

ЗАРУБЕЖНЫЕ СИСТЕМЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Семутенко К.М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Введение. Система экстренной медицинской помощи (СЭМП) может быть определена как «всеобъемлющая система, которая обеспечивает организацию персонала, инфраструктуры и оборудования для эффективного, скоординированного и своевременного предоставления услуг по охране здоровья и оказанию медицинской помощи жертвам внезапной болезни или травмы». Целью работы СЭМП является обеспечение своевременного оказания медицинской помощи жертвам внезапных и опасных для жизни травм или чрезвычайных ситуаций, и предотвращение смертности или инвалидизации пострадавших. Функция СЭМП может быть упрощенно определена четырьмя основными составляющими: доступная неотложная помощь; медицинская помощь, оказываемая окружающими; медицинская помощь в пути следования с места чрезвычайной ситуации, медицинская помощь в лечебном учреждении.

Цель. Провести сравнительный анализ двух моделей основных мировых систем экстренной медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. Для сравнительного анализа были использованы материалы баз данных elibrary, Medline, PubMed и иных по ключевым словам: неотложная медицинская помощь, неотложная амбулаторная медицинская помощь, модели систем экстренной медицинской помощи. Полученные данные были систематизированы, и были выделены три основных модели, принятые в большинстве развитых стран – франко-германская, англо-американская и российская.

Результаты исследования. На сегодняшний день на глобальном уровне развитие СЭМП продвинулось настолько, что СЭМП вносит большой вклад в общее функционирование систем здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения рассматривает систему экстренной медицинской помощи как неотъемлемую часть любой эффективной и функциональной системы здравоохранения. Для большинства людей эта система является первой точкой контакта с медицинскими услугами во время чрезвычайных ситуаций и при угрожающих жизни состояниях. Специалисты в области СЭМП по всему миру, используя передовые клинические технологии, разработали специфические модели для решения медицинских проблем, связанных с чрезвычайными ситуациями. Во многих странах с надлежащим функционированием СЭМП поставщики медицинских услуг имеют право использовать препараты из контролируемых списков, такие как морфин и адреналин, проводить инвазивные процедуры, например, эндотрахеальную интубацию и установку внутривенного катетера, а также выставлять сложные клинические диагнозы. или даже констатировать факт

смерти. Быстрое развитие медицинских технологий также трансформировало международные СЭМП за счет внедрения многофункциональных компактных систем мониторинга, что упрощает задачу контроля состояния пациента на догоспитальном этапе.

С 1970-х годов порядок оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе развивался на базе двух основных моделей СЭМП, каждая из которых обладает своими отчетливыми особенностями. Это англо-американская и франко-германская модели. Выраженные различия в двух моделях были очевидны с 1970-х и до конца XX-го века. Сегодня большинство моделей СЭМП во всем мире имеют разнообразные черты, характерные для каждой из базовых моделей [1].

Франко-германская модель СЭМП основана на философии «скорейшего прибытия медицинской помощи и стабилизации состояния пациента». Суть этой модели заключается в том, чтобы доставить «лечебное учреждение» к пациентам. Основной медицинский работник в этой системе – врач, а оснащение – самое лучшее. В этой модели используется более широкий диапазон методов транспортировки: наряду с автомобилями скорой помощи применяются вертолеты, в прибрежных районах – водный санитарный транспорт. В этой модели СЭМП обычно является частью системы здравоохранения и находится в подчиненности у министерств здравоохранения. Такая система широко распространена в Европе, где СЭМП является относительно молодой областью медицины. Поэтому в Европе неотложная помощь почти всегда оказывается врачами скорой помощи. Результатом этого является то, что многие пострадавшие проходят лечение на месте происшествия, и меньшее их количество перевозится в лечебные учреждения [2].

В отличие от франко-германской модели, англо-американская модель основана на философии «забирай и вези» [3].

Цель этой модели – быстро доставить пациентов в больницу с наименьшим числом вмешательств на догоспитальном этапе. В рамках данной модели СЭМП обычно подчиняется экстренным службам, таким как полиция или спасательные службы, а не руководству системы здравоохранения. Обученные парамедики обеспечивают в системе клинический надзор. Англо-американская модель в значительной степени опирается на автомобили скорой помощи, и в меньшей степени на использование санитарной авиации или водного санитарного транспорта. В странах, в которых принята данная модель СЭМП, экстренная медицина хорошо развита и является отдельной медицинской специальностью. Страны, использующие эту модель СЭМП, включают США, Канаду, Новую Зеландию, Австралию.

Российская модель оказания неотложной медицинской помощи за короткий срок претерпела ряд изменений. До 1978 г. оказание неотложной медицинской помощи в СССР входило в компетенцию и обязанность амбулаторно-поликлинической службы, которая для этой цели имела врачебный персонал и ресурсную базу (транспорт, медицинские укладки и

др.). Сложившаяся тогда система могла бы быть жизнеспособной, однако в силу ряда объективных и субъективных причин (несовершенство информационно-диспетчерской службы, отсутствие четкого взаимодействия между «скорой» и «неотложкой», а также под нажимом чиновников) она была упразднена с последующим объединением скорой и неотложной помощи.

В службе скорой и неотложной помощи с начала ее организации постоянно накапливалось большое количество проблем, которые пытались решить очередной реорганизацией службы с периодичностью 15-20 лет. Необходимость такой реорганизации мотивируется своевременностью оказания медицинской помощи при несчастных случаях и травмах и высоким удельным весом непрофильных вызовов, связанных с хроническими заболеваниями. Не секрет, что более 40% вызовов скорой медицинской помощи составляют вызовы к пациентам с обострениями хронических заболеваний, которым требуется полноценное обследование и лечение, прежде всего в поликлинике [4].

Выводы. Рассматривая две основных международных модели СЭМП можно сделать вывод о том, что ни одна из моделей в чистом виде не является идеальной, и каждая из них имеет как свои недостатки, так и преимущества. Поэтому оптимальным вариантом является использование синтеза двух моделей в зависимости от конкретных условий, имеющих место в определенном государстве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Roudsari BS, Nathens AB, Arreola-Risa C, Cameron P, Civil I, Grigoriou G, et al. Emergency Medical Service (EMS) systems in developed and developing countries. *Injury* 2015 Sep;38(9):1001-1013.
2. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med* 2013 Jan-Mar;18(1):29-35, discussion 35-37.
3. Dib JE, Naderi S, Sheridan IA, Alagappan K. Analysis and applicability of the Dutch EMS system into countries developing EMS systems. *J Emerg Med* 2015 Jan;30(1):111-115.
4. Современная система оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях учеб.-метод. пособие Д.А. Чернов, М.Н. Камбалов. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – 84 с.