

изменениям в организме, психические заболевания с агрессивным поведением.

Скорая помощь делится на врачебную и доврачебную. Доврачебная медицинская помощь оказывается средним медицинским персоналом или (неквалифицированная) бригадами санитаров для госпитализации. Для оказания скорой помощи в сельских и отдаленных районах может использоваться авиационный транспорт. Действующая сегодня организация скорой медицинской помощи не удовлетворяет население ни по срокам, ни по качеству ее оказания. Бригады “Скорой помощи” используются нерационально и выполняют не свойственные им функции: вызовы к больным с острыми простудными заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, не требующими экстренной медицинской помощи, снятие ЭКГ, инъекции больным, в том числе онкологическим, и др. Исследования показали, что в Санкт-Петербурге 63% вызовов “скорой помощи” были необоснованными. Эксперты установили, что в условиях сельского района в 40% случаев вызова машин “скорой помощи” медицинскую помощь больному мог оказать врач общей практики (семейный врач).

На развитие этой службы должны быть выделены средства для приобретения транспорта, медикотехнического оснащения, средств связи, оплаты труда медперсонала. Но не следует забывать и о необходимости более рационального использования имеющихся возможностей и о соответствующей структурно-функциональной перестройке. Прежде всего скорую помощь следует отделить от неотложной помощи, функции которой с введением института врача общей практики и семейного врача также меняются: неотложная помощь по вызову семейного врача осуществляет выезды на дом (оказание неотложной лечебной и консультативной помощи, транспортировка больных в стационар). В функции скорой помощи должно входить оказание экстренной квалифицированной медицинской помощи пострадавшим при:

- стихийных бедствиях (наводнения, землетрясения, обвалы и т. д.);

- взрывах, авариях, пожарах на предприятиях, электростанциях, в учреждениях, жилых домах, общественных местах;

- автомобильных, авиационных, железнодорожных и других транспортных катастрофах;

- внезапных заболеваниях и повреждениях на улицах (травма, огнестрельные ранения, электротравма, потеря сознания, сердечный приступ и другие внезапные заболевания);

- утоплениях, случаях массового отравления.

Техническое оснащение машины “скорой помощи” должно быть таким, чтобы время прибытия на место

было минимальным, а оказываемая на месте помощь - оптимальной. Порядок работы, права, обязанности и ответственность врачей “Скорой помощи” должны быть закреплены законодательно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев Н.А. «Методологические подходы к реформированию системы муниципального здравоохранения», *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2001ж. № 4басылым. 22-24бет.

2. Багдасарьян А.К. «Совершенствование системы организации догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи» Автореф. дис. . канд. мед. наук. СПб., 2002ж. 20-22 бет

3. Данилов А.В. «Научно-методические основы применения подушевых нормативов финансирования лечебно-профилактических учреждений» Автореф. дис. канд. мед. наук. Медицина, 1999ж. 24 бет.

4. Денисов И.Н. «Реформы в здравоохранении: система первичной медицинской помощи. Состояние и перспективы развития здравоохранения в регионах России». Матер, межрегиональной научно-практической конференции. -Самара, 1998ж. 21-29бет.

5. Дмитриева Н.В., Трегубов Ю.Г., Андреева О.В. «Результаты изучения объема и качества медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики» *Здравоохранение Российской Федерации*. 2000ж. № 4басылым. 32-35бет.

ТҮЙІН

Бұл мақалада қазіргі таңдағы ауылдық, аудандық және қалалық жерлердегі жедел-жәрдем қызметінің құрылымдық ерекшелігі және негізгі міндеттері жайлы мәлімет бейнеленген. Жедел-жәрдем қызметінің ҚР заңдамасына сәйкес атқарылатын іс-әрекеттерімен бұл қызметтің ерекшелігі жайлы да мәліметтер келтірілген.

Кілтті сөздер: Жедел медициналық жәрдем, халық, жедел медициналық жәрдемді ұйымдастыру, медициналық қызметкерлер, басқару.

SUMMARY

In this article it is told ambulance structure in the large cities and rural areas of their obyazannost and structural features. And also equipment and system providing population. Basic principles of the organization of an emergency medical service and ambulance function. Equipment of an ambulance crew and main work of stations of ambulance and emergency medical service.

Keywords: emergency, population, organization ambulance, health manpower, management.

УДК 616-08-035

НЕОБОСНОВАННЫЕ ВЫЗОВЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бадиров Ш.Ш.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК

Наличие в структуре вызовов более 40% необоснованных (собственные данные) говорит о парадоксальном выполнении СМП несвойственных ей функций, что недопустимо в отрасли, современный этап развития которой характеризуется специализацией

и четким соблюдением функциональных обязанностей подразделений. При этом снижается экономическая эффективность работы службы, увеличивается нагрузка на персонал, выполнение вызовов к хроническим пациентам подменяет работу поликлинической службы и постепенно

дисквалифицирует «экстренного» врача. В конечном итоге масса **необоснованные вызовы** сказывается на качестве оказания ургентной медицинской помощи в условиях ограниченного финансирования: недостаточное обеспечение медикаментами, оборудованием, транспортом, горюче-смазочными материалами, спецодеждой, снижение квалификации персонала, задержки вызовов из-за посещения пациентов, необоснованно вызывающих СМП и т.д. Накопление данных и переосмысление явления потребовало коррекции определения так как несмотря на необоснованность вызова, более чем в 90% случаев, с целью предотвращения конфликтов, необоснованных жалоб и повторных вызовов, медперсонал прибегает к парентеральному введению лекарственных препаратов и другим манипуляциям. Следовательно, **НЕОБОСНОВАННЫМ ВЫЗОВОМ СМП** является вызов к пациентам и пострадавшим, которые не нуждаются в экстренной медицинской помощи и госпитализации или доставке в лечебно-профилактическое учреждение для оказания специализированной помощи. Данные проспективного исследования позволили сгруппировать **необоснованные вызовы** в три группы по степени обоснованности (таблица 1).

Таблица 1. Группы **необоснованные вызовы** по степени обоснованности.

Заведомо необоснованные	Повод к вызову указывает на его необоснованность (нарушение сна, ушиб пальца и т.п.)
Абсолютно необоснованные	Экстренной медицинской помощи не требуется
Условно необоснованные	Медицинская помощь оказывается, но без ее оказания ухудшение состояния маловероятно

С целью выяснения возможных причин **необоснованные вызовы** и для изучения мнения пациентов о работе службы скорой помощи было проведено анкетирование пациентов, обслуженных бригадами скорой медицинской помощи и оставленных на месте с рекомендациями по дальнейшему лечению. Было собрано 300 анкет. При этом, большинство респондентов высказали содружественное мнение (коэффициент конкордации 0,72) о том, что основными причинами **необоснованные вызовы** являются переоценка серьезности своего состояния в силу лабильности психики, тревожности и ипохондрического компонента отношения к своему самочувствию; экономические причины (длительное эффективное лечение множества хронических заболеваний требует финансовых затрат, как и диагностика заболеваний, бесплатность вызова «скорой»), многие пациенты не получают адекватного амбулаторного лечения, не соблюдают назначенный режим, не информированы о функциях «скорой»; своеобразность менталитета отечественного пациента и т.д. Полностью исключить необоснованные вызовы невозможно в силу субъективно определяемой пациентами потребности в медицинской помощи, простой привычки вызывать «скорую» во всех случаях при нарушениях самочувствия (неадекватной формулировке повода), однако целенаправленные действия способны снизить их количество. Многие поводы, в соответствии с нашей классификацией сами по себе указывают на необоснованность вызова, что указывает на дефекты в работе служб по приему и передаче вызовов.

Таким образом, феномен **необоснованные вызовы**, имеющий место в практике СМП является характерным для отечественного здравоохранения негативным явлением. Причины того, что отечественная служба скорой помощи вынуждена выезжать на вызовы, где заведомо в ней нет

необходимости, многогранны и подход к их решению должен быть комплексным. Решение данного вопроса должно основываться на углубленном изучении его причин, как экономических, психологических, медицинских, так и организационных. Рациональным является введение алгоритмов приема вызовов и обоснованных отказов, организация системы консультаций пациентов и передачи вызов с пульта в поликлиники города. В случаях обострения хронических заболеваний, травм, не требующих экстренной специализированной помощи, в снижении количества НВ по опыту многих станций СМП играет определенную роль врачебный консультативный пункт, организация которого заведомо экономически оправдана.

Оправданным также является выход медиков с предложениями к руководству федеральных субъектов по законодательному закреплению в нормативных актах организации работы скорой помощи, так как федеральные программы разрабатываются далекими от практики чиновниками и требуют длительной адаптации к реальным условиям. Объем медицинской помощи на **необоснованные вызовы** требует закрепления в медицинских стандартах или особых документах, а показатели **необоснованные вызовы** могут явиться одним из критериев, характеризующих эффективность работы всего первичного звена.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Габидулаев Ф.А. Изучение мнения городского населения об организации и качестве оказания скорой медицинской помощи. // Здравоохранение Российской Федерации.- 2012.- №2.- 30-32 бет.
2. Дубицкий А.А., Куснаев Е.Н., Нурашева С.К., Миронюк И.Н. Показатели оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе // материалы Центрально – Азиатской конференции «Современные инструменты обеспечения качества медицинских услуг» 11-12 ноября 2010, 186-187 бет., г. Астана
3. Нурашева С.К. Проблемы оказания качественной скорой медицинской помощи городскому населению // II Международная научно-практическая конференция «Ключевые проблемы современной науки» 17 -25 апреля 2011, (София, Болгария) 22-26 бет.
4. Нурашева С.К., Дубицкий А.А., Куснаев Е.Н. К вопросу реорганизации специализированной службы скорой медицинской помощи // Материалы научно-практической конференции молодых ученых, Астана, 2011. 157-159 бет.
5. Санкибаева Г.С., Айтмагамбетов С.К., Нурашева С.К. Структура повторных вызовов // Астана медициналық журналы, №2 2008, 151-152 бет., г. Астана

ТҮЙІН

Бұл мақалада қазіргі таңдағы жедел медициналық жәрдем қызметінде орын алып отырған келеңсіз мәселелердің бірі-негіссіз шақырылған шақыртулар жайлы. Адамның өз денсаулығын орынды бағалай алмауы, амбулаторлы емге көңіл бөлмеу және дәрігерлік нұсқауларды орындамауы жайлы баяндалғалы отыр. Жүргізілген анкеталық сұраулардан кейінгі сараптаулар бойынша негіссіз шақырулардың қорытындысы.

Түйін сөздер: Жедел медициналық жәрдем, негіссіз шақыртулар, денсаулық, емхана, анкета, қорытынды.

SUMMARY

Existence in structure of calls unreasonable tells more than 40% about paradoxical performance of SMP of functions unusual for it. Unreasonable call is the call to patients and victims who don't need emergency medical

care and hospitalization or delivery in treatment-and-prophylactic establishment for rendering the specialized help. Thus that unreasonable calls are the main reasons reevaluation of gravity of the condition owing to lability of mentality, uneasiness and an ipokhondrichesky component of the relation to the health; the economic reasons, many

patients don't receive adequate out-patient treatment, don't observe the appointed mode, aren't informed on functions of «fast»; originality of mentality of the domestic patient, etc.

Keywords: emergency, unreasonable calls, health, poly-clinic, questionnaire, conclusions.

КОД УДК 614.83

ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА СЛУЖБЫ КРОВИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ. ЗАГОТОВКА КРОВИ В ВОЕННО-ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ. ПОНЯТИЕ О ДУБЛЕРАХ СТАНЦИЙ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ В ЗАГОРОДНОЙ ЗОНЕ

Белов А.А.

Военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Казахстан

I. Вступительная часть

1. Краткие исторические данные о создании службы крови в Республике Казахстан.

Казахский филиал Центрального института переливания крови был создан приказом Наркомздрава КазССР от 3 августа 1934 года. Организация филиала была поручена профессору Сызганову А.Н., начавшему впервые в Казахстане заниматься переливанием крови. В 1934 году Казахский филиал переименован в Казахский институт переливания крови, перед которым поставлен ряд научных тем. Результатом этой научно-исследовательской работы явился выпуск в 1940 году первого сборника 10 научных работ, защита врачом Тарабаевой диссертации на тему: «Гемотрансфузии при свинцовом отравлении». В 1940 году институт переименован в Республиканскую станцию переливания крови и Постановлением Кабинета Министров Республики Казахстан № 1211 от 28.10.1994 г. переименован в РГКП «Республиканский центр крови» (далее - РЦК).

Институт (позже республиканская станция) являлся базой для подготовки врачей и средних медицинских работников по вопросам заготовки и переливания крови и вел активную деятельность по организации областных станций и других учреждений переливания крови. Сеть учреждений переливания крови расширилась – в 13 городах были организованы станции переливания крови и 25 районных (сельских) пунктов крови.

За годы войны Республиканской станцией переливания крови заготовлено 3622 литра крови, 200 литров изогемагглютинирующих сывороток. Основная часть заготовленной крови использовалась на местах в эвакуационных госпиталях. За этот период подготовлено 892 врача и 972 средних медицинских работников, проведено 32296 переливаний крови.

1945-1963г.г. – усилилась деятельность по привлечению в донорство местного населения, расширена сеть учреждений службы крови.

1962г. – завершено строительство здания по проекту РЦК.

1964г. – впервые внедрен метод плазмофереза у доноров.

1966г. – внедрен метод фракционирования белков плазмы и получение первых препаратов альбумина и фибриногена.

1987г. – внедрен метод двойного плазмофереза, что позволило увеличить объем заготовки плазмы от одного донора с 276 до 576 мл.

1988г. – освоение новых препаратов – полибиолоина, глюната, сухого криопреципитата.

1990г. – получение антистафилококковой плазмы.

1992г. - изготовление серии иммуноглобулина против крымской геморрагической лихорадки из плазмы крови переболевших.

1992-1994г.г. – изготовление противостолбнячного иммуноглобулина для внутривенного введения.

На сегодняшний день в республике функционирует 23 центра крови – 14 областных, Городской и Республиканский центр крови г.Алматы, Научно-производственный центр трансфузиологии в г.Астана, 6 Городских центров крови в городах, не имеющих областного статуса.

Количество донаций ежегодно составляет порядка 270 тысяч, объемы заготовки донорской крови и ее компонентов 170 тысяч литров. Штаты региональных центров крови укомплектованы специалистами с высшим медицинским образованием на 82%, средним медицинским персоналом – на 92%.

Для решения задач по технической модернизации и совершенствованию деятельности службы крови была разработана и утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года №1251 «Программа совершенствования службы крови на 2008-2010 годы».

В России до тридцатых годов практически заготовкой и переливанием крови в военно-полевых условиях никто не занимался. Только в 1939 году профессор Н.Е. Еланский внес ряд предложений по переливанию крови на фронте. К началу Великой Отечественной войны было создано 7 институтов, 170 кабинетов переливания крови. Первую станцию переливания крови развернул в 1932 году профессор Н.Г.Карташевский на Дальнем востоке. Первая военная Станция переливания крови в годы ВОВ создана на базе Смоленской Окружной СПК 10 февраля 1942г., а нештатные группы службы крови впервые появились при непосредственном участии профессора Н.Н.Еланского в сентябре 1941 года на Северо-Западном фронте. За годы войны 72,3% раненых было возвращено в строй. Большое значение имело место переливание кровезаменителей. В период активных боевых действий их требовалось в 2 раза больше, чем крови.

2. Потребности в крови при поражении различными видами оружия.

Потребности в крови увеличиваются от войны к войне. Так, во время второй мировой войне в среднем на каждого раненого требовалось 0,5 единицы крови (1 ед.=0,475л.),