

МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛНР: НЕИЗБЕЖНОСТЬ ИЛИ ЭКСПЕРИМЕНТ?

Пархомчук Д.С.¹, Удовика Н.А.²

¹Пархомчук Демьян Степанович – директор,
Государственное учреждение Луганской Народной Республики
Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф;

²Удовика Наталья Алексеевна – кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра акушерства и гинекологии,
государственное учреждение Луганской Народной Республики
Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки,
г. Луганск, Луганская Народная Республика



Аннотация: в статье обобщены итоги модернизации организации экстренной медицинской помощи, оказываемой на догоспитальном этапе скорой помощью в Луганской Народной Республике. Указаны условия и предпосылки реформирования стационарного этапа по организации и оказанию экстренной, в т.ч. специализированной, медицинской помощи на раннем госпитальном этапе.

Ключевые слова: здравоохранение, экстренная медицинская помощь, догоспитальный этап, стационар, модернизация, Луганская Народная Республика.

Основной Закон (Конституция) Луганской Народной Республики (ЛНР) декларирует Республику как социальное и правовое государство. Термин «социальное государство» включает в себя заботу государства о социальных нуждах населения. Но в сложных условиях ограниченных экономических возможностей все большее значение приобретает рациональное использование финансовых средств, особенно в аспекте социальной защищенности населения.

В связи с этим инициатива Правительства ЛНР о неизбежности реформы системы здравоохранения у населения Республики находит все большее понимание и поддержку. Важными факторами, вызывающими необходимость этого процесса, являются диспропорция и неэффективность использования существующих на протяжении многих лет сети медицинских учреждений и кадрового потенциала, централизация материально-технической базы, отсутствие эффективных и действенных механизмов контроля качества. С другой стороны, в мире каждые два-три года усовершенствуются медицинские технологии, что в большинстве случаев укорачивает сроки лечения пациентов и/или объемы выполняемых оперативных вмешательств, а также совершенствуются и сами методики лечения (к примеру, стремительное развитие малоинвазивных процедур (хирургических и не только)). Поэтому нельзя не учитывать мировые тенденции развития и прогресса в системе здравоохранения при планировании лечебно-диагностического процесса [1, 2].

Наше внимание все больше привлекают вопросы реформирования и преобразования в системе экстренной медицинской помощи (ЭМП), в т.ч. экстренной специализированной. ЭМП - одно из звеньев первичной медико-санитарной помощи. И здесь важно учитывать опыт мировой практики: чем выше находится планка первичной медицинской помощи, тем менее затратна и более эффективна вся система здравоохранения [1, 2]. Так, опыт стран с высоким уровнем развития здравоохранения показывает, что своевременно оказанная квалифицированная ЭМП, в т.ч. скорая помощь, в ряде случаев не требует госпитализации пациента в круглосуточные дорогостоящие стационары. В большинстве случаев достаточным может оказаться всего лишь наблюдение за пациентом на протяжении нескольких часов в стационарном отделении скорой медицинской помощи (отделение экстренной и неотложной медицинской помощи) многопрофильного стационара с последующей рекомендацией пациенту посещения врача общей практики (терапевта, семейного врача и др.) по месту жительства или перевод его на дневной стационар для дальнейшего лечения и наблюдения. В ряде случаев пациент может ограничиться консультацией специалиста скорой помощи по телефону.

Общепринято, ЭМП определяется как комплекс экстренных лечебно-диагностических, санитарно-эпидемиологических, лечебно-эвакуационных и лечебных мероприятий, осуществляемых в кратчайшие

сроки при угрожающих жизни и здоровью состояниях, травмах, отравлениях, внезапных заболеваниях и т.д. Для ЛНР, находящейся в ситуации незавершенного локального вооруженного конфликта, непризнанности и финансового дефицита, первоочередной задачей является обеспечение населения доступной и качественной ЭМП, в т.ч. специализированной.

В данной статье нами представлен **собственный опыт модернизации системы оказания ЭМП**, в т.ч. экстренной специализированной, в ЛНР в условиях локального вооруженного конфликта.

Общеизвестно, что ЭМП оказывается на догоспитальном (ДГЭ) и раннем госпитальном этапе (РГЭ).

ЭМП в ЛНР на ДГЭ оказывается круглосуточно выездными бригадами Луганского республиканского центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф (ЛРЦЭМП и МК).

Образование ЛРЦЭМП и МК (Центра) – это один из первых результатов модернизации системы здравоохранения в ЛНР, в т.ч. оказания ЭМП, по итогам лечебно-эвакуационного обеспечения населения в локальном вооруженном конфликте [3]. Центр - это учреждение здравоохранения нового особого типа, объединившее СМП и службу медицины катастроф. Центр организован в апреле 2015 года на базе Луганской городской станции скорой медицинской помощи, станций и подстанций скорой медицинской помощи, расположенных на административных территориях ЛНР. Руководство молодой Республики исходило из того, что современный локальный вооруженный конфликт, преимущественно как вялотекущий, несомненно влияет на деятельность здравоохранения, предусматривая в той или иной степени реорганизацию с целью укрупнения медицинских учреждений, оптимизации коечного фонда, рационального распределения медицинских кадров и средств. Такое решение принималось, исходя из собственного опыта ликвидации медико-санитарных последствий активной фазы вооруженного конфликта на Донбассе. В частности, детальный анализ итогов работы в условиях ЧС (вооруженный конфликт) указывал на отсутствие опыта работы СМП и службы медицины катастроф во взаимодействии между собой; отсутствие единого центра управления выездными бригадами в условиях ЧС; понимания механизмов содружественного взаимодействия с другими спасательными службами и воинскими формированиями; отсутствие должного резерва медикаментов и расходных материалов; недостаточное оснащение санитарного транспорта; различия в локальных клинических протоколах; отсутствие системы взаимного оповещения между бригадами и приемными отделениями лечебных учреждений; рост нагрузки на бригаду в условиях кадрового дефицита.

В состав ЛРЦЭМП и МК сегодня входят подстанции г. Луганска, филиалы станций (7), подстанции (14) и пункты постоянного базирования бригад ЭМП (23); автомобильно-эксплуатационный отдел; учебно-тренировочный отдел; отделение экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ОЭиПКМП и МЭ), отдел телемедицины; административно-хозяйственное управление; аптечное отделение; гуманитарный склад и др.

Сегодня Центр выполняет задачи организационно-правовых принципов обеспечения граждан Республики и других лиц, которые находятся на ее территории, ЭМП, в т.ч. экстренной (скорой) специализированной, как в повседневном режиме работы, так и в условиях ЧС различного характера и ликвидации их последствий. Специалисты ЛРЦЭМП и МК оказывают экстренную (в т.ч. специализированную) и неотложную медицинскую помощь в повседневных условиях, направленную на спасение жизни и сохранение здоровья больных и пострадавших при различных угрожающих жизни состояниях, травмах, ДТП, пожарах, огнестрельных и мино-взрывных поражениях, а также в условиях ЧС (пожары, обвалы, ДТП, последствия артобстрелов, сопровождение массовых мероприятий, вспышки инфекционных заболеваний, обеспечение доступности экстренной и плановой лечебно-консультативной, в т.ч. специализированной, помощи в учреждениях здравоохранения и др.).

Образование ЛРЦЭМП и МК и поставленные перед данным учреждением задачи реально повышают требования к профессиональной квалификации медицинских работников. Так, врачи, фельдшеры, медицинские сестры должны хорошо знать не только теорию, но и в совершенстве владеть многими практическими навыками, так как на постановку диагноза у них всего лишь несколько минут и нет возможности воспользоваться широким диапазоном лабораторных или инструментальных методов диагностики, консультаций с коллегами. Мировой опыт работы служб спасения показывает важность первоначальной дифференциации поступающих вызовов диспетчером на «экстренные» и «неотложные». Другими словами, модернизация системы оказания ЭМП выдвигает особые требования к уровню подготовки диспетчера ЛРЦЭМП и МК. Так, диспетчер должен понимать, когда показана экстренная помощь (угрожающие жизни состояния), когда – неотложная (заболевания, не представляющие видимую угрозу жизни, но требующие медицинского вмешательства), а когда вызов переадресовать в поликлинику.

В условиях модернизации системы оказания ЭМП особая роль отводится фельдшеру выездной бригады, который проводит первичную диагностику, устанавливает диагноз и самостоятельно умеет провести лечение в рамках доврачебной медицинской помощи. Довольно часто именно фельдшер спасает жизнь, своевременно предоставив помощь. По должностным обязанностям и стандартам работы в местах, отдаленных от врачебной помощи, фельдшер принципиально не отличается от врача СМП и от

участкового терапевта. Как показал наш собственный опыт работы в активную фазу вооруженного конфликта, фельдшерские бригады могут эффективно использоваться при медико-санитарном обеспечении в условиях ЧС, но при отсутствии острой необходимости в специализированной медицинской помощи. Обязательным условием для этого являются качественные курсы повышения квалификации.

Данные анкетирования фельдшеров выездных бригад, проведенные в 2016-2019 гг. по итогам учебных циклов усовершенствования на базе учебно-тренировочного отдела ЛРЦЭМП и МК, показали, что 87% респондентов последипломное обучение в ЛНР определили как более продуктивное, профессиональное и результативное в сравнении с таким до 2014 года. Анализ работы Центра за 2016-первую половину 2019 года позволил заключить, что качество помощи, оказанной фельдшерами выездных бригад, гораздо выше и квалифицированнее, что важно для Республики, где незавершен вооруженный конфликт и существуют определенные социально-экономические проблемы.

Следует также отметить, что модернизация системы оказания ЭМП в ЛНР предусматривает планомерное расширение спектра учебно-тренировочных занятий по взаимодействию всех структурных подразделений ЛРЦЭМП и МК с санэпидстанцией, органами снабжения медицинским имуществом и другими спецслужбами, в т.ч. МЧС, МВД, Народной Милицией, которые имеют отношение к лечебно-эвакуационному обеспечению населения в очаге.

За время существования ЛРЦЭМП и МК повысилась оценка качества работы выездных бригад, о чем свидетельствует: снижение времени ожидания помощи (на 7 минут); рост оценки удовлетворенности качеством услуги (рост профессионализма), о чем говорят благодарности в адрес врачей и фельдшеров и снижение числа жалоб за последний год (в 2 раза); снижение общего уровня летальности на догоспитальном этапе (на 32,8%) и смертности в присутствии бригады СМП (на 35,9%). Следует отметить, что эффективность работы бригад Центра как в повседневном режиме, так и в условиях ЧС, достоверно превышает аналогичные показатели до событий 2014 года, при этом имеет место экономия общего финансирования и повышение ответственности администрации за состояние здоровья своих сотрудников. Так, при трудоустройстве в Центр учитывается психоэмоциональный уровень кандидатов; а сегодня администрация активно рассматривает вопрос внедрения специальных корректирующих психофизиологических программ как для собственных работников, так и работников других спасательных служб (МЧС).

ЭМП на госпитальном этапе в ЛНР оказывается в 20 городских больницах, круглосуточно принимающих пациентов своего района (города). Особых преобразований в организации такого вида помощи в стационарах ЛНР до настоящего времени еще не произошло (по-прежнему остаётся дефицит кадров и лабораторно-диагностической аппаратуры).

В ряде случаев на стационарном этапе врачи прибегают к помощи специалистов отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (**ОЭиПКМПиМЭ**) ЛРЦЭМП и МК. Основной задачей отделения является обеспечение круглосуточной готовности медслужб к оказанию помощи высококвалифицированными специалистами при угрожающих жизни состояниях и заболеваниях больным (пострадавшим), находящимся на лечении в учреждениях, где отсутствует возможность оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи. Финансовое обеспечение таких мероприятий проводится за счет средств госбюджета ЛНР. Создание **ОЭиПКМПиМЭ** именно на базе Центра позволило увеличить объемы плановой и экстренной специализированной медицинской помощи населению и улучшить ее качество, поскольку штат сотрудников данного отделения включает узкопрофильных специалистов разных учреждений здравоохранения (а не только республиканской больницы, как было до включения отделения в структурное подразделение Центра). Более совершенной также стала нормативная база, регламентирующая работу данного отделения, а единое руководство ЛРЦЭМП и МК способствует четкой организации работы и постоянному аудиту ее качества. В режиме постоянной готовности находятся реанимационная, кардиологическая, хирургические, травматологическая, нейрохирургическая, акушерско-гинекологическая и неонатальная бригады. Опыт показывает, что своевременное начало специализированной, в т.ч. экстренной, помощи на догоспитальном этапе уменьшает финансовые затраты на дальнейший госпитальный курс лечения на 37-42%, что имеет существенное значение для ЛНР.

В результате модернизации системы оказания ЭМП в ЛНР в структуре ЛРЦЭМП и МК появился новый отдел - **телемедицинской консультативной помощи**. Основной задачей отдела является оказание экстренной и плановой консультативной помощи населению непризнанной ЛНР ведущими специалистами учреждений здравоохранения РФ по вопросам диагностики, лечения и тактики ведения особо тяжелых и диагностически трудных больных с территориями ЛНР, а также проведение телеконференций и дистанционного обучения. Телемедицинские консультации осуществляются путём передачи медицинской информации по телекоммуникационным каналам связи в режиме *on-line* 24 часа в сутки ежедневно круглый год. Первая телеконсультация состоялась 16.10.2015 г. Анализ показал, что

лучшей является консультация в режиме реального времени, когда лечащий врач непосредственно информирует врача-консультанта о состоянии пациента и результатах исследований и имеется возможность «живую» обсудить диагноз и тактику лечения, целесообразность перевода пациента в специализированное отделение РФ. С другой стороны, во время консультации в режиме реального времени врач-консультант имеет возможность наблюдать за состоянием пациента, показаниями медицинских приборов, действиями врачей при проведении исследований и оперативных вмешательств. Однако, как показал наш опыт, по ряду объективных и субъективных причин не всегда возможна быстрая организация телемедицинской консультации. В режиме реального времени чаще проводятся экстренные телеконсультации (от 30 минут до 3-х часов с момента запроса) и неотложные (от 3-х до 24-х часов), а плановые – как отложенные и смешанные (для пациентов, не требующих срочной и экстренной помощи в течение 5-7 рабочих дней с момента поступления запроса).

Основными консультантами остаются ученые и ведущие врачи ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава РФ, ФГБУ «НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко», Институт хирургии им. А.В. Вишневского, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» и др. Стоимость дистанционной телевидеоконсультации значительно дешевле, чем затраты на поездку для этой цели в учреждения здравоохранения РФ, тем более, если при этом будет и сопровождающее лицо (медицинский работник).

Наряду с позитивными вышеизложенными изменениями в результате модернизации системы оказания ЭМП на ДГЭ, следует признать, что на РГЭ в ЛНР качество оказания ЭМП, в т.ч. специализированной, **страдает**. Так, например, пациент с подозрением на инсульт от момента первого контакта с медицинским работником (выездная бригада Центра) до его госпитализации, может в течении нескольких часов (первые часы с момента развития патологического процесса), с целью только диагностического консультирования, стать временным пациентом 3-4 больниц г. Луганска, а для межбольничной медицинской эвакуации может быть задействовано 2-3 общепрофильные в т.ч. и специализированные бригады Центра. Опыт показывает, что лечебные мероприятия на этапах эвакуации нередко проводятся именно выездным персоналом СМП, а не врачами стационаров. Такая маршрутизация пациента с инсультом не улучшает прогноз ни для его жизни, ни для здоровья. Это также способствует значительным финансовым затратам, неоправданному расходованию сил и средств, в т.ч. горюче-смазочных материалов, нерациональному использованию спецавтотранспорта, привлечению специализированных бригад для перегоспитализации из одного стационара в другой и т.д.

Таким образом, в ЛНР **назрела необходимость модернизации системы оказания ЭМП**, в т.ч. специализированной, и на РГЭ. Вполне понятно, что эти вопросы более качественно можно было бы решать в особом учреждении здравоохранения – больнице скорой медицинской помощи (БСМП), где были бы сконцентрированы в течение суток узкие специалисты, имелась бы полноценная круглосуточная лабораторно-диагностическая база. Реальность в том, что таких больниц не может быть много, потому что укомплектовать и оснастить одновременно много невозможно, что подтверждает практика лучших мировых систем здравоохранения. Для ЛНР в идеале БСМП (коечный фонд с поликлиникой) может входить в структурное подразделение (филиал) ЛРЦЭМПиМК.

Важное отличие коечного фонда БСМП – это наличие **такого приемного отделения**, где врачи могли бы устанавливать диагноз до госпитализации больного, оказывать ЭМП, в т.ч. экстренную специализированную, и решать вопрос о необходимости госпитализации. Именно для этого приемные отделение многопрофильных стационаров необходимо реорганизовать и на их базе создать стационарное отделение скорой медицинской помощи. В таком отделении круглосуточно должна работать мультидисциплинарная врачебная бригада (травматолог, хирург, гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, врач скорой медицинской помощи) возглавлять такую бригаду и координировать её работу, должен врач скорой помощи, однако это в свою очередь требует пересмотра и внедрение новых образовательных программ подготовки врачей скорой помощи в ординатуре. В случае необходимости должна быть возможность привлечения к работе и других специалистов (терапевт, токсиколог, нейрохирург, кардиолог, комбустиолог, офтальмолог и др.).

Для уточнения диагноза поступивших пациентов должна быть организована круглосуточная работа диагностических служб, которые обеспечивают при необходимости эндоскопические, рентгенологические, радионуклидные исследования, УЗИ, компьютерную и магнитно-резонансную томографию, электрокардиографию, рентгенэндоваскулярную диагностику, а также лабораторные исследования. В идеале на базе такой клиники должен быть организован консультативно-диагностический дистанционный центр электрокардиографии для своевременной диагностики острых заболеваний сердца, для чего могут быть использованы телемедицинские технологии.

Такая модернизация системы оказания ЭМП, в т.ч. специализированной, на раннем госпитальном этапе в ЛНР в условиях локального вооруженного конфликта позволит оптимизировать финансовые затраты за счет пересмотра численности коечного фонда, перераспределения медицинских кадров и

дорогостоящего оборудования, что повысит качество оказываемой медицинской помощи населению, сделав ее более доступной и менее затратной. Другая важная составляющая планируемых изменений – возможность повышения уровня заработной платы персоналу такой мощной больницы и реальные вложения в улучшение условий труда за счет внедрения инновационных технологий, в т.ч. компьютеризация рабочих мест и создание единой межбольничной информационной сети в Республике. В следующей статье планируется осветить первый этап модернизации системы оказания ЭМП на раннем госпитальном этапе путем создания Клиники медицины катастроф, входящей в состав ЛРЦЭМП и МК.

Список литературы

1. *Верткин А.Л.* Особенности взаимодействия работы амбулаторно- поликлинической службы и скорой медицинской помощи / А.Л. Верткин, Э.И.Узуева // *Врач скорой помощи*, 2013. № 1. С. 33-36.
2. *Гончаров С.Ф., Сахно И.И., Быстров М.В., Баранова Н.Н.* Организационно-методологические аспекты становления и развития системы подготовки врачебных кадров по медицине катастроф // *Медицина катастроф*, 2016. № 1 (93). С. 32–40.
3. *Пархомчук Д.С.* Пути оптимизации работы службы скорой медицинской помощи по итогам военного конфликта на Донбассе в 2014–2015 гг. // *Мед. биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезвычайных ситуациях*, 2016. № 4. С. 33-43.