

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ В ГОРОДАХ

Ш.С. Каратай, А.Ю. Анисимов, И.Р. Насыров, А.Г. Сорокин

Кафедра медицины катастроф (зав. — проф. Ш.С. Каратай) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Среди задач, решаемых практическим здравоохранением при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) в условиях промышленного города, оказание медицинской помощи легкопораженным хирургического профиля (ЛХП) занимает значительное место [2]. Ретроспективный анализ показал, что травмы у пораженных данной категории, нуждавшихся в хирургической помощи, составляли высокий удельный вес от общего количества санитарных потерь. Так, при катастрофах в г. Мехико (Мексика, 1984) их число составило 93,7%, в Свердловске (СССР, 1988) — 87,0%, в Арзамасе (СССР, 1988) — 87,7%, в Волгодонске (Россия, 1999) — 67,0% [3, 5]. В структуре повреждений у ЛХП преобладала сочетанная черепно-мозговая травма (от 50 до 57%) с большим количеством инфекционных осложнений (86,2%).

При существующей системе организационных и лечебно-эвакуационных мероприятий ЛХП, нуждавшиеся в специализированной медицинской помощи, получали ее лишь на госпитальном уровне. В связи с выраженной загруженностью стационарных учреждений реальная медицинская помощь ЛХП оказывалась по остаточному принципу, то есть через двое-трое суток. Отсроченные действия вызывали у них развитие частных осложнений, соответственно увеличивались сроки пребывания больных в условиях стационара и объем дополнительных финансовых затрат на их лечение и реабилитацию [4].

Целью настоящего исследования являлось совершенствование организации амбулаторно-поликлинической службы для оказания специализированной хирургической помощи ЛХП при ЧС.

Для достижения поставленной цели нами прежде всего была изучена медико-тактическая обстановка при возможном возникновении природных или технологических катастроф в 8 потенциально опасных зонах риска на территории

Республики Татарстан. К последним мы отнесли Казань, Альметьевск, Бугульму, Зеленодольск, Лениногорск, Набережные Челны, Нижнекамск и Чистополь.

В результате крупных производственных аварий, катастроф, стихийных бедствий, при взаимообусловленности техногенных и природных факторов риска в Республике Татарстан может сложиться крайне тяжелая медико-тактическая обстановка, характеризующаяся значительным числом санитарных потерь. Установлено, что при этом число ЛХП составит 76,5% от общего числа нуждающихся в хирургической помощи. Среди ЛХП в большей степени будут регистрироваться пораженные с черепно-мозговой травмой и травматологического профиля (соответственно 37,2% и 33,2%), а в меньшей — хирургического и комбустиологического профиля (в 20,9% и 8,7%). Очевидно, что специализированную медицинскую помощь ЛХП в ЧС мирного времени следует оказывать в учреждениях амбулаторно-поликлинической службы.

В связи с этим нами были изучены потенциальные возможности поликлинических учреждений в организации специализированной медицинской помощи ЛХП, проанализирована штатная структура амбулаторной хирургической службы зон риска РТ. Выявлено, что организационно-штатная структура врачей-хирургов поликлиник указанных городов колебалась от 12,5 до 42,7% (за исключением Казани и Набережных Челнов). Аналогичная ситуация складывалась и с врачами-травматологами. Вместе с тем расчеты показали, что удельный вес выполняемой работы при ЧС по оказанию хирургической помощи составит около 85%.

Качество, своевременность и объем мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи ЛХП будут существенно зависеть и от обес-

печенности поликлинических учреждений диагностическим оборудованием (рентгенустановками, аппаратами для ультразвуковых и электро-энцефалографических исследований и др.).

При сравнении возможностей и потребностей в проведении диагностических исследований у пораженных травматологического профиля и с черепно-мозговой травмой определялся их дефицит (за исключением Казани), который в изучаемых городах увеличивался от 50,3% (Набережные Челны) до 87,7% — 90,5% (Лениногорск, Бугульма) и от 65,9% (Зеленодольск) до 100% (Чистополь, Лениногорск, Бугульма). При первичной хирургической обработке ран дефицит объема необходимых мероприятий колебался от 16% (Набережные Челны) до 81% (Нижнекамск), а при первичном туалете ожоговой раны он был еще существеннее (для Набережных Челнов — 25%, Чистополя — 58%, Альметьевска — 80%, Лениногорска — 82%, Бугульмы — 85%, Нижнекамска — 89%). Аналогичные показатели были получены при оценке состояния иммунопрофилактики и иммобилизации переломов гипсовой повязкой.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о том, что амбулаторно-поликлинические учрежде-

ния здравоохранения РТ в зонах риска недостаточно готовы в оптимальном объеме к оказанию специализированной медицинской помощи ЛХП. Следовательно, необходима перестройка амбулаторно-поликлинической службы в условиях ЧС в мирное время путем интегрирования усилий силами и средствами Республиканской службы медицины катастроф и создания на основе реально существующих поликлинических учреждений функциональных структур, способных решить проблему оказания специализированной медицинской помощи ЛХП непосредственно в зоне поражения.

Принятие конкретных мер в создавшейся ситуации, с нашей точки зрения, самым тесным образом должно быть связано с изменением концептуального подхода к существующей проблеме. Организационная перестройка обеспечит наиболее рациональное использование сил и средств при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС: это прежде всего максимальное приближение специализированной медицинской помощи легкопораженным, оказание ее в исчерпывающем объеме непосредственно в зоне ЧС без эвакуации в другие регионы. На территориальном уровне это может осуществляться благодаря

Структурная модель отделения легкопораженных больных хирургического профиля медицинского отряда быстрого реагирования

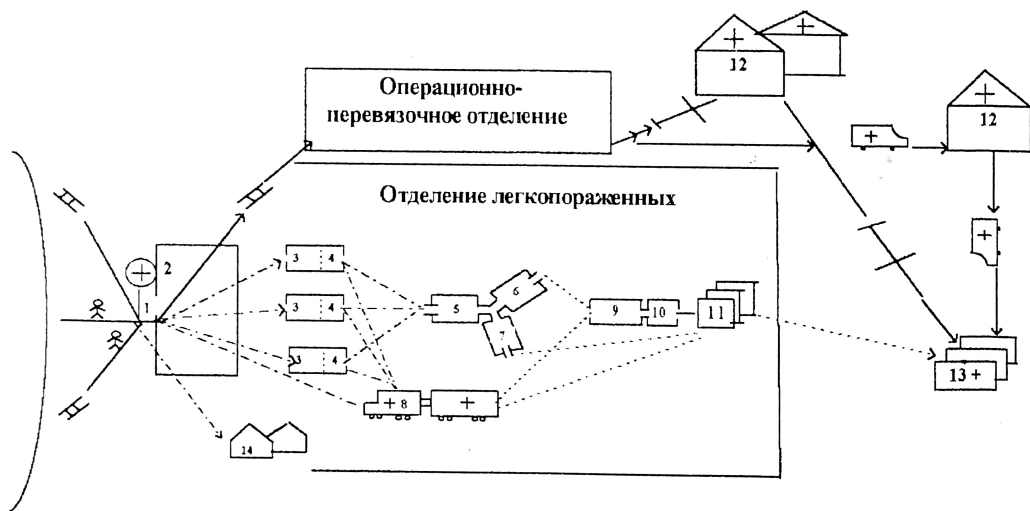


Рис. 1. 1. Сортировочный пост. 2. Сортировочная площадка. 3. Приемно-диагностическая палатка. 4. Палатка (отделение от палатки) иммунопрофилактики. 5. Предоперационная. 6. Операционная. 7. Перевязочная для ожоженных. 8. Лечебно-диагностический комплекс "Медицина катастроф". 9. Гипсовальная. 10. Сушилка. 11. Эвакуационная. 12. Лечебно-профилактическое учреждение. 13. Поликлиника. 14. Психоизолятор.



Рис. 2. Объем реабилитационных мероприятий у легкопораженных.

использованию подвижных формирований типа медицинского отряда быстрого реагирования Республиканского центра медицины катастроф МЗ РТ, включающего отделение, основное предназначение которого заключается в приближении специализированной хирургической помощи ЛХП, в том числе детям (рис. 1).

В интегрированной системе специализированной хирургической помощи амбулаторно-поликлиническая служба является организационной основой реабилитации ЛХП. Непременными условиями достижения желаемых результатов реабилитации служат своевременность, последовательность, преемственность, комплексность в сочетании с индиви-

дуальным подходом к пораженному. В поликлинике как в центре реабилитации должны решаться следующие основные задачи — проведение этапной и заключительной реабилитации, осуществление мероприятий по восстановлению трудоспособности, коррекция психоэмоционального состояния пораженного, вторичная профилактика и предупреждение обострений раневого процесса, врачебная экспертиза и решение социальных вопросов (рис. 2). Описанный комплекс организационных и лечебно-эвакуационных мероприятий позволяет представить в виде единого процесса оказание медицинской специализированной помощи, лечение и реабилитацию ЛХП.

Для подтверждения действенности разработанных принципов интегрированной системы нами изучались показатели ее эффективности на территориальном уровне (см. табл.).

Таким образом, только при условии непосредственной интеграции усилий амбулаторно-поликлинической службы практического здравоохранения со службой медицины катастроф может быть решена проблема организации медицинского обеспечения ЛХП как составная часть всей системы лечебно-эвакуационных мероприятий при ликвидации медико-санитарных последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий. Организационной основой такой системы является отделение ЛХП медицинского отряда быстрого реагирования, объединенное с лечебно-эвакуационным комплексом “Медицина катастроф” и поликлиникой как центром реабилитации.

Показатели эффективности функционирования интегрированной системы медицинской помощи больных хирургического профиля

Зоны риска ЧС	Необходимость и возможность оказания специализированной медицинской помощи, в том числе									
	первичная хирургическая обработка ран						иммобилизация гипсовой повязкой			
	нужда- ются	может быть оказана				нужда- ются	может быть оказана			
		обычная система		интегрир. система			обычная система		интегрир. система	
		абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%
Казань	306	2832	100	>306	100	445	4032	100	>445	100
Альметьевск	1274	432	33,9	1056	82,9	1922	336	17,5	960	49,9
Бугульма	765	192	25,1	>765	100	1152	144	12,5	>744	64,6
Зеленодольск	58	432	100	>58	100	81	96	100	>81	100
Лениногорск	577	192	33,3	>577	100	865	96	11,1	>664	76,8
Набережные Челны	1011	844	83,4	>1011	100	1540	1296	84,2	>1540	100
Нижнекамск	1272	240	18,9	882	69,3	1917	642	33,5	1266	66
Чистополь	156	44	28,2	>156	100	233	144	62	>233	100

Интеграция лечебно-эвакуационных мероприятий позволяет значительно повысить показатели своевременности и качества оказания специализированной хирургической помощи легкопораженным.

5. Спичев В.Г., Амельченко А.Т. Организационно-техническая основа системы военной медицины. — М., 1992.

Поступила 04.05.00.

MEDICAL PROVISION OF PATIENTS OF THE SURGICAL PROFILE IN EMERGENCY SITUATIONS IN CITIES

Sh. S. Karatai, A. Yu. Anisimov, I.R. NasYROV,
A.G. Sorokin

S u m m a r y

The organization of medical provision of patients of the surgical profile situations in cities is improved by integration of the territorial ambulatory and polyclinic service and republic service of disaster medicine. The measures performed the special emergency surgery to patients in Tatarstan Republic.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюсов П.П. //Военно-мед. журн. — 1990. — № 8. — С. 1317.
2. Гончаров С.Ф., Лобанов Г.П.//Мед. катастроф. — 1996. — № 1. — С. 7—19.
3. Кондратенко Т.А., Вовк Ю.И. и др.// Мед. катастроф. — 1999. — № 4. — С. 38—39.
4. Кудрявцев Б.П., Смирнов И.А.//Мед. катастроф. — 1998. — № 12. — С. 6—8.

УДК 616.5(470.41)

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Р.М. Абдрахманов

Кафедра дерматовенерологии (зав. — проф. В.Т. Куклин) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Дерматологическую помощь сельскому населению Республики Татарстан осуществляют Республиканский кожно-венерологический диспансер, Республиканская клиническая больница, 43 центральные районные больницы, 109 участковых и 9 районных больниц, в составе которых имеются должности врачей-дерматологов. Кроме того, доврачебную помощь оказывают 38 врачебных амбулаторий, 1815 фельдшерских пунктов (последние не только сохранены: в 1998 г. к ним прибавились еще 6).

Стратегия оказания медицинской помощи сельскому населению построена на основных принципах организации здравоохранения. Однако существующие различия между городом и деревней, а именно характер расселения жителей, радиус обслуживания, сезонность работ, воздействие погодных условий при полевых работах, специфические условия трудового процесса, неустроенность хозяйственно-бытовой деятельности и бытовых условий, регионально-национальные особенности и обычаи, образовательный и культурный уровни безусловно влияют на организационные формы деятельности сельских медицинских учреждений.

Условно можно выделить три этапа оказания дерматологической врачебной помощи сельским жителям. Первый этап — сельский врачебный участок или терри-

ториальные медицинские объединения (с учетом новых организационных структур). На этом этапе сельские жители получают квалифицированную медицинскую помощь, которая соответствует принципам общеврачебной практики и семейного медико-социального обслуживания. Сельский врачебный участок является звеном первого контакта пациентов в системе медицинского обслуживания. Его основная задача — оказание населению участка доступной квалифицированной помощи. Численность населения на участке варьирует от 500 до 700—1000 человек. Ближайшее медицинское учреждение, куда обращается сельский житель, — это фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), который организуют в населенных пунктах с числом жителей от 700 до 1000 человек. Основными задачами ФАП являются оказание доврачебной дерматологической помощи и проведение санитарно-оздоровительных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и повышение санитарно-гигиенической культуры населения. Основным медицинским учреждением на сельском врачебном участке выступает участковая больница. Характер и объем дерматологической помощи в ней определяется наличием врача-дерматолога.

Следующий (второй) этап обеспечения сельского населения дерматологи-