

Виклики сучасного світу: підготовка лікарів з медицини катастроф

Г.Г. Роцін¹, Л.В. Хіміон¹, В.В. Ватага¹, Л.Ф. Матюха¹, В.І. Іванов², І.І. Назаренко²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ

Мета дослідження: визначення рівня знань та умінь з напрямку медицини «Екстрена медична допомога та медицина катастроф» шляхом проведення анкетування лікарів-курсантів післядипломної підготовки.

Матеріали і методи. Проведено опитування 417 курсантів післядипломної підготовки із застосуванням методології групового письмового анкетування за 3-бальною шкалою (0 – відповідь незадовільна, 1 – задовільно, 2 – добре). Анкета містила 11 запитань із напрямку «Екстрена медична допомога та медицина катастроф». Загальний масив досліджуваних курсантів було розподілено на три групи за фахом: I група – 156 (37,4%) лікарів-інтернів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина»; II група – 113 (27,1%) практичних лікарів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина»; III група – 148 (35,5%) практичних лікарів вузьких спеціальностей.

Результати. Серед курсантів I групи 21,4% відповіли добре, 18,4% – задовільно та 60,2% – незадовільно. Серед курсантів II групи 19,9% відповідей – добре, 17,5% – задовільно та 62,6% – незадовільно. Серед курсантів III групи 23,7% відповідей були оцінені добре, 24,6% – задовільно та 51,7% – незадовільно.

Заключення. За результатами порівняльного аналізу відповідей серед груп курсантів встановлено, що 3/5 осіб на запитання відповіді незадовільно (51,7 – 62,6%), 1/5 осіб відповіли задовільно (17,5 – 24,6%) та 1/5 осіб відповіли на запитання добре (19,9 – 23,7%). Отримані дані зумовлені тим, що у закладах переддипломної та післядипломної освіти викладання матеріалу з напрямку медицини «Екстрена медична допомога та медицина катастроф» приділяється недостатньо уваги, у тому числі «Міжнародним програмам з надання екстреної медичної допомоги». Практичні лікарі загальної практики – сімейної медицини, а також лікарі вузьких спеціальностей виявилися більш обізнаними в теоретичних знаннях, практичних навичках та умінь до роботи за умов надзвичайної ситуації.

Ключові слова: екстрена медична допомога, медицина катастроф, анкетування лікарів-курсантів.

За останні 20 років внаслідок глобалізації людина одержує у відповідь нові пандемії, нові війни: біологічні, хімічні, радіаційні; жахи цілеспрямованого тероризму та несвідомо жорстокість природних катастроф і катаклізмів.

За визначенням Американського Червоного Хреста катастрофа – це небезпечна подія із залученням 100 і більше осіб, 10 та більше смертей, або звернень по допомогу. У глобальному масштабі щорічно відбувається більше ніж 500 значних катастрофічних подій з ураженням більше 80 млн осіб, у результаті чого 70 тис. осіб мають серйозні пошкодження, а 50 тис. втрачають життя.

За останні 10 років природні катаклізми відбувалися практично щодня – приблизно у 2 рази частіше, ніж 20 років тому. У 2015 році уперше було зафіксовано понад 1000 випадків стихійних лих [10, 17].

Чи можна зменшити кількість жертв і постраждалих, мінімізувати витрати суспільства на подолання наслідків різноманітних надзвичайних ситуацій (НС), загалом зменшити ризик виникнення будь-яких катастроф? Хто повинен цим займатись? Звичайна відповідь на ці запитання – команда фахівців, у тому числі – лікарів-спеціалістів з медицини катастроф. Проте визначити потребу в таких спеціалістах дуже складно і навіть неможливо, тому що катастрофи – річ майже непередбачувана. Катастрофи виникають з різних причин, одночасно вражають як людей, так і технічні засоби, можуть бути результатом комбінованого одночасного впливу декількох вражаючих факторів, тривати невизначений період часу і потребувати залучення різних служб для найбільш адекватного реагування та ліквідації наслідків. Окрім того, надзвичайні ситуації не визнають кордонів, можуть виникати або впливати одночасно на територію і населення декількох країн [12, 17].

У разі виникнення НС, особливо при масовому ураженні, всі постраждалі спеціалісти повинні надавати посильну допомогу в контролі над ситуацією; усі місцеві лікарі незалежно від спеціальності повинні вміти надавати таку допомогу [9].

Американська Медична Рада у 2004 році визначила наступні обов'язки лікаря до готовності та відповіді на катастрофи: «національні, регіональні і місцеві плани відповіді на епідемії, терористичні акти та інші види катастроф», «...етичні зобов'язання професії вимагають навіть ризику власним здоров'ям, безпекою, життям...». Адаже в умовах вимушеної ізоляції громади (наприклад, під час природних катастроф) сімейні лікарі можуть стати єдиними доступними для населення медиками, на яких покладаються у такому випадку всі обов'язки по досягненню контролю над ситуацією згідно із заздалегідь розробленим планом і сценарієм, організації і наданню медичної допомоги. Збільшення кількості загроз та зростання частоти катастроф спонукало медичну громадськість США до висновку – медицина катастроф має стати другою спеціальністю для кожного лікаря [15].

Однак відкритими залишаються питання: що повинні вміти ці спеціалісти; яку мають пройти підготовку і навчання; скільки має бути таких спеціалістів, наприклад, в Україні; які ще фахівці повинні залучатись до такої діяльності – медсестри, парамедики, поліція, військові Національної гвардії, пересічні громадяни? [3, 13, 17].

Так, у Сендайській рамковій програмі зниження ризику лиха на 2015–2030 рр., прийнятій у березні 2015 року на Третій Всесвітній конференції ООН по зниженню ризику катастроф, зазначено, що попередити виникнення загроз можливо лише «... шляхом проведення комплексних та інклюзивних економічних, структурних, юридичних, соціальних, медико-санітарних, культурних, освітніх, екологічних, технологічних, політичних та конституційних заходів» на глобальному рівні «шляхом залучення всього суспільства» для «... зниження ризику впливу небезпечних факторів та вразливості до лиха, підвищення готовності до реагування і відновлення». Згідно з цією програмою, головним завданням усіх

здіяних сторін є значне зниження смертності та кількості постраждалих у результаті катастроф (на 100 тис. менше в глобальному масштабі, ніж за період 2005–2015 рр.) [10].

Насамперед має бути залучено принцип політичного пріоритету на рівні урядів спільних країн та зобов'язання щодо організації системи взаємодії з надання первинної медико-санітарної допомоги. Це політичне зобов'язання повинно передбачати добре продуману структуру кар'єрного та фінансового заохочення лікарів сімейної практики та сільських медичних працівників [14].

За даними багатьох досліджень лікарі витрачають до 20% свого вільного часу на навчання, незалежно від майбутніх кар'єрних планів. Комітет з розгляду статусу резидентів для сімейної медицини Американської академії сімейної медицини (ACGME) рекомендує старшим колегам виконувати наглядову функцію під час навчання, що формує їхній прогрес у професійному та кар'єрному рості. Також лікарі-вчителі можуть використовувати свої навички публічного виступу для поліпшення здоров'я своєї громади шляхом вдосконалення медичних знань, підвищення рівня обізнаності громадськості або законодавчої пропаганди [15, 16].

Вважається, що проведення анкетування створює передумови для навчання лікарів, які можуть бути задіяні до волонтерської роботи з метою надання невідкладної медичної допомоги постраждалим при НС [16].

Згідно зі стандартами акредитації та визначеного «Індексу безпеки лікарні», які відповідають профілю закладу та виду лікувально-профілактичної допомоги, що надається закладом, у системі охорони здоров'я України функціонально можуть бути виділені наступні групи лікарів, які повинні брати участь у ліквідації наслідків НС, а саме: лікарі за фахом «Загальна практика – сімейна медицина», які працюють у сімейних амбулаторіях; лікарі-терапевти та інші спеціалісти районних спеціалізованих медико-санітарних частин, що підпорядковані міській або районній адміністрації; лікарі відомчих госпіталів та лікарі мобільних формувань служби медицини катастроф, у тому числі бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги [4–6].

Проте за попередніми висновками у відповідності до сучасних вимог напруженості у суспільстві, у тому числі щодо проведення локальних військових конфліктів, незадовільний стан лікувально-діагностичної і матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я України, забезпеченість лікарськими засобами і медичними виробами є однією з причин незначного рівня поінформованості, як лікарів МОЗ України, так й військових лікарів [1].

Таким чином, сучасні виклики щодо реформування системи охорони здоров'я України потребують значної уваги у проведенні незалежного оцінювання знань та підготовки у переддипломній та післядипломній освіті у медичній галузі.

Мета дослідження: визначення рівня знань та умінь з напрямку медицини «Екстрена медична допомога та медицина катастроф» (ЕМД та МК) шляхом проведення анкетування практичних лікарів та інтернів під час проходження післядипломної підготовки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На виконання Наказу МОЗ України «Про навчально-методичну діяльність вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів I–IV рівнів акредитації» та з метою здійснення системного моніторингу навчально-методичної діяльності вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів та закладів післядипломної освіти МОЗ та НАМН України організовано роботу моніторингових груп у вищих навчальних закладах, що здійснюють підготовку спеціалістів для сфери охорони здоров'я України [8].

Для дослідження зазначених вище питань фахівцями кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки (МК та ВМП) НМАПО імені П.Л. Шупика було розроблено анкету, розраховану на самостійне та добровільне опрацювання, та яка складалася з трьох частин: вступної (звернення), основної та демографічної. Анкета містила 11 запитань із напрямку ЕМД та МК, які демонстрували рівень знань і умінь курсантів до роботи за умов НС відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики спеціаліста за спеціальністю «Лікувальна справа» напряму підготовки «Медицина» галузевих стандартів вищої освіти та програм переддипломної та післядипломної підготовки з ЕМД та МК (1.ПФ.Е.02, 2.ПФ.С.04, 3.ПФ.С.10.ПР.Н.25.01-26, 3.ПФ.С.12) [2, 9]. Згідно з наведеними вище нормативними документами усі респонденти повинні мати відповідні знання та вміння із зазначеного напрямку медицини.

Для визначення поставленої мети у період від березня 2016 року до червня 2017 року було проведено опитування 417 слухачів післядипломної підготовки кафедри МК та ВМП НМАПО імені П.Л. Шупика із застосуванням методології анкетування за 3-бальною шкалою (0 – відповідь незадовільна, 1 – задовільно, 2 – добре). Вік курсантів, які прийняли участь у дослідженні – від 23 до 65 років і в середньому становив 41,5±8 року.

Серед опитаних 37,4% мали стаж роботи за фахом до двох років, 60,1% – від 3 до 25 років і 2,5% – більше 25 років; кількість чоловіків становила – 24%, жінок – 76%.

Загальний масив дослідження курсантів було розподілено за фахом на три групи:

- I група – 156 (37,4%) лікарів-інтернів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» (ЛІЗП–СМ);
- II група – 113 (27,1%) практичних лікарів за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» (ПЛ ЗП–СМ);
- III група – 148 (35,5%) практичних лікарів вузьких спеціальностей.

З метою проведення порівняльного аналізу із визначенням кількісного показника відповідей анкетування у балах серед підгруп та в підгрупах дослідження, нами була застосована уніфікована формула розрахунку відносного показника за 3-бальною шкалою, у відсотках (%):

$$\frac{\text{Кількість балів за 3-бальною шкалою (n)} \times 100}{\text{Загальна кількість балів у лікарів у підгрупі (N)}}$$

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За отриманими даними серед загальної кількості респондентів 21,6% відповідей були оцінені добре, 19,9% – задовільно та 58,5% – незадовільно.

У групах зазначених респондентів відзначали кількісну та якісну різноманітність відповідей за 3-бальною шкалою, а саме: серед респондентів I групи 21,4% відповідей були оцінені добре, 18,4% – задовільно та 60,2% – незадовільно; у II групі 19,9% – добре, 17,5% – задовільно та 62,6% – незадовільно; у III групі – 23,7%, 24,6% та –51,7% відповідно.

Аналіз відповідей респондентів на питання основної частини анкети свідчить про наступне.

Так, на запитання «Що Ви будете робити, коли дізнаєтесь, що у Вашому регіоні виникла надзвичайна ситуація (НС)» тільки 8,3% респондентів I групи відповіли на добре та теоретично знали, як діяти в цій ситуації, інші 22,5% відповіли задовільно та 69,2% – незадовільно. У II групі цей показник був кращим і становив – 32,7% і 47,8% відповідно, лише 19,5% відповіли на «незадовільно». Респонденти III групи (45,9% осіб) відповіли на добре, теоретично й практично знали, як діяти в цій ситуації, інші 43,3% відповіли на задовільно та 10,8% – незадовільно.

АКТУАЛЬНІ ТЕМЫ

Аналіз анкетування за 3-бальною шкалою курсантів післядипломної підготовки кафедри МК та ВМП Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика з напрямку «ЕМД та МК», n=417

| Запитання | Група | | | | | | | | |
|---|--|-----------|------------|---|-----------|-----------|--|-----------|------------|
| | I група, n=156 (37,4%) лікарі-інтерни ЗП-СМ | | | II група, n=113 (27,1%) лікарі ЗП-СМ | | | III група, n=148 (35,5%) лікарі вузької спеціальності | | |
| Бали (кількість відповідей, %): | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 |
| 1. Що Ви будете робити, коли дізнаєтесь, що у Вашому регіоні виникла надзвичайна ситуація (НС)? | 108 (69,2) | 35 (22,5) | 13 (8,3) | 22 (19,5) | 54 (47,8) | 37 (32,7) | 16 (10,8) | 64 (43,3) | 68 (45,9) |
| 2. Кому Ви будете дзвонити і що повідомляти під час НС? | 7 (4,5) | 58 (37,2) | 91 (58,3) | 15 (13,3) | 19 (16,8) | 79 (69,9) | 14 (9,5) | 25 (19,9) | 109 (73,6) |
| 3. Яким документом регламентуються дії кожного лікаря під час НС? | 155 (99,4) | 1 (0,6) | 0 (0) | 103 (91,2) | 6 (5,3) | 4 (3,5) | 109 (73,4) | 21 (14,2) | 18 (12,4) |
| 4. Що Ви будете робити при НС з масовими жертвами? | 36 (23,1) | 74 (47,4) | 46 (29,5) | 65 (57,5) | 37 (32,8) | 11 (9,7) | 33 (22,2) | 83 (56,1) | 32 (21,8) |
| 5. Що таке контаміновані постраждалі і що треба в першу чергу робити з ними? | 121 (77,6) | 19 (12,2) | 16 (10,2) | 94 (83,2) | 11 (9,7) | 8 (7,1) | 102 (68,9) | 33 (22,3) | 13 (8,8) |
| 6. Чи готові Ви працювати в лікувальних закладах під час пандемії пташиного грипу? | 76 (48,7) | 35 (22,5) | 45 (28,8) | 17 (15,1) | 44 (38,9) | 52 (46,0) | 19 (12,8) | 64 (43,2) | 65 (43,9) |
| 7. Що Ви будете робити під час НС із застосуванням токсичних (хімічних) чинників, включаючи хімічну зброю? | 129 (82,7) | 17 (10,9) | 10 (6,4) | 45 (39,8) | 31 (27,4) | 37 (32,8) | 28 (18,9) | 59 (39,9) | 61 (41,2) |
| 8. Чи достатньо у Вас знань і умінь для роботи при НС з радіаційними чинниками? | 134 (85,9) | 12 (8,7) | 10 (6,4) | 27 (23,9) | 47 (41,6) | 39 (34,5) | 34 (23,0) | 56 (37,8) | 58 (39,2) |
| 9. Чи отримали Ви знання і практичні навички за міжнародними програмами з надання екстреної медичної допомоги за рівнями? | | | | | | | | | |
| А) CPR, % | 24 (15,4) | 16 (10,3) | 116 (74,3) | 88 (77,9) | 12 (10,6) | 13 (11,5) | 110 (74,5) | 24 (16,3) | 14 (9,2) |
| Б) BLS, % | 112 (71,8) | 20 (12,8) | 24 (15,4) | 105 (92,9) | 3 (2,7) | 5 (4,4) | 134 (90,5) | 9 (6,3) | 5 (3,2) |
| С) ACLS, % | 106 (67,9) | 32 (20,6) | 18 (11,5) | 110 (97,3) | 2 (1,8) | 1 (0,9) | 140 (94,6) | 6 (3,8) | 2 (1,6) |
| Д) APLS, % | 122 (78,2) | 7 (4,5) | 27 (17,3) | 110 (97,3) | 2 (1,8) | 1 (0,9) | 139 (93,6) | 6 (4,3) | 3 (2,1) |
| Е) ATLS, % | 137 (87,8) | 13 (8,3) | 6 (3,9) | 107 (94,7) | 2 (1,8) | 4 (3,5) | 134 (90,7) | 8 (5,2) | 6 (4,1) |
| 10. Чи готові Ви працювати і де як волонтер при НС з масовими жертвами любого генезу? | 34 (21,8) | 67 (42,9) | 55 (35,3) | 40 (35,4) | 24 (21,2) | 49 (43,4) | 60 (40,5) | 42 (28,4) | 46 (31,1) |
| 11. Що таке тактична медицина? | 145 (92,9) | 5 (3,2) | 6 (3,9) | 107 (94,7) | 2 (1,8) | 4 (3,5) | 120 (81,1) | 17 (11,5) | 11 (7,4) |
| Всього відповідей (n) за 3-бальною шкалою | 1346 | 411 | 480 | 1055 | 296 | 335 | 1192 | 517 | 511 |
| У % від підгрупи | 60,2 | 18,4 | 21,4 | 62,6 | 17,5 | 19,9 | 53,7 | 23,3 | 23,0 |

Отримані дані дають підставу стверджувати, що практичні лікарі вузьких спеціальностей та ПЛ ЗП-СМ проходили більше циклів удосконалення та набували і відпрацювали практичні навички на тренуваннях з ЕМД та МК у лікувальних закладах, де вони працюють.

На запитання анкети: «Кому Ви будете дзвонити і що повідомляти, коли дізнаєтесь про НС?», тобто «повідомляти аварійно-рятувальну службу та керівництво підпорядкованого закладу охорони здоров'я (ЗОЗ)», – серед респондентів I групи відповіли на добре 58,3% осіб, хоча кращий показник спостерігали у II та III групі, якій склав 60,9% та 73,6% відповідно.

Як наслідок, правильна відповідь на запитання «Яким документом регламентуються дії кожного лікаря під час НС?» серед курсантів I та II групи майже відсутня, що підтверджено показниками 99,4% та 91,2% незадовільних відповідей відповідно, але у III групі цей показник був ще нижчим і становив лише 73,4%. Це свідчить про те, що поінформованість лікарів вузьких спеціальностей про «План реагування ЗОЗ при НС» залишається задовільною: 14,2% курсантів III групи відповіли задовільно та 12,4% – добре. Ці показники свідчать про те що питання, які стосуються «Плану реагування ЗОЗ при НС» у недостатньому об'ємі викладаються у навчальному процесі для ЛІЗП-СМ. А якщо і є «План...» у самому лікувальному закладі, то ЛІЗП-СМ з ним не ознайомлені.

На підставі аналізу вступної частини анкети можливо стверджувати, що лікарі-інтерни дуже посередньо обізнані у нормативній складовій організації служби медицини катастроф,

яка викладається у навчальних закладах переддипломної освіти. У подальшому це зумовлює необхідність ознайомлення практичних лікарів та впровадження у свою діяльність локальних протоколів з ЕМД та МК.

Аналіз відповідей курсантів на питання основної частини анкети передбачає передумови визначення не тільки знань, а й умінь, якими повинен володіти курсант для роботи при НС.

На четверте запитання основної частини анкети: «Що Ви будете робити при НС з масовими жертвами?» були зафіксовані такі відповіді: на добре і задовільно відповіли 76,9% респондентів I групи, у II групі цей показник був меншим і склав 42,5%, отримані показники у III групі були порівняно схожими до показників I групи і становили 77,9%. Отримані дані свідчать про те, що проблема медичного сортування при НС залишається на сьогодні актуальною і викладається на належному рівні більш поглиблено у всіх ВМНЗ I–IV рівнів акредитації, але рівень обізнаності з цього питання серед ЛІЗП-СМ залишається недостатньою.

На п'яте запитання анкети: «Що таке контаміновані постраждалі і що треба в першу чергу робити з ними?» на добре та задовільно відповіли 22,4% слухачів I групи, 16,8% – II групи та 31,1% – III групи відповідно, що свідчить про те, що лише лікарі вузьких спеціальностей достатньо ознайомлені з діями в цій ситуації та мають задовільні навички щодо проведення деконтамінації постраждалих забруднених хімічними, бактеріологічними та радіаційними чинниками.

На шосте запитання анкети: «Чи готові Ви працювати в лікувальних закладах під час пандемії пташиного грипу?»

більшість респондентів усіх трьох груп відповіли на задовільно і добре, а саме: представники I групи – 51,3%, II – 84,9% та III – 87,1%, що свідчить про позитивну психологічну та професійну складову щодо виконання професійного обов'язку практичного лікаря.

Результати відповідей на сьоме запитання: «Що Ви будете робити під час НС із застосуванням токсичних (хімічних) чинників, включаючи хімічну зброю?» показали слабкі незадовільні знання 82,7% респондентів I групи на відміну від практичних лікарів II та III групи, де незадовільна відповідь становила лише 39,8% та 18,9% відповідно.

Подібні результати виявлених знань були під час відповіді на наступне запитання анкети: «Чи достатньо у Вас знань і умінь для роботи при НС з радіаційними чинниками?», а саме: у I групі незадовільний результат був зафіксований у 85,9% досліджуваних, тоді як у практичних лікарів II та III групи цей показник становив 23,9% та 23,0% відповідно.

Зазначені результати відповідей на 7 та 8 запитання анкети свідчили про те, що студентам при отриманні переддипломної освіти та лікарям-інтернам недостатньо повно викладається розділ курсу з ЕМД та МК, а саме «хімічні та радіаційні аварії та катастрофи, хімічна зброя». Можливо припустити, що практичні лікарі отримують детальнішу інформацію з циклів навчання в післядипломній освіті на передатестаційних циклах та тематичного удосконалення, а також навчаннях та практичних тренінгах, які проводяться за місцем основної роботи.

Дев'яте запитання анкети: «Чи отримали Ви знання і практичні навички за міжнародними програмами з надання екстреної медичної допомоги за рівнями...?», – складане із п'яти підпунктів. А саме, відповіді першого підпункту – щодо знань проведення серцево-легеневої реанімації (CPR) нами отримано наступні результати: на добре і задовільно відповіли 84,7% курсантів I групи, у II групі цей показник склав лише 22,1% та 25,5% – у III групі. З другого та до п'ятого підпункту дев'ятого запитання респондентів усіх трьох груп мають незадовільні знання, а саме: з основ базової підтримки життя (BLS) у I групі – 71,8% відповіли незадовільно, у II групі – 92,9%, у III групі – 90,5% відповідно; із професійної підтримки життя при кардіологічних станах (ACLS) у I групі – 67,9% відповіли незадовільно, у II групі – 97,3% та в III групі – 94,6% відповідно; з професійної підтримки життя у дітей (APLS) у I групі – 78,2% відповіли незадовільно, у II групі – 97,3% та в III групі – 93,6% відповідно; та із професійної підтримки життя при травмах (ATLS) у I групі – 87,8% відповіли незадовільно, у II групі – 94,7% та в III групі – 90,7% відповідно.

Основам проведення серцево-легеневої реанімації, базової та професійної підтримки життя сьогодні приділяється значна увага не тільки в медичній освіті, але малий відсоток задовільних відповідей у ЛІ ЗП–СМ та ЛЗП–СМ свідчить про недостатню увагу викладання «Міжнародних програм з надання ЕМД» у закладах переддипломної та післядипломної освіти, окрім серцево-легеневої реанімації, підтвердженням чого були отримані добрі результати серед ЛІ ЗП–СМ. Наявність незадовільних знань у лікарів-інтернів з надання ЕМД дозволяє стверджувати про низький рівень підготовки до складання ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок» та неналежної ролі у тестуванні і рівні освіти студентів-медиків.

Відповіді на десяте запитання: «Чи готові Ви працювати і де, як волонтер при НС з масовими жертвами любого генезу?» мали наступні показники: на добре і задовільно відповіли 78,2% респондентів I групи, в II групі цей показник склав 64,6%, в III групі – 59,5%. Це свідчить про схильність лікарів-інтернів до волонтерської діяльності,

яка позбавляла в Україні за останні роки. Лікарі II та III групи показали також високий відсоток позитивних відповідей, хоча і більш виважених, що також свідчить про позитивну психологічну та професійну складову до виконання професійного обов'язку практичного лікаря, але з невпевненістю в собі, як спеціаліста у формуванні медицини катастроф та в особистій практичній діяльності в незнайомому середовищі.

Відповіді на кінцеве запитання: «Що таке тактична медицина?» були незадовільними у респондентів усіх трьох груп: у I групі – 92,9%, у II групі – 94,7% та в III групі – 81,1% відповідно. Ймовірно, що курс тактичної медицини – «Надання допомоги постраждалим в умовах бойових дій» для лікарів є недостатнім, або зовсім відсутньою в програмах переддипломної освіти; практичні лікарі отримують більш детальну інформацію з циклів навчання у післядипломній освіті відповідно до власної спеціалізації.

Отже, згідно з технікою компетентного програмованого розвитку на підставі вивчення міжнародного та національного досвіду з питань організації та надання ЕМД постраждалим під час НС, відповідно до результатів аналізу анкетування курсантів післядипломної освіти щодо визначення рівня підготовки з напрямку медицини – «ЕМД та МК», організація роботи моніторингових груп МОЗ України у вищих навчальних закладах підтверджує актуальність проведеного дослідження та створює передумови покращення підготовки за спеціальністю «Лікувальна справа» напрямку підготовки «Медицина» галузевих стандартів вищої освіти.

ВИСНОВКИ

1. Після проведення анкетування лікарів-курсантів для визначення базового рівня знань та умінь з напрямку медицини «Екстрена медична допомога та медицина катастроф» встановлено, що 3/5 осіб на запитання відповіли незадовільно (51,7 – 62,6%), 1/5 респондентів відповіли задовільно (17,5 – 24,6%) та така сама кількість (1/5) відповіла добре (19,9 – 23,7%).

2. Практичних лікарів загальної практики – сімейної медицини та лікарів вузьких спеціальностей можна вважати найбільш підготовленими для роботи з надання екстреної медичної допомоги постраждалим за умов надзвичайної ситуації.

3. При надзвичайній ситуації до волонтерської роботи у закладах охорони здоров'я потрібно залучати лікарів-інтернів та лікарів загальної сімейної практики, які повинні підпорядковуватися керівникам лікарських команд підсилення шпиталів.

5. Внести зміни у галузевий стандарт вищої освіти напрямку підготовки «Медицина» щодо конкретизації питань з напрямку медицини «Екстрена медична допомога та медицина катастроф», а саме: відповідно до «Плану реагування закладу охорони здоров'я при надзвичайній ситуації» впровадження у діяльність лікарів локальних протоколів з даного напрямку медицини, на основі міжнародних протокольних програм – CPR, BLS, ACLS, APLS, ATLS, TCCC; відокремити поняття – знання та уміння, у тому числі до заходів деконтомінації та дезактивації, при роботі в умовах надзвичайних ситуацій з масовими жертвами; розробити заходи дієвого контролю за виконанням пунктів галузевого стандарту.

6. Впровадити 39-годинну уніфіковану програму з напрямку медицини «Екстрена медична допомога та медицина катастроф» з основами тактичної медицини в усіх вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах післядипломної освіти з обов'язковим відпрацюванням практичних навичок у польових умовах 1 раз на три роки всіх медичних спеціалістів.

Вызовы современного мира: подготовка врачей по медицине катастроф

Г.Г. Рошин, Л.В. Химион, В.В. Ватага, Л.Ф. Матюха, В.И. Иванов, И.И. Назаренко

Цель исследования: определение уровня знаний и умений по направлению медицины «Экстренная медицинская помощь и медицина катастроф» путем проведения анкетирования врачей-курсантов последиplomной подготовки.

Материалы и методы. Проведен опрос 417 курсантов последиplomной подготовки с применением методологии группового письменного анкетирования по 3-балльной шкале (0 – неудовлетворительно, 1 – удовлетворительно, 2 – хорошо). Анкета содержала 11 вопросов по направлению «Экстренная медицинская помощь и медицина катастроф». Общий массив исследуемых курсантов был распределен на три группы по специальностям: I группа – 156 (37,4%) врачей-интернов по специальности «Общая практика – семейная медицина»; II группа – 113 (27,1%) практических врачей по специальности «Общая практика – семейная медицина»; III группа – 148 (35,5%) практических врачей узкой специализации.

Результаты. Среди респондентов I группы 21,4% ответили хорошо, 18,4% – удовлетворительно и 60,2% – неудовлетворительно; среди курсантов II группы 19,9% ответов – хорошо, 17,5% – удовлетворительно и 62,6% – неудовлетворительно. Среди курсантов III группы 23,7% ответов были оценены хорошо, 24,6% – удовлетворительно и 51,7% – неудовлетворительно.

Заключение. По результатам сравнительного анализа ответов среди групп курсантов установлено, что 3/5 лиц на вопросы анкеты ответили неудовлетворительно (51,7 – 62,6%), 1/5 – ответили удовлетворительно (17,5 – 24,6%) и 1/5 общего массива – ответили хорошо (19,9 – 23,7%). Полученные данные обусловлены тем, что в учреждениях преддипломного и последиplomного образования изложению материалов по направлению медицины «Экстренная медицинская помощь и медицина катастроф», в том числе «Международным программам по оказанию экстренной медицинской помощи» уделяется недостаточно внимания. Практические врачи общей практики-семейной медицины, а также врачи узких специальностей оказались более осведомленными в теории и практических навыках и более подготовленными к работе в условиях чрезвычайной ситуации.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, медицина катастроф, анкетирование врачей-курсантов.

Challenges of the modern world: training doctors in medicine for catastrophes

G.G. Roschin, L.V. Khimion, V.V. Vataha, L.P. Matiukha, V.I. Ivanov, I.I. Nazarenko

The objective: to determine the level of knowledge and skills in the direction of medicine «Emergency medical care and disaster medicine» by conducting questionnaires of postgraduate training physicians.

Patients and methods. A poll of 417 postgraduate training physicians was conducted using the methodology of group written questionnaires on a 3-point scale (0 – unsatisfactory, 1 – satisfactory, 2 – good). The questionnaire contained 11 questions from the direction «Emergency medical care and disaster medicine». The total mass of training physicians was divided into three groups by specialty: in the group I was 156 people (37,4%), it consisted of intern doctors in the direction of «General Practice – Family Medicine»; in the group II was 113 (27,1%) persons – practical doctors on the specialty «General practice – family medicine»; the group III consisted of practical doctors on narrow specialties – 148 (35,5%) persons.

Results. Among the intern doctors of group I 21,4% of the responses were good, 18,4% were satisfactory and 60,2% were unsatisfactory; among the physicians of group II 19,9% of the responses were good, 17,5% – satisfactorily and 62,6% unsatisfactorily; among the physicians of group III 23,7% of the responses were good, 24,6% – satisfactorily and 51,7% – unsatisfactorily.

Conclusion. According to the comparative analysis results of responses among the groups was found that 3/5 of the respondents answered unsatisfactory on questions (51,7 – 62,6%), 1/5 of them answered satisfactorily (17,5 – 24,6%) and 1/5 people answered the questions good (19,9 – 23,7%). The obtained data are due to the fact that in the institutions of pre-diploma and postgraduate education the provision of materials in the direction of medicine «Emergency medical care and disaster medicine» is paid insufficient attention, including «International programs for provision of emergency medical aid». Practical general practitioners and family doctors, as well as doctors of narrow specialties, were more knowledgeable about theoretical knowledge, practical skills and ability to work in an emergency.

Key words: emergency medical aid, catastrophic medicine, questioning of doctors-cadets.

Сведения об авторах

Рошин Георгий Георгиевич – Кафедра медицины катастроф и военно-медицинской подготовки Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 02166, г. Киев, ул. Братиславская, 4; тел.: (044) 518-57-08

Химион Людмила Викторовна – Кафедра медицины катастроф и военно-медицинской подготовки Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 02166, г. Киев, ул. Братиславская, 4; тел.: (044) 518-57-08

Ватага Валерия Васильевна – Кафедра медицины катастроф и военно-медицинской подготовки Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 02166, г. Киев, ул. Братиславская, 4; тел.: (044) 518-57-08

Матюха Лариса Федоровна – Кафедра медицины катастроф и военно-медицинской подготовки Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 02166, г. Киев, ул. Братиславская, 4; тел.: (044) 518-57-08

Иванов Владимир Игоревич – ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ Украины», 02166, г. Киев, ул. Братиславская, 4; тел.: (044) 518-57-08

Назаренко Ирина Ивановна – ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ Украины», 02166, г. Киев, ул. Братиславская, 4; тел.: (044) 518-57-08

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бадюк М.І. Проблеми впровадження системи якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України / М.І. Бадюк, О.О. Микита // Клінічна та експериментальна патологія. – 2016, – Т. XV, № 2 (56). – Ч. 2. – С. 3–6.
2. Галузевий стандарт вищої освіти. Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста за спеціальністю 7.110101 «Лікувальна справа» напрямку підготовки 1101–«Медицина»; Введ. 16.04.03. – К.: Книга-плюс, 2003. – 116 с.
3. Гуменюк В. Оцінювання якості вищої медичної освіти у контексті навчання іноземних студентів в Україні / В. Гуменюк // Порівняльно-педагогічні студії. – 2013. – № 2–3 (16–17). – С. 186–192.
4. Керівництво за оцінкою безпеки лікарень (контрольний запитувальник для оцінки безпеки лікарень) // Nyugo Framework for Action 2005–2015:

Building the resilience of nations and communities to disasters. (переклад, – С.103): – Режим доступу : www.unis-dr.org/eng/hfa/hfa
5. Методичні рекомендації до стандартів державної акредитації лікувально-профілактичних закладів. – Харків. – 2011. – 121 с.
6. Навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення «Надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок надзвичай-

них ситуацій та катастроф». Тривалість циклу – 156 годин (Затверджено рішенням Вченої ради від 18.01.2017) // Кафедра медицини катастроф та військово-медичної підготовки, НМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2017. – 10 с.
7. Навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення «Надання екстреної медичної допомоги постраждалим з бойовою травмою». Тривалість циклу – 39 годин (Затвер-

джено рішенням Вченої ради від 15.02.2017) // Кафедра медицини. катастроф та військово-медичної підготовки НМАПО ім.П.Л.Шупика, Київ. – 2017. – 7 с.

8. Наказ МОЗ України від 24.10.2012 № 834 «Про навчально-методичну діяльність вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладів I–IV рівнів акредитації». – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121024_834.html

9. Програма навчальної дисципліни «Екстрена і невідкладна медична допомога» для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівнів акредитації (5-й рік навчання) за спеціальностями 7.110101 «Лікувальна справа», 7.110104 «Педіатрія», 7.110105 «Медико-профілактична справа», 7.110110 «Медична психологія» // ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачовського», ДЗ «Луганський

державний медичний університет», Донецький національний медичний університет імені М. Горького. – К., 2013. – 23 с.

10. Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 гг. (перевод) // UNISDR/GE/ICLUX RU. Paper 37, – 2015. Первое издание. – Режим доступа: www.unisdr.org

11. Bruce R. Disaster Preparedness and Disaster Management: The Development and Piloting of a Self-Assessment Survey to Judge the Adequacy of Community-Based Physician Knowledge / R. Bruce, M. Guerdan, MPH // American Journal of Clinical Medicine. – 2009. – Vol. 6, № 3. – P. 32–40.

12. Lancer A. Scott. Disaster 101: A novel approach to disaster medicine training for health professionals/ A. Scott Lancer, MD, S. Deborah, I. Brian Greenwell // The Journal of

Emergency Medicine. – 2010. – Vol. 39, № 2. – P. 220–226. – Режим доступу: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.08.064>

13. Lauren Walsh. Core Competencies for Disaster Medicine and Public Health. / W.Lauren, MPH; I. Subbarao, DO, MBA; K. Gebbie, DrPH, RN; K. W. Schor, DO, MPH; J. Lyznicki, MS, MPH; K. Strauss-Riggis, MPH; A. Cooper, MD, MS; Edbert B. Hsu, MD, MPH; Richard V. King, PhD; John A. Mitas II, MD; J. Hick, MD; R. Zukowski, MSN, RN; Brian A. Altman, PhD; Ruth Anne Steinbrecher, MPH; J. James, MD, DrPH. // Disaster Med. & Public Health Prep. – 2012. – Vol. 6, № 1. – P. 44–52.

14. Monjok E. Rural health and family medicine: An agenda for sub-Saharan Africa / E. Monjok, I.B. Okokon, A. Smesny, E.J. Essien // Afr J Prm Health Care Fam Med. – 2011. – Vol 3(1), Art. #271, 2 pages. – Режим до-

ступу: <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v3i1.271>

15. Residents as teachers and precepting in postgraduate practice (Recommended curriculum guidelines for family medicine residents) // This document was endorsed by the American Academy of Family Physicians (AAFP). First developed 08/2014 by fox valley family medicine residency program, Paper 8.-2014. – Режим доступу: www.aafp.org/cg.

16. Sarah B. Baker. Occupational therapists in disaster preparedness, response, and recovery : a survey of knowledge and attitudes / B. Baker Sarah // Master's and Doctoral Projects. Paper 141, 2012. – Режим доступу: <http://utdr.utoledo.edu/graduate-projects/141>

17. UNEP 2015 Annual Report. // United Nations Environment Programme. Paper 62, 2016. – Режим доступу: www.unep.org

Статья поступила в редакцию 22.09.17

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

БЕССОННИЦА? ПРИЧИНЫ В ГЕНАХ!

Бессонница – проблема, которая рано или поздно приходит к каждому. Долгое время с ней борются как с психологической проблемой. Это не удивительно, так как в современном обществе нас на каждом шагу подстерегают стрессы, перегрузки, хроническая усталость.

Но является ли стресс единственной и основной причиной бессонницы? Последние исследования проведенные нейробиологами Нидерландов, Германии и Исландии, дали ответ – четкое "нет". Ученые определили, что бессонница имеет генетическое начало. Это подтверждается и предыдущими исследованиями, которые определили, что бессонница, часто имеет семейный характер.

В ходе исследований ученые провели анализ генома более ста тысяч человек. Чтобы выявить генетические факторы, связанные с жалобами на бессонницу, были проведены исследования ассоциации генома (GWAS) и исследования генофондной ассоциации генома (GWGAS). В результате было выделено семь вариантов генома, которые способствуют развитию бессонницы. Некоторые варианты этих ген совпадают с генами ответственными за развитие депрессии, синдрома беспокойных ног и других сопутствующих синдромов. В ходе этого исследования было совершенно еще одно удивительное открытие. Из-за разных механизмов в организмах у женщин и мужчин, разные

гены отвечают за развитие бессонницы. Результаты исследования дают новое представление о генетической архитектуре бессонницы и доказывают, что бессонница не может возникать только на почве нервного расстройства и стрессов.

Ведущий автор исследований профессор Ван Сомерен из Нидерландского института, уверен, что данное открытие приведет к перевороту в лечении бессонницы. И он абсолютно прав! Новое открытие приведет к новому подходу в лечении бессонницы, созданию новых препаратов, которые будут упразднять проблему не только с психологической стороны.

Источник: med-expert.com.ua