

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

УДК 614.8.06

МЕДИЦИНСКАЯ ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ. СООБЩЕНИЕ 2

Н.Н.Баранова

ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России, Москва
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Минздрава России, Москва

Отмечено, что при организации проведения медицинской эвакуации (МЭ) пострадавших в чрезвычайных ситуациях (ЧС) и решении вопросов их маршрутизации существенную роль играет правильно и своевременно проводимый мониторинг как состояния пациентов и оказания им медицинской помощи, так и собственно проведения МЭ. В 2018 г. во Всероссийском центре медицины катастроф «Защита» (ВЦМК «Защита») было организовано проведение такого мониторинга, при анализе результатов которого было обобщено мнение 122 экспертов. Представлены ответы экспертов на поставленные перед ними вопросы. Сделаны выводы о необходимости дальнейшего развития и совершенствования системы мониторинга в интересах проведения медицинской эвакуации больных и пострадавших.

Ключевые слова: госпитальный период, догоспитальный период, донесения о ЧС, лечебные медицинские организации, маршрутизация, медицинская эвакуация, мониторинг, очные медицинские консультации, пациенты, телемедицинские консультации, чрезвычайные ситуации

Конфликт интересов / финансирование

Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов / финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

Для цитирования: Баранова Н.Н. Медицинская эвакуация пострадавших: состояние, проблемы. Сообщение 2. Медицина катастроф. 2019; 105(1): 42–46.

<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2019-1-42-46>

MEDICAL EVACUATION OF VICTIMS: THEIR STATE, PROBLEMS. REPORT 2

N.N.Baranova

Federal State Budgetary Institution "All-Russian Centre for Disaster Medicine "Zaschita" of Health Ministry of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation
Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Postgraduate Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

It is noted that the correct and timely monitoring of both the condition of patients and the provision of medical care, and of the actual conduct of medical evacuation plays an important role in the organization of medical evacuation of victims in emergency situations and choice of the routing. The All-Russian Center for Disaster Medicine "Zaschita" organized such monitoring, the analysis of the results of which has summarized the opinion of 122 experts in 2018. The answers of experts to the questions posed to them are presented. Conclusions are drawn on the need for further development and improvement of the monitoring system in the interests of medical evacuation of patients and victims.

Key words: emergency reports, emergency situations, face-to-face medical consultations, hospital period, medical evacuation, medical organizations, monitoring, patients, pre-hospital period, routing, telemedicine consultations

Conflict of interest / Acknowledgments. The authors declare no conflict of interest / The study has not sponsorship.

For citation: Baranova N.N., (Medical Evacuation of Victims: Their State, Problems. Report 2), *Medicina katastrof*, (Disaster Medicine), 2019; (1)105: 42–46 (In Rus.)

<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2019-1-42-46>

Контактная информация:

Баранова Наталья Николаевна – кандидат медицинских наук, главный врач Центра медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи ВЦМК «Защита»

Адрес: Россия, 123182, Москва, ул. Щукинская, 5

Тел.: +7 (499) 190-63-78

E-mail: baranova74@mail.ru

Contact information:

Natalia N. Baranova – Candidate of Medical Science, Medical Director of Centre of Medical Evacuation and Emergency Medical Care of All-Russian Centre for Disaster Medicine "Zaschita"

Address: Russia, 5, Schukinskaya str., Moscow, 123182

Phone: +7 (499) 190-63-78

E-mail: baranova74@mail.ru

При организации проведения медицинской эвакуации (МЭ) пострадавших в чрезвычайных ситуациях (ЧС) и решении вопросов их маршрутизации существенную роль играет правильно и своевременно проводимый мониторинг состояния пациентов, оказания им медицинской помощи и собственно проведения медицинской эвакуации.

В 2018 г. во Всероссийском центре медицины катастроф «Защита» (ВЦМК «Защита») было организовано проведение такого мониторинга. Сбор информации о состоянии пострадавших, находившихся в лечебных медицинских организациях (ЛМО) субъектов Российской Федерации (далее – субъекты), проводился: частично – по телефону, частично – с учетом существующей системы оперативных донесений.

В ходе указанной работы были организованы и проведены следующие мероприятия:

- подготовлена рабочая концепция мониторинга и подготовлено Техническое задание (ТЗ) на разработку автоматизированной системы мониторинга;

- создано Программное обеспечение (ПО), которое было установлено в территориальных центрах медицины катастроф (ТЦМК) субъектов и апробировано в конце 2018 г.

При организации проведения мониторинга были выделены следующие составляющие, имеющие значение для проведения медицинской эвакуации:

- блок информации догоспитального периода – первичное и повторные донесения о ЧС;

- первичный блок информации госпитального периода, включающий информацию об объеме работ по оказанию экстренной медицинской помощи (ЭМП) пострадавшим при их поступлении в стационар;

- продленный мониторинг тяжелопострадавших, включающий информацию об объеме работ по обследованию и лечению пострадавших, проведению телемедицинских консультаций (ТМК), а также о проведении повторной и последующей МЭ;

- блок информации, включающий информацию о процедуре снятия пациентов с мониторинга, об определении критериев снятия на основании соответствующей документации (единые образцы необходимых документов, например, протоколов ТМК, решений врачебных комиссий и консилиумов и др.);

- статистическая обработка данных текущего мониторинга с возможностью получения сведений по затребованным параметрам, а также учет пациентов, снятых с мониторинга.

В каждой блоке информации предусмотрена возможность обновления и внесения недостающих данных в режиме он-лайн, в том числе отсроченно, пост-фактум, что необходимо для анализа проводимой работы.

Анализ данных мониторинга пострадавших за 2018 год показал, что из общего числа пострадавших, которых госпитализировали с места ЧС в лечебные медицинские организации 1-го и 2-го уровня, в дальнейшем были повторно эвакуированы: из ЛМО 1-го уровня – 34,0% взрослых и 79,0% детей; из ЛМО 2-го уровня – 30,0% взрослых и 63,0% детей. Высокими были показатели летальности в данных ЛМО – 9,3% – 1-й уровень; 12,8% – 2-й уровень.

Из всех повторно эвакуированных, а это 31,0% взрослых и 72,0% детей, в последующем умерли более 11,0% взрослых и почти 5,0% детей (табл. 1).

Полагаем, что при грамотной маршрутизации медицинской эвакуации, особенно в догоспитальном периоде, таких потерь можно было бы избежать, хотя во многих ситуациях в условиях ЧС это является сложной задачей.

При анализе данных мониторинга было обобщено мнение 122 экспертов, проанализированы 139 таблиц со статистическими данными.

Как видно из данных табл. 2, только 38,0% экспертов указали на наличие в субъекте единого информацион-

ного пространства, остальные отметили отсутствие такового либо наличие различных медицинских информационных систем, не связанных между собой. При этом часть экспертов в своих комментариях указали на отсутствие единых подходов к формированию баз данных о пациентах, к путям сбора и передачи информации, к объему информации и др.

Очевидно, что существующее разнообразие административных решений не позволяет в полной мере проводить мониторинг в каждом отдельном субъекте и на федеральном уровне, что особенно важно при планировании проведения медицинской эвакуации как в плановом порядке, так и в режиме чрезвычайной ситуации.

При оценке принципов проведения мониторинга состояния пациентов при их медицинской эвакуации было необходимо решить, что является главным при планировании маршрутизации – тяжесть состояния пациента без учета профиля его патологии или разработка своей системы мониторинга и маршрутизации по каждому профилю.

По этому вопросу мнения экспертов разделились примерно поровну, с небольшим преимуществом в пользу выстраивания отдельной системы мониторинга и маршрутизации по каждой патологии (табл. 3). Ряд экспертов указали, что в некоторых субъектах порядок маршрутизации при медицинской эвакуации пациентов определен локальными нормативными правовыми актами, а в других имеется просто устная договоренность, или вместо маршрутизации осуществляется госпитализация пациента в ближайшую медицинскую организацию по принципу «чем быстрее, тем лучше».

Исходя из нашего опыта считаем, что при планировании маршрутизации медицинской эвакуации вариант взятия за основу тяжести состояния пациента также является приемлемым, а эвакуация пациента «в ближайшую больницу» и отсутствие последующего мониторинга

Таблица 1

Общая летальность среди госпитализированных в ЛМО 1-го и 2-го уровня в 2018 г.

Контингент	Всего госпитализировано в ЛМО 1-го и 2-го уровня, чел.	Из них, чел./%	
		повторно эвакуированы	умерли
Взрослые	633	200/31,6	71/11,2
Дети	164	119/72,6	8/4,9

Таблица 2

Варианты ответа экспертов на вопрос о наличии единого информационного пространства, объединяющего медицинские организации на территории субъекта и позволяющего проводить мониторинг пациентов

Варианты ответа	Доля ответов, %
Да	38,0
Нет	26,0
Есть различные информационные системы, не связанные между собой	29,0
Иное/комментарии	7,0
Всего	100,0

Таблица 3

Принципы проведения мониторинга и маршрутизации

Варианты ответа	Доля ответов, %
Единая система мониторинга и маршрутизации, где критерием является тяжесть состояния пациента независимо от профиля патологии	41,0
По каждому профилю патологии необходима своя система мониторинга и маршрутизации	55,0
Иное/комментарии	4,0
Всего	100,0

отрицательно сказываются на его состоянии и могут быть лишь вынужденной мерой при обстоятельствах непреодолимой силы.

По вопросу определения медицинской организации на территории субъекта, которой принадлежит ведущая роль в проведении мониторинга, большинство экспертов высказались в пользу диспетчерской службы ТЦМК (табл. 4).

Таблица 4

Медицинская организация на территории субъекта, которой принадлежит ведущая роль в мониторинге тяжелых и крайне тяжелых пациентов, в том числе пострадавших в ЧС, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии

Варианты ответа	Доля ответов, %
Территориальный центр медицины катастроф	55,0
Травмоцентр 1-го уровня	23,0
Иные медицинские организации	22,0
Всего	100,0

Отсутствие единой позиции по выбору медицинской организации для проведения мониторинга в субъектах приводит к тому, что ведущую роль играют как указанные выше, так и другие медицинские учреждения.

Следует отметить, что отсутствие системного подхода к выбору медицинской организации – координатора мониторинга на территории субъекта и на межрегиональном уровне – затрудняет контроль за качеством оказания медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации – как в режиме повседневной деятельности, так и в режиме чрезвычайной ситуации.

Неотъемлемой частью системы мониторинга является проведение консультаций профильными медицинскими специалистами с целью коррекции лечения, решения вопросов транспортабельности и целесообразности проведения МЭ, включая рекомендации по срокам её проведения, выбору вида транспорта и др.

В этой связи экспертам было предложено ответить на вопросы о практике проведения очного и телемедицинского консультирования в регионах.

Как видно из данных табл. 5, большинство ответов экспертов свидетельствует о проведении на территории субъектов очных консультаций.

Большинство экспертов также указали на практику проведения ТМК (табл. 6).

Такая ситуация, когда в большинстве субъектов проводятся как очные, так и телемедицинские консультации, по нашему мнению, является вполне оправданной, учитывая

Таблица 5

Проводятся ли на территории Вашего субъекта очные медицинские консультации?

Варианты ответа	Доля ответов, %
Да	98,3
Нет	1,7
Всего	100,0

Таблица 6

Проводятся ли на территории Вашего субъекта телемедицинские консультации?

Варианты ответа	Доля ответов, %
Да	89,0
Нет	11,0
Всего	100,0

разнообразие демографических и климато-географических особенностей на территории нашей страны: когда выезд консультанта является нецелесообразным либо невозможным в силу различных обстоятельств или требуется проконсультировать пациента срочно, ТМК становится альтернативной возможностью оказания кон-

сультативной помощи лечащему врачу. Это особенно важно при оценке целесообразности проведения медицинской эвакуации. Имеющийся опыт показывает, что всё большую роль в таких ситуациях играют ТМК.

При оценке параметров мониторинга в догоспитальном периоде (первичное донесение о ЧС) экспертам были предложены следующие позиции: характер, место и время ЧС; число пострадавших.

Мнение большинства экспертов о правильности выбранных позиций первичного донесения о ЧС согласуется с нашим опытом, и мы реализуем эти позиции на практике, в том числе при планировании и проведении медицинской эвакуации (табл. 7).

При оценке параметров мониторинга в догоспитальном периоде во вторую очередь (в последующих донесениях) экспертам были предложены следующие позиции:

1. Известное число пострадавших/погибших.
2. Возраст пострадавших/погибших.
3. Степень тяжести состояния пострадавших.
4. Время прибытия бригад и начала оказания медицинской помощи.
5. Количество бригад, их состав, вид транспорта, ведомственная принадлежность.
6. Число пациентов, кому оказана помощь на месте (амбулаторные).
7. Число госпитализированных, в какие ЛМО.
8. Время госпитализации каждого пациента (время в пути до стационара).

Исходя из нашего опыта все предложенные позиции являются достаточно оптимальной комбинацией для оценки параметров мониторинга догоспитального периода в последующих донесениях.

Подводя итоги анализа мнений экспертов по позициям последующего донесения о ЧС в догоспитальном периоде, можно отметить согласие экспертов с семью первыми позициями, с некоторым расхождением мнений внутри различных групп экспертов, которое не повлияло в целом на общее мнение (табл. 8). Отрицательное мнение экспертов в отношении внесения в донесение позиции «время госпитализации каждого пациента (время в пути до стационара)» – 60,7% – может быть объяснено тем, что ранее мониторинг данной позиции не осуществлялся, и для медицинских

Таблица 7

Мнение общей группы экспертов по вопросу о составе первичного донесения о ЧС в догоспитальном периоде

Позиция донесения о ЧС	Мнение экспертов, %		
	отрицательное	положительное	итого
Характер ЧС	13,1	86,9	100,0
Место ЧС	26,2	73,8	100,0
Время ЧС	28,7	70,5	100,0
Число пострадавших	30,3	69,7	100,0

Таблица 8

Мнение общей группы экспертов по вопросу о составе последующих донесений о ЧС в догоспитальном периоде

Позиция донесения о ЧС	Мнение экспертов, %		
	отрицательное	положительное	итого
Известное число пострадавших	25,4	74,6	100,0
Возраст пострадавших	44,3	55,7	100,0
Степень тяжести состояния пострадавших	22,9	77,1	100,0
Время прибытия бригад	38,5	61,5	100,0
Количество бригад	37,7	62,3	100,0
Число пациентов	37,7	62,3	100,0
Число госпитализированных	23,8	76,2	100,0
Время госпитализации каждого пациента	60,7	39,3	100,0

специалистов сбор данной информации затруднителен. Однако при наличии программного обеспечения это не будет вызывать трудностей, к тому же эти данные необходимы для анализа маршрутизации медицинской эвакуации.

Относительно мониторинга пациентов в госпитальном периоде в первую очередь были предложены позиции, представленные в табл. 9.

По первым трем предложенным позициям большинство экспертов высказали положительное мнение об их внесении в донесение.

По вопросу о контактных данных медицинской организации, в которой находятся пациенты, мнения групп экспертов распределились поровну – 50,0% на 50,0%. На наш взгляд, это связано с убеждением, что контактные данные медицинской организации должны быть заложены в программное обеспечение мониторинга, врачи не должны тратить свое время на их простановку. С этим можно согласиться, наши специалисты постоянно проводят доработку ПО в режиме реального времени, и впоследствии данная позиция будет заполняться автоматически.

Позиции мониторинга пациентов в госпитальном периоде во вторую очередь:

1. Данные об очных/заочных консультациях, проведенных главными специалистами региона/субъекта, с протоколами консультаций и заключениями.

2. Данные по объему проведенных лечебно-диагностических мероприятий и медицинских вмешательств.

3. Данные о привлечении очных консультантов с указанием медицинской организации, из которой они привлечены.

4. Повторная медицинская эвакуация, ее цель, куда и когда планируется эвакуировать, какими силами, транспорт.

5. Проведение ТМК с привлечением федеральных консультантов, протокол (табл. 10).

Дискутабельность вопроса о внесении указанных позиций в большинстве случаев связана с отсутствием практики предоставления данных о лечебно-диагностических мероприятиях и медицинских вмешательствах, а также с отсутствием нормативной правовой базы для предоставления этих данных врачами стационаров. Однако, как показал наш опыт, включение этих позиций в донесения о ЧС помогает анализировать и прогнозировать состояние пациента при решении вопроса о его дальнейшей медицинской эвакуации.

Отсюда понятно, что подавляющее большинство мнений экспертов выражено только по позиции о необходимости проведения повторной медицинской эвакуации – 73,8%. Мы также считаем это ключевым вопросом, однако полагаем, что мониторинг состояния пострадавших не может ограничиваться лишь позицией о необходимости проведения медицинской эвакуации, поскольку этого крайне недостаточно для анализа эффективности всех проводимых мероприятий.

Оценка экспертами продленного мониторинга в госпитальном периоде проводилась по позициям:

1. Телемедицинская консультация, результаты (протокол).

2. Тяжесть состояния, уточнение диагноза.

3. Результаты вмешательств, планируемые вмешательства.

4. Транспортабельность.

5. Цель и сроки планируемой повторной/последующей эвакуации.

6. Участие отделения экстренной консультативной медицинской помощи (ОЭКМП), очное консультирование, результаты.

7. Результаты повторной медицинской эвакуации: состав и ведомственная принадлежность бригады, транспорт, куда доставлен пациент, осложнения во время проведения медицинской эвакуации.

8. Необходимость лечения в федеральных ЛМО.

Из данных табл. 11 видно, что у экспертов отсутствовало четкое негативное или позитивное мнение, за исключением позиции о тяжести состояния пациента (положительное мнение – 80,3%). При оценке мнений экспертов по группам отмечено разногласие специалистов догоспитального и госпитального звеньев здравоохранения по ряду позиций. На данном этапе развития цифровизации здравоохранения, когда создание медицинских баз данных ведется зачастую разрозненно (в стационарном звене, на станциях скорой медицинской помощи – СМП, в ТЦМК), а также отсутствуют необходимые нормативные правовые документы по данному направлению, отношение к мониторингу экспертов, работающих в медицинских организациях в госпитальном периоде, вполне объяснимо. Тем не менее, объединение существующих баз данных, единая диспетчеризация медицинских процессов, особенно в

Таблица 9

Мнение общей группы экспертов по вопросу о составе первичного донесения о ЧС в госпитальном периоде

Позиция донесения о ЧС	Мнение экспертов, %		
	отрицательное	положительное	итого
Число госпитализированных и их характеристика по степени тяжести состояния	9,8	90,2	100,0
Диагноз госпитализированных (обезличенные данные)	24,6	75,4	100,0
Число умерших в стационаре	45,1	54,9	100,0
Контактные данные медицинской организации	50,0	50,0	100,0

Таблица 10

Мнение общей группы экспертов по вопросу о составе повторного донесения о ЧС в госпитальном периоде

Позиция донесения о ЧС	Мнение экспертов, %		
	положительное	отрицательное	итого
Данные о проведенных очных/заочных консультациях	53,3	46,7	100,0
Данные по объему проведенных лечебно-диагностических мероприятий	48,4	51,6	100,0
Данные о привлечении очных консультантов с указанием медицинской организации	50,8	49,2	100,0
Повторная медицинская эвакуация, ее цель, куда и когда планируется эвакуировать	26,2	73,8	100,0
Проведение ТМК с привлечением федеральных консультантов, протокол	50,8	49,2	100,0

Таблица 11

Мнение общей группы экспертов по вопросу о параметрах продленного мониторинга в госпитальном периоде

Позиция донесения о ЧС	Мнение экспертов, %		
	отрицательное	положительное	итого
ТМК, результаты – протокол	54,9	45,1	100,0
Тяжесть состояния, уточнение диагноза	19,7	80,3	100,0
Результаты вмешательств, планируемые вмешательства	50,8	49,2	100,0
Транспортабельность	36,9	63,1	100,0
Цель и сроки планируемой повторной/последующей эвакуации	42,6	57,4	100,0
Участие ОЭКМП, очное консультирование, результаты	50,8	49,2	100,0
Результаты повторной медицинской эвакуации	51,6	48,4	100,0
Необходимость лечения в федеральных ЛМО	47,5	52,5	100,0

ЧС – научный вопрос настоящего времени. Так, первый опыт объединения в ряде субъектов службы СМП и ТЦМК создал предпосылки для проведения слаженного мониторинга пострадавших в ЧС от момента события до выписки пациента из стационара. Изучение данного опыта, его анализ и обобщение позволят внедрить его во всех субъектах нашей страны.

Перечень параметров снятия пациента с продленного мониторинга необходим и для планирования медицинской эвакуации. Как правило, это является достаточно спорным моментом и требует научного обоснования. В рамках исследования экспертам был предложен перечень наиболее часто встречающихся причин снятия пациента с мониторинга:

1. Состояние пациента улучшилось с прогнозом на выздоровление в данном стационаре.
2. Пациент был переведен в профильный стационар, где есть возможность оказать ему исчерпывающую медицинскую помощь; медицинская эвакуация прошла без осложнений.
3. Летальный исход.
4. Пациент находится в профильном стационаре, но прогноз – пессимистичный.
5. Пациент находится в непрофильном стационаре, он нетранспортабелен и прогноз – пессимистичный.

При оценке мнений экспертов по группам выявилось стойкое положительное мнение в отношении позиций «состояние пациента улучшилось с прогнозом на выздоровление в данном стационаре» – 73,0% и «летальный исход» – 80,3%, при этом мнение экспертов не зависело от их должности, специальности, места и

Таблица 12

Мнение общей группы экспертов по вопросу о параметрах снятия пациента с продленного мониторинга в госпитальном периоде

Позиция донесения о ЧС	Мнение экспертов, %		
	отрицательное	положительное	итого
Улучшение состояния	27,0	73,0	100,0
Перевод в профильный стационар	56,6	43,4	100,0
Летальный исход	19,7	80,3	100,0
Пессимистичный прогноз	73,0	27,0	100,0
Нетранспортабельность	78,7	21,3	100,0

характера работы (табл. 12).

В отношении позиций «пациент находится в профильном стационаре, но прогноз пессимистичный» и «пациент находится в непрофильном стационаре, но он нетранспортабелен и прогноз пессимистичный» эксперты, вне зависимости от их групповой принадлежности, высказали отрицательное мнение – 73,0 и 78,7% соответственно, т.е. даже в случае нетранспортабельности пациента с пессимистичным прогнозом и его нахождения в непрофильном стационаре предлагается не снимать пациента с мониторинга. По нашему мнению, в отношении данных позиций, а также небольшого количества частных случаев, не представленных для их оценки экспертами, не может быть однозначных решений. Как один из вариантов – снятие с мониторинга по решению консилиума лечащих врачей и ведущих профильных специалистов федерального или регионального уровня.

Выводы

Таким образом, подводя итоги анализа мнений экспертов по вопросам проведения мониторинга состояния пациентов, оказания им экстренной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации, можно сделать следующие выводы:

1. Отдельное существование баз данных о пациентах в догоспитальном и госпитальном периодах не способствует экстренному обмену информацией для создания единого цифрового контура мониторинга состояния пациента от места события до его выздоровления и выписки из стационара, что существенно влияет на увеличение количества этапов медицинской эвакуации. В данной ситуации считаем необходимым дальнейшее объединение в субъектах станций СМП, ТЦМК и отделений санитарно-авиационной эвакуации с созданием единой диспетчерской для оперативного обмена информацией. В этой связи, в условиях динамично развивающейся цифровизации здравоохранения, считаем также целесообразным совершенствование ПО для мониторинга состояния пострадавших, оказания им экстренной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации.

2. Отсутствие системного мышления и соответствующих компетенций у ряда медицинских специалистов догоспитального и госпитального звеньев здравоохранения и существующий принцип «каждый отвечает за свой участок работы и не более» во многом затрудняют принятие решений по тактике ведения пациентов, их транспортабельности, выбору оптимального «терапевтического окна» для проведения медицинской эвакуации, нарушает преемственность в оказании медицинской помощи. По нашему мнению, проведение совместных учений, а также семинаров и вебинаров в рамках непрерывного медицинского образования для приобретения необходимых компетенций специалистами, работающими в догоспитальном и госпитальном периодах, во многом может решить указанную проблемную ситуацию.

3. Замечания экспертов относительно дефицита нормативного правового регулирования проведения мониторинга и маршрутизации медицинской эвакуации (нелегитимность предоставления части запрашиваемых данных) являются справедливыми, в связи с чем необходима доработка нормативной правовой базы.

4. Необходимость доработки программного обеспечения для проведения мониторинга и маршрутизации медицинской эвакуации, в частности, по вопросу о целесообразности заполнения некоторых позиций, которые должны заполняться автоматически (например, контактные данные медицинской организации и др.), также считаем актуальной. Исправление данных недоработок должно проводиться своевременно – по мере ввода программного обеспечения в эксплуатацию и его апробации в режиме реального времени.

5. Считаем достаточно сложной ситуацией, сложившуюся для специалистов госпитального периода в связи с частым непривлечением очных консультантов или непроведением ТМК для коррекции лечения и принятия решений о необходимости дальнейшей медицинской эвакуации пациентов с последующим оформлением и предоставлением протоколов, что связано с опасением контроля со стороны соответствующих органов. Вместе с тем полагаем, что по мере накопления статистических данных мониторинга и создания в последующем «умной» больницы произойдет постепенное изменение данной ситуации в лучшую сторону.

6. Параметры снятия пациента с мониторинга, отражающие в том числе отсутствие необходимости проведения дальнейшей медицинской эвакуации пациента, целесообразно разделить на абсолютные и относительные, требующие решения консилиума профильных специалистов с оформлением и предоставлением соответствующей документации. Считаем целесообразным закрепить на нормативно-правовом уровне практику проведения подобных консилиумов и разработки единого документооборота.

В следующем сообщении планируется рассмотреть вопросы маршрутизации при медицинской эвакуации пострадавших в ЧС.