



УДК 61

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

В. Г. Бегиев

*Доктор медицинский наук, профессор,
Северо-Восточный федеральный университет
им. М. К. Аммосова,*

О. В. Бегиев

*клинический психолог
Средняя общеобразовательная школа № 30
им. В. И. Кузьмина,
Северо-Восточный федеральный университет
им. М. К. Аммосова,
г. Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия*

EMERGENCY MEDICAL CARE IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA)

V. G. Begiev

*Doctor of Medical Sciences, professor,
Northeast Federal University
named after M. K. Ammosov,*

O. V. Begiev

*Clinical psychologist,
Secondary school number 30
named after V. I. Kuzmin,
Northeast Federal University
named after M. K. Ammosov,
Yakutsk, Republic of Sakha (Yakutia), Russia*

Abstract. About nine hundred sixty four thousand people live in Yakutia. The relevance of injuries is determined by the high prevalence, severe medical, social and economic consequences. The issue of the effectiveness and efficiency of providing assistance to injured citizens in the event of an accident in remote territories of the Far North with their climatic and geographical features and remoteness of settlements from each other where the phase of isolation of the victim is relevant. The reduction of mortality and disability from injuries is facilitated by the approach of specialized assistance when opening inter-district trauma centers. The rational organization of emergency medical care is possible only within the framework of a system linking prehospital and inpatient units into a single whole. In this case, all patients with injuries from the attached territory are hospitalized as soon as possible, according to the developed passport, the continuity and interaction between the second and third level emergency centers with the first level emergency centers are respected. The development of organizational and managerial measures is an important factor in improving the quality of medical care for patients. This is due to the presence in its structure of specialized departments, a shorter diagnostic time due to a comprehensive examination by specialists of various profiles, a decrease in the number of diagnostic and tactical errors, the absence of the need for external consultants, and an optimal level of diagnostics due to high-tech equipment. Providing modern medical equipment allows the use of high-tech diagnostic and treatment methods that ensure recovery with minimal cost.

Keywords: Yakutia; accident; emergency care; multidisciplinary hospital; injuries; disability.

Введение (Introduction): Республика является самым крупным по площади субъектом России, занимающим 3103,1 кв километров, что составляет без малого

пятую часть всей территории России. 40 процентов территории находятся за Полярным кругом, в зоне вечной мерзлоты. В республике – 700 тысяч рек и более 800



тысяч озер. Крупнейшие судоходные реки: Лена – 4400 километров, Вилюй – 2650 километров, Алдан – 2273 километра, Колыма – 2129 километров, Индигирка – 726 километров, Олекма – 1436 километров, Анабар – 939 километров, Яна – 872 километра. Плотность автомобильных дорог на тысячу квадратных километров в тринадцать раз меньше, чем в России и в два раза ниже, чем в ДФО. Девяносто процентов территории обеспечено только сезонной транспортной сетью. Из 552 сельских населенных пунктов только 208 соединены автодорогами. Федеральная магистраль составляет 14 %, территориальные магистрали – 86 % транспортной сети. В подавляющем большинстве сеть автодорог представлена автозимниками, строящимися в холодное время года в заболоченных и труднодоступных таежно-тундровых районах. С возведением моста через Лену будет достигнута наибольшая эффективность грузовых и пассажирских перевозок, образуется республиканский транспортный узел, который соединит автомагистрали: Колыма, Вилюй, Амга с автодорогой Лена и железной дорогой Беркакит-Томмот-Якутск. Воздушный транспорт наиболее значимый, учитывая расстояния между населенными пунктами. Арктическая зона воздушного транспорта является безальтернативной. Обращая внимание на размеры территории республики, количество удаленных населенных пунктов, климатические условия и слабость транспортной инфраструктуры, устойчивый рейс авиатранспорта является фактором социально-экономического развития. В рамках реализации развития Арктической зоны России и национальной безопасности до две тысячи двадцатого года обеспечивается консолидация ресурсов и усилий всех заинтересованных субъектов государственной политики России для решения ключевых проблем раз-

вития Арктической зоны. С развитием комплексной транспортной системы важное значение в обеспечении транспортной доступности имеет модернизация, введение инновационных видов транспорта, влияющих реализацию социально-экономического потенциала страны. Транспортная доступность и применение новых видов транспорта играет очень важное значение в сохранении и укреплении здоровья населения. В обеспечении медицинской помощи, экстренной специализированной медицинской помощи используются все имеющиеся в республике виды транспорта. Анализ транспортной схемы ЛПУ улусов и городов показал десять улусов (Кобяйский, Жиганский, Эвено-Бытантайский, Булунский, Оленекский, Анабарский, Среднеколымский, Аллайховский, Абыйский, Нижнеколымский), которые не имеют круглогодичных автомобильных дорог до населенного пункта, где расположены медицинские учреждения. Более трети административно-территориальных образований республики находятся в крайне затруднительном положении при оказании экстренной медицинской помощи.

Таким образом, занимая 18 процентов территории России, республика имеет недостаточно развитую транспортную сеть. В социально-экономическом развитии и обеспечении безопасной жизнедеятельности республики состояние транспортного комплекса является приоритетным.

Травматизм в начале XXI века становится все более важной социально-экономической проблемой. В структуре смертности населения экономически развитых и развивающихся стран травматизм занимает 3-е и 4-е место после сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, болезней органов дыхания и инфекционных заболеваний [7].



Сочетанные повреждения являются одной из трех причин смертности населения у лиц до 40 лет и выходят на первое место [2].

За последние годы осуществлены мероприятия на государственном уровне по охране здоровья населения. Реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения привели к улучшению медико-демографических показателей в республике. С 9 января 2011 года в Якутске был открыт Региональный сосудистый центр и два первичных сосудистых отделения в районах. Два ПСО были открыты в течение 2012-13 годов. Актуален вопрос наибольшего охвата населения медицинской помощью, с зонированием по сосудистым центрам и Региональному сосудистому центру, открытие ПСО на базе ЦРБ заречных районов и Вилюйской группы районов. Второе место в республике занимает смертность населения от внешних причин, что является региональной особенностью здоровья населения.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) ежегодно на территории европейских стран регистрируется 80 млн. несчастных случаев, погибает более 500 тыс. человек [6]. В структуре смертности от неестественных причин наиболее значимой является смертность от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и производственных травм (ПТ).

В России второе место занимает смертность от онкологических заболеваний, травмы занимает третье место среди причин смерти и первое место у лиц трудоспособного возраста. Инвалидность от травм в России занимает третье место и отмечается ежегодный прирост на десять процентов. Сочетанные повреждения являются одной из трех причин смертности населения, у лиц до сорока лет и выходят на первое место. При этом осложнения достигают 18 процентов, инвалидность-32 процента, летальность от 33 процентов до

89 процентов. При увеличении доли сочетанных и множественных травм нет единой концепции оказания медпомощи пострадавшим. Удельный вес ДТП с участием детей в республике в 2012 году составил 30,03 % от количества ДТП, что намного выше показателей в России (10 %) и в ДВФО (11,06 %) в 2012 году. С 2007 года в республике показатель тяжести последствий при ДТП увеличился с 8,5 до 10 %. Травматизм у взрослых в 2010 году по республике выше, чем в России на 23 %. В связи с этим, на первое место для здравоохранения республики выходит необходимость разработки мер по снижению смертности от внешних причин. По территории республики проходят три федеральные трассы: Лена, Колыма, Вилюй. Половина аварий, происшедших вне населенных пунктов, регистрируется на федеральной трассе Лена: в 2008 году – 53,06 %, в 2009 году – 47,08 %, в 2010 году – 50,03 %. Смертность при этом в 2,5–5 раз превышает аналогичный показатель в местах постоянного проживания людей. Таким образом, перечисленные обстоятельства определяют актуальность и необходимость проведения исследования, позволяющего разработать систему организации помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях и травмах в малонаселенных территориях Крайнего Севера Российской Федерации.

Сложившиеся в здравоохранении проблемы предполагают более широкое использование множества научно-практических, аналитических разработок, которые способствовали бы улучшению показателей здоровья и появлению перспективных структурно-функциональных решений [5].

Цель (Objective): Выяснить территориальные, временные особенности травматизма в РС(Я).



Методы (Methods): В исследовании использованы данные официальной статистики РСУ, Минздрава Республики, ГИБДД, РГБУ №2 «ЦЭМП».

Результаты (Findings): Транспортной связью по автодорогам с твердым покрытием обеспечены только 16 районов из 33. Более 85 процентов территории республики имеет сезонную транспортную доступность. Отсутствие круглогодичной наземной транспортной связи приводит к тому, что многие населенные пункты остаются периодически изолированными от районных центров и от столицы республики, в том числе от медицинских учреждений. РБ №2-ЦЭМП является головным учреждением по оказанию медицинской помощи взрослому населению республики. Согласно Уставу, целью деятельности ГБУ республики «РБ №2-ЦЭМП» является охрана здоровья граждан, обеспечение доступности современных медицинских технологий, повышение эффективности и качества оказания специализированной помощи. Стационарная служба РБ №2-ЦЭМП развернута на пятьсот коек. В составе больницы работают в экстренном круглосуточном режиме четырнадцать клинических отделений. Функционируют диагностические и вспомогательные подразделения (клинико-лабораторный отдел, состоящий из клинико-диагностической лаборатории с экспресс-лабораторией и лаборатории клинической микробиологии (бактериологии); отдел лучевой диагностики с отделениями компьютерной томографии, отделение рентгено-УЗИ диагностики; эндоскопическое отделение; отделение функциональной диагностики; физиотерапевтическое отделение; централизованное операционное отделение; централизованное стерилизационное отделение; приемное отделение; кабинет трансфузионной терапии). На базе больницы функционируют Центр амбулаторной хи-

рургии, Центр рассеянного склероза и нейродегенеративных заболеваний, Центр микрохирургии уха, Республиканский центр антибиотикорезистентности микроорганизмов и Республиканский центр профессиональных патологий с группой медицинской профилактики. В РБ №2-ЦЭМП ежедневно до ста пациентов обращается в приемное отделение, каждый девятнадцатый госпитализируется; 76 процентов стационарной помощи в РБ №2-ЦЭМП оказывается ургентным больным. В больнице ежегодно обслуживается более 30 тысяч граждан республики, выполняются более 10 тысяч операций, что составляет 16 процентов от всех операций в республике. Представляется ВМП по семи специальностям. Разработан План мероприятий («дорожная карта») «РБ №2-ЦЭМП». Целью «Дорожной карты» является повышение качества медпомощи на основании повышения эффективности деятельности учреждения и работников ГБУ республики «РБ №2-ЦЭМП». В настоящее время в здравоохранении формируются модели отрасли, основанные на принципах получения максимального медицинского и экономического эффекта на единицу затрат. В условиях рыночных отношений встает вопрос о конкурентоспособности и «выживаемости» медицинских учреждений. Важным является научное, теоретическое и методическое обоснование, структурные изменения существующих лечебных учреждений. Формирование оказания медпомощи включает комплекс мер организационного, технического, технологического, административного характера.

При увеличении доли сочетанных и множественных травм (СМТ) [1] нет единой концепции оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой (СТ) [8].



В структуре травм особое место занимают сочетанные травмы [1]. В травматологических стационарах сочетанные травмы, составляя всего 8-14 % от числа больных, пострадавших, дают более 60 % летальных исходов от травм [2].

Наиболее высокий уровень летальности отмечается при черепно-мозговой травме и повреждениях внутренних органов. Обращает внимание отсутствие единых подходов в организации медпомощи пострадавшим с сочетанной травмой. В работе бригад СМП не используется алгоритм диагностики тяжести состояния пострадавших и выявления различных повреждений. В центральных районных больницах (ЦРБ) эти проблемы сочетаются с недостаточной материально-технической базой. Необходимо проводить быструю щадящую транспортировку пострадавших с сочетанной травмой специализированными машинами медицинской помощи, оснащенными аппаратурой для проведения реанимационных мероприятий в пути следования или с помощью патрульно-санитарного автомобиля ГАИ. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) ежегодно на территории европейских стран регистрируется 80 млн. несчастных случаев, погибает более 500 тыс. человек [6]. В структуре смертности от неестественных причин наиболее значимой является смертность от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и производственных травм (ПТ).

В Российской Федерации травмы занимают третье место среди причин смерти и первое место среди лиц трудоспособного возраста [3]. Инвалидность от травм в РФ занимает третье место и отмечается ежегодный прирост на 10 % [6].

По материалам Госавтоинспекции МВД республики в 2012 году удельный вес ДТП с участием детей выше на 3,03 % от показателя России и на 1,07 % выше ДФО. Среди пострадавших мужчины по-

лучали травматические повреждения в 6,02 % случаев, мальчики – в 62,07 процентах случаев. В стационарах ЦРБ оказана экстренная помощь 42840 больным от общего числа выбывших из ЦРБ больных. Летальность экстренных больных по ЦРБ составляет 1,07 % в 2012 году, до точной летальности – 0,06 %. В целях реализации задач в области качества медицинской помощи в РБ№ 2-ЦЭМП разработаны Программы Управления качеством, созданы службы управления качеством в больнице, усилена клинико-экспертная деятельность, развивается стандартизация процессов, внедрена доказательная медицина в практику, совершенствуется лекарственное обеспечение в больнице, внедрена медицинская информационная система Дока+.

В процесс улучшения качества помощи в РБ№ 2-ЦЭМП вовлечены все работники больницы, проводится непрерывный процесс обучения персонала больницы. С этой целью реализуется Программа модернизации здравоохранения. Дальнейшее внедрение информационных технологий позволит обеспечить оптимизацию технологического процесса оказания медицинской помощи, решить вопросы, связанные с персонализированным учетом медицинских услуг и лекарственного обеспечения. Программа модернизации позволила внедрить двадцать стандартов по девяти профилям, что повысило качество медицинской помощи, увеличило зарплату медицинским работникам, участвовавшим во внедрении стандартов. В результате реализации мероприятий по укреплению материально-технической базы больницы увеличилось число компьютерных томографий, рентгенологических исследований, улучшилось качество анестезиолого-реанимационной помощи. Более того, растет удельный вес законченных случаев, пролеченных по стандартам: в 2011 году – 42 %, а на 2013 год – 73 %. Увели-



чение финансирования медицинской помощи по клиническим стандартам позволило проводить эффективное лечение пациентов. Необходимо совершенствовать систему эвакуации пострадавших службой скорой помощи и медицины катастроф, подготовку специалистов, оказывающих помощь в ЧС.

Таким образом, показатели качества и доступности медпомощи в РБ№2-ЦЭМП по Программе госгарантий показали, что их величины находятся на уровне или выше утвержденных критериев Постановлением Правительства республики от 24 января 2014 года: удовлетворенность населения медпомощью – девяносто семь процентов (норматив – 37 %), число обоснованных жалоб – 8 %, средняя длительность лечения – 12–14 дней, эффективность деятельности медицинских организаций на основе показателей использования коечного фонда – 100 %.

Заключение (Conclusion):

Таким образом, многопрофильная больница имеет серьёзные преимущества перед другими лечебными учреждениями. Это связано с наличием в её структуре специализированных отделений, сокращением сроков диагностики за счёт комплексного осмотра специалистами разного профиля, уменьшением количества диагностических и тактических ошибок за счёт высокотехнологичного оборудования.

Обеспечение современным медицинским оборудованием позволяет применять высокотехнологичные лечебные методики, повышающие эффективность и качество медицинской помощи. Должна эффективно реализовываться региональная Программа снижения смертности при ДТП, включающая улучшение оснащённости медицинских учреждений, профессиональное обучение медицинского персонала, потенциальных участников дорожного движения методам само-и взаим-

помощи, проведение санитарно-просветительной работы для информирования населения о мерах безопасности на дорогах, сотрудничество учреждений здравоохранения со службами МЧС и ГИБДД.

Библиографический список

1. Анкин Л. Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы). – М. : Медицина, 2004. – 206 с.
2. Агаджанян В. В., Пронских А. А., Устьянцева И. М. [и др.]. Политравма. – Новосибирск : Наука, 2003. – 492 с.
3. Багненко С. Ф. Дорожно-транспортный травматизм. Алгоритмы и стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим вследствие ДТП (догоспитальный этап). – М., 2006. – 265 с.
4. Гуманенко, Е. К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении // Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени: материалы международной конференции. – СПб., 2006. – С. 4–14.
5. Интегральная оценка здоровья сельского населения и совершенствование системы организации медицинской помощи в сельской местности, О. П. Щепин, И. А. Купеева, В. О. Щепин и др., 2007.
6. Российская медицинская наука в зеркале международного и отечественного цитирования, Стародубов В. И., 2002.
7. Салахов Э. Р. Научное обоснование совершенствования мониторинга травматизма и смертности от дорожно-транспортных происшествий: автореф. дис. . канд. мед. наук. – М., 2006. – 170 с.
8. Элькис И. С., Вартапетов М. Г. Мониторинг и интенсивная терапия пострадавших с тяжелой транспортной травмой на догоспитальном этапе // Вестник интенсивной терапии. 1997. – № 4. – С. 8–9.

Bibliograficheskiy spisok

1. Ankin L. N. Politravma (organizacionny`e, takticheskie i metodologicheskie problemy). – М. : Medicina, 2004. – 206 s.
2. Agadzhanian V. V., Pronskix A. A., Ust`yanceva I. M. [i dr.]. Politravma. – Novosibirsk : Nauka, 2003. – 492 s.



3. Bagnenko S. F. Dorozhno-transportny`j travmatizm. Algoritmy` i standarty` okazaniya sko-roj medicinskoj pomoshhi postradavshim vsledstvie DTP (dogospital`ny`j e`tap). – M., 2006. – 265 s.
4. Gumanenko, E. K. Politravma. Aktual`ny`e problemy` i novy`e texnologii v lechenii // Novy`e texnologii v voenno-polevoj xirurgii i xirurgii povrezhdenij mirnogo vremeni: materialy` mezhdunarodnoj konferencii. – SPb., 2006. – S. 4–14.
5. Integral`naya ocenka zdorov`ya sel`skogo naseleeniya i sovershenstvovanie sistemy` organi-zacii medicinskoj pomoshhi v sel`skoj mest-nosti, O. P. Shhepin, I. A. Kupeeveva, V. O. Shhepin i dr., 2007.
6. Rossijskaya medicinskaya nauka v zerkale mezhdunarodnogo i otechestvennogo citirovaniya, Starodubov V. I., 2002.
7. Salaxov E. R. Nauchnoe obosnovanie sovershenstvovaniya monitoringa travmatizma i smertnosti ot dorozhno-transportny`x proisshestvij: avtoref. dis. . kand. med. nauk. – M., 2006. – 170 s.
8. E`l`kis I. S., Vartapetov M. G. Monitoring i intensivnaya terapiya postradavshix s tyazhelej transportnoj travmoj na dogospital`nom e`tape // Vestnik intensivnoj terapii. 1997. – № 4. – S. 8–9.

© *Безугел В. Г.,
Безугел О. В., 2020.*