

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Искандаров И.Р.¹, Гильманов А.А.¹

¹ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань, Россия, iskandarov.ildar@gmail.com

В статье рассмотрены актуальные вопросы организации и совершенствования неотложной медицинской помощи по данным российской и зарубежной литературы. Даны трактовки понятия неотложной медицинской помощи в соответствии с законодательством различных стран. Изучены взгляды отечественных и зарубежных исследователей на современные проблемы неотложной медицинской помощи, вопросы понимания и организации неотложной медицинской помощи. Описана система оказания неотложной медицинской помощи в Российской Федерации. Представлены сведения о различных организационных моделях оказания неотложной медицинской помощи, определены отличительные характеристики моделей в зависимости от разделения медицинской помощи на догоспитальный и стационарный этапы.

Ключевые слова: неотложная медицинская помощь, неотложная амбулаторная медицинская помощь, отделение неотложной медицинской помощи

EMERGENCY MEDICINE

Iskandarov I.R.¹, Gilmanov A.A.¹

Kazan State Medical University, Kazan, Russia iskandarov.ildar@gmail.com

There are topical questions of the organization and improvement of emergency medical service according to the Russian and foreign literature are considered in the article. Interpretations of concept of emergency medical service according to the legislation of various countries are given. Views of Russian and foreign researchers of modern problems of emergency medical service, questions of understanding and the organization of emergency medical service are studied. The system of emergency medical service in the Russian Federation is described. Various organizational models of emergency medical service are submitted, distinctive characteristics of models depending on division of medical care into pre-hospital and hospital stages are defined.

Keywords: emergency, emergency out-patient medical care, emergency department

В последние годы, по мнению ряда авторов, потребность населения Российской Федерации в неотложной медицинской помощи возрастает, что связано с изменением структуры заболеваемости и смертности, ростом травматизма и сердечно-сосудистых заболеваний [7, 8, 10, 16, 25]. В связи с этим, несомненно, актуальны вопросы организации и совершенствования неотложной медицинской помощи в России [6, 9, 25].

По мнению Евдокимова и соавторов, совершенствование неотложной медицинской помощи в России и поиск ее оптимальных форм организации требует изучения зарубежного опыта, который имеет долгую историю [8].

Цель: изучить информационные источники, описывающие организационные модели неотложной медицинской помощи.

Материалы и методы

Использованы материалы базы данных elibrary, Medline, PubMed и иных по ключевым словам: неотложная медицинская помощь, неотложная амбулаторная медицинская помощь, Emergency, Emergency departments.

Результаты исследования

Нарастающие проблемы в системе здравоохранения в середине 1950 гг. века в связи с недоступностью неотложной медицинской помощи, по мнению Pitts S.R. с соавторами привели к созданию отделений неотложной медицинской помощи [11, 31, 32].

Более 50 лет назад была опубликована в журнале *New England Journal Medicine* статья [33], в которой анализировался первый опыт работы отделения неотложной медицинской помощи госпиталя г. Хартфорд (штат Коннектикут, США), авторы которой доказали обоснованность создания такого отделения, и этот опыт стал основанием для широкого внедрения отделения неотложной помощи в практическое здравоохранение [32].

Исторически сложились три модели организации неотложной медицинской помощи: американская, франко-германская и российская, в зависимости от разделения медицинской помощи на до- и госпитальный этапы с основным упором диагностических и лечебных мероприятий на госпитальном этапе [8].

Американская (ее также называют англо-американская) модель оказания неотложной медицинской помощи предполагает работу на догоспитальном этапе сугубо парамедицинских бригад. При этом парамедики оснащены оборудованием для оказания реанимационных мероприятий и транспортировки больных. Главная цель бригады парамедиков — незамедлительно доставить пациента в отделение неотложной медицинской помощи (*emergency department*). В компетенции парамедиков также входит оценка тяжести состояния пациента, обеспечение жизнедеятельности важнейших органов и систем и при необходимости организация лечебных мероприятия во время транспортировки пациента в отделение неотложной медицинской помощи [3, 4, 8].

Авторы выделяют как минимум два подхода к оказанию неотложной помощи на догоспитальном этапе: «*scoop and run*» («хватай и беги»), когда время транспортировки пациента в стационар бригадой парамедиков занимает меньше 15 мин, и «*stay and treat*» (стой и лечи), когда время транспортировки занимает более 15 мин. Привлечение врача к оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе происходит путем консультаций по телефону. Разными, по сути, являются задачи врача и парамедика при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе. Врач, который прошел обучение по специальности «неотложная медицина», на догоспитальном этапе ставит первичный диагноз, организует и проводит лечебные мероприятия во время транспортировки пациента в отделение неотложной медицинской помощи и решает вопрос о необходимости и месте госпитализации пациента. Парамедик в свою очередь должен незамедлительно доставить пострадавшего в отделение неотложной медицинской помощи (*emergency department*). После доставки пациента в отделение неотложной медицинской помощи начинается госпитальный

этап оказания медицинской помощи. Отделения неотложной помощи организованы в стационарах [20], они являются нечто средним между отечественным приемным покоем и реанимационным отделением [22]. Эти отделения связаны с хирургическими отделениями и отделениями интенсивной терапии. В некоторых штатах отделения неотложной помощи расположены вне стационаров, и тогда они играют роль центров неотложной помощи. В отделениях неотложной помощи пациентов сначала осматривают медицинские сестры, которые проводят первичную сортировку согласно тяжести состояния больного [20]. Основной упор на госпитальном этапе оказания неотложной помощи делается на врачей отделения. Врач отделения имеет отдельную специальность. Исследователи называют его «врачом-интенсивистом», поскольку в России аналога нет. Ближе всего в России к американскому варианту приближается врач скорой помощи, но в Америке «интенсивист» — более подготовленный врач, он умеет практически все, что у нас умеют реаниматологи, кроме того, у него есть функции диспетчера. В американской модели отделения неотложной помощи действует принцип «один врач — один пациент». Это означает, что при поступлении больного план первичного обследования и лечения вырабатывает один врач. Он решает, на какие обследования направить пациента и какой объем медицинской помощи ему необходим [3, 4, 8, 22].

Франко-германская модель (ее также называют «европейская модель оказания неотложной медицинской помощи») предполагает работу на догоспитальном этапе как врачебных, так и парамедицинских бригад. При этом врач-диспетчер после получения вызова принимает решение, какую бригаду неотложной помощи послать в каждом конкретном случае. Исследователи также утверждают, что парамедицинских бригад значительно больше, чем врачебных, и скорость их приезда выше, чем у врачебных бригад. Их основная цель, как и в американской модели, быстрее доставить пациента в стационар, а в задачи врачебной бригады входит оказание неотложной помощи на месте и во время транспортировки в стационар. При этом один из врачей может быть исключен из сопровождения пострадавших в стационар. Оставаясь на месте происшествия, он организует процесс на месте катастрофы, взаимодействуя с пожарными, полицией и другими службами. На госпитальном этапе оказание неотложной помощи осуществляется в отделениях неотложной медицинской помощи, расположенных в стационарах больниц. Отделения неотложной медицинской помощи в стационарах подразделяют на 2 уровня. На первом круглосуточно работают хирурги, проводя лабораторные и функциональные исследования. На втором врачи работают только по вызову [20]. Врачи этих отделений имеют дополнительное образование по неотложной медицинской помощи с сохранением первичной специализации (например, анестезиолог, интернист, хирург и др.) [3, 4, 8].

Ряд авторов утверждает, что за последние 20 лет большинство стран мира модернизировали приемные отделения крупных госпиталей для повышения качества и ускорения постановки правильного диагноза в оказании медицинской помощи с учетом тяжести пациента [27, 28]. Таким способом, по мнению исследователей, достигается как качество медицинской помощи, так и психологическая удовлетворенность пациента [29].

Зарубежный опыт показывает, что на большинство вызов, где нет состояния угрожающего жизни пациента, бригады скорой помощи не выезжают, пациентам предлагают обратиться к врачам общей практики или самостоятельно обратиться в приемное отделение крупных лечебных учреждений [26, 27].

По мнению Евдокимова Е.А., европейская модель оказания неотложной медицинской помощи в определенной степени ближе к той системе оказания неотложной медицинской помощи, которая существует в настоящее время в России [8].

Российская модель оказания неотложной медицинской помощи за короткий срок претерпела ряд изменений. До 1978 г. оказание неотложной медицинской помощи в России входило в компетенцию и обязанность амбулаторно-поликлинической службы, которая для этой цели имела врачебный персонал и ресурсную базу (транспорт, медицинские укладки и др.). Сложившаяся тогда система могла бы быть жизнеспособной, однако в силу ряда объективных и субъективных причин (несовершенство информационно-диспетчерской службы, отсутствие четкого взаимодействия между «скорой» и «неотложкой», а также под нажимом чиновников) она была упразднена с последующим объединением скорой и неотложной помощи [19].

Шляфер С.И. отмечает, что в службе скорой и неотложной помощи с начала ее организации постоянно накапливалось большое количество проблем, которые пытались решить очередной реорганизацией службы с периодичностью 15–20 лет. Необходимость такой реорганизации мотивируется своевременностью оказания медицинской помощи при несчастных случаях и травмах и высоким удельным весом непрофильных вызовов, связанных с хроническими заболеваниями [23]. Не секрет, что 40% вызовов скорой медицинской помощи составляют вызовы к пациентам с обострениями хронических заболеваний, которым требуется полноценное обследование и лечение, прежде всего в поликлинике [13, 24].

Согласно приказу Министерства здравоохранения СССР от 20 мая 1988 г. № 404 «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению», скорая и неотложная помощь были вновь разделены с передачей последней в амбулаторно-поликлинические учреждения [18], однако передача неотложной медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническую службу так и не состоялась [24].

Следующий приказ Минздрава РФ, разделивший неотложную и скорую медицинскую помощь, был принят 26 марта 1999 г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» [17].

Кузенко П.И. выделяет исторически сложившуюся организационную модель оказания неотложной медицинской помощи, когда отдельные службы скорой медицинской и неотложной медицинской помощи не имеют четкого регламентируемого взаимодействия, при этом врачи службы неотложной медицинской помощи амбулаторно-поликлинического учреждения обслуживают вызовы с территориальных участков вне рабочего времени участковых врачей, но не круглосуточно. Примером таких организационных структур являются пункты помощи на дому при поликлиниках города Перми, о которых говорилось в приказе № 404 МЗ СССР и которые исследователь предложил преобразовать в отделения неотложной медицинской помощи при поликлиниках [12].

Европейское законодательство трактует неотложную медицинскую помощь как медицинскую помощь, оказываемую незамедлительно при внезапно возникших заболеваниях без угрозы жизни пациента [5].

Согласно американскому законодательству неотложная медицинская помощь является помощью, оказываемой при внезапно возникших острых заболеваниях, отказ от которой обоснованно приведет к ухудшению состояния больного [5]. При этом Александра О.Ю. отмечает, что трактовки понятия «неотложная» медицинская помощь в законодательстве Российской Федерации до 2006 г. не было. В 2006 г. Федеральным законом «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» от 29.12.2006 г. № 258-ФЗ [29, 14] были внесены изменения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и впервые введено новое понятие — «неотложная медицинская помощь». Было отмечено, что неотложная медицинская помощь оказывается врачами амбулаторно-поликлинических учреждений здравоохранения при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства [1, 2].

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи было дано новое определение неотложной медицинской помощи и введена новая классификация медицинской помощи по форме оказания:

— неотложная медицинская помощь — оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента [1, 2, 14, 15].

Согласно Федеральному закону неотложная помощь может оказываться как в амбулаторных условиях, так и стационарно [1, 2, 14, 15].

Кроме того, в Законе отмечается, что в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в неотложной форме [15].

Неотложная медицинская помощь может оказываться как амбулаторно, так и стационарно, а скорая медицинская помощь – это форма организации неотложной (экстренной) медицинской помощи, которая оказывается на улице или на дому. Неотложная медицинская помощь может оказываться в рамках первичной медико-санитарной помощи, а может осуществляться при оказании специализированной медицинской помощи, которая должна оказываться врачами любой специальности. Опыт последних лет с введением понятия «неотложная медицинская помощь» в нормативно-правовые акты Российской Федерации показывает, что ситуации, когда диспетчер скорой помощи, недооценив состояние пациента, не отправляет бригаду скорой помощи на вызов, а направляет пациента, вызвавшего скорую помощь, в амбулаторно-поликлинические учреждения, чтобы ему оказали так называемую неотложную медицинскую помощь, которая не требует срочного медицинского вмешательства, часто заканчиваются причинением вреда жизни и здоровью пациента, неоказанием или несвоевременным оказанием медицинской помощи и, соответственно, судебными исками против медицинских организаций.

На сегодняшний день в нормативно-правовых актах не существует четких критериев разделения медицинской помощи на скорую, экстренную и неотложную, что вносит путаницу в организацию медицинской помощи населению. Неоднозначность толкования понятий является зоной риска по наступлению юридической ответственности для медицинских организаций [1, 15].

Заключение

Таким образом, организация неотложной медицинской помощи в Российской Федерации не имеет форму устоявшейся и развивающейся модели, а понятия, используемые для толкования неотложной медицинской помощи, не дают четкого правового регулирования этого вида медицинской помощи [8].

Список литературы

1. Александрова О.Ю. Юридическая квалификация скорой. Неотложной и экстренной медицинской помощи – новые подходы/О.Ю. Александрова, С. Г. Боярский, А.Р. Кременков, Т.В. Рамненко / Проблемы стандартизации в здравоохранении – 2011. — № 9–10. – С. 59–66.

2. Александрова О.Ю. Классификация медицинской помощи – существующие проблемы, новые законодательные подходы /Александрова О.Ю., О. Н. Лебединец, А. Р. Кременков, Т. В. Рамненко // Менеджер здравоохранения. – 2011.– № 7. – С. 22–36.
3. Вёрткин А.Л. Зарубежные модели оказания скорой медицинской помощи. Интернет-сайт СМП — Модели оказания скорой медицинской помощи, 2009.<http://www.esus.ru/php/content.php?id=5711>.
4. Вёрткин А. Л. Вопросы организации скорой медицинской помощи в современных условиях/ А. Л. Вёрткин, В. А. Фиалко / Ж. «Неотложная терапия». – № 1–2. 2007. – С. 26–32.
5. Горелик С. Скорая Помощь в Германии/С. Горелик// Neue Zeiten. — № 98. – С. 12–15.
6. Гринина О.В. Здоровье — основной раздел программы медико-социальной характеристики семьи /О. В. Гринина, Д. И. Кича, Т. В. Важнова // Здравоохранение РФ. — 1997. — № 1. — С. 26–30.
7. Демографическая катастрофа в России: причины, механизмы, пути преодоления / И. А. Гундаров. – М., 2001. – 206 с.
8. Евдокимов Е.А. Международная конференция по неотложной медицине-International Conference on Emergency Medicine (ICEM 2010). /Е.А. Евдокимов, Е.В. Филимонова /Неотложная медицина — современное состояние проблемы / Медицинский алфавит. Неотложная медицина 4/2010
9. Измеров Н.Ф., Роль профилактической медицины в сохранении здоровья населения / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. – 2000. – 1. – С. 1–6.
10. Карпеев, А.А. Состояние дел и возможные пути реформирования службы скорой медицинской помощи // Здравоохранение. — 1999. — № 3. — С. 22–25.
11. Калининская А.А. Объем работы и потребность населения в скорой и неотложной медицинской помощи / А.А. Калининская, А.К. Дзугаев, С.И. Шляфер, А. С. Морозов // Главврач. – 2005. – № 12. – С. 21–30.
12. Кузенко П.И. Научное обоснование модели организации первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме на территориальном уровне (на примере города Перми) автореф. Дис. ...канд. мед наук /П. И. Кузенко. – М., 2013. – 24 с.
13. Митин В.А. Преимущество в работе скорой медицинской помощи / В.А. Митин, С.Т. Игнатов// Скорая медицинская помощь. – 2006. — № 2. – С. 17–19.
14. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий: Федеральный закон от 29.12.2006 № 258-ФЗ // Зам. гл. врача. – 2007. – № 1. – С. 116–139.

15. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Зам. гл. врача. – 2012. – № 1. – С. 118–142.
16. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю. П. Лисицин, Г. Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. – 544 с.
17. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 марта 1999 г. № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации»
18. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 20 мая 1988 г. № 404 «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению».
19. Руденко М.В. / Оказание скорой и неотложной медицинской помощи в московской области. Состояния проблемы, перспективы развития / М.В. Руденко, Л.П. Круглова // Альманах клинической медицины. — 1998. — № 1 — С. 48.
20. Тараканова Л.И. Организация экстренной медицинской помощи в зарубежных странах/Л.И. Тараканова, А.Г. Мирошниченко // Скорая медицинская помощь. – 2005. — № 4. – С. 28–37.
21. Фиалко В.А. Трудности и ошибки в реорганизации станции скорой медицинской помощи и поликлинических отделений медицинской помощи на дому // В.А. Фиалко, М.А. Кириченко, А.В. Бушуев // Скорая медицинская помощь. – 2006. — № 1. – С. 20– 21.
22. Царенко С.В. Путешествие за три моря (впечатление от американской неотложной медицины) / С.В. Царенко // Медицинский алфавит. – 2010. –Т. 1–2. – № 8. – С. 45–47.
23. Шестаков Г.С. Состояние взаимодействия станций скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлинических учреждений на современном этапе / Г.С. Шестаков, А.О. Мясников // Скорая медицинская помощь. – 2006. — № 2. – С. 13–16.
24. Шляфер С. И. Теоретическое обоснование и разработка механизмов повышения эффективности неотложной медицинской помощи и помощи на дому городскому населению Научное обоснование концепции первичной профилактики заболеваний на уровне семьи: автореф. Дис. ...д-ра мед наук /С. И. Шляфер. – М., 2004. – 34 с.
25. Щепин, О. П. Современная медико-демографическая ситуация в России / О. П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – 6. – С. 3–8.
26. Becker, S. Selling interests in ambulatory surgery centers: a legal primer / S. Becker // Health Care Law Mon. 1997. — June. – P. 6–10.
27. Das Gupta, K. Outpatient hand surgery possibilities and limitations / K. Das Gupta et al. // Chirurg. – 2004. – Vol. 75, № 3. — P. 257–264.

28. Gross, T. Interdisciplinary emergency room management of trauma patients from the standpoint of coworkers / T. Gross et al. // *Chirurg*. 2005. — Vol. 76, № 10. – P. 959–966.
29. Hartmann, J. A model for integrated emergency medicine/trauma service / J. Hartmann, S.Gabram,L. Jacobs, M.Libby//*Acad. Emerg. Med*. 1996. – Vol. 3, № 12. – P. 1136–1139.
30. Williams, G. H. Quality of life and its impact on hypertensive patients / G. H. Williams // *Amer. J, Med*. – 1997. – Vol. 82. – P. 99–105.
31. Pitts S.R., Niska R.W., Xu J., Burt C. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 Emergency Department Summary. National Health Statistics Reports No. 7. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Rockville, MD (accessed August 6, 2008). Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr007.pdf>
32. Pitts S.R., Carrier E.R., Rich E.C., Kellermann A.L. Where Americans get acute care: increasingly, it's not at their doctor's office. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 1620–1629.
33. Shortliffe E.C., Hamilton T.S., Noroian E.H. The emergency room and the changing pattern of medical care. *N Engl J Med* 1958; 258: 20–25.
34. Kellermann A.L., Martinez R. The ER, 50 years on. *N Engl J Med* 2011; 364: 2278–2279.

Рецензенты:

Мингазова Э.Н. д.м.н., профессор кафедры гигиены и медицины труда ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань;

Радченко О.Р. д.м.н., доцент кафедры профилактической медицины и экологии человека ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань.