ОТЛИЧИЯ СЛУЖБ СКОРОЙ МЕДИЦИСКОЙ ПОМОЩИ В МИРЕ, ИХ ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ

DIFFERENCES OF EMERGENCY MEDICAL CARE SERVICES ALL OVER THE WORLD, THEIR ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

И.П. Тищенко, Э.П. Тищенко I.P. Tischenko, E.P. Tischenko

Луганский Республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, ЛНР

Luhansk Republican center of emergency medical care service and medicine of catastrophes, LPR

СМП, модели службы скорой помощи Ambulance, model of the ambulance service

Этой статьей мы бы хотели обратить ваше внимание на разницу в качестве оказания догоспитальной скорой медицинской помощи больным с помощью различных моделей служб скорой помощи в мире. А также положительные моменты оказания медицинской помощи в странах СНГ.

With this article we would like to pay your attention to the difference in the quality of rendering prehospital emergency medical care to patients with different patterns of emergency services in the world. As well as positive aspects of medical care in the CIS countries.

Скорая медицинская помощь (СМП) — вид медицинской помощи, оказываемой гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Немного истории...

Пусковым моментом к возникновению Скорой помощи как самостоятельного учреждения был пожар Венского театра космической оперы, случившийся 8декабря 1881. Это происшествие, принявшее грандиозные размеры, в результате которого погибло 479 человек, представляло ужасающее зрелище. Перед театром на снегу валялись сотни обожженных людей, многие из которых получили различные травмы во время падения. Пострадавшие свыше суток не могли получить никакой медицинской помощи, несмотря на то, что Вена в то время обладала множеством первоклассных и хорошо оснащённых клиник. Вся эта ужасная картина совершенно потрясла находившегося на месте происшествия профессора-хирурга Яромира Мунди, который оказался беспомощным перед лицом катастрофы. Он не мог оказать действенной и подобающей помощи беспорядочно лежащим на снегу людям. На следующий же день доктор Я. Мунди приступил к созданию Венского добровольного спасательного общества. Граф Ганс Вильчек пожертвовал новосозданной организации 100 тысяч гульденов. Этим Обществом были организованы пожарная, лодочная команды и станция скорой медицинской помощи (центральная и филиал) для оказания срочной помощи пострадавшим от несчастных случаев. В первый же год своего существования Венская станция скорой помощи оказала помощь 2067 пострадавшим. В составе бригады работали врачи и студенты медицинского факультета.

Вскоре, подобно Венской, была создана профессором Фридрихом Эсмархом станция в Берлине. Деятельность этих станций была настолько полезной и необходимой, что за короткий период в целом ряде городов европейских государств стали возникать подобные станции. Венская станция играла роль методического центра.

В июне 1887 года в Лондоне была основана бригада скорой помощи Святого Иоанна. Она должна была оказывать первую помощь на городских массовых мероприятиях.

В Российской империи и Польше первая станция скорой помощи возникла в 1897 году . Затем примеру Варшавы последовали города Лодзь, Вильно, Киев, Одесса, Рига. Чуть позднее станции скорой помощи стали открываться в Харькове, Санкт-Питербурге и Москве.

В мире существуют 3 модели службы скорой помощи:

Англоамериканская (включая Японию) модель – за редкими исключениями бригады сугубо парамедицинские; их задачей является оказание неотложной помощи и транспортировка пациентов в приемное отделение стационара.

Европейская (включая Израиль) модель предполагает наличие как парамедицинских, так и врачебных бригад.

Модель стран СНГ, где отсутствуют парамедицинские бригады, а служба скорой медицинской помощи представлена врачебными и фельдшерскими бригадами. Последние осуществляют диагностику, госпитализацию «по диагнозу», лечение, дают рекомендации.

Какие же отличия оказания скорой медицинской помощи, которые так различают данные модели?

В России и странах СНГ, согласно модели, пациент обращается на СМП и к нему выезжает врачебная или фельдшерская бригада. В Европейских странах — на усмотрение диспетчера к больному может выехать парамедицинская бригада, либо госпитализация осуществляется на такси, а в США пациент со стенокардией доставляется в клинику всегда на такси.

Приведем несколько примеров оказания помощи службами СМП и Ambulance, на примере сердечно сосудистых заболеваний в острых формах или осложнениях.

Парамедики прибывают через 20 мин, осматривают больного, измеряют АД, ставят внутривенный катетер, определяют кислородную сатурацию. Затем они принимают решения о тактике "stay and stabilize" и вводят нитраты внутривенно, кислород, мочегонные. Через 20 минут отмечается улучшение состояния, уменьшение одышки, увеличение сатурации и уже через 40 минут пациент госпитализируется в стационар.

Линейная бригада СМП прибывает через 20 мин после вызова. Медик проводит осмотр, измеряет АД, выполняет внутривенное введение мочегонных, нитратов и принимает решение о вызове на себя БИТ. Последняя приезжает через 30 минут и снова проводит осмотр, измерение АД, вводит кислород мочегонные, нитраты, наркотики. Через 50 минут – улучшение состояния и через 1 час 10 минут пациент госпитализируется в стационар. Врач СМП ставит диагноз, назначает патогенетическое лечение учитывая сопутствующую патологию, которая в свою очередь влияет на течение основного заболевания и определяет его синдромо-комплекс.

После этого врач БИТ бригады учитывая весь объем патогенеза и клинических проявлений заболевания, во время проведения госпитализации больного в стационар готов реагировать на любые отклонения от «стандартов» описанных в протоколах оказания экстренной медицинской помощи. Специалист службы Ambulance в виду отсутствия необходимых знаний может оценить лишь основной синдром, который привел к состоянию угрожающему жизни больного, при этом не учитывает выше перечисленные моменты. В виду чего увеличивается шанс летального исхода для больного.

По немного устаревшим данным ВОЗ главной причиной смертности населения являются сердечно-сосудистые заболевания. За 2013 год в Соединенных штатах Америки число смертей от заболеваний сердечно-сосудистой системы умерло почти 600 тысяч человек. Около 42% умерли от ишемической болезни сердца, а от инсульта порядка 38% от всех умерших от сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с высокой заболеваемостью и смертностью от кардиоваскулярных патологий в 2013 году на их диагностику, лечение и профилактику было выделено около 258 миллионов долларов США, при этом не внося

изменения в используемую **модель службы** оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Согласно выше изложенного, стоит задать вопрос о состоятельности модели службы Ambulance в США, а так же тратах денежных средств на диагностику, лечение и профилактику, без учета догоспитальных мощностей.

Англоамериканская (включая Японию) модель упраздняет значение врача в бригаде СМП и это в свою очередь имеет ряд отрицательных моментов во время оказания помощи больному и его транспортировки.

Стоит отметить основное и жизненно необходимое для больного отличие службы СМП от AMBULANCE в индивидуализированном, всеобъемлющем тактико-патогенетическом подходе в оценке состояния больного врачами службы СМП.