

Организация экстренной нейрореанимационной помощи

Советская гражданская модель

Догоспитальный этап

- Врачебная помощь: линейные и специализированные СМП

Госпитальный этап:

- Приемный покой – один или несколько конкретных специалистов
- Реанимация – операционная -обычное отделение

Советская гражданская модель

Общие принципы

- Равномерное распределение помощи между ДГЭ и ГЭ
- Первоочередная помощь – самому тяжелому пациенту (принцип «спасти всех»)
- Принцип «Один пациент – много врачей»

Достоинства:

- Высокий уровень специализированной помощи
- Экономия средств на ГЭ

Недостатки

- Ориентированность ДГЭ на врачебную, а не доврачебную и жизнеспасающую помощь
- Недостаточная технологичность ДГЭ
- Задержки и «провалы» оказания помощи, особенно при массовых поступлениях (более 3 человек!), радиационных и химических поражениях

Советская военная модель

Догоспитальный этап

- Доврачебная помощь: санинструктора и самопомощь

Госпитальный этап:

- Медсанбат – сортировка «на входе» самым опытным специалистом
- Реанимация – операционная -обычное отделение

Советская военная модель

Общие принципы

- Упор на госпитальный этап
- Первоочередная помощь – самым перспективным категориям пострадавших (принцип «спасти побольше»)
- Принцип «Один пациент– один врач»

Достоинства:

- Ориентированность ДГЭ на жизнеспасаящую помощь
- Оптимизация ресурсов: особенно высокий уровень при массовых поступлениях (более 10 человек!), радиационных и химических поражениях

Недостатки

- Низкая технологичность ДГЭ
- Высокая загрузка госпитального этапа

Англо-американская модель

Догоспитальный этап

- Доврачебная помощь: в основном парамедики

Госпитальный этап:

- Emergency room – сортировка «на входе» самым опытным специалистом
- Реанимация – операционная - обычное отделение

Англо-американская модель

Общие принципы

- Упор на догоспитальный этап
- Первоочередная помощь – самым перспективным категориям пострадавших (принцип «спасти побольше»)
- Один больной – один врач

Достоинства:

- Ориентированность ДГЭ на жизнеспасаящую помощь
- Оптимизация ресурсов: особенно высокий уровень при массовых поступлениях (более 10 человек!), радиационных и химических поражениях

Недостатки

- Низкая технологичность ДГЭ
- Высокая загрузка госпитального этапа

Советская гражданская система устарела

- Армянское землетрясение, Уфа, Норд-Ост, Беслан...
- Но и советская военная, и американская в «чистом виде» не подходят

Где решение?

- Смещение акцентов оказания помощи на ГЭ (рост значения технологий)
- Дообучение врачей СМП основам жизнеспасающей помощи и дооснащение бригад, использование неврачебных бригад?
- Внедрение принципов сортировки на ГЭ
- Совмещение приемных покоев с emergency room (принцип «один пациент – один врач»)
- Готовность к оказанию помощи при массовых поражениях

Принципы работы emergency room и связанных с ней структур

- Единые технологии лечения на ДГЭ и ГЭ
- Хорошая организация средств связи, в том числе резервных
- Сортировка
- Готовность к обеззараживанию и дезактивации
- Готовность к резкому расширению коечного фонда, аппаратного обеспечения и штатного состава (резервы и взаимозаменяемость)
- Высокий уровень предварительной тренировки и использования стандартов диагностики и лечения
- Готовность к контакту с родственниками и средствами массовой информации

Путешествие за три моря

- Общие впечатления от работы госпиталя и его emergency room: потоки пациентов, средства связи, внедрение алгоритмов (достоинства и «перекосы»)
- Протезирование дыхательных путей
- Готовность к приему непрофильных категорий пациентов (дети)
- Организация диагностического процесса
- Организация переливания крови

Перспективы экстренной помощи при ЧМТ

ДГЭ

- Расширение использования средств протезирования дыхательных путей и ИВЛ

ГЭ

- Интенсивист – центральная фигура организации помощи: сортировка и принцип «один врач - один пациент»
- Резкое расширение возможностей и показаний к КТ
- Внедрение принципов damage control

Перспективы экстренной помощи при сосудистых заболеваниях

ДГЭ

- Немедленная госпитализация для проведения КТ или МРТ

ГЭ

- Наличие и круглосуточная работа КТ и МРТ, ангиографической установки,
- Наличие специализированного ОРИТ с подготовленным персоналом
- Готовность к тромболизису: 3-6 часовое терапевтическое окно)
- Готовность к эндоваскулярному и (или) оперативному лечению
- Возможность внутрибольничной реабилитации (в т.ч. в ОРИТ)

После - ГЭ

- Возможность амбулаторной реабилитации
- Хосписные ресурсы

Основные положения лекции

- НЕЛЬЗЯ ПРОСТО БОЛЬНИЦУ НАЗВАТЬ «СОСУДИСТЫМ ЦЕНТРОМ» или «ЦЕНТРОМ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ»...

...И СЧИТАТЬ ВОПРОС РЕШЕННЫМ 😊