи. Кроме того, автоматизированная система – это мощный аналитический инструмент, который позволяет оптимизировать территориальное планирование оказания экстренной помощи населению.

С внедрением автоматизированной системы при приёме вызова на пульте «03» используется алгоритм опроса. Движение по дереву решений исключает свободный диалог и не допускает искажения или потери информации. Профильность направления бригад по поводу достигает 90%.

Кроме того, система позволяет получить в любое время любую информацию по оперативной обстановке на станции, каждой подстанции за любой промежуток времени и своевременно внести коррективы в работу.

Контроль над работой бригад на линии упрощается, так как диспетчер видит на экране монитора состояние своих бригад (на адресе, транспортировка, дома, ремонт, АЗС, обед и т.д.), очередность, видит все вызовы в очереди на обслуживание в зависимости от срочности. Компьютер постоянно напоминает о бригадах, задержавшихся на вызове, на транспортировке, в пути домой. Бригада обязана сообщать по рации о промежуточных этапах работы на вызове (приехали на вызов, начало транспортировки, и в какой стационар, освобождение). Унифицированная карта выездной бригады способствует тому, что карты заполняются быстрее и своевременно сдаются диспетчеру, а диспетчер подстанции немедленно вводит информацию в компьютер, т.е. доводит карту (диагноз, медикаментозная помощь, расход медикаментов).

Целями внедрения автоматизированной системы были:

1. Повышение качества медицинского обслуживания за счёт:
 - сокращения времени приёма и передачи вызова диспетчером,
 - сокращения времени прибытия оперативных служб к месту вызова и повышения эффективности за счет оперативного взаимодействия,

- удовлетворения потребностей населения в части оказания СМП.
- 2. Исключение «человеческого фактора» при принятии тактического решения.
- 3. Повышение профильности при направлении бригад на вызов.
- 4. Возможность видеть текущую обстановку по бригадам и вызовам в любое время, с возможностью корректировки и перераспределения нагрузки.
- 5. Формирование анализа по самым различным показателям любой сложности в нужный момент времени.

С начала 2016 года на станции скорой медицинской помощи города Омска планируется провести и частично уже реализованы ряд мероприятий по улучшению автоматизированных информационных систем:

- создание модуля интеграции автоматизированной информационной системы с геоинформационной системой (ГЛОНАСС) для улучшения оперативного реагирования диспетчеров;
- создание модуля единой информационной системы, объединяющей функционирование станции скорой медицинской помощи всего Омского региона на базе центральной БУЗОО «Станция скорой медицинской помощи»;
- создание аналитическо-статистического модуля, позволяющего в режиме реального времени оценивать и отображать работу бригад станции скорой медицинской помощи по городу Омску, в разрезе подстанций города Омска, а также по Омскому региону в целом.

Основной целью внедрения всех программ и компонентов в работу станции скорой помощи является сокращение времени прибытия на вызов и повышение профильности направления бригад. Технический прогресс не стоит на месте: постоянно вводятся в работу новые модули программ для оптимизации работы диспетчеров и выездных бригад.

В планах на ближайшее время: внедрение АРМов в поликлиниках и стационарах для установления преемственности с ними в плане обмена информацией в режиме он-лайн о местах для госпитализации больных, о направлении больных на госпитализацию, передачи информации на активное посещение участковыми врачами хронических больных. Технические возможности и человеческий потенциал – вместе огромная сила, которая всё задуманное внедрит в жизнь.

Выявление инфекционных больных на этапе скорой медицинской помощи

Юрков К.А., эпидемиолог БУЗОО «ССМП», г. Омск

В процессе своей медицинской деятельности бригады скорой помощи постоянно сталкиваются с инфекционными больными.

Так, из общего числа вызовов, выполненных выездными бригадами БУЗОО «ССМП», за 2015 год в количестве 367098 штук на больных с инфекционными болезнями пришлось 61663 вызовов (16,8 %), за 2014 год из 353306 вызовов – 53173 (15,1 %), за 2013 год из 335279 вызовов – 60742 (18,1 %). Из общей структуры инфекций, установленных бригадами БУЗОО «ССМП», за 2013-15 гг. основная доля пришлась на «острые респираторные вирусные инфекции» (71,6-74 %); «кишечные инфекции» (11,6-12,3 %) и «пневмонии» (8,9-9,3 %).

Возникновение инфекционных заболеваний связано с реализацией цепочки «источник возбудителя инфекции – механизм передачи – восприимчивый организм». При этом контакт с теми или иными источниками возбудителя инфекции и возможность реализации различных механизмов передачи обусловлены социальными составляющими жизни пациента. Наиболее важным, определяющим течение и исход заболевания, является первое звено – врачи/ фельдшера скорой медицинской помощи. Значение качественной подготовки по инфектологии становится очевидным во время всплесков инфекционных заболеваний, в периоды социально-экономического неблагополучия.

При таких инфекциях, как менингококковая, тяжелые формы, сопровождающиеся инфекционно-токсическим или гиповолемическим шоком, неотложные лечебные мероприятия, проводимые на дому и в машине скорой помощи, определяют судьбу пациента. Так, при возникновении эпидемии холеры в 70-х годах летальность в двух городах России определялась системой оказания помощи пациентам на дому.

В одном случае, когда при выявлении больного неотложная терапия начиналась на дому, продолжалась в машине скорой помощи, а затем в стационаре, летальность была в 10 раз меньше, чем в другом, где эти мероприятия начинались в стационаре. Это еще раз дает основание напомнить врачу/ фельдшеру скорой медицинской помощи, как важно знать инфекционные болезни и использовать эти знания в практической деятельности.

Сотрудники выездных бригад скорой медицинской помощи, первым встречаясь с пациентом, должны уметь собрать четкие анамнестические данные, не забывая об эпидемиологическом анамнезе, провести полноценный осмотр пациента. Комплекс этих сведений определяет раннюю диагностику и, при необходимости, неотложную терапию на первичном этапе. Эпидемиологический анамнез позволяет примерно оценить спектр возбудителей инфекционных болезней, с которыми мог повстречаться пациент, а также оценить круг контактных лиц, что имеет большое значение в проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий. Правильно собранный эпидемиологический анамнез во многих случаях позволяет определить основные направления диагностического поиска.

В результате сбора данных эпидемиологического анамнеза сотрудник бригады скорой медицинской помощи должен составить для себя «социальный портрет» пациента. Для этого необходимо выяснить:

- в каком населённом пункте пациент проживает в данный момент, как давно, откуда приехал, каким видом транспорта;
- кто проживает с пациентом, не было ли в доме гостей, в том числе из других регионов;
- характер питания пациента: где питается, не употреблял ли больной пищевые продукты, привезённые частным порядком из других регионов, было ли приобретение пищевых продуктов вне мест организованной торговли, употребление термически не обработанных молочных продуктов, мяса, рыбы, плохо промытых или не мытых овощей, фруктов;
- имело ли место питьё воды из открытых и непроверенных водисточников;
- профессию пациента, род деятельности, возможные профессиональные контакты с большим количеством людей, детьми, коллегами из других регионов и государств, контакт с животными и птицами;
- выезды в другие страны, регионы, за пределы населённого пункта, пребывание в районах стихийных бедствий;
- обращение за медицинской помощью: любые парентеральные манипуляции, производимые в течение последних 6 месяцев; оперативные вмешательства, гемотрансфузии, произведённые в течение жизни;

– возможные контакты с больными инфекционными заболеваниями, случаи заболевания родственников, знакомых, коллег, известные пациенту сведения о случаях инфекционных болезней на работе, по месту жительства, в других местах возможного пребывания.

Следует обратить внимание, что отсутствие сведений о контактах с больными инфекционными заболеваниями ни в коем случае не исключает наличия у пациента инфекционной патологии. Любой случай лихорадки с полиморфной тяжелой клинической картиной в пределах 3 недель после убывтия из эндемичной местности, общения с больными особо опасной вирусной инфекцией, контакта с заразным материалом, должен расцениваться как заболевание, подозрительное на заболевание инфекционной болезнью, вызывающую чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В распознавании этих инфекций эпидемиологический анамнез имеет решающее значение.

В современном мире могут возникнуть ситуации, когда возникновения массивных разрушений социальной инфраструктуры и коммунально-бытовых систем на фоне стрессовых факторов в районах природных, техногенных и социальных катастроф влекут за собой резко выраженное санитарно-эпидемиологическое неблагополучие населения региона, которое приводит к созданию условий для активизации путей передачи и формирования очагов инфекционных и паразитарных болезней, как естественного, так и искусственного происхождения (акты биотерроризма).

Наиболее вероятными эпидемиологическими осложнениями в таких ситуациях будут острые кишечные инфекции вирусной и бактериальной природы (ротавирусная, норовирусная и энтеровирусная инфекции, шигеллезы, сальмонеллезы, брюшной тиф и паратифы, вирусный гепатит А), острые респираторные инфекции (дифтерия, менингококковая инфекция, ОРВИ, грипп, корь). Источники антропонозных инфекций чаще всего находятся среди пострадавшего населения, включая перемещенных лиц, но возможен занос инфекции спасателями и эвакуаторами, а также местным населением при контакте с ним в местах временного размещения пострадавших.

На догоспитальном этапе основная тяжесть работ по организации и оказанию экстренной медицинской помощи инфекционным больным ложится на медицинских работников местных ЛПУ, часто не имеющих необходимых средств и медикаментов, сохранившееся в зоне

катастроф амбулаторно-поликлиническое звено и бригады скорой медицинской помощи.

Согласно Приложению № 10 «Комплексного плана мероприятий по санитарной охране Территории Омской области от заноса и распространения инфекционных заболеваний, предотвращения ввоза и реализации товаров и грузов, представляющих опасность для населения на период 2014-19 года» выездные бригады (эвакуации) БУЗОО «Станция скорой медицинской помощи» осуществляют транспортировку больных (подозрительных) с инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемического благополучия населения. Таким образом, при получении информации о случае (подозрении) на данное заболевание для эвакуации пациента направляется выездная бригада скорой медицинской помощи.

Уровень и структура инфекционной заболеваемости населения в районах стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций определяют направленность действий специалистов санитарно-эпидемиологической службы и здравоохранения. В чрезвычайных ситуациях к особо опасным инфекциям необходимо отнести заболевания, возбудители которых отличаются высокой вирулентностью и контагиозностью, устойчивостью во внешней среде, длительной выживаемостью в пищевых продуктах и воде, на предметах обихода и могут передаваться различными путями.

Исходы заболеваний во многом будут зависеть от своевременной и правильной организации медицинской помощи инфекционным больным на догоспитальном этапе. В организации противоэпидемических мероприятий особое место занимает активное выявление инфекционных больных. В эпидемическом очаге и на этапах эвакуации выявление больных проводится врачебно-сестринскими бригадами, включая бригады скорой медицинской помощи, которые осуществляют опрос населения и осмотр больных или подозрительных на инфекционное заболевание, с одновременным отбором материала для микробиологического исследования. Диагноз инфекционным больным на этапах медицинской эвакуации, из-за необходимости распознавания болезни в ранние сроки до развития типичной клинической картины, может быть затруднен.

Важнейшее условие правильной организации лечебно-эвакуационных и противоэпидемических мероприятий – осуществление медицинской сортировки инфекционных больных. Медицинская

сортировка инфекционных больных на этапе скорой медицинской помощи должна предусматривать выделение однородных групп больных. Чаще всего эпидемические вспышки или эпидемии обусловлены какой-либо одной инфекцией (моноинфекцией). В этих случаях главным является проведение медицинской сортировки по тяжести состояния и эвакуационному предназначению.

Тяжесть состояния пациентов определяется на основании клинико-патогенетических признаков, выявленных у пациента, как крайне тяжелое, тяжелое, средней тяжести и удовлетворительное. В соответствии с тяжестью состояния пациента должна быть оказана медицинская помощь и определена очередность эвакуации в инфекционный стационар. При эпидемических вспышках, вызванных несколькими инфекциями (полиинфекцией), необходимо, кроме того, выделять однородные группы пациентов по предварительному диагнозу (с учетом преимущественного поражения отдельных органов и систем) и по эпидемиологической опасности.

Снижения уровня инфекционной заболеваемости населения и локализация очагов с особо опасными инфекционными заболеваниями в районах стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуаций будет определять направленность действий специалистов санитарно-эпидемиологической службы и здравоохранения, включая работу станции скорой медицинской помощи.