

Министерство Здравоохранения Украины
Тернопольский национальный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского Министерства Здравоохранения Украины

на правах рукописи

Your Name

магистерская работа

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ

магистр сестринского дела

Научный руководитель:

Тернопольского национального
медицинского университета
имени И. Я. Горбачевского
МЗ Украины

Тернополь – 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 МИРОВЫЕ СТАНДАРТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНОЙ СИСТЕМЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	6
ГЛАВА 2 ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	15
ГЛАВА 3 СИСТЕМА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ КАК СРЕДСТВО ДОСТИЖЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	17
ГЛАВА 4 ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ И РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ.....	24
ГЛАВА 5 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ.....	32
ГЛАВА 6 ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ.....	44
ВЫВОДЫ.....	52
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	53

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Во всем мире тяжелобольные и раненые [2, 5, 34] ежедневно обращаются за помощью [16, 45]. Поставщики услуг первой линии оказывают помощь детям [14] и взрослым и пожилым [7, 15, 29] в неотложных медицинских, хирургических [3, 4, 13] и акушерских ситуациях [32], включая травмы [34] и инфекции, сердечные приступы и инсульты, астму и острые осложнения беременности. Приоритет интегрированного подхода к раннему распознаванию угрожающих жизни состояний и состояний, требующих реанимационных мероприятий снижает риск смертельного исхода пострадавших [42].

Программа ВОЗ по неотложной помощи и травмам направлена на укрепление систем неотложной помощи [43, 44], которые служат в качестве первого пункта контакта с системой здравоохранения для многих стран мира [9, 25], и на поддержку развития качественной и своевременной неотложной помощи, доступной для всех [19, 20, 39].

Неотложная медицинская помощь является неотъемлемой частью системы здравоохранения и служит первой точкой контакта для многих людей во всем мире [20, 26, 27, 40]. Люди могут обращаться за медицинской помощью, особенно когда существуют материально-технические или финансовые препятствия для доступа к медицинской помощи, если у них есть симптомы острого заболевания или травмы [1, 3, 22, 34]. В большинстве случаев больные и раненые обращаются к медперсоналу [3, 8, 34], ответственному за оказание помощи детям и взрослым в случаях неотложной медицинской, хирургической и акушерской помощи, включая травмы, инфекционные и неинфекционные заболевания и осложнения беременности [20, 28].

Догоспитальная [13, 33] и неотложная медицинская помощь в учреждениях [1, 6, 7, 33] - это высокоэффективная и экономичная форма вторичной профилактики. Кроме того, наблюдение за заболеваниями в

учреждениях, оказывающих неотложную помощь, имеет важное значение для руководства первичной профилактикой и ответными мерами на неотложные состояния [11, 18, 26, 35].

По оценкам ВОЗ [42, 43, 44], почти половина случаев смерти и более трети случаев инвалидности в странах с низким и средним уровнем доходов могут быть решены путем оказания эффективной неотложной помощи. Всемирная ассамблея здравоохранения призвала государства-члены уделять приоритетное внимание созданию интегрированных систем экстренной помощи и травматологической помощи.

Службы неотложной и травматологической помощи являются важной частью всеобщего охвата услугами здравоохранения. ВОЗ стремится обеспечить всеобщий доступ к неотложной помощи для всех [42, 43, 44]. Медсестры отделения неотложной помощи лечат пациентов, страдающих травмами или тяжелыми острыми заболеваниями и нуждающихся в срочном лечении [10, 17, 18, 21]. Поскольку медсестры и врачи отделения неотложной помощи – это специалисты, которые работают в кризисных ситуациях, они должны уметь быстро [37] определить лучший способ обеспечения жизненно важных функций организма, стабилизировать состояние пациентов и минимизировать боль [3, 18].

Цель исследования: Изучить мировые стандарты и роль медсестры в организации эффективной системы неотложной помощи, определить особенности ее функционирования, а также особенности состояний пациентов, нуждающихся в неотложной помощи.

Задания исследования.

1. Изучить мировые стандарты организации эффективной системы неотложной помощи.
2. Провести анализ функционирования систем неотложной помощи, как главного средства достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения в некоторых странах.

3. Проанализировать особенности работы и роль медсестры в оказании неотложной помощи.

4. Изучить особенности функционирования отделения неотложной помощи.

5. Провести исследование состояний пациентов, нуждающихся в неотложной помощи.

Объект исследования. Организация неотложной помощи, пациенты отделения неотложной помощи.

Предмет исследования. Мировые стандарты организации эффективной системы неотложной помощи и роль медсестры в оказании неотложной помощи, наиболее частые состояния пациентов, нуждающихся в неотложной помощи и причины посещений отделений неотложной помощи у пациентов, которые обращались в отделение неотложной помощи.

Методы исследования: методы исследования пациентов в отделении неотложной помощи, библиосемантический метод; аналитический метод; статистические методы.

Научно-практическое значение исследования. С помощью данного научного исследования изучены мировые стандарты организации эффективной системы неотложной помощи, проведен анализ функционирования систем неотложной помощи, как главного средства достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения в некоторых странах, проанализировано особенности работы и роль медсестры в оказании неотложной помощи; изучены особенности функционирования отделения неотложной помощи; проведено исследование состояний пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, выделены из них те, которые требуют особой подготовки медицинского персонала, командной работы медицинских работников отделения неотложной помощи, что может помочь избежать ошибок и значительно увеличить эффективность оказываемой неотложной помощи данным пациентам.

ГЛАВА 1

МИРОВЫЕ СТАНДАРТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭФФЕКТИВНОЙ СИСТЕМЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ВОЗ создала набор инструментов и ресурсов, которые могут быть полезны для поддержки разработки эффективной системы неотложной помощи [42, 43, 44]. К ним относятся ресурсы для использования на системном уровне и в процессе обслуживания населения.

Экстренная медицинская помощь - это медицинская помощь, осуществляется работниками системы экстренной медицинской помощи в неотложных организационных, диагностических и лечебных мероприятиях, направленных на спасение и сохранение жизни человека в неотложном состоянии и минимизации последствий такого состояния на здоровье [3, 7, 43, 44].

Неотложное состояние человека - внезапное ухудшение физического или психического здоровья, которое представляет прямую и неотвратимую угрозу жизни и здоровью человека или окружающих ее людей и возникает в результате болезни [32], травмы [34], отравления или других внутренних или внешних причин [4, 5, 16, 45].

К категории экстренных относятся обращения пациента, находящегося в неотложном состоянии, что сопровождается: обмороком, судорогами, внезапным расстройством дыхания, внезапными болями в области сердца, рвотой кровью, острой болью в животе, наружным кровотечением, признаками острых инфекционных заболеваний, острыми психическими расстройствами, угрожающих жизни и здоровью пациента или других лиц; или обусловлен: всеми видами травм (ранения, переломы, вывихи, ожоги, тяжелые ушибы, травмы головы) [32], поражением электрическим током, молнией, тепловыми ударами, переохлаждением, асфиксией всех видов (утопление, попадание посторонних предметов в

дыхательные пути), повреждениями различной этиологии во время чрезвычайных ситуаций (дорожно-транспортные происшествия, аварии на производстве, стихийные бедствия и т.п.), отравлениями, укусами животных, змей, пауков и насекомых, нарушением нормального течения беременности (преждевременные роды, кровотечение и др.), а также транспортировки пациентов, находящихся в состоянии, требуют обязательного медицинского сортировки [26, 28, 40] и срочной госпитализации в лечебное учреждение [3, 7, 18, 33].

К категории не экстренных относятся обращение относительно пациента, состояние которого не является неотложным и сопровождается внезапным повышением температуры тела с кашлем, насморком, болью в горле головной болью, головокружением, слабостью; болью в пояснице, суставах (радикулиты, остеохондроз, артрит, артроз), повышением артериального давления, болевым синдромом у онкологических больных, алкогольным, наркотическим, токсическим, абстинентным синдромами, или обусловлен обострением хроническим заболеванием у пациентов, находящихся под наблюдением семейного или участкового врача по поводу гипертонической болезни, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, хронического воспаления печени, желчного пузыря, кишечника, болезни почек, суставов т.п. [2, 3, 13].

Вызов экстренной медицинской помощи - это сообщение о неотложном состоянии человека и место происшествия или обращение о необходимости оказания экстренной медицинской помощи по единому телефонному номеру экстренной медицинской помощи, или по единому телефонному номеру системы экстренной помощи населению.

Иногда помощь оказывают граждане, у которых произошло приключение, катастрофа. Такая ситуация может возникнуть в поезде, автобусе, на дороге [45]. До приезда специалистов очевидцы обязаны сохранить жизнь человека, предоставив домедицинскую помощь.

Домедицинская помощь - это неотложные действия и организационные мероприятия, направленные на спасение и сохранение жизни человека в неотложном состоянии и минимизации последствий такого состояния на здоровье, осуществляемые на месте происшествия лицами, не имеющих медицинского образования, но по своим служебным обязанностям должны владеть основными навыками по спасению и сохранению жизни человека, который находится в неотложном состоянии, и в соответствии с законом обязаны осуществлять такие действия и мероприятия [17, 18, 42].

Система экстренной медицинской помощи - это совокупность учреждений здравоохранения и их структурных единиц, обеспечивающих организацию и оказание экстренной медицинской помощи, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций и ликвидации их последствий [19, 20, 27, 40].

Вызов экстренной медицинской помощи имеет право осуществить как гражданин страны, так и иностранец или лицо без гражданства.

Гражданин страны или другое лицо, находится в неотложном состоянии, имеет право обратиться к предприятиям, учреждений и организаций с просьбой предоставить транспортное средство для перевозки такого человека до ближайшего к месту происшествия отделения экстренной (неотложной) медицинской помощи или другого учреждения здравоохранения, в котором может быть обеспечено предоставление необходимой медицинской помощи [1, 7, 33].

Предприятия, учреждения, организации независимо от формы собственности и подчинения, физические лица - предприниматели, а также водители обязаны обеспечить бесплатную перевозку имеющимся в их распоряжении транспортом человека, который находится в неотложном состоянии, до ближайшего к месту происшествия отделения экстренной (неотложной) медицинской помощи или другого учреждения

здравоохранения, в котором может быть обеспечено предоставление необходимой медицинской помощи [43].

Если при перевозке бригадой экстренной (скорой) медицинской помощи пациента, находящегося в неотложном состоянии, в его состоянии возникли внезапные осложнения, которые не могут быть устранены медицинскими работниками этой бригады, такой пациент доставляется в ближайшее учреждение здравоохранения независимо от формы собственности и подчинения, где ему может быть оказана необходимая медицинская помощь в зависимости от его состояния. Отказ в оказании медицинской помощи такому пациенту или создание препятствий в его предоставлении не допускается, и влечет за собой для лиц, ее допустивших или осуществили без уважительных причин, ответственность, определенную законом [44].

Медицинские работники (врачи и медсестры) отделения экстренной (неотложной) медицинской помощи [12, 23, 24, 30, 34] обязаны оказать экстренную медицинскую помощь пациенту, который в ней нуждается, с момента прибытия такого пациента в это отделение независимо от того, сопровождает его бригада экстренной (скорой) медицинской помощи или другие лица. Отказ в принятии пациента, нуждается в экстренной медицинской помощи, или несвоевременное предоставление экстренной медицинской помощи пациенту, который в ней нуждается, не допускается и влечет за собой для лиц, ее допустивших или осуществили без уважительных причин, ответственность, определенную законом.

Основными задачами системы экстренной медицинской помощи являются:

- Организация и обеспечение предоставления доступной, бесплатной, своевременной и качественной экстренной медицинской помощи, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций и ликвидации их последствий [20, 26, 28];

- Медико-санитарное сопровождение массовых мероприятий;

- Взаимодействие с аварийно-спасательными подразделениями министерств, других центральных и местных органов исполнительной власти при возникновении чрезвычайных ситуаций и ликвидации их последствий.

В основу функционирования системы экстренной медицинской помощи легли:

- Постоянная готовность к оказанию экстренной медицинской помощи;
- Оперативное и круглосуточное реагирование на вызовы экстренной медицинской помощи;
- Доступность и безопасность экстренной медицинской помощи, ее своевременность, качество и приоритетность;
- Последовательность и непрерывность оказания экстренной медицинской помощи и ее соответствие единым требованиям;
- Региональная территориальность.

Управление системой экстренной медицинской помощи и медицины катастроф состоит в контроле за выполнением протоколов оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном и госпитальном этапах и обеспечение условий для своевременности предоставления этой помощи.

В декабре 2018 г. ВОЗ объявила о начале реализации Глобальной инициативы по травматологической и неотложной помощи, которая будет осуществляться при финансовой поддержке Фонда АО Foundation и будет нацелена на существенное расширение оказываемой государствам-членам технической поддержки и проведение мероприятий по глобальной координации и повышению осведомленности [42, 43, 44].

ВОЗ сформулировала перечень основных функций по оказанию неотложной помощи и подготовила инструмент для их оценки, что позволит лицам, ответственным за разработку политики, составлять планы действий с учетом национальной специфики. В каждой системе эти важные

функции могут осуществляться различными способами в зависимости от имеющихся ресурсов [42, 43, 44]. В результате проведенной ВОЗ оценки систем неотложной помощи были выявлены проблемы, общие для многих стран с низким и средним уровнем дохода, в том числе:

- низкий уровень координации работы на догоспитальном и госпитальном уровнях;
- ограниченный охват или отсутствие систем догоспитальной помощи, особенно в сельской местности;
- серьезнейшие пробелы в организации неотложной помощи в больницах первичного звена;
- отсутствие в отделениях неотложной помощи постоянного персонала, что делает невозможной последовательную работу по повышению качества обслуживания и внедрению стандартизированных процедур, таких как сортировка пациентов;
- недостаток данных о поступающих пациентах с острыми состояниями и оказании неотложной помощи, недостаточное использование имеющихся данных для планирования работы системы и повышения качества помощи;
- отсутствие стандартов ведения пациентов и оформления документации;
- пробелы в организации специализированной и систематической подготовки по вопросам оказания неотложной помощи на всех уровнях системы здравоохранения [26, 35], отсутствие соответствующего курса в официальных учебных программах и отсутствие навыков и знаний, связанных с оказанием неотложной помощи, в перечне квалификационных требований при аттестации медработников;
- недостаточное финансирование и отсутствие целевых ассигнований;

- недостаточный уровень безопасности работников здравоохранения, оказывающих неотложную помощь на догоспитальном и госпитальном уровнях.

Помимо упомянутых выше ресурсов для проведения оценки, ВОЗ подготовила ряд учебных материалов, а также стандарты, касающиеся основного набора услуг неотложной помощи и ресурсов, наличие которых должно быть обеспечено на каждом уровне системы здравоохранения [42, 43, 44]. Эти документы, в том числе базовый курс по оказанию неотложной медицинской помощи, протоколы сортировки пациентов, контрольные перечни для оценки состояния пациентов и ряд других практических рекомендаций, уже применяются органами здравоохранения стран и международными партнерами по всему миру.

Недавно начал работу Международный регистр пациентов отделений травматологической и неотложной помощи, призванный помочь странам в применении подготовленных ВОЗ рекомендаций по повышению качества помощи [42, 43, 44]. Данная платформа используется странами для более точной оценки бремени острых состояний и выявления областей, в которых простые процедурные изменения могут позволить спасти больше пациентов. Для содействия совместным усилиям и обеспечения соответствия результатов программной деятельности ВОЗ потребностям стран. Организация также координирует работу глобальной сети государственных координаторов и международных экспертов по неотложной помощи и выступает в качестве секретариата Глобального альянса по оказанию неотложной и травматологической помощи.

Услуги по оказанию неотложной помощи способствуют выявлению и лечению ряда заболеваний и состояний, которые являются причиной более половины случаев смерти в странах с низким и средним уровнем дохода. Надлежащим образом организованные системы неотложной помощи обеспечивают своевременную диагностику, реанимацию и направление в соответствующие медицинские учреждения, а также повышают

эффективность и результативность работы всей системы здравоохранения. Все государства, независимо от имеющихся у них ресурсов, могут принять меры для укрепления своих систем неотложной помощи [19, 20, 26, 27, 28, 39, 40]. Поскольку многие мероприятия в области оказания неотложной помощи эффективны и не требуют больших финансовых затрат, создание комплексной платформы оказания неотложной помощи позволит не только спасать жизни, но и получать максимальную отдачу от инвестиций в систему здравоохранения.

Перечень рекомендуемых действий включает следующее:

- выработать меры политики, обеспечивающие устойчивое финансирование, эффективное управление и всеобщий доступ к неотложной помощи;
- провести оценку системы неотложной помощи по методике ВОЗ или с использованием других стандартных национальных методик оценки для выявления недостатков и приоритетных мер, соответствующих ситуации;
- разработать основные процедуры и клинические протоколы, указанные в Принципах организации систем неотложной помощи ВОЗ [42, 43, 44];
- внедрить механизмы стандартизированного сбора данных для оценки бремени острых заболеваний на местном уровне и определить наиболее перспективные механизмы повышения качества медицинского обслуживания;
- обеспечить обучение всех работников, задействованных в оказании неотложной помощи, например, путем разработки специализированных учебных программ, организации обучения работников первичного звена базовым навыкам оказания неотложной помощи и включения специального курса по оказанию неотложной помощи в программы подготовки медицинских сестер и врачей в высших учебных заведениях;

- обеспечить наличие в отделениях неотложной помощи на догоспитальном и госпитальном уровнях специальных планов по защите медицинских работников, пациентов и имущества от насилия, а также четких протоколов по защите от воздействия источников опасности и принятию мер при их возникновении.

В заключение обзора научной литературы по данной теме следует отметить определяющую роль медсестры неотложной помощи при организации оказания высококвалифицированной помощи в экстренных ситуациях и в отделениях неотложной помощи [23, 34, 36, 38] и это является необходимым условием работы медицинского персонала в экстремальных условиях.

ГЛАВА 2

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом нашего научного исследования были: система неотложной помощи, пациенты отделения неотложной помощи, а предметом исследования были мировые стандарты организации эффективной системы неотложной помощи и роль медсестры в оказании неотложной помощи, наиболее частые состояния пациентов, нуждающихся в неотложной помощи и причины посещений отделений неотложной помощи у пациентов, которые обращались в отделение неотложной помощи.

Сначала (первая часть исследования) мы провели анализ наиболее частых причин посещений отделений неотложной помощи, зарегистрированных в США в 2020 году и наиболее частых причин посещений отделения неотложной помощи, в зависимости от возраста пациентов, которые обращались в наше отделение неотложной помощи. После чего мы более подробно исследовали состояния пациентов, которым оказывали неотложную помощь, и состояния пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, которые следует рассматривать как наиболее частые поводы для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме (вторая часть исследования). Вторая часть исследования состояла из 2-х серий наблюдений за пациентами, которым оказывали неотложную помощь. Первая серия исследования включила 147 пациентов отделения неотложной помощи, нуждающихся в этой помощи. Вторая серия научного исследования включила 558 пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, которые следует рассматривать как наиболее частые поводы для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме.

Методы нашего научного исследования включали непосредственно клинические методы исследования пациентов в отделении неотложной помощи, а также библиосемантический метод; аналитический метод; статистические методы.

В зависимости от ситуации и количество больных, требующих неотложной помощи, на первичный осмотр пострадавшего врач может потратить не более 40-60 сек, для чего он может использовать определенный алгоритм обзора, который включает следующие манипуляции: - ревизия полости рта и верхних дыхательных путей с одновременным удалением посторонних предметов и восстановлением функции внешнего дыхания. Первоочередность мероприятий определяется угрозой нарушения дыхания для жизни пострадавшего;

- оценка частоты и характера дыхательных движений, решение вопроса о показаниях к проведению простейших реанимационных мероприятий (дыхание "рот в рот", "рот в нос", непрямой массаж сердца);

- определение целостности кровеносных сосудов и одновременно остановка наружного кровотечения, в первую очередь артериальной;

- оценка состояния сердечнососудистой системы путем подсчета пульса. Отсутствие пульса на лучевых артериях свидетельствует о снижении АД ниже 80 мм рт. ст., что ориентирует медицинский персонал на проведение соответствующих мероприятий по неотложной медицинской помощи;

- установление речевого контакта с потерпевшим, а также проверка наличия или отсутствия активных и пассивных движений конечностей;

- оценка состояния органов чувств, прежде всего органа зрения.

Степень тяжести состояния можно определить по тому, в ответ на что открывает глаза обследуемый: по команде или при болевых раздражениях, или вовсе не реагирует на внешние воздействия;

- осмотр наружных повреждений.

Оценка тяжести состояния, требующего неотложной помощи, в конце концов, базируется на двух интегральных показателях - состоянии основных функциональных систем организма (дыхательной, сердечно - сосудистой и центральной нервной систем) и выраженности (распространенности) местных повреждений.

ГЛАВА 3

СИСТЕМА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ КАК СРЕДСТВО ДОСТИЖЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Доступ к неотложной медицинской помощи

Неотложная помощь представляет собой комплексную платформу для оперативного оказания медицинских услуг при острых заболеваниях и травмах на протяжении всей жизни человека. Система неотложной помощи, в рамках которой предоставляются эти услуги, охватывает все этапы от оказания первой помощи на месте происшествия до транспортировки пациента в отделение скорой медицинской помощи с проведением в необходимых случаях экстренных хирургических вмешательств и интенсивной терапии. Эффективность многих проверенных медико-санитарных мероприятий находится в чрезвычайно высокой зависимости от быстроты их проведения: они позволяют спасать пациентов, но только при условии своевременного оказания помощи. Обеспечивая раннее выявление острых состояний и своевременный доступ к необходимой помощи, надлежащим образом организованные системы неотложной медицинской помощи спасают жизни людей и усиливают положительное воздействие многих других компонентов системы здравоохранения.

Оказание неотложной медицинской помощи должно быть организовано с ориентацией на потребности человека в интересах достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Неотложная помощь заключается в оказании детям и взрослым экстренной медицинской помощи при различных неотложных состояниях, включая травмы, инфекции, обострения неинфекционных заболеваний и осложнения беременности, и является важнейшим элементом всеобщего

охвата услугами здравоохранения. Для многих людей первый контакт с системой здравоохранения имеет место именно при обращении в службы экстренной медицинской помощи, где обеспечивается своевременное выявление неотложных состояний, реанимация и направление пациентов в тяжелом состоянии для оказания им специализированной помощи, и во многих случаях проводится окончательное лечение.

При наличии проблем с доступом к медицинской помощи люди зачастую обращаются за ней только в случае острой болезни или травмы.

Эффективная система неотложной помощи – это система, способная обеспечить оперативное оказание помощи пациентам с неотложными состояниями даже до постановки диагноза, гарантирующая непрерывность медицинского обслуживания и безопасный для здоровья пациента переход с первичного на вторичный уровень системы здравоохранения.

3.2. Время как фактор, определяющий качество помощи

Эффективность многих проверенных медико-санитарных мероприятий обратно пропорциональна скорости реагирования, поэтому качество помощи определяется ее своевременностью.

Обеспечение непрерывного характера лечебной работы на всех уровнях, от местного до больничного, позволяет сохранять людям жизнь, однако в рамках предпринимаемых в настоящее время усилий по укреплению систем здравоохранения многим ранним этапам этого процесса не уделяется должного внимания. Ведение просветительской работы и обучения навыкам оказания первой помощи на местном уровне, сертификация медицинских работников и организаций, оказывающих догоспитальную помощь, и обеспечение круглосуточной работы отделений экстренной помощи в больницах первичного звена позволяют спасти жизни людей и повышать эффективность последующих медицинских мероприятий. Таким образом, надлежащим образом организованная

система оказания неотложной помощи является важным механизмом выполнения ряда задач, предусмотренных Целями в области устойчивого развития, в том числе касающихся всеобщего охвата услугами здравоохранения, безопасности дорожного движения, здоровья матери и ребенка, неинфекционных и инфекционных заболеваний, бедствий и насилия. Укрепление систем оказания неотложной помощи соответствует поставленной в Тринадцатой общей программе работы ВОЗ на 2019-2023 гг. задаче по укреплению систем здравоохранения, расширению охвата основными услугами здравоохранения и совершенствованию моделей комплексного предоставления услуг.

3.3. Эффективная неотложная помощь как возможность спасти миллионы жизней

Основной упор в работе по сокращению числа жертв травм, инфекционных болезней и неинфекционных заболеваний по-прежнему делается на первичную профилактику, но укрепление систем оказания неотложной помощи также может внести существенный вклад в снижение показателей смертности и долгосрочной инвалидности. По оценкам, которые приводит Всемирный банк в рамках проекта «Приоритеты борьбы с болезнями», более половины случаев смерти и около 40% совокупного бремени болезней в странах с низким и средним уровнем дохода связаны с состояниями, поддающимися лечению в рамках догоспитальной и неотложной помощи.

Отсутствие надлежащим образом организованных систем оказания неотложной помощи во многих странах с низким и средним уровнем дохода приводит к высокой разнородности медико-санитарных показателей, касающихся целого ряда неотложных состояний. Например, смертность от тяжелых травм в странах с низким уровнем дохода гораздо выше, чем в странах с высоким уровнем дохода. Общий коэффициент

смертности от диабетического кетоацидоза, как свидетельствуют некоторые исследования, в странах с высоким уровнем дохода не превышает 1%, в то время как в некоторых странах с низким и средним уровнем дохода этот показатель достигает 30%. Более того, недавний комплексный анализ результатов 15 исследований показал, что материнская смертность от акушерских кровотечений в странах с высоким уровнем дохода составляет 3 случая на 100 000 живорождений, а в странах с низким уровнем дохода и доходом ниже среднего – 132 случая на 100 000 живорождений.

3.4. Систематизация обслуживания как укрепление системы оказания неотложной помощи

Согласно распространенному заблуждению, для обеспечения оказания услуг неотложной помощи у стран с низким и средним уровнем дохода недостаточно ресурсов, однако существует множество недорогостоящих способов резко повысить качество работы в этой области. Внедрение простых систематических процедур может повысить качество неотложной помощи и позволить спасти жизни даже без привлечения дополнительных ресурсов. Например, протоколы, помогающие работникам и организациям догоспитального уровня транспортировать пациентов в наиболее подходящее медицинское учреждение, могут способствовать сокращению задержек в оказании медицинской помощи при опасных для жизни состояниях. Применение в отделениях реанимации формального протокола сортировки на основе степени тяжести состояния пациентов, а не порядка их поступления позволяет улучшать результаты даже в условиях дефицита ресурсов. Наличие у персонала простых контрольных перечней для оценки состояния пациентов позволяет выявлять жизнеопасные состояния и принимать необходимые меры. Кроме того, создание четкой территориальной

организации реанимационных служб позволит обеспечить возможность оказания неотложной помощи везде, где в ней возникает потребность.

3.5. Эффективность и рациональное расходование средств на функционирование системы оказания неотложной помощи

Авторы многих вышедших в последнее время исследований относят компоненты неотложной медицинской помощи к наиболее затратоэффективным элементам системы общественного здравоохранения. По оценкам, затраты на повышение качества догоспитальной помощи путем обучения общинных работников здравоохранения и формирования общинных бригад скорой помощи составят менее 100 долл. США на один DALY или на одну спасенную жизнь, и в некоторых странах с низким и средним уровнем дохода такие меры способствовали снижению смертности на 25-50%. Например, в Малави создание на базе одной больницы специального отделения неотложной помощи с формальными процедурами сортировки пациентов позволило сократить смертность вдвое, при этом расходы в расчете на одного пациента составили 1,95 долл. США; в Папуа-Новой Гвинее внедрение нового метода кислородотерапии и простого способа контроля насыщения крови кислородом у детей, больных пневмонией, стоило 116 долл. США в расчете на один DALY и позволило снизить риск смертельного исхода на 35%. Все это – примеры мероприятий, дающих крайне высокую отдачу на затраченные средства в сравнении со многими другими широко распространенными мерами в области общественного здравоохранения.

3.6. Персонал неотложной помощи

Каждый день пациентам с острыми заболеваниями и травмами медицинскую помощь оказывают медработники первичного звена

совершенно разных специальностей, которые зачастую не имеют специальной подготовки в области медицины неотложных состояний. Во всем мире в большинстве случаев неотложную помощь оказывают неспециалисты. Для эффективного расширения систем неотложной помощи требуются инициативы по обучению и планированию, позволяющие охватить весь спектр работников, занятых в оказании неотложной медицинской помощи. Поскольку догоспитальную помощь необходимо оказывать в то время и в том месте, где она понадобится, а отделения неотложной помощи должны принимать всех нуждающихся, важным вопросом является обеспечение безопасности сотрудников служб неотложной помощи. В отделениях неотложной помощи на догоспитальном и госпитальном уровнях должны быть подготовлены специальные планы по защите медицинских работников, пациентов и имущества от насилия, а также ясные протоколы по защите от воздействия источников опасности и принятию мер при их возникновении.

Большая часть документально зафиксированных сведений об опыте укрепления систем оказания неотложной помощи поступает из стран с высоким уровнем дохода, и о текущем состоянии неотложной помощи в странах с низким и средним уровнем дохода известно немного. Чтобы улучшить результаты, необходимо дать оценку потенциальному и фактическому использованию неотложной помощи и учитывать эти сведения при планировании и выделении ресурсов. Имеющиеся данные зачастую не дифференцированы и не дают возможности судить о характере состояний и их остроте. Оказание помощи больному пневмонией ребенку с дыхательной недостаточностью требует совершенно другого объема ресурсов, нежели оказание помощи ребенку с повышенной температурой и кашлем. Национальные оценки позволяют определить наиболее перспективные направления для пересмотра политики на системном уровне, а регистры пациентов и стандартные амбулаторные карты, заполняемые при обращении за неотложной помощью, помогают

последовательно и точно документировать данные и применять систематический подход к контролю и повышению качества. ВОЗ разработала стандартизированные инструменты для использования в рамках каждого из этих процессов.

3.7. Обслуживание уязвимых групп населения по оказанию им неотложной помощи

Системы неотложной помощи способствуют равенству, поскольку обеспечивают своевременное предоставление медицинской помощи всем нуждающимся без какой-либо дискриминации, независимо от платежеспособности или других социокультурных факторов. Во многих странах система неотложной помощи является важным элементом социальной защиты и точкой первого контакта с системой здравоохранения для маргинализированных групп населения, имеющих ограниченный доступ к медицинской помощи. Кроме того, создание систем неотложной помощи способствует выполнению обязательств по нескольким договорам Организации Объединенных Наций и другим договорам о правах человека, в том числе регулирующим права женщин, детей, жертв некоторых типов боеприпасов, инвалидов, мигрантов и беженцев. Своевременный доступ к неотложной помощи крайне важен для выполнения принятого ВОЗ в рамках ее Тринадцатой общей программы работы на 2019-2023 гг. обязательства обеспечить охват услугами здравоохранения в особенности наиболее обездоленных, маргинализированных и труднодоступных групп населения, в том числе затронутых чрезвычайными ситуациями, с тем чтобы никто не был оставлен без внимания.

ГЛАВА 4

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ И РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Неотложная медицинская помощь - это специальность в области профессионального ухода за пациентами, которым требуется немедленная медицинская помощь во избежание длительной потери трудоспособности или смерти. Помимо действий в «настоящих чрезвычайных ситуациях», медсестры скорой помощи все чаще оказывают помощь людям, которые не могут получить первичную медицинскую помощь в другом месте, и обращаются за помощью в отделения неотложной помощи. Фактически, лишь у небольшого процента пациентов отделения неотложной помощи (ED) есть неотложные состояния, такие как инсульт, сердечный приступ или серьезная травма. Медсестры скорой помощи также обслуживают пациентов с острой алкогольной и / или наркотической интоксикацией, психиатрическими и поведенческими проблемами, а также тех, кто был изнасилован.

Медсестры скорой помощи чаще всего работают в отделениях неотложной помощи больниц, хотя они также могут работать в центрах неотложной помощи, на спортивных аренах, а также в транспортных самолетах и наземных машинах скорой помощи.

Некоторые исторические аспекты медсестринства в неотложной медицинской помощи. Примерно в 1800-х годах больницы стали более популярными, и наблюдался рост оказания неотложной помощи. Первая разработка отделения неотложной помощи первоначально называлась «Комната первой помощи». Первоначально медсестры только перевязывали раны, наносили мази для глаз, лечили небольшие ожоги мазями и повязками и обслуживали пациентов с незначительными заболеваниями, такими как простуда и ангина. Кто первым обратился за помощью, того первым обслужили, но было много случаев, когда

некоторые люди нуждались в неотложной помощи больше, чем другие, и когда ситуация становилась все более критичной и требующей решения. Тогда возникло одно из величайших медицинских достижений: сортировка.

На протяжении веков сортировка использовалась на войне, но еще не была установлена в отделении неотложной помощи. Впервые сортировка была упомянута во время ситуаций, не связанных с катастрофой, в Йельском госпитале Нью-Хейвен, Коннектикут, США в 1963 году, и с тех пор она стала более развитой и более определенной.

Навыки, знания и качества медсестры скорой помощи. Медсестры скорой помощи должны быть также физически выносливыми, уметь переносить физические нагрузки, тяжести в течение своей восьми- или двенадцатичасовой смены. У них должна быть хорошая ловкость рук, слух и зрение. Они должны понимать принципы человеческого развития, анатомии, физиологии, фармакологии. Они также должны иметь практическое знание многих юридических вопросов, влияющих на медицинское обслуживание, таких как согласие, обработка доказательств, обязательное сообщение о жестоком обращении с детьми и пожилыми людьми или принудительное психиатрическое удержание. Они должны иметь навыки и способности к быстрой адаптации, коммуникативные навыки в работе с пациентами самого разного происхождения, культур, религий, возрастов и типов инвалидности. Они всегда должны быть спокойными и профессиональными, особенно в сложных, эмоциональных или сложных ситуациях. Медсестры скорой помощи также должны знать, как заботиться о себе физически и эмоционально, чтобы избежать развития быстрой утомляемости, ошибок, профессионального выгорания.

Роль медсестры скорой или неотложной помощи.

Роль медсестры скорой помощи заключается в оценке и наблюдении за пациентами, а также в управлении и организации ухода за ними в отделении неотложной помощи. Медсестры скорой помощи также могут

куруировать лицензированных практических медсестер и нелицензированного вспомогательного персонала («помощников медсестер» или «партнеров по уходу»). Трудности их работы состоят в том, что быстро и правильно сделать все в постоянно меняющейся среде может быть непросто. Некоторые функции медсестры отделения неотложной помощи являются общими для других медицинских специальностей, в то время как другие относятся только к неотложной помощи. Их можно разделить на:

- 1.) оценку состояния пациента,
- 2.) планирование и управление уходом за пациентами,
- 3.) задачи или задания,
- 4.) общение,
- 5.) обучение.

Оценка состояния пациента. Медсестры скорой помощи проводят собеседование с пациентом, чтобы узнать его историю болезни, список принимаемых в настоящее время лекарств и аллергии. Он или она проводит медицинский осмотр. Часто это ограниченное обследование, основанное на основной жалобе пациента, и лишь изредка - полное обследование с головы до ног. Медсестра отделения неотложной помощи периодически осматривает пациента, чтобы обнаружить какие-либо изменения, будь то улучшение, декомпенсация или отсутствие изменений. Это может быть сделано после того, как лечение назначено для оценки его эффективности, или через определенные промежутки времени, соответственно состоянию пациента.

Планирование и управление уходом за пациентами. Медсестра отделения неотложной помощи должна иметь план того, что делать с пациентом, когда и в каком порядке. Управление уходом за пациентом в отделении неотложной помощи включает в себя такие решения, как, среди прочего, может ли пациент пройти рентген до сдачи крови, какие задачи

передать нелицензированному вспомогательному персоналу сколько посетителей может находиться в палате пациента.

Задачи. Есть процедуры, которые может выполнить только врач, но многие другие выполняет медсестра скорой помощи. К ним относятся введение внутривенных («IV») линий, мочевых катетеров и назогастральных («NG») трубок; забор крови из вен и артерий; перевязка ран; наложение шин, введение лекарств, а в некоторых юрисдикциях медсестер обучают зашивать раны. В некоторых случаях медсестры скорой помощи могут заказывать определенные тесты и лекарства в соответствии с «руководящими принципами совместной практики» или «постоянными распоряжениями», установленными персоналом врачей скорой помощи больницы.

Коммуникация. Все наблюдения медсестры скорой помощи записываются в историю болезни пациента. Они используются другими членами медицинской бригады, ухаживающей за пациентом. Медсестры отделения неотложной помощи должны информировать врача скорой помощи о состоянии пациента; если внезапно обострится, необходимо немедленно сообщить об этом врачу. Если пациента помещают в палату в больнице или переводят в другое учреждение, он или она должны «сообщить» медсестре по месту назначения пациента.

Обучение. Помимо информирования пациента и его семьи в течение всего визита, медсестра скорой помощи также проводит с ними учебные занятия. Темы часто включают в себя, как принимать прописанные лекарства, как предотвратить осложнения, когда вернуться в реанимацию, а также поставить диагноз пациента. Часто это короткие взаимодействия, и медсестра должна оценить, какая информация нужна пациенту, как подробно объяснить тему и готовность пациента учиться. Для этого медсестра должна учитывать уровень образования пациента, уровень боли, уровень образования, культурные факторы, возраст, недостатки зрения или слуха и другие факторы.

Медсестра неотложной помощи должна также уметь качественно и быстро проводить сортировку пациентов по мере их поступления в отделение неотложной помощи, и поэтому она является первым профессионалом, с которым контактирует пациент. Следовательно, эта медсестра скорой помощи должна иметь навыки быстрого и точного медицинского осмотра и раннего распознавания опасных для жизни состояний. На основании выводов медсестры по сортировке назначается категория сортировки, обычно от 1 до 5, где 1 соответствует наиболее опасному для жизни состоянию.

Особенности работы старшей медсестры отделения неотложной помощи. Опытная медсестра скорой помощи назначается на должность ответственной медсестры или руководителя группы. Эта медсестра отвечает за общий «поток» отделения неотложной помощи. Она назначает медсестер пациентам, обеспечивает транспортировку пациентов к месту проведения анализов и обратно, рассматривает жалобы и опасения пациентов, общается с руководителем учреждения, принимает телефонные звонки и гарантирует, что медсестры все выполняют правильно и точно в соответствии с ее указаниями.

Практикующая медсестра также необходима в отделении неотложной помощи. Ее обязанности могут несколько отличаться в разных странах. Например, в Соединенном Королевстве медсестра-специалист будет самостоятельно оценивать, диагностировать, исследовать и лечить широкий спектр распространенных несчастных случаев и травм, работая автономно без наблюдения со стороны медицинского персонала. Медсестры в первую очередь рассматривать широкий спектр проблем опорно-двигательного аппарата, кожных проблем и незначительных заболеваний. Они обучены передовым сестринским навыкам. Кроме того, некоторые специализированные медсестры выполняют функции врачей неотложной помощи. Обычно они работают в доврачебных заведениях, решая широкий спектр медицинских или неотложных проблем. Их

основная функция - оценивать, диагностировать и лечить пациента в экстренной ситуации.

В Соединенных Штатах медсестра с продвинутой практикой оценивает, диагностирует и лечит различные распространенные заболевания, травмы и патологические процессы в условиях оказания неотложной помощи. Практикующая медсестра обучена передовым медсестринским и медицинским навыкам, таким как интерпретация рентгеновских методов исследования, проведение исследования с помощью щелевой лампы, наложение швов, местная и региональная анестезия, рассечение и дренирование абсцесса, продвинутые методы восстановления прохождения дыхательных путей, репозиция переломов, наложение гипса и шинирование.

На примере Австралии можно отметить, что австралийские практикующие медсестры следуют рекомендациям по клинической практике, разработанным Викторианским объединением практикующих медсестер скорой помощи (VENPC), которое поддерживает развитие практикующих медсестер в Виктории. Эти рекомендации включают помощь при незначительных травмах головы, ожогах, открытых ранах, боли в суставах, гемофилии, контакте с кровью и жидкостью, инфекциях мочевыводящих путей, боли в животе, и др.

Скорая медицинская помощь - это ответственная работа, которая может быть непредсказуемой. Медсестры скорой помощи должны обладать базовыми знаниями в большинстве областей специализации, чтобы иметь возможность работать под давлением, эффективно общаться со многими типами пациентов, сотрудничать с различными поставщиками медицинских услуг и определять приоритеты задач, которые необходимо выполнить.

Для многих медсестер это может быть довольно утомительным как физически, так и морально. По состоянию на 2018 год в отделениях неотложной помощи Австралии ежегодно проходят лечение более восьми

миллионов пациентов. Практикующие медсестры проводят большую часть своего времени на ногах и должны быть готовы к неожиданным изменениям в состоянии пациентов, а также к внезапному притоку пациентов в отделения неотложной помощи. Медсестры отделения неотложной помощи могут встретиться с очень опасными для жизни больного ситуациями, такими как сильное кровотечение, травматическим шоком, расчленение и даже смерть.

Насилие становится все более серьезной проблемой для многих медсестер отделения неотложной помощи. Медсестры скорой помощи часто подвергаются как физическим, так и словесным оскорблениям со стороны пациентов и посетителей.

Некоторые особенности сертификации специалистов по неотложной медицинской помощи.

Сертифицированная медсестра скорой помощи - Certified Emergency Nurse (CEN). Назначение сертифицированной медсестры скорой помощи предоставляется зарегистрированной медсестре, которая продемонстрировала опыт в области оказания неотложной медицинской помощи, пройдя компьютерный экзамен, проводимый Советом по сертификации скорой помощи (BCEN). Сертификационный экзамен впервые стал доступен в июле 1980 г. и был аккредитован Советом по аккредитации для сертификации специалистов по специальности Accreditation Board for Specialty Nursing Certification (ABSNC) в феврале 2002 г. и повторно аккредитован в 2007, 2012 и 2016 гг. Сертификат действителен в течение четырех лет и может быть продлен либо путем сдачи другого экзамена (CEN), либо путем подтверждения того, что медсестра завершила 100 единиц непрерывного образования по специальности.

По состоянию на 2019 год BCEN назначил более 38 000 активных сетей CEN в США и Канаде. Экзамен CEN состоит из 175 вопросов; 150 используются для тестирования (25 - это типовые вопросы). Проходной

балл составляет 70%, и у кандидата есть три часа на сдачу экзамена. Тест проводится в международных центрах тестирования.

Сертифицированная педиатрическая медсестра скорой помощи - Certified Pediatric Emergency Nurse (CPEN).

Назначение сертифицированной педиатрической неотложной медсестры (CPEN) применяется к зарегистрированной медсестре, которая продемонстрировала опыт в педиатрической неотложной медицинской помощи, пройдя компьютерный экзамен, проводимый совместно Советом по сертификации для неотложной медицинской помощи Board of Certification for Emergency Nursing (BCEN) и Советом по сертификации педиатрических медсестер (Pediatric Nursing Certification Board - PNCB). Сертификационный экзамен впервые стал доступен 21 января 2009 г. и был аккредитован ABSNC в мае 2015 г. Сертификат действителен в течение четырех лет и может быть продлен либо путем сдачи другого экзамена, либо после прохождения 100 контактных часов (непрерывное обучение) по специальности, либо после прохождения 1000 часов клинической практики и 40 контактных часов по специальности.

ГЛАВА 5

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Отделение неотложной помощи, также известное как отделение неотложной помощи и помощи при травмах и несчастных случаях, является медицинским учреждением, специализирующимся на неотложной медицине, неотложной помощи пациентам, которые поступают в отделение без предварительной записи; либо своими силами, либо на машине скорой помощи. Отделение неотложной помощи обычно находится в больнице или другом центре первичной медико-санитарной помощи.

Из-за внепланового обращения к пациентам отделение должно обеспечить начальное лечение широкого спектра заболеваний и травм, некоторые из которых могут быть опасными для жизни и требуют немедленного вмешательства. В некоторых странах отделения неотложной помощи стали важными отправными точками для тех, у кого нет других средств доступа к медицинской помощи.

Отделения неотложной помощи в большинстве больниц работают 24 часа в сутки, хотя численность персонала может варьировать, в зависимости от количества пациентов.

Сегодня в типичной больнице есть отделение неотложной помощи в отдельной части первого этажа территории с отдельным входом. Поскольку пациенты могут прибыть в любое время и с любой жалобой, ключевой частью работы отделения неотложной помощи является приоритезация случаев на основе клинической необходимости. Этот процесс называется сортировкой.

Сортировка обычно является первым этапом, через который проходит пациент, и состоит из краткой оценки, включающей набор показателей жизненно важных функций, и определения «основной

жалобы» (например, боли в груди, боли в животе, затрудненного дыхания и т. д.).

В большинстве отделений неотложной помощи есть специальная зона для этого процесса, и у них может быть персонал, занимающийся исключительно сортировкой. В большинстве отделений эту роль выполняет медсестра по сортировке, хотя в зависимости от уровня подготовки в стране и районе, сортировку по сортировке могут выполнять другие специалисты в области здравоохранения, включая парамедиков и врачей.

Сортировка обычно проводится лицом к лицу при обращении пациента, или сортировка может проводиться по радио с бригадой скорой помощи. При этом методе парамедики позвонят в центр сортировки больницы и сообщат краткую информацию о поступающем пациенте, который затем будет переведен на соответствующий уровень медицинской помощи.

Большинство пациентов сначала проходят оценку при сортировке, а затем переводятся в другое отделение или другое отделение больницы, а время ожидания определяется их клиническими потребностями. Однако некоторые пациенты могут завершить лечение на этапе сортировки, например, если состояние очень незначительное и его можно вылечить быстро, если требуется только совет, или если отделение неотложной помощи не является подходящим местом для оказания помощи пациенту.

И наоборот, пациенты с явно серьезными заболеваниями, такими как остановка сердца, полностью обходят сортировку и переходят прямо в соответствующее отделение отделения.

Область реанимации, обычно называемая «реанимацией», является ключевой областью в большинстве отделений. Здесь будут проводить лечение наиболее серьезно больных или травмированных пациентов, так как здесь есть оборудование и персонал, необходимые для оказания немедленной помощи при угрожающих жизни заболеваниях и травмах. В

штат реаниматологов обычно входит по крайней мере один лечащий врач и по крайней мере одна, а обычно две медсестры, которые имеют необходимую продвинутую подготовку по поддержке сердечной деятельности. Этот персонал может быть назначен в зону реанимации на всю смену или может быть «по вызову» для оказания реанимационной помощи. Если критический случай выявляется через медицинскую сортировку или скорую помощь, группа будет отправлена в зону реанимации и немедленно окажет помощь). В реанимационных случаях также могут участвовать ординаторы, рентгенологи, персонал скорой помощи, респираторные терапевты, больничные фармацевты и студенты любой из этих профессий в зависимости от набора навыков, необходимого для каждого конкретного случая, а также от того, предоставляет ли больница услуги обучения.

Пациенты, проявляющие признаки серьезного заболевания, но не находящиеся в непосредственной опасности для жизни или здоровья, будут переведены в «неотложную помощь» или «специализированные учреждения», где они будут осмотрены врачом и получат более тщательное обследование и лечение. Примеры основных симптомов включают боль в груди, затрудненное дыхание, боль в животе и неврологические жалобы. На этом этапе может быть проведено расширенное диагностическое тестирование, включая лабораторные исследования крови и мочи, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию или МРТ. Также будут даны лекарства, подходящие для лечения состояния пациента. В зависимости от основных причин основной жалобы пациента, он может быть выписан домой из этого места или госпитализирован для дальнейшего лечения.

Пациенты, состояние которых не представляет немедленной угрозы для жизни, будут отправлены в место, подходящее для их лечения, и эти зоны обычно можно назвать зоной неотложной помощи или зоной для

несовершеннолетних. У таких пациентов могут быть серьезные проблемы, включая переломы, вывихи и разрывы, требующие наложения швов.

Дети могут представлять особые трудности при лечении. В некоторых отделениях есть специализированные отделения для педиатрии, а в некоторых отделениях работает игровой терапевт, чья работа заключается в том, чтобы успокоить детей, чтобы уменьшить беспокойство, вызванное посещением отделения неотложной помощи, а также обеспечить отвлекающую терапию для простых процедур.

Во многих больницах есть отдельная зона для оценки психиатрических проблем. В них часто работают психиатры, медсестры и социальные работники. Обычно есть по крайней мере одна комната для людей, которые активно подвергают себя или других риску (например, склонны к суициду).

Быстрые решения по смертельным случаям имеют решающее значение в отделениях неотложной помощи больниц. В результате врачи сталкиваются с огромным давлением, требующим чрезмерного напряжения и чрезмерной нагрузки. Страх что-то пропустить часто приводит к дополнительным анализам крови и сканированию изображений, которые могут быть безобидными болями в груди, обычными шишками на голове и неугрожающими болями в животе, что дорого обходится системе здравоохранения.

В организации экстренной помощи большое значение имеют способы получения информации пациентами, что также касается вывесок. Независимо от соглашения о названии сервиса, во всем мире широко распространено использование направленных указателей в виде белого текста на красном фоне, что указывает на местонахождение отделения неотложной помощи или больницы с такими удобствами. Знаки отделения неотложной помощи могут содержать дополнительную информацию. В некоторых американских штатах строго регламентируются дизайн и

содержание таких знаков. Например, в Калифорнии требуются такие формулировки, как «Комплексная служба неотложной медицинской помощи» и «Дежурный врач», чтобы не допустить обращения лиц, нуждающихся в неотложной помощи, в учреждения, которые не полностью оборудованы и укомплектованы персоналом.

В некоторых странах, включая США и Канаду, небольшое учреждение, которое может оказать помощь в неотложной медицинской помощи, известно как клиника. В более крупных общинах часто есть амбулатории, где можно увидеть людей с проблемами со здоровьем, которые не могут считаться достаточно серьезными для посещения отделения неотложной помощи. Эти клиники часто не работают круглосуточно.

Очень большие клиники могут работать как «отдельно стоящие центры неотложной помощи», которые открыты 24 часа и могут лечить очень большое количество состояний. Однако, если пациент обращается в отдельно стоящую клинику с состоянием, требующим госпитализации, он или она должны быть переведены в больницу, поскольку эти учреждения не имеют возможности оказывать стационарную помощь.

В Соединенных Штатах центры Medicare и Medicaid Services разделили отделения неотложной помощи на два типа: Тип А, большинство из которых открыты 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году; и остальные - Тип В.

Многие отделения неотложной помощи США чрезвычайно заняты. Исследование показало, что в 2009 г. в больницах США было зарегистрировано 128 885 040 случаев неотложной помощи.

Примерно пятая часть посещений отделения неотложной помощи в 2010 г. приходилась на пациентов в возрасте до 18 лет. В 2009–2010 годах в отделения неотложной помощи США в общей сложности 19,6 миллиона обращений были совершены лицами в возрасте 65 лет и старше. Большинство обращений пациентов (82,8%) закончились лечением и

выпиской или отправлением домой; 17,2% поступили на стационарное лечение.

Закон 1986 года о неотложной медицинской помощи и активных родах является актом Конгресса Соединенных Штатов, который требует, чтобы отделения неотложной помощи, если соответствующая больница получает платежи от Medicare, обеспечивали надлежащее медицинское обследование и неотложную помощь всем лицам, обращающимся за лечением по состоянию здоровья, независимо от гражданства, правового статуса или платежеспособности. Как и в случае с необеспеченным мандатом, здесь нет положений о возмещении расходов.

В период с 2006 по 2011 год частота посещений отделения неотложной помощи выросла почти для всех характеристик пациентов и их местоположения. Общее количество посещений отделения неотложной помощи за это время увеличилось на 4,5%. Однако частота посещений пациентов в возрасте до одного года снизилась на 8,3%.

Опрос местных врачей в Нью-Йорке в феврале 2007 года показал, что травмы и даже смерть были вызваны чрезмерным ожиданием пациентами оказания им помощи. Опрос пациентов 2005 года показал, что среднее время ожидания неотложной помощи от 2,3 часа в Айове до 5,0 часов в Аризоне.

Одна из инспекций больниц в районе Лос-Анджелеса, проведенная сотрудниками Конгресса, показала, что отделения неотложной помощи работают в среднем на 116% (что означает, что пациентов было больше, чем доступных лечебных помещений), и не хватало коек для размещения жертв террористической атаки размером с поезд в Мадриде 2004 года взрывы.

Три из пяти травматологических центров уровня I были переведены в режим «отвлечения внимания», то есть машины скорой помощи со всеми пациентами, кроме наиболее тяжело раненых, направлялись в другое место, поскольку отделение неотложной помощи не могло безопасно

разместить больше пациентов. Эта противоречивая практика была запрещена в Массачусетсе (за исключением крупных инцидентов, таких как пожар в учреждении) с 1 января 2009 г.; в ответ больницы направили больше сотрудников на работу в часы пик и перенесли некоторые процедуры на непииковые часы.

В 2009 году в США насчитывалось 1800 отделений неотложной помощи.

В 2011 году около 421 из каждых 1000 человек в США посетили отделения неотложной помощи; было выписано в пять раз больше, чем было допущено.

В сельской местности самый высокий уровень посещений отделения неотложной помощи (502 на 1 000 населения), а в крупных городских округах самый низкий (319 посещений на 1 000 населения).

По регионам Средний Запад имел самый высокий уровень посещений отделения неотложной помощи (460 на 1000 населения), а в западных штатах был самый низкий (321 визит на 1000 населения).

Помимо обычных больничных отделений неотложной помощи, в некоторых штатах (включая Техас и Колорадо) сложилась тенденция создания отделений неотложной помощи, не прикрепленных к больницам. Эти новые отделения неотложной помощи называются отдельно стоящими отделениями неотложной помощи. Обоснованием этих операций является возможность действовать вне рамок политики больницы, что может привести к увеличению времени ожидания и снижению удовлетворенности пациентов.

Наиболее частые причины посещений отделений неотложной помощи, зарегистрированных в США в 2020 году, составляют: лихорадка неизвестного происхождения, поверхностная травма, ушиб, растяжения и деформации, неспецифическая боль в груди.

Возраст (в годах)	Причина посещений	К-во посещений
<1	Лихорадка неизвестного происхождения	270,000
1–17	Поверхностная травма, ушиб	1.6 млн.
18–44	Растяжения и деформации	3.2 млн.
45–64	Неспецифическая боль в груди	1.5 млн.
65–84	Неспецифическая боль в груди	643,000
85+	Поверхностная травма, ушиб	213,000

Таблица 5.1. Наиболее частые причины посещений отделений неотложной помощи, зарегистрированных в США в 2020 году

Возраст (в годах)	Причина посещений	К-во посещений
<1	Лихорадка неизвестного происхождения	56
1–17	Поверхностная травма, ушиб	337
18–44	Растяжения и деформации	642
45–64	Неспецифическая боль в груди	309
65–84	Неспецифическая боль в груди	131
85+	Поверхностная травма, ушиб	52

Таблица 5.2. Наиболее частые причины посещений отделения неотложной помощи, в зависимости от возраста пациентов, которые обращались в наше отделение неотложной помощи.

Управление чрезмерным потоком пациентов. Пациенты могут посещать отделение неотложной помощи в неэкстренных случаях, что обычно обходится пациенту и страховой компании по медицинскому страхованию дороже, и поэтому страховая компания может применить управление использованием и чрезмерным потоком пациентов, чтобы отказать в покрытии. В 2004 году исследование показало, что посещения пунктов неотложной помощи были наиболее частой причиной обжалования споров по поводу страхового покрытия после получения услуги.

Специальные помещения, обучение и оборудование. Отделение неотложной помощи требует другого оборудования и других подходов, чем большинство других больничных отделений. Пациенты часто приходят с нестабильными состояниями, поэтому их необходимо лечить быстро. Они могут быть без сознания, и такая информация, как их история болезни, аллергия и группа крови, может быть недоступна. Персонал отделения неотложной помощи обучен работать быстро и эффективно даже с минимальной информацией.

Персонал отделения неотложной помощи также должен эффективно взаимодействовать с поставщиками добольничной помощи, такими как врачи скорой помощи, парамедики и другие, которые иногда работают в отделении неотложной помощи. Поставщики доврачебных услуг могут использовать оборудование, незнакомое среднестатистическому врачу, но врачи отделения неотложной помощи должны быть опытными в использовании (и безопасном снятии) специализированного оборудования, поскольку такие устройства, как военные противоударные брюки и шины для вытяжения, требуют специальных процедур. Помимо прочего, учитывая необходимость обращения со специализированным оборудованием, врачи теперь могут специализироваться на неотложной

медицинской помощи, а в отделениях неотложной помощи работает много таких специалистов.

Персонал отделения неотложной помощи имеет много общего с бригадой скорой помощи и пожарными, боевыми медиками, поисково-спасательными группами и группами реагирования на стихийные бедствия. Часто для улучшения координации этой сложной системы реагирования организуются совместные тренировки и практические занятия. Некоторые отделения имеют практику обмена большого количества оборудования с бригадами скорой помощи, и должны обеспечивать замену, возврат или возмещение затрат на дорогостоящие предметы.

Остановка сердца и серьезные травмы относительно распространены в отделениях неотложной помощи, поэтому широко используются дефибрилляторы, аппараты автоматической вентиляции и СЛР, а также повязки для остановки кровотечения. Выживаемость в таких случаях значительно повышается за счет сокращения времени ожидания ключевых вмешательств, и в последние годы часть этого специализированного оборудования распространилась на добольничные учреждения. Самый известный пример - дефибрилляторы, которые сначала распространяются на машины скорой помощи, затем в автоматической версии - на полицейские машины и пожарные машины, а совсем недавно - на общественные места, такие как аэропорты, офисные здания, отели и даже торговые центры.

«Дважды помог тот, кто вовремя помог» (*Bis dat - qui cito dat*), как говорится в древней латинской пословице, имеет прямое отношение к неотложной помощи пациентам. Поскольку время является таким важным фактором при оказании неотложной помощи, отделения неотложной помощи обычно имеют собственное диагностическое оборудование, чтобы не ждать установки оборудования в другом месте больницы. Почти во всех есть кабинеты для рентгенологического обследования, укомплектованные специальным рентгенологом, и во многих теперь есть все необходимое для

радиологии, включая компьютерные томографы и оборудование для ультразвуковой диагностики. Лабораторные услуги могут быть предоставлены в приоритетном порядке больничной лабораторией, или отделение неотложной помощи может иметь свою собственную "STAT Lab" для основных лабораторий (анализ крови, определение группы крови, токсикологический анализ и др.), которые должны быть возвращены очень быстро.

Показатели, применимые к отделениям неотложной помощи, можно сгруппировать по трем основным категориям: объем, время цикла и удовлетворенность пациента.

Показатели объема, включая количество прибытий в час, процент занятых коек в отделении неотложной помощи и возраст пациентов, рассматриваются на базовом уровне во всех больницах как показатель потребности в персонале.

Показатели времени цикла являются основой оценки и отслеживания эффективности процесса и менее распространены, поскольку для сбора и анализа этих данных требуются активные усилия.

Показатели удовлетворенности пациентов, которые уже обычно собираются группами медсестер, группами врачей и больницами, полезны для демонстрации воздействия изменений в восприятии пациентом помощи с течением времени. Поскольку показатели удовлетворенности пациентов являются производными и субъективными, они менее полезны для улучшения первичного процесса.

Обмен медицинской информацией может сократить количество несрочных посещений отделений неотложной помощи, предоставляя текущие данные о госпитализации, выписках и переводах в планы медицинского страхования и подотчетные медицинские организации.

Во всех учреждениях первичной медико-санитарной помощи в нерабочее время проводятся медицинские консультации, предоставляемые терапевтами или практикующими медсестрами.

В Соединенных Штатах Америки использование отделения неотложной помощи связано с большими расходами. В обследовании амбулаторной медицинской помощи Национальной больницы были рассмотрены десять наиболее распространенных симптомов, по поводу которых требуется обращение в отделение неотложной помощи (кашель, боль в горле, боль в спине, лихорадка, головная боль, боль в животе, боль в груди, другие боли, одышка, рвота) и внесли предложения относительно того, что было бы наиболее экономичным выбором среди виртуального обслуживания, розничной клиники, неотложной помощи или отделения неотложной помощи. Примечательно, что некоторые жалобы также могут быть адресованы по телефону лечащему врачу.

В Соединенных Штатах и многих других странах больницы начинают создавать зоны в своих отделениях неотложной помощи для людей с легкими травмами. Эти блоки предназначены для людей с травмами, не опасными для жизни. Было показано, что использование этих единиц в отделении значительно улучшает поток пациентов через отделение и сокращает время ожидания. Клиники неотложной медицинской помощи - еще одна альтернатива, куда пациенты могут обратиться за неотложной помощью при состояниях, не угрожающих жизни. Чтобы уменьшить нагрузку на ограниченные ресурсы отделения неотложной помощи, компания American Medical Response создала контрольный список, который позволяет врачам скорой помощи выявлять лиц в состоянии алкогольного опьянения, которых вместо этого можно безопасно отправить в учреждения детоксикации.

Переполнение отделений неотложной помощи - это когда функционирование отделения затруднено из-за неспособности адекватно лечить всех пациентов. Это обычное явление в отделениях неотложной помощи по всему миру. Переполнение отделений неотложной помощи приводит к неадекватному уходу за пациентами, что приводит к ухудшению результатов лечения пациентов.

Для решения этой проблемы отделения неотложной помощи используют политику эскалации при реагировании на увеличение спроса (например, внезапный приток пациентов) или сокращение вместимости (например, отсутствие коек для приема пациентов). Политика направлена на поддержание способности оказывать помощь пациентам без ущерба для безопасности.

Время ожидания отделения неотложной помощи оказывает серьезное влияние на смертность пациентов, заболеваемость с повторной госпитализацией менее чем через 30 дней, продолжительность пребывания в больнице и степень удовлетворенности пациентов. Поскольку исход лечения всех заболеваний и травм зависит от времени, чем раньше будет оказано лечение, тем лучше результат. В различных исследованиях сообщается о значительной связи между временем ожидания и более высокой смертностью, и заболеваемостью среди выживших. Количество случаев несвоевременной смерти и заболеваемости в больницах можно снизить за счет сокращения времени ожидания в отделении неотложной помощи.

Хотя значительная часть людей, посещающих отделения неотложной помощи, после лечения выписывается домой, многим требуется госпитализация для постоянного наблюдения или лечения или для обеспечения адекватной социальной помощи до того, как выписка станет возможной. Если людей, нуждающихся в госпитализации, невозможно быстро перевести на стационарные койки, возникает «блокировка выхода» или «блокировка доступа». Это часто приводит к скоплению людей и ухудшает поток до такой степени, что может привести к задержкам в надлежащем лечении вновь поступающих случаев («блокировка доступа по прибытии»). Это явление чаще встречается в густонаселенных районах и меньше поражает педиатрические отделения, чем отделения взрослых.

Блокировка выхода может привести к задержкам в оказании помощи как людям, ожидающим койки в стационаре, так и тем, кто впервые

обратился в отделение с блокировкой выхода. Были предложены различные решения, такие как изменение штата или увеличение количества стационарных больных.

Чтобы помочь предотвратить ненадлежащее использование отделений неотложной помощи и повторных посещений, некоторые больницы предлагают услуги по координации ухода и поддержки, такие как временная первичная помощь на дому и в приютах для часто присутствующих и краткосрочное жилье для бездомных пациентов, выздоравливающих после выписки.

Отделения неотложной помощи в вооруженных силах извлекают выгоду из дополнительной поддержки рядового персонала, способного выполнять широкий спектр задач, для которых они были обучены в рамках специальной военной подготовки. Например, в военных госпиталях США специалисты по аэрокосмической медицине и военно-морские госпитали выполняют задачи, которые входят в сферу деятельности как врачей (например, наложение швов, скоб, разрезы и дренирование), так и медсестер (например, прием лекарств, введение катетера, а также выполняют шинирование поврежденных конечностей, введение назогастрального зонда, интубацию, прижигание ран, промывание глаз и многое другое. Наличие высококвалифицированного рядового персонала в отделениях неотложной помощи резко снижает нагрузку на медсестер и врачей.

ГЛАВА 6

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

В нашем исследовании мы также более подробно исследовали наиболее опасные состояния пациентов, нуждающихся в неотложной помощи и причины посещений отделений неотложной помощи, которые обращались в отделение неотложной помощи.

Остановка сердца (мы исследовали 6 пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, с данным состоянием).

Остановка сердца может произойти в отделении неотложной помощи, или пациент может быть доставлен на машине скорой помощи в отделение неотложной помощи уже в этом состоянии. Неотложная помощь и лечение при остановке сердца - это базовое жизнеобеспечение и расширенное жизнеобеспечение. Медсестры обучаются этим знаниям на курсах расширенного жизнеобеспечения и продвинутого кардиологического жизнеобеспечения.

Острое сердечно-сосудистое заболевание. Большинство пациентов было исследовано с инфарктом миокарда (мы исследовали 28 пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, с данным состоянием).

Пациенты, поступающие в отделение неотложной помощи с инфарктом миокарда (сердечным приступом), были переведены в отделение реанимации. Они получали кислород, мониторинг и раннюю диагностику ЭКГ; им назначали аспирин, если он не был противопоказан или еще не был введен бригадой скорой помощи; морфин или диаморфин назначали от боли; сублингвально (под язык или буккально (между щекой и верхней частью десны) назначали тринитрат глицерина (нитроглицерин) (GTN или NTG), если не было противопоказано в связи с приемом других препаратов.

ЭКГ, которая выявляет подъем сегмента ST, предполагает полную блокаду одной из главных коронарных артерий. Этим пациентам требуется немедленная реперфузия (повторное открытие) закупоренного сосуда. Этого можно добиться двумя способами: тромболизисом (препаратами, разрушающими тромбы) или чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластикой. Оба они эффективны для значительного снижения смертности от инфаркта миокарда. Многие центры сейчас переходят к использованию чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики, поскольку она несколько более эффективна, чем тромболизис, если ее можно провести на ранней стадии. Это может включать перевод в медицинское учреждение, где есть все необходимое для ангиопластики.

Травма, в частности, физическая травма (мы исследовали 36 пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, с данным состоянием).

Серьезная травма - термин, обозначающий пациентов с множественными травмами, часто в результате автомобильной аварии или крупного падения, - первоначально обрабатывается в отделении неотложной помощи. Однако травма - это отдельная (хирургическая) специальность от медицины неотложной помощи (которая сама по себе является медицинской специальностью и имеет сертификаты Американского совета по экстренной медицине в США).

Лечением травм занимается бригада травматологов, прошедшая обучение в соответствии с принципами международно признанного курса Advanced Trauma Life Support (ATLS) Американского колледжа хирургов. Некоторые другие международные учебные организации начали проводить аналогичные курсы, основанные на тех же принципах.

Услуги, которые предоставляются в отделении неотложной помощи, могут быть очень разнообразными и варьировать от проведения рентгеновских снимков и репозиции сломанных костей до услуг полномасштабного травматологического центра. Шансы пациента на

выживание значительно повышаются, если пациент получает окончательное высокоспециализированное лечение (например, операцию или реперфузию) в течение одного часа после аварии (например, автомобильной аварии) или начала острого заболевания (например, сердечного приступа). Эти критические временные рамки обычно известны как «золотой час».

Некоторые отделения неотложной помощи в небольших больницах расположены рядом с вертолетной площадкой, которую используют вертолеты для транспортировки пациента в травматологический центр. Этот перевод между больницами часто осуществляется, когда пациенту требуется расширенная медицинская помощь, недоступная в местном учреждении. В таких случаях отделение неотложной помощи может только стабилизировать пациента для транспортировки.

Психическое заболевание (мы исследовали 14 пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, с данным состоянием).

Некоторые пациенты поступают в отделение неотложной помощи с жалобами на психическое заболевание. Во многих юрисдикциях (включая многие штаты США) пациенты, которые кажутся психически больными и представляют опасность для себя или других, могут быть доставлены против их воли в отделение неотложной помощи сотрудниками правоохранительных органов для психиатрического обследования. Отделение неотложной помощи проводит медицинское освидетельствование, а не занимается лечением острых поведенческих расстройств. Из отделения неотложной помощи пациенты с серьезными психическими заболеваниями могут быть переведены в психиатрическое отделение (во многих случаях принудительно).

Астма и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (мы исследовали 37 пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, с данным состоянием).

Острые обострения хронических респираторных заболеваний, в основном астмы и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), оцениваются как неотложные и лечатся кислородной терапией, бронходилататорами, стероидами или теофиллином, имеют срочный рентген грудной клетки и газов артериальной крови и направляются на интенсивную терапию. Неинвазивная вентиляция в отделении неотложной помощи снизила потребность в интубации трахеи во многих случаях тяжелых обострений ХОБЛ.

Ошибки при приеме лекарств (отравления медикаментами в домашних условиях) - это проблемы, которые приводят к неправильному распределению лекарств или могут нанести вред пациенту (мы исследовали 26 пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, с данным состоянием).

В целом данная серия исследования включила 147 пациентов отделения неотложной помощи, нуждающихся в этой помощи.

Около 3% всех побочных эффектов и осложнений, связанных с лечением в больнице, вызваны ошибками приема лекарств в отделении неотложной помощи; от 4% до 14% лекарств, назначенных пациентам в отделении неотложной помощи, были неправильными, и дети были особенно подвержены риску.

Ошибки могут возникнуть, если врач прописал неправильное лекарство, если рецепт, назначенный врачом, не является тем рецептом, который фактически передан в аптеку из-за неразборчиво написанного рецепта или неверно услышанного устного приказа, если аптека выдает неправильное лекарство или если затем лекарства передаются не тому человеку.

Отделение неотложной помощи представляет собой более опасную среду, чем другие помещения больницы, из-за того, что практикующие врачи не знают пациента так же хорошо, как они знают пациентов больницы, находящихся на более длительном сроке, из-за нехватки

времени, вызванной переполненностью, и из-за экстренного характера медицины, которая там практикуется.

В нашем исследовании мы также исследовали наиболее частые поводы для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме:

а) нарушения сознания, представляющие угрозу жизни (78 пациентов);

б) нарушения дыхания, представляющие угрозу жизни (65 пациентов);

в) нарушения системы кровообращения, представляющие угрозу жизни (86 пациентов);

г) психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц (8 пациентов);

д) внезапный болевой синдром, представляющий угрозу жизни (46 пациентов);

е) внезапные нарушения функции какого-либо органа или системы органов, представляющие угрозу жизни (39 пациентов);

ж) травмы любой этиологии, представляющие угрозу жизни (95 пациентов);

з) термические и химические ожоги, представляющие угрозу жизни (27 пациентов);

и) внезапные кровотечения, представляющие угрозу жизни (36 пациентов);

к) роды, угроза прерывания беременности (78 пациентов).

Данная серия научного исследования включила 558 пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, которые следует рассматривать как наиболее частые поводы для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме.

Явные признаки угрозы жизни - выраженные проявления заболевания (состояния), которое может привести к смерти пациента.

Повод для вызова скорой медицинской помощи в неотложной форме являются:

а) внезапные острые заболевания (состояния) без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства;

б) внезапные обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства;

в) констатация смерти (за исключением часов работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях).

Исследование состояний пациентов, нуждающихся в неотложной помощи показало, какие из них требуют особой подготовки медицинского персонала, командной работы медицинских работников отделения неотложной помощи, что может помочь избежать ошибок и значительно увеличить эффективность оказываемой неотложной помощи данным пациентам.

ВЫВОДЫ

1. Изучены мировые стандарты организации эффективной системы неотложной помощи.
2. Проведен анализ функционирования систем неотложной помощи, как главного средства достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения в некоторых странах.
3. Проанализированы особенности работы и роль медсестры в оказании неотложной помощи.
4. Изучены особенности функционирования отделения неотложной помощи.
5. Проведено исследование состояний пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, выделены из них те, которые требуют особой подготовки медицинского персонала, командной работы медицинских работников отделения неотложной помощи, что может помочь избежать ошибок и значительно увеличить эффективность оказываемой неотложной помощи данным пациентам.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. Rehman SA, Ali PA. *Int Emerg Nurs*. 2016 Nov;29:38-44. Emergency nurse, a speciality whose name says it all? Jézéquel B. *Soins*. 2018 May;63(825):48-52.
2. A review of surgical and peri-operative factors to consider in emergency laparotomy care. Boyd-Carson H, Gana T, Lockwood S, Murray D, Tierney GM. *Anaesthesia*. 2020 Jan;75 Suppl 1:e75-e82.
3. Advanced nurse triage for emergency department. Jobé J, Ghuysen A, D'Orio V. *Rev Med Liege*. 2018 May;73(5-6):229-236.
4. An Exploration of Motivation for Disaster Engagement and Its Related Factors among Undergraduate Nursing Students in Taiwan. Liou SR, Liu HC, Lin CC, et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 19;17(10):3542.
5. Bushfires in Australia: a serious health emergency under climate change. Yu P, Xu R, Abramson MJ, et al. *Lancet Planet Health*. 2020 Jan;4(1):e7-e8.
6. Care of the hypertensive urgencies and emergencies in the emergency department. Maghraoui H, Zaouche K, Yahya Y, et al. *Tunis Med*. 2019 Mar;97(3):468-475.
7. Caring for older patients at an emergency department -- emergency nurses' reasoning. Kihlgren AL, Nilsson M, Sørli V. *J Clin Nurs*. 2005 May;14(5):601-8.
8. Caring for the caregivers and patients left behind: experiences of a volunteer nurse during Hurricane Katrina. Leiby SL. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2008 Mar;20(1):83-90.
9. CDC Support for Global Public Health Emergency Management. Brencic DJ, Pinto M, Gill A, et al. *Emerg Infect Dis*. 2017 Dec;23(13):S183-9.

- 10.Challenges for Nurses in Disaster Management: A Scoping Review. Harthi M, Thobaity A, Ahmari W, et al. Risk Manag Healthc Policy. 2020 Nov 16;13:2627-2634.
- 11.Deciding whether to consult the GP or an emergency department: A qualitative study of patient reasoning in Switzerland. Henninger S, Spencer B, Pasche O. Eur J Gen Pract. 2019 Jul;25(3):136-142.
- 12.Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. Labrague LJ, Hammad K, Gloe DS, et al. Int Nurs Rev. 2018 Mar;65(1):41-53.
- 13.Does emergency presentation of cancer represent poor performance in primary care? Insights from a novel analysis of linked primary and secondary care data. Murchie P, Smith SM, Yule MS, et al. Br J Cancer. 2017 Apr 25;116(9):1148-1158.
- 14.Drugs Used to Treat Pediatric Emergencies. Sheno RP, Timm N; Committee On Drugs; Committee On Pediatric Emergency Medicine. Pediatrics. 2020 Jan;145(1):e20193450.
- 15.Emergency department visits in older patients: a population-based survey. Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniahho SL. BMC Emerg Med. 2019 Feb 27;19(1):20.
- 16.Emergency departments and minor illness: some behavioural insights. Watson M, Blair M. Arch Dis Child. 2018 Apr;103(4):309-310.
- 17.Emergency drugs in general practice. Baird A.Aust Fam Physician. 2008 Jul;37(7):541-7.
- 18.Emergency front-of-neck airway: strategies for addressing its urgency. Greenland KB, Sommerville RS. Br J Anaesth. 2019 Nov;123(5):545-548.
- 19.Emergency Logistics in a Large-Scale Disaster Context: Achievements and Challenges. Jiang Y, Yuan Y. Int J Environ Res Public Health. 2019 Mar 4;16(5):779.
- 20.Emergency operations centres: models and core principles. Callan T.Rev Sci Tech. 2020 Aug;39(2):399-405.

21. Emergency Surgery During COVID-19 Pandemic; What Has Changed in Practice? Alimoglu O, Erol CI, Kayali A, et al. *Br J Surg*. 2020 Nov;107(12):e581-e582.
22. Epidemiological profiles of otorhinolaryngological disorders in adults admitted to the emergency room of a tertiary university hospital. Dogan M, Duman A. *Niger J Clin Pract*. 2019 Jan;22(1):41-45.
23. Expanding knowledge and roles for authority and practice boundaries of Emergency Department nurses: a grounded theory study. Trisyani Y, Windsor C. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019 Dec;14(1):1563429.
24. Exploring staff willingness to attend work during a disaster: a study of nurses employed in four Australian emergency departments. Arbon P, Cusack L, Ranse J, et al. *Australas Emerg Nurs J*. 2013 Aug;16(3):103-9.
25. Global disease burden of conditions requiring emergency surgery. Stewart B, Khanduri P, McCord C, Ohene-Yeboah M, et al. *Br J Surg*. 2014 Jan;101(1):e9-22.
26. Good emergency management practices: a review of the core principles, with a focus on preparedness. Bonbon E, Myers L. *Rev Sci Tech*. 2020 Aug;39(2):533-541.
27. Key performance indicators for pre hospital emergency Anaesthesia - a suggested approach for implementation. Raitt J, Hudgell J, Knott H, Masud S. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019 Apr 11;27(1):42.
28. Model framework and principles of emergency management. Murray G, McCutcheon S. *Rev Sci Tech*. 1999 Apr;18(1):15-20.
29. National Characteristics of Emergency Medical Services Responses for Older Adults in the United States. Duong HV, Herrera LN, Moore JX, et al. *Prehosp Emerg Care*. 2018 Jan-Feb;22(1):7-14.
30. Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L, R Cañadas G, et al. *Emergencias*. 2018 Oct;30(5):328-331.

31. Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: a review of the current literature. Hammad KS, Arbon P, Gebbie K, Hutton A. *Australas Emerg Nurs J*. 2012 Nov;15(4):235-44.
32. Obstetrics and gynecology emergency services during the coronavirus disease 2019 pandemic. Salsi G, Seidenari A, Diglio J, et al. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 Nov;2(4):100214.
33. Patient-initiated emergency department visits without primary care follow-up: frequency and characteristics. de Paula José Rivas-Clemente F, Pérez-Baena S, Ochoa-Vilor S, Hurtado-Gallar J. *Emergencias*. 2019 Ago;31(4):234-238.
34. Physician and nurse practitioner roles in emergency, trauma, critical, and intensive care. Donelan K, DesRoches CM, Guzikowski S, et al. *Nurs Outlook*. 2020 Sep-Oct;68(5):591-600.
35. Review of emergency preparedness in the office setting: How best to prepare based on your practice and patient demographic characteristics. LeBlanc C, Murray J, Staple L, Chan B. *Can Fam Physician*. 2019 Apr;65(4):253-259.
36. The emergency department triage nurse, a constantly evolving role Maillard Acker C. *Soins*. 2018 May;63(825):30-33.
37. Time duration of an emergency pediatric laparotomy can impact its outcome. Kothari P.J *Postgrad Med*. 2019 Jan-Mar;65(1):7-8.
38. What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. Thobaity A, Plummer V, Williams B. *Int Emerg Nurs*. 2017 Mar;31:64-71.
39. What is a Freestanding Emergency Department? Definitions Differ Across Major United States Data Sources. Herscovici DM, Boggs KM, Sullivan AF, et al. *J Emerg Med*. 2020 Apr 16;21(3):660-664.
40. When does a major outbreak become a Public Health Emergency of International Concern? Durrheim DN, Gostin LO, Moodley K. *Lancet Infect Dis*. 2020 Aug;20(8):887-889.

41. WHO «Emergency care»: https://www.who.int/health-topics/emergency-care#tab=tab_2
42. WHO Director-General's report on Emergency and trauma care: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_31-en.pdf
43. WHO Thematic Platform for Health Emergency and Disaster Risk Management Research Network (TPRN): Report of the Kobe Expert Meeting. Kayano R, Chan EY, Murray V, et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 6;16(7):1232.
44. WHO Tools for strengthening emergency care systems: https://www.who.int/docs/default-source/emergencies-trauma-care/who-tools-for-strengthening-emergency-care-systems---feb-2020.pdf?sfvrsn=56f2ccf3_2
45. Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. *Acad Emerg Med*. 2017 Sep;24(9):1137-1149.