

Пархоменко А.А.

Современное состояние системы оказания скорой медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в условиях города регионального значения*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права***Резюме**

На основании данных анкетирования медицинского персонала бригад скорой медицинской помощи и сведений «Аналитического отчета о работе станции СМП за 2013 год» выявлены возможные направления совершенствования медицинской помощи больным с ОНМК на догоспитальном этапе: улучшение кадрового обеспечения службы СМП с одновременным повышением профессионального уровня сотрудников, более активное привлечение специализированных неврологических бригад к оказанию помощи при ОНМК, информирование населения о первых симптомах инсульта и его последствиях, организация эффективной работы амбулаторно-поликлинических медицинских организаций по работе с больными с хроническими цереброваскулярными заболеваниями для снижения числа необоснованных вызовов СМП и соответственно уменьшения непрофильной нагрузки на службу СМП.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, острые нарушения мозгового кровообращения

Догоспитальный этап является первым звеном в системе оказания медицинской помощи больным острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Эффективная работа службы скорой медицинской помощи (СМП) во многом предопределяет исход заболевания. Однако в работе бригад СМП существует ряд проблем, таких как вопросы ранней диагностики, нечеткое определение показаний и противопоказаний для госпитализации больных, которые необходимо решать незамедлительно. В связи с этим в настоящее время происходит активное совершенствование системы оказания СМП больным ОНМК [1-5].

Цель: разработать научно обоснованные управленческие решения по улучшению оказания скорой медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Задачи:

1. Охарактеризовать кадровый состав медицинского персонала СМП.
2. Оценить обеспеченность бригад СМП кадрами, медикаментами и аппаратурой.
3. Проанализировать структуру вызовов по месту обращения.
4. Выявить причины отказа в госпитализации больным ОНМК.
5. Оценить уровень летальности больных ОНМК на догоспитальном этапе.

Материал и методы

- 1) социологический метод – анкетирование 34 медицинских работников СМП;
- 2) математико-статистический метод – методы описательной статистики;
- 3) документально-аналитический («Аналитический отчет о работе станции СМП за 2013 год»).

Результаты

Средний стаж работы медицинских работников составил $12 \pm 2,7$ лет. Из опрошенных фельдшеры СМП составили 41,2%, медсестры анестезисты – 32,4%, врачи-неврологи – 8,8%, врачи анестезиологи-реаниматологи – 8,8%, врачи-кардиологи – 8,8%.

Обеспеченность бригад СМП, по мнению респондентов, в среднем (по 10 бальной шкале, где 1 – крайне низкая, 10 – полная обеспеченность) составляет: медикаментами – $9,7 \pm 0,2$ баллов; необходимой аппаратурой – $9,7 \pm 0,2$ баллов; кадрами – $7,7 \pm 0,72$ баллов. При опросе респондентов, стаж работы которых превышает 20 лет, была выявлена более низкая удовлетворенность обеспеченностью кадрами ($5,3 \pm 0,34$ балла) по сравнению со средним значением. По сравнению с данными аналитического отчета о работе СМП за 2013 год, согласно которому укомплектованность медицинским персоналом составляет 100%, выявляется тенденция к снижению обеспеченности кадрами бригад СМП.

Частота вызовов к больным ОНМК в среднем составляет 11,8% от общего числа вызовов, в том числе: у неврологической бригады – 26%; у кардиологической бригады – 10,4%, у линейной бригады 8,1%; у реанимационной бригады – 9,7% от общего числа вызовов.

Помимо этого, опрошенные респонденты отмечают высокую частоту вызовов к больным хроническими цереброваскулярными заболеваниями (ХЦВЗ): в среднем частота вызовов к больным ХЦВЗ составляет 24,2% от общего числа вызовов, в том числе: у линейной бригады – 23%; у реанимационной бригады – 17,1%; у неврологической бригады – 48%; у кардиологической бригады – 24% от общего числа вызовов.

Среди причин вызова к больным ХЦВЗ 61,8% опрошенных называют недостаточность или отсутствие лечения в поликлинике, 24,4% – внезапное ухудшение состояния в связи с резким подъемом артериального давления, 7,8% – желание пациента использовать вызов СМП для госпитализации в связи с недоверием к качеству медицинской помощи в поликлинике; 6% – недоступность амбулаторной помощи пациентам, которые самостоятельно не могут добраться до поликлиники в силу возраста или состояния здоровья.

Вызовы на дом к пациентам с ОНМК составляют 52%, вызовы с улицы – 19,3%, вызовы из поликлиники – 12,7%, из стационара – 16%.

По данным аналитического отчета о работе станции СМП, в 2013 году лишь 64,5% больных ОНМК были госпитализированы в стационар. Причины, по которым не происходит госпитализации в 35,5% случаев можно разделить на 2 группы: 1) со стороны пациента и 2) со стороны медицинского персонала.

Со стороны пациента ведущими причинами отказа от госпитализации 88% респондентов назвали социально-бытовые факторы, такие как невозможность родственников обеспечить достаточный уход за больным в случае его госпитализации, в основном, из-за удаленности стационара. 47% респондентов сообщают об отказе больных от госпитализации из-за недоверия к качеству лечения в стационаре. В 26,4% случаев причиной отказа служит немотивированное нежелание пациента ехать в стационар, в том числе и из-за неадекватной оценки тяжести собственного состояния.

Со стороны медицинского персонала в качестве основных факторов, определяющих нецелесообразность транспортировки больных с ОНМК в стационар 61,8% называют тяжелое состояние больного, кому II-III; 53% – повторное ОНМК; 29,4% – престарелый возраст, 11,8% опрошенных считают, что госпитализация целесообразна и необходима в любом случае возникновения ОНМК.

Летальность на догоспитальном этапе, по данным опроса, в среднем составляет 2,9%; в работе линейной бригады – 7%, реанимационной – 2,9%, неврологической – 4,4%, кардиологической – 0,9%. По данным аналитического отчета о работе станции СМП, в 2013 году показатель летальности на догоспитальном этапе составлял в среднем 1,9%.

Выводы и предложения

1. Бригады скорой медицинской помощи на достаточно высоком уровне обеспечены медикаментами и необходимым оборудованием ($9,7 \pm 0,2$ балла), однако отмечается дефицит кадров ($7,7 \pm 0,72$ балла), что свидетельствует о необходимости дополнительного привлечения специалистов в службу скорой медицинской помощи.
2. Наиболее часто на вызов к больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения приезжают неврологические бригады (26% вызовов неврологических бригад к больным с данной патологией), что делает возможным оказание специализированной помощи уже на догоспитальном этапе.
3. Ведущими причинами, по которым не происходит госпитализация больных, со стороны пациента являются социально-бытовые факторы (88%), что свидетельствует о необходимости повышения информированности населения о серьезности последствий острых нарушений мозгового кровообращения с целью повышения эффективности работы скорой медицинской помощи.
4. Со стороны медицинского персонала скорой медицинской помощи основной причиной, по которой не происходит госпитализация, является крайне тяжелое состояние больного (61,8%), однако, согласно существующему Порядку оказания медицинской помощи, все больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения должны быть госпитализированы, следовательно, для улучшения качества оказания помощи необходимо проводить методическую работу с персоналом, включающую повышение профессионального уровня сотрудников службы скорой медицинской помощи.
5. Отмечается рост летальности при сравнении показателей 2013-2014 годов, причем преимущественно за счет высокой летальности в работе линейных бригад (7%). Это позволяет предположить, что если на вызовы к больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения будут приезжать специализированные неврологические бригады, летальность может снизиться.
6. Остается значительная доля необоснованных вызовов к больным хроническими цереброваскулярными заболеваниями вследствие низкой доступности и недостаточной эффективности, по мнению больных, лечения в поликлинике (61,8%). Исходя из этого можно предположить, что доля необоснованных вызовов к больным хроническими цереброваскулярными заболеваниями может уменьшиться в случае повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинической системы и службы скорой медицинской помощи.

Литература

1. Алексеева Г.С., Трифонова Н.Ю. Медико-социальные аспекты догоспитального этапа лечения у больных ишемическим инсультом. *Клинический опыт Двадцатки* 2012; (4): 10-13.
2. Монгуш Х.Д., Ондар А.Б., Чылбакоол Р.Ч. Медицинская помощь больным с инсультом на этапах скорой помощи. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)* 2013; 118(3): 81-84.
3. Урюпин П.А., Черепанова Е.А. Организация медицинской помощи при инсультах на догоспитальном этапе. *Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке* 2011; 13(4): 167-168.
4. Дятлова А.М. Особенности организации догоспитальной медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения. *Вестник Витебского государственного медицинского университета* 2003; 2(4): 104-111.
5. Биденко М.А., Шпрах В.В. Оценка качества оказания медицинской помощи больным мозговым инсультом по данным госпитального регистра в г. Иркутске. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)* 2009; 85(2): 68-70.