

Выводы

Вклад медицинских работников в условиях военной разрухи, эпидемий и голода оказалась не просто весомым, но и неопределимым. Советское здравоохранение не просто выдержало, но и показало свою эффективность несмотря на столько угроз. Врачи, фельдшера, медицинские сестры, санитары и другие медицинские работники проявили великую самоотверженность, храбрость, самообладание и невероятный профессионализм, что помогло спасти сотни тысяч жизней и пережить столь тяжелые для Беларуси и всего мира времена.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляев, Е. Н.* Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в годы Великой Отечественной войны / Е. Н. Беляев, С. В. Селюнина // *Здоровье населения и среда обитания.* — 2015. — № 5. — С. 4–8.
2. *Жебрун, А. Б.* Героические страницы эпидемиологии и микробиологии: Институт Пастера в борьбе с инфекциями в годы Великой Отечественной войны и блокады Ленинграда / А. Б. Жебрун, Н. А. Чайка // *Здоровье населения и среда обитания.* — 2015. — № 5. — С. 45–50.
3. *Панин, В. Ф.* Санитарно-эпидемиологическое обеспечение армии и тыла в годы Великой Отечественной Войны / В. Ф. Панин, С. В. Сафонкин, В. И. Чередникова // *Здоровье населения и среда обитания.* — 2018. — № 5. — С. 4–7.
4. *Кнопов, М. Ш.* Страницы истории отечественной военной эпидемиологии / М. Ш. Кнопов, В. К. Тарануха // *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.* — 2015. — Т. 20, № 2. — С. 60–64.
5. *Логвиненко, С. М.* Ликвидация инфекционной заболеваемости при освобождении Беларуси в годы Великой Отечественной войны / С. М. Логвиненко // *Вестник ВГМУ.* — 2010. — Т. 9, № 2. — С. 1–6.

УДК 614.8(1-87)

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ЗА РУБЕЖОМ

Евдокимова А. В., Жижкевич А. Е.

Научный руководитель: подполковник м/с запаса М. Н. Камбалов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Характерной особенностью чрезвычайных ситуаций (ЧС) середины XX – начала XXI века является несоответствие потребности в медицинской помощи и возможностями оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП). Анализ отечественной и зарубежной литературы демонстрирует наличия большого опыта оказания пострадавшим ЭМП в ЧС.

В разных странах задачи по организации ЭМП решаются в зависимости от структуры здравоохранения и наличия своей законодательной базы. Однако повсеместно основу медицины катастроф составляет эффективная служба ЭМП [1, 2].

Цель

Анализ системы организации экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС в США и некоторых странах Евросоюза.

Материал и методы исследования

проводился сравнительный анализ данных о системе организации экстренной медицинской помощи пострадавшим в ЧС за рубежом.

Результаты исследования и их обсуждение

СМП в большинстве стран мира, укомплектована преимущественно парамедиками. Подготовка парамедиков (техников неотложной медицины — ЕМТ) начата с середины 1960-х гг., в 1970 г. специалисты ЕМТ были внесены в официальный перечень медицинских специальностей. Осуществляется подготовка двух категорий ЕМТ (ЕМТ-I, ЕМТ-Р). ЕМТ-I осваивает методы распознавания угрожающих жизни состояний и оказания неотложной медицинской помощи (в

том числе кардиопульмональной реанимации). ЕМТ-Р готовятся как более квалифицированные специалисты по оказанию помощи с применением методов интенсивной терапии [1, 3].

Функционируют три типа бригад ЭМП, которые предназначены и для работы в условиях катастроф. Для первой реакции на катастрофу предусмотрены бригады двух типов. Одни обеспечиваются радиосвязью, носилками, портативным оборудованием для аспирации и оксигенотерапии, перевязочными и иммобилизирующими средствами. Персонал — санитары-спасатели и ЕМТ-І. В других бригадах к перечисленному оснащению добавлены инструменты для освобождения пострадавших из-под завалов и специальное медицинское оборудование. Персонал — два ЕМТ-І или ЕМТ-І и ЕМТ-Р. Третий тип бригад — подвижные станции интенсивного лечения, которые дополнительно оснащены приспособлениями для передачи ЭКГ на расстояние. Персонал — как правило, два ЕМТ-Р.

При необходимости в бригаду вводятся медицинская сестра по уходу, врачи различных специальностей. Для доставки специализированных бригад в зону катастрофы могут использоваться вертолеты [1, 4].

В США медицинская помощь при катастрофах осуществляется в рамках Национальной системы медицины катастроф (NDMS). Национальный план на случай катастроф предусматривает создание отрядов специализированной медицинской помощи, которые разворачивают эвакуационные отделения на 240 коек. 15 таких отделений могут оказать помощь 10 тыс. пострадавших. Кроме того, планом предусмотрено использование столичных больничных центров на 2500 и более коек и 340 региональных центров. В целом резерв для лечения пострадавших составляет около 100 тыс. коек (почти 15 % всего имеющегося коечного фонда) [1, 5].

В Голландии национальный план на случай катастроф предусматривает использование 20 больниц, на базе которых созданы бригады экстренной медицинской помощи в составе хирурга, анестезиолога и двух медицинских сестер. Эти бригады в зоне катастроф могут оказывать помощь 200 пострадавшим в час [1, 2]. В состав каждой бригады дополнительно включается медицинская сестра по уходу за пострадавшими. Средствами усиления являются также медицинская служба гражданской обороны (ГО) и национальная медицинская служба Красного Креста [3].

В ФРГ в соответствии с законом о защите от катастроф с 1968 г. предусмотрена система по оказанию различных видов помощи (общая численность — 600 тыс. чел.). В ее задачи входит спасение людей, устранение или уменьшение поражений. В системе здравоохранения ФРГ почти 500 тыс. коек, кроме того, дополнительно (на случай катастрофы) могут быть развернуты 200 вспомогательных больниц на 1,2 млн коек [1, 5]. Основной, постоянно действующий вариант — выезд круглосуточно дежурящих бригад из больниц в зону катастрофы. В состав бригады входят специально подготовленный врач, парамедик, медсестра по уходу и санитары. Второй (резервный) вариант вводится в действие при возникновении чрезвычайных обстоятельств, т. е. в качестве средства усиления посылается бригада, оборудованная по типу подвижных станций интенсивной терапии.

В Великобритании Министерство здравоохранения разработало схему ЭМП при катастрофах. Согласно этой схеме один из госпиталей каждого района будет работать в качестве основного по приему пострадавших. Все остальные лечебные стационарные учреждения района определяются как вспомогательные. Основной госпиталь направляет подвижные медицинские команды для оказания медицинской помощи пострадавшим на месте происшествия [3].

В Швейцарии в системе ГО предусматривается развертывание 444 пунктов и 1520 постов скорой помощи на 150 тыс. коек. Пост скорой помощи рассчитан на 5000 жителей, в него входит помещение для оказания помощи и 32 места для лежащих больных. Пункт скорой помощи рассчитан на 15–16 тыс. жителей и вы-

полняет функции станции скорой помощи. Он располагает помещением для сортировки, амбулаторией, операционной, гипсовой, а также местами для 128 лежащих больных. Станция снабжена аптекой, лабораторией и стерилизационной [3].

Одновременно с формированием сил быстрого реагирования при катастрофах в системах гражданского здравоохранения различных стран мира созданы военно-медицинские формирования для оказания гуманитарной помощи.

Выводы

Проведенный анализ литературных данных подтверждает правомочность и своевременность становления медицины катастроф как науки и практической специальности, а также необходимость постоянного совершенствования отечественной системы медицины катастроф с учетом современных организационно-методических подходов, что позволит повысить эффективность оказания медицинской помощи населению, пострадавшему в чрезвычайных ситуациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борчук, Н. И. Опыт организации экстренной медицинской помощи при катастрофах за рубежом / Н. И. Борчук // Медицинские новости. — 2000. — № 7. — С. 23–25.
2. A conceptual model emergency department crowding / B. R. Aspin [et al.] // Ann. Emerg. Med. — 2003. — Vol. 42 (2). — P. 173–180.
3. Brismar, B. Changing Concepts and Perspectives in Disaster Medicine / B. Brismar // 8-th World Congress on Emergency and Disaster Medicine // Stockholm, Sweden. — 1993. — Vol. 19. — P. 8–12.
4. Gunn, S. W. A. The Scientific basis of Disaster Medicine / S. W. A. Gunn, M. Masellis // Ann. MBC. — 1992. — Vol. 5 (1). — P. 51–54.
5. Hrouda, P. Principles of the organization of medical action in case of disaster in France / P. Hrouda, P. Hugeshard, P. Noto // Медицина катастроф: матер. междунар. конф. Изд. ВИНТИ, 1990. — М., 1990. — С. 443.

УДК 616-002.5:615.015.8]-036.8

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА И ИСХОДОВ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Завадская А. М., Крупень Н. М.

Научный руководитель: А. Г. Герасимчик

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Проблемы по распространению туберкулеза получили широкое распространение как во всем мире, так и в Беларуси. Одной из главных причин эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу является распространение штаммов *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ), обладающих множественной (МЛУ) и широкой (ШЛУ) лекарственной устойчивостью. Туберкулез с МЛУ МБТ — это туберкулез, который не реагирует, по меньшей мере, на изониазид и рифампицин. ШЛУ МБТ возникает при наличии МЛУ МБТ, а также устойчивости хотя бы к одному из применяемых при лечении туберкулеза аминогликозидов или фторхинолонов [1]. В 2018 г. туберкулезом, устойчивым к рифампицину, заболело примерно полмиллиона человек (из которых 78 % заболели туберкулезом с МЛУ МБТ). Наибольшая доля глобального бремени пришлось на три страны: Индию (27 %), Китай (14%) и Российскую Федерацию (9 %). Согласно статистике Минздрава, заболеваемость туберкулезом в Беларуси в 2018 г. составила 25,2 на 100 тыс. человек, что составляет не менее 2,4 тыс. человек. Доля случаев заболевания туберкулезом с МЛУ МБТ или устойчивостью к рифампицину (МЛУ/РУ МБТ) во всем мире составила 3,4 % среди новых случаев и 18 % среди ранее пролеченных случаев и была наиболее высока (свыше 50 % среди ранее проле-