

Маматкулов Ихтиёр Басимович

ассистент

Бабаджанов Абдумурат Саттарович

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой

Аззамходжаев Талат Саудалимович

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой

Ташкентский педиатрический медицинский институт

г. Ташкент, Республика Узбекистан

ОЦЕНКА КОНЦЕПЦИИ «GOLDEN HOUR – ЗОЛОТОЙ ЧАС СКОРОЙ ПОМОЩИ» В УЗБЕКИСТАНЕ

Аннотация: в данной статье представлена система оказания экстренной медицинской помощи в течение первого часа от момента развития неотложного состояния.

Ключевые слова: медицинская помощь, неотложная помощь, лечение.

В последнее десятилетие в развитых странах мира в системе оказания экстренной медицинской помощи главенствует концепция «Golden hour – Золотой час Скорой помощи», суть которой заключается в том, что если медицинскую помощь пациенту начали оказывать в течение первого часа от и момента развития неотложного состояния, то даже у самого тяжелого больного есть шанс на спасение [1; 3]. Если же этот золотой час потрачен впустую, то есть экстренная медицинская помощь не оказывалась, то этот шанс для больного окажется утерянным [2; 4].

Основными путями раннего начала эффективного лечения являются [1; 4]:

1. Сокращение времени доставки пациента к месту оказания высококвалифицированной экстренной помощи (маршрутизация доставки пациента в городской местности, госпитализация на воздушном транспорте, рациональная дислокация специализированных стационаров) и 2. Раннее начало высококвалифицированной экстренной помощи (в ближайшем медицинском учреждении с продолжением в машине реанимационной бригады).

Цель исследования: изучить ситуацию с реализацией концепции «Golden hour» в Узбекистане в секторе детской анестезиолого-реанимационной помощи.

Материалы и методы исследования: Изучена динамика летальности в областных детских многопрофильных медицинских центрах (ОДММЦ) 10 областей республики (за исключением Ташкентской области, РК и города Ташкента) по данным статистических данных Института здоровья и медицинской статистики МЗ РУз и отчетов главных специалистов Областных управлений здравоохранения по детской анестезиологии и реаниматологии за 2002 и 2015 годы. Такой интервал избран в связи с тем, что в стране в связи с Постановлением Президента РУз №ПП-1652 (2011 г.) была проведена оптимизация сети учреждений здравоохранения, в соответствии с которой маломощные и неэффективные, а потому невостребованные населением, отделения и кабинеты специализированной помощи были переданы в структуру ОДММЦ и Центральным районных поликлиник. Кроме того, для выяснения времени, затрачиваемого на транспортировку тяжело больных или травмированных детей, нуждающихся в экстренной реанимационной помощи, был проведен опрос-анкетирование родителей пациентов отделений реанимации всех ОДММЦ, включенных в исследование (общим числом 110 человек).

Результаты исследования: Конечной точкой, по которой оценивается эффективность деятельности всех служб, задействованных на оказание экстренной медицинской помощи, является показатель смертности по отделению детской и реанимации.

Во всех 11 ОДММЦ смертность среди детей, доставленных из сельской местности, колебалась от 72,1% до 88,3%, составляя в среднем 79,3% или, иначе говоря, из каждых пяти детей, умерших в ОДММЦ в течение года, практически четверо были доставлены из сельской местности. Причем в половине из областей (5 из 11) этот показатель превышал – и довольно существенно (88,3% или почти 9 из 10 умерших в Хорезмском ОДММЦ) – отметку в 80%. При том, что, как видно из таблицы, в 4 из включенных в исследование регионов, городское население незначительно преобладает над сельским, но и в тех областях, где

превалирует сельское население, соотношение между городскими и сельскими жителями среди умерших в ОДАРИТ детях непропорционально больше, чем соотношение в этих регионах между городским и сельским населением в целом. Такое положение является нетерпимым, поскольку речь, по сути, идет о неполном обеспечении конституционного права сельского населения на равнодоступную медицинскую помощь, тем более – для детского контингента.

В результате проведенных преобразований ситуация несколько изменилась: к 2015 году доля детей из сельской местности, в структуре смертности во всех ОДММЦ снизилась с 79,3% в 2005 году до 73,7% в 2015 году. По-видимому, это объясняется тем, что благодаря проведенной оптимизации, тяжело заболевшие или травмированные дети из сельских районов теперь лечатся в более эффективных отделениях детской реанимации ОДММЦ.

Однако главное условие концепции – ранняя (не позднее первого часа) доставка в высоквалифицированное ЛПУ. Для выяснения ситуации в этом вопросе нами было проведено изучение путей и времени, затраченного на доставку в клинику детей, нуждавшихся в экстренной медицинской помощи.

Данные, полученные в этом разделе исследования, приведены в таблице.

Опрос показал, что все пациенты были доставлены в клинику самотеком на непригодном транспорте. Необходимо отметить, что такое нередко отмечается даже и в столице – при несчастных случаях в очень большом проценте ситуаций окружающие, не желая тратить время на вызов «Скорой помощи» и на ее ожидание, доставляют пациента в больницу самотеком на подручном транспорте.

В 12,7% случаев ребенка сопровождал медицинский работник, но это были, как правило, родственники или соседи, обычно медсестры или, если даже врачи, то по непрофильным специальностям и без надлежащего инструментария и медикаментов. То есть во всех этих случаях, вопреки ответам опрошенных родителей, адекватная медицинская помощь не оказывалась.

Самое печальное – что в подавляющем большинстве случаев (более 80%) время доставки в клинику превышало 30 минут, а в 44,5% случаев составляло

более часа, то есть из каждых пяти пациентов у четырех в соответствии с концепцией «Золотого часа скорой помощи» шанс на спасение был почти или полностью утрачен.

Таблица

Результаты изучения времени, затраченного на доставку в ОДММЦ детей с тяжелыми нарушениями здоровья из сельской местности в регионах Узбекистана

Регионы	Время доставки					
	менее 30 мин		от 30 мин до 1 ч		свыше 1 часа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сурхандарья	1	10	3	30	6	60
Кашкадарья	1	10	4	40	5	50
Андижан	2	20	5	50	3	30
Наманган	3	30	4	40	3	30
Фергана	2	20	4	40	4	40
Бухара	2	20	3	30	5	50
Самарканд	1	10	3	30	6	60
Навойи	1	10	3	30	6	60
Джиззах	3	30	4	40	3	30
Сырдарья	3	30	4	40	3	30
Хорезм	2	20	3	30	5	50
Всего больных	21	19.1	40	36.4	49	44.5

Изучение вопроса маршрутизации доставки пациентов с экстренными показаниями к госпитализации, а также рациональной дислокации больниц, оказывающих экстренную медицинскую помощь, показало, что эти проблемы пока перед органами управления здравоохранения пока не ставились.

Заключение. Исследование показало, что до настоящего времени в вопросе реализации мировой концепции «Золотой час Скорой помощи» в нашей стране пока ничего не предпринималось. Установлено, что в регионах страны основная часть таких пациентов доставляются в отделение реанимации к концу первого часа от начала заболевания. Отмечено, что и другие возможности раннего начала лечения тяжелых больных в стране еще не реализованы.

Список литературы

1. Ходжибаев А.М. Экстренная медицина – ведущее звено системы здравоохранения Узбекистана // Организация и управление здравоохранением. – Ташкент, 2010. – №5. – С. 40–49.
2. Бабаджанов А.С. Анализ резервов дальнейшего снижения детской смертности в аспекте анестезиолого-реанимационной помощи / А.С. Бабаджанов, Т.С. Агзамходжаев, И.Б. Маматкулов // Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 2017. – №4. – С. 61–64.
3. Amoretti C. Transportation of critically ill children: guidelines / C. Amoretti, E. Picatti // *Pediatric Med. Chir.* – 2003. – V. 25 (3). – P. 169–173.
4. Strond M.X. Application of the golden hour to pediatric transport / M.X. Strond, P. Moss // *Pediatric Critic Care Medicine.* – 2008. – V. 9 (4). – P. 435–437.