**Методичка:**

**СЛУЖБА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Служба неотложной медицинской помощи (НМП) является подразделением территориальной системы неотложной медицинской помощи. Врачи НМП должны в совершенстве владеть всеми необходимыми приемами и навыками оказания помощи пациентам до их прибытия в соответствующее стационарное отделение. И хотя многие аспекты деятельности НМП находятся не под прямым медицинским контролем, четкое медицинское руководство абсолютно необходимо для надежного и эффективного функционирования системы.

**ИСТОРИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ**

Импульс к развитию современной системы НМП был дан в 60-х годах. В 1966 году Национальная академия наук опубликовала исторический "белый доклад", озаглавленный "Заболеваемость и инвалидизация вследствие несчастных случаев: пренебрежение к заболеваемости в современном обществе". Результатом этого стало принятие в 1966 году акта о национальной безопасности на автострадах, в котором Департаменту транспорта США предоставлялись полномочия в отношении оборудования машин скорой помощи и внедрения системы экстренной связи, а медицинской службе поручалась разработка программ обучения навыкам ока­зания догоспитальной помощи. Пантридж в Белфасте (Северная Ирландия) использовал в 1967 году мобильную бригаду для оказания помощи при заболеваниях коронарных артерий на догоспитальном этапе. В 1973 году специальным законом (93-154) определялись задачи улучшения неотложной медицинской помощи в общенациональном масштабе. В соответствии с этим законом были выделены следующие 15 положений, относящихся к системе НМП: 1) персонал; 2) обучение; 2) средства связи; 4) транспортировка; 5) дополнительные средства; 6) отделения для оказания помощи в критических ситуациях; 7) агентства общественной безопасности; 8) участие потребителей; 9) доступность помощи; 10) преемственность оказания помощи; 11) стандартизация сведений о пациенте; 12) общественная информация и образование; 13) независимый обзор и оценка; 14) связь при катастрофах; 15) договор о взаимопомощи.

**РОЛЬ ГОСУДАРСТВА**

Государственная законодательная власть обеспечивает принятие законов, которые регламентируют меры общественной безопасности, определяют уровень и объем оказания неотложной медицинской помощи, требования к программам обучения, к необходимому оборудованию и оснащению, к медицинскому руководству, а также меры ответственности за состояние НМП. Деятельность служб НМП финансируется Департаментом общественного здравоохранения.

**РОЛЬ МЕСТНОЙ ВЛАСТИ В ОКАЗАНИИ НМП**

Для реализации эффективной деятельности система НМП должна быть четко спланирована и организована на местах. Каждый регион при разработке и внедрении системы НМП должен определить источники ее финансирования и ее нужды, а также необходимый и реальный объем обслуживания. Весьма ценным руководством в этой деятельности могут стать указанные выше 15 положений, касающихся системы НМП.

**Персонал**

Кто должен обеспечивать догоспитальную медицинскую помощь? В городских условиях это, очевидно, возлагается на персонал службы общественной безопасности и персонал службы скорой помощи; в сельской же местности или в малонаселенных районах могут быть задействованы добровольцы, лесничие или лыжные дозорные. Не должно быть оставлено без внимания и само население. Общественный интерес и участие населения являются доминирующими составляющими в любой системе НМП.

**Обучение**

Подготовка граждан начинается с их обучения. В этом отношении важны курсы по оказанию НМП, включая сердечно-легочную реанимацию и другие виды первой помощи. Подобное обучение, разумеется, может использоваться для вовлечения широких масс населения; на таких курсах граждане осваивают элементарные навыки, необходимые для эффективного участия в оказании помощи. В некоторых регионах организуется система "двойного ответа", состоящая из двух звеньев — первых ответчиков, за которыми следует персонал скорой помощи. Первыми могут прореагировать пожарные, полицейские, лесничие или граждане-добровольцы. Обучение первых ответчиков навыкам оказания первой помощи может включать подготовку по линии Красного Креста или в рамках специальных курсов при Департаменте транспорта. Обучение персонала службы скорой помощи обычно успешно осуществляется на курсах неотложной медицинской специальной помощи (НМСП). Хотя в различных штатах подобные курсы организуются на разных уровнях, существует три признанных в общенациональном масштабе уровня НМСП: скорая помощь (НМСП-С), промежуточная помощь (НМСП-П) и парамедицинская помощь (НМСП-Парамед). На Курсах НМСП-С обучают необходимым навыкам оказания первой помощи, в том числе методам сердечно-легочной реанимации, а также основным приемам и методам, обеспечивающим немедленную догоспитальную помощь при жизнеугрожающих состояниях. Другие навыки и умения включают щадящее извлечение пострадавших, иммобилизацию и транспортировку пациентов в лечебные учреждения для оказания неотложной помощи. Обучение на курсах НМСП-П включает, кроме того, овладение техникой пункции и катетеризации вен, применения пневматических брюк, проведения зонда в желудок или эндотрахеальной интубации. Курсы НМСП-Парамед, помимо всего перечисленного выше, включают медикаментозную терапию неотложных состояний, интерпретацию ЭКГ, а также проведение кардиоверсии и дефибрилляции. В последнее время изучение проблемы показало, что обучение на курсах НМСП-С бригад скорой помощи оперативному использованию дефибрилляторов способно значительно повысить выживаемость после оста­новки сердца. Очевидно, врачам необходимо принимать участие в обучении и тренировках, чтобы быть уверенными, что практические навыки и оснащение бригад скорой помощи могут быть использованы надлежащим образом.

**Средства связи**

Универсальный номер телефона 911 для вызова неотложной помощи сделал ее общедоступной. Врачи должны поддерживать эту систему и стремиться к тому, чтобы ответы на звонки давали знающие, обученные надлежащим образом лица, способные оказать соответствующую (информативную) первую помощь звонящему после получения определенных сведений по телефону. Необходимо убеждать общественность в том, что прежде, чем звонить в госпиталь или врачу, нужно использовать универсальный телефон под номером 911. Как только подучена просьба о помощи, система должна гарантировать быструю отправку по назначению соответствующего персонала. Бригада машины скорой помощи должна иметь возможность быстро связаться (напрямую или как-то иначе) с данным госпиталем. Очень важно, чтобы бригада могла иметь оперативную связь с врачом, корректирующим и направляющим выполняемые бригадой стандартные процедуры и вмешательства. Наивысшей целью, которую преследует система коммуникции, является принятие мер раннего извещения, быстрой отправки соответствующих транспортных средств и персонала, Яписи необходимых сведений для госпиталя и обеспечения квалифицированного медицинского контроля.

**Транспортировка**

Для оказания сложной и эффективной медицинской помощи в тех районах, где должны быть осуществлены массовые мероприятия по спасению жизни людей, развертываются госпитали. Федеральные стандарты предусматривают использование специальных санитарных автомобилей. Наиболее важной их особенностью является то, что сопровождающий персонал в состоянии обеспечить поддержание жизненно важных функций, в том числе проходимость дыхательных путей и вентиляцию легких, для безопасной транспортировки пациента. Основные мероприятия по поддержанию функций проводятся с помощью соответствующей аппаратуры и специального оснащения персоналом, обученным на уровне НМСП-С.

Более сложные мероприятия осуществляются соответствующим образом экипированной бригадой НМСП-Парамед или другим персоналом, умеющим проводить медикаментозную терапию и более совершенные медицинские процедуры.

Авиационная амбулатория может быть оборудована либо на самолете, либо на вертолете. В обоих вариантах возможности оказания скорой помощи пострадавшим хорошие.

Самолет-амбулатория имеет большую скорость полета, чем вертолет, но он недостаточно мобилен и требует наличия посадочной полосы. Его использование целесообразно при транспортировке пострадавших на значительные расстояния, когда за счет большей скорости компенсируются все потери во времени. Для транспортировки на небольшие расстояния особенно пригоден вертолет. Такой транспорт может использоваться для перемещения людей с места происшествия до госпиталя или для межгоспитальной эвакуации. Вертолет позволяет оказывать помощь пострадавшим в местах, не доступных другому транспорту. Кроме того, он обеспечивает щадящую транспортировку многих нуждающихся в этом пациентов. Его можно также использовать для доставки опытной бригады скорой помощи в те места, где такая помощь отсутствует. Помимо этого, вертолет может использоваться в тех случаях, когда необходима эвакуация сконцентрированных в одном месте лиц с различной патологией, которым требуется лечение в специализированных центрах (например, доставка большого количества обожженных в ожоговые центры). Медицинский персонал может оказывать влияние на принятие решения при выборе маршрута полета, наиболее безопасного для пострадавших; однако очевидно, что необходимо следовать строгим правилам оперативной безопасности и приоритет в принятии решения должен отдаваться безопасности полета. Медицинскому руководителю вертолетной службы скорой помощи следует проявлять определенную осторожность, с тем, чтобы полет осуществлялся с учетом не только коммерческих интересов, но и медицинской целесообразности.

Врачи, привлекаемые к авиационной транспортировке пациентов, должны знать некоторые особенности полета, связанные исключительно с его высотными характеристиками. По мере увеличения высоты парциальное давление кислорода уменьшается. На большой высоте гипоксия становится опасной, так как она приводит к снижению насыщения кислородом гемоглобина. Даже в кабине самолета поддерживается давление, соответствующее высоте 460—1220 м. Дополнительная подача кислорода должна быть обеспечена каждому пациенту, у которого могут возникнуть нарушения при уменьшении парциального давления кислорода. Другим эффектом понижения давления окружающего атмосферного воздуха является расширение баллонов на катетерах или эндотрахеальных трубках, заполненных воздухом на земле. В каждом случае воздух в них до подъема самолета должен быть замещен солевым раствором. Аналогично этому давление в пневматических брюках и в раздутых манжетках (при определении кровяного давления) с подъемом повышается, а при снижении высоты понижается. Воздух, находящийся во флаконах для внутривенной инфузии и во внутривенных катетерах, подобным же образом расширяется и сжимается, воздействуя тем самым на количество внутривенно вводимой жидкости. Наиболее важное значение, конечно, имеет воздушная эмболия. По этой причине предпочтительно использовать для внутривенного введения растворы в пластиковой таре.

**Дополнительные средства**

Для оказания неотложной помощи пациенты доставляются в указанный ими госпиталь, несмотря на то, что более полноценная помощь при их состоянии может быть предоставлена в другом медицинском учреждении. Существует несколько систем категоризации госпиталей, и этот процесс должен либо предшествовать организации системы НМП, либо сопровождать ее становление. Персонал, оказывающий помощь на догоспитальном этапе, не должен становиться заложником в борьбе между госпиталями, отстаивающими свои коммерческие интересы. В некоторых регионах может не быть госпиталя, располагающего необходимым персоналом и оборудованием, отвечающим современным требованиям. Хорошо функционирующая система НМП не всегда может полагаться на межбольничный транспорт, выручающий из беды ее госпитали и медицинский персонал при необходимости опасения больных в критическом состоянии или пострадавших с серь­езными повреждениями. Поэтому необходимо иметь (или расширять) отделения неотложной помощи, которые способны осуществлять реанимацию и стабилизацию состояния таких пациентов.

**Отделения для оказания помощи в критических ситуациях**

Третичные учреждения по оказанию дополнительной помощи должны быть определены либо внутри самой системы, либо вне её. Обустройство блока (или палат) интенсивной терапии для новорожденных, обожженных, пострадавших с повреждением спинного мозга и др. не является непосильной задачей для каждой районной больницы.

**Агентства общественной безопасности**

Необходимость тесной связи любой системы НМП с полицией и управлением пожарной безопасности вполне очевидна. Эти учреждения могут полностью или частично обеспечивать работу НМП. Должностные лица учреждений общественной безопасности должны участвовать в принятии решений, касающихся НМП, и, наоборот, сотрудники НМП должны располагать информацией о решениях по общественной безопасности, которые имеют отношение к реализации неотложной помощи.

**Участие потребителей**

Общественность должна иметь доступ к управлению системой НМП. Должно быть обеспечено участие ее представителей в работе комитета. Общественность должна понимать, что даже хорошо организованная система НМП требует постоянного контроля и совершенствования. Привлечение представителей общественности к обучению навыкам оказания первой помощи и к организации системы 911 является очень важным условием создания успешно функционирующей системы НМП.

**Доступность помощи**

Совершенная система НМП гарантирует получение неотложной помощи всем нуждающимся в ней лицам независимо от их возможности оплатить лечение. Более сложная проблема возникает в тех случаях, когда ввиду плотности населения или особенностей местности требуется более продолжительное время для реализации помощи одним гражданам по сравнению с другими. Муниципальная система неотложной помощи должна быть в состоянии разрешить эту проблему, хотя ее урегулирование весьма сложно как с политической, так и с экономической точки зрения. Хорошо информированная и достаточно представительная правительственная группа, безусловно, найдет правильное решение этого вопроса.

**Преемственность оказания помощи**

В процессе оказания помощи пациенты часто перенаправляются из одного медицинского учреждения в другое в рамках той же системы или вне ее. Такие перемещения должны осуществляться с максимумом безопасности и удобств для пациента. Предварительное согласование, достигнутое между отправляющим и принимающим медицинскими центрами в отношении схемы лечения данного пациента, позволяет избежать многих проблем. Направляющий врач должен быть уверен в получении последующей информации о пациенте, а принимающий должен иметь гарантию на получение всех необходимых данных по прибытии пациента.

Соответствующая медицинская поддержка в пути обеспечивается как можно более быстрым установлением радиосвязи между принимающим центром и сопровождающим больного медицинским персоналом (если это потребуется).

**Стандартизация сведений о пациенте**

Оказание помощи пациенту зависит от качества медицинской документации; запись об оказанной помощи на догоспитальном этапе не является исключением из этого правила. Все службы скорой помощи в специфических регионах должны использовать единую форму записи, что позволяет быстро и легко интерпретировать медицинскую документацию при ее получении врачами и средним медицинским персоналом. Значительно труднее добиться стандартизации записей в отделении неотложной помощи. Однако и здесь возможно использование стандартных, легко интерпретируе­мых карт. Рекомендуется также предусмотреть систему регистрации, позволяющей делать извлечения данных для составления регистров травм и шкалы определения тяжести повреждения, а также дли изучения исходов при остановке сердца.

**Общественная информация и образование**

Как указывалось выше, важно, чтобы общественность была хорошо информирована о состоянии НМП. Сюда входят следующие аспекты: 1) понимание определенных преимуществ работы отлично налаженной системы НМП; 2) подготовленность населения к оказанию первой помощи; 3) знание способов быстрой связи и получения доступа к системе; 4) понимание того обстоятельства, что при определенных жизнеугрожаюших состояниях пациенты могут быть направлены в госпиталь не по их выбору.

**Независимый обзор и оценка**

Управление должно иметь гарантию, в получении полного обзора деятельности системы НМП. Контроль радиосвязи, отчет о времени, требующемся для реализации вызова, обзор информации по принципу бегущей строки — таковы механические методы контроля за качеством работы, который легко провести. Изучение исходов таких состояний, как остановка сердца и множественная травма, требует значительной врачебной информации и кооперации. Медицинское руководство должно требовать периодического проведения подобного изучения. Должна быть обеспечена доступность медицинских карточек, которые запрашиваются в госпиталях, входящих в систему при безусловном сохранении врачебной тайны.

**Связь при катастрофах**

НМП является неотъемлемой частью системы реализации помощи при катастрофах и, следовательно, включается в планирование и создание программ практического обучения наряду с Управлением общественной безопасности и другими службами. Учреждения общественной безопасности должны информировать Управление НМП о возможных катастрофических ситуациях или возникающих порой серьезных опасностях. Госпитали также должны быть готовы информировать систему НМП об их коечной емкости для определенной категории пациентов, по ступающих для получения экстренной помощи в экстремальных ситуациях.

**Договор о взаимопомощи**

Регионы должны развивать договорную систему взаимопомощи со своими соседями, что обеспечит определенную непрерыв­ность оказания помощи и ее доступность, несмотря на острый дефицит НМП на местах.

**МЕДИЦИНСКИЙ КОНТРОЛЬ**

Надежная и эффективная система НМП не может существовать без получения значительного участия врачей и без осуществляемого ими контроля. Врачи неотложной помощи в регионах должны быть привлечены для обеспечения медицинского контроля, который состоит из проспективного, непосредственного (на линии) и ретроспективного компонентов.

Проспективный медицинский контроль включает разработку схем лечения и процедур, которые на догоспитальном этапе проводятся персоналом по медицинской лицензии, выданной директором медицинского учреждения. Обучение, проверка, продолжение профессионального образования и надзор являются составляющими этого процесса. Разрабатываемые схемы должны пересматриваться и корректироваться на регулярной основе с учетом современных медицинских знаний.

Непосредственный медицинский контроль направлен на соблюдение персоналом медицинского порядка на рабочем месте и осуществляется либо лично, либо с помощью радиосвязи или телефона. Директор медицинского учреждения может передавать свои полномочия другим врачам, но при этом должна быть гарантия их полного понимания схем лечения, по которым младшему медицинскому персоналу разрешается проводить неотложные мероприятия. Кроме того, директор может разрешить парамедицинскому персоналу проведение определенного объема работы, когда контакт с контролирующим врачом трудно осуществим.

Ретроспективный медицинский контроль означает продолжение наблюдения и изучения работы системы, как это обсуждалось ранее. Участие врача в этом процессе имеет важное значение. О регулярных занятиях и семинарах, проводимых врачами для персонала НМП, должен быть составлен краткий отчет; следует также обеспечить повторную подготовку и обучение, если в системе отмечаются недостатки. Врачи должны помнить, что если они являются медицинскими руководителями, то на них лежит безусловная ответственность за обеспечение медицинской помощи.

**ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

Хотя в управлении и осуществлении контроля системы догоспитальной помощи участвует относительно небольшое число врачей неотложной помощи, фактически каждый врач в своей повседневной практике имеет дело с этой системой. В данном разделе рассматриваются наиболее актуальные и каждодневные проблемы медицинской практики на догоспитальном зтапе.

**Проблемы на месте происшествия**

Важнейшим вопросом для организаторов НМП является оказание медицинской помощи на месте происшествия, но без доставки пациента в госпиталь. Это в значительной мере связано с проблемой времени оказания помощи после происшествия, а также с числом пациентов и обеспечением оказания помощи в целом. Весьма важным представляется и вопрос о том, сможет ли персонал, оказывающий догоспитальную помощь, провести четкую сортировку на месте происшествия и быстро приступить к оказанию помощи. При проведении такого рода мероприятий не исключена возможность предъявления претензий и жалоб к учреждению, ответственному за оказание помощи. Браун и соавт. отмечают, что, несмотря на ответственность лиц, участвующих в сортировке на месте происшествия, многие крупные районные службы НМП не эвакуируют значительное число пациентов, которые подходят для госпитализации по соображениям неотложности оказания помощи. Поэтому врач, осуществляющий медицинский контроль, должен контактировать со всеми пациентами, оставшимися на месте происшествия.

Отказ пациентов от оказания помощи или от госпитализации представляет еще одну серьезную проблему на догоспитальном этапе. В некоторых районах такие пациенты составляют значительный процент пострадавших. Неоказание помощи неадекватному пациенту, требующему неотложного лече­ния, является относительно частой причиной жалоб на не­брежное отношение к больному на догоспитальном этапе. Пациенты определенных категорий (например, с интоксикацией алкоголем или наркотиками, лица с психическими отклонениями или умственно отсталые, а также несовершеннолетние или пациенты с травмой головы) должны быть признаны неадекватными и доставлены в госпиталь. Врач, осуществляющий контроль, должен быть информирован относительно всех таких пациентов. Для их удержания и транспортировки может потребоваться помощь полиции. Врачи, ответственные за организацию НМП, должны запротоколировать эти данные и использовать их при обучении НМП в подобных ситуациях.

**Различные категории пациентов**

Хотя оказание помощи при травме в зависимости от региона широко обсуждается в литературе, накапливается все больше данных в поддержку утверждения, что специализация помощи пострадавшим от травм улучшает исход. По имеющимся в настоящее время данным, пострадавшие с множественными повреждениями, лица с закрытой травмой головы, а также травмированные дети имеют лучший исход в случае их лечения в специализированных центрах. Регионализация лечения повреждений в округах Оранж и Сан-Диего в Калифорнии снизила число "предотвращаемых" смертей от травм в этих регионах. Такая специализация не лишена определенных проблем. По крайней мере один центр лечения травм (Калифорнийский медицинский центр в Лос-Анджелесе) прекратил функционировать в связи с финансовыми потерями, относимыми на счет его специализации. Недавно была законодательно установлена поддержка развития травматологических центров в общенациональном масштабе.

О существенном побочном явлении широко распространенной транспортировки больных вертолетами говорят некоторые данные: доставка пациентов в специализированный кардиологический центр может в настоящее время привести к разрыву сердца после острого инфаркта миокарда. Каплан и соавт. показали, однако, что пациентов с острым инфарктом миокарда можно безопасно транспортировать и проводить инвазивную тромболитическую терапию. Хотя никто из авторов сегодня не настаивает на обязательном направлении больных кардиологического профиля в специализированный центр, достижения непрерывной инвазивной терапии у таких пациентов может сделать это важные аргументом в будущем.

**Проблемы связей между агентствами**

Роль полиции и службы неотложной помощи состоит в обеспечении безопасности населения, но иногда эти агентства конфликтуют друг с другом. Наиболее часто конфликт возникает на месте совершения серьезного преступления, где сталкиваются различные интересы этих двух служб. Собственно для полиции это сценарий совершенного преступления или убийства человека, тогда как для НМП речь идет, прежде всего, о случае тяжелой травмы у потенциально жизнеспособного человека. При этом либо НМП ограничивает доступ к смертельно раненному пациенту, либо полиция сталкивается лицом к лицу с преступлением, обстоятельства которого непоправимо нарушены НМП. Для того чтобы обеспечить нормальное функционирование обеих служб, необходимо разработать на региональном уровне схемы совместных действий при участии представителей обеих сторон для решения всех спорных вопросов.

Другой сложной проблемой, которая кратко упоминалась выше, является отказ так называемого неадекватного пациента от медицинской помощи. Речь может идти об интоксикации наркотиками или алкоголем, а также о слишком буйных субъектах, для транспортировки и удержания которых может потребоваться содействие полиции. В некоторых районах, однако, полиция не проявляет особого желания содействовать решению подобных проблем медицинской службы. Отсутствие хороших рабочих отношений между этими службами мешает эффективной медицинской помощи пациенту, и врачи должны неутомимо работать для развития такого взаимодействия.

**Риск инфекционного заболевания**

Риск возникновения инфекционного заболевания представляет весьма серьезную проблему для организаторов неотложной помощи, особенно на догоспитальном этапе. В различных районах частота заболевания гепатитом. В среде персонала неотложной помощи значительно варьирует. Риск заражения заметно снижается при использовании вакцины против гепатита В. Поэтому каждого практикующего специалиста НМП следует рассматривать как медика с высоким риском заболевания гепатитом В, которому необходима профилактическая вакцинация.

Все возрастающая частота заражения вирусом СПИДа разительно изменила восприятие риска инфекционного заболевания. Предупреждение такого заражения является сейчас краеугольным камнем при проведении любого лечения. Наибольшие трудности представляет защита персонала при оказании помощи пациентам с травмой, особенно пострадавшим в автомобильной катастрофе, когда имеется много контактов с кровью и острыми предметами. В одном из ответов об оказании помощи травмированным пациентам показано, что серо-конверсия для антител к ВИЧ не распознается в 5,6 % случаев. В стратегию профилактики входит использование персоналом НМП перчаток во время извлечения пострадавших, снабжение машин скорой помощи специальными приспособлениями для безопасного удаления острых предметов, а также выполнение требования не распечатывать заблаговременно упаковки с иглами. Последнее нередко приводит к нечаянным уколам.

**Небрежное лечение на догоспитальном этапе**

Законы большинства штатов предусматривают защиту лиц, осуществляющих догоспитальную помощь, от простой небрежности, считая невиновным персонал НМП, который должным образом обслужил пациента, действовал на уровне своей подготовки и без каких-либо погрешностей. Защита распространяется и на врачей, проводивших лечение в соответствии с программой подготовки специалистов НМП при правильной оценке нуждаемости пациента в определенной помощи.

Хотя участникам оказания догоспитальной помощи в большинстве штатов предоставляется определенная защита, она все же не является абсолютной. Значительную проблему в практике НМП представляют жалобы на небрежное лечение. Правительственная неприкосновенность в большинстве случаев не избавляет организаторов муниципальной НМП от судебной ответственности, так как деятельность НМП скорее рассматривается как собственно функция правительства, нежели функция администрации таких служб, как полиция и пожарная безопасность.

В одном из отчетов о практике небрежного лечения жалобы были редкими (1 на 24 000 случая оказания помощи), но вполне обоснованными. Проблемы были связаны с неадекватным документированием или с непредоставлением специфического лечения пациенту. Другие судебные претензии, связанные с догоспитальной помощью, предъявлялись по поводу неадекватной подготовки реаниматоров; кроме того, иски включали про­блемы, связанные с согласием на лечение или с отказом от него.

Сложные медико-юридические проблемы, относящиеся исключительно к догоспитальному этапу, касаются вмешательства врача НМП на месте происшествия при несчастном случае, а также распоряжения "Не реанимируй!" (на терминальной стадии заболевания во внегоспитальных условиях). Парамедицинский персонал, осуществляющий поддержание функций организма у пациента с перспективой выживания, рассматривается как представители врачебного медицинского контроля на месте несчастного случая и несет ответственность за этот контроль в отсутствие (при оказании НМП) лечащего врача пациента. Большинство местных жителей позволяют врачу медицинского контроля передать оказание помощи на месте происшествия другому (соответственно обученному) врачу, если этот врач изъявляет желание взять на себя оказание помощи и сопровождение пациента до госпиталя.

Выполнение распоряжения "Не реанимировать!", методы борьбы за сохранение жизни и действия в соответствии с юридическими уставами в разных штатах значительно различаются. Каждый руководитель НМП должен располагать такими постановлениями, что поможет ему преодолеть подобные проблемы в согласии с законом штата и требованиями регионального медицинского стандарта (см. главу 170, том 2 — "Этические проблемы реанимации").

**РЕЗЮМЕ**

Эффективность системы НМП зависит от информированности общества и всесторонней поддержки ее усилий на всех уровнях — от правительственных учреждений до отдельного гражданина. Хотя политические и экономические аспекты деятельности НМП очень важны, главным фактором ее эффективности являются умелое медицинское управление и контроль. Ведущая роль здесь должна принадлежать врачам службы неотложной помощи.