



ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Преемственность в оказании неотложной помощи. Показания для госпитализации

Дисциплина Неотложная помощь в первичном звене здравоохранения
Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Лекция (2 часа)

Богданов Д.В., профессор кафедры, д-р мед. наук
Кафедра Пропедевтики внутренних болезней
Южно-Уральский государственный
медицинский университет, Челябинск, Россия

В чем разница между скорой и неотложной?

- «Скорая» — экстренная служба немедленного медицинского реагирования, выезжающая к тем, чья жизнь и здоровье находится под угрозой, а «неотложка» — служба, оказывающая помощь пациентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в поликлинику, но при этом их жизни ничего не угрожает.

Скорая медицинская помощь

- Оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в машине СМП с применением медицинского оборудования - при медицинской эвакуации).
 - Бригада смп при необходимости осуществляет транспортировку пациентов в медицинский стационар в целях спасения жизни и сохранения здоровья.
 - Во время транспортировки осуществляются мероприятия по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением лп и/ или медицинского оборудования.
-

Скорая медицинская помощь

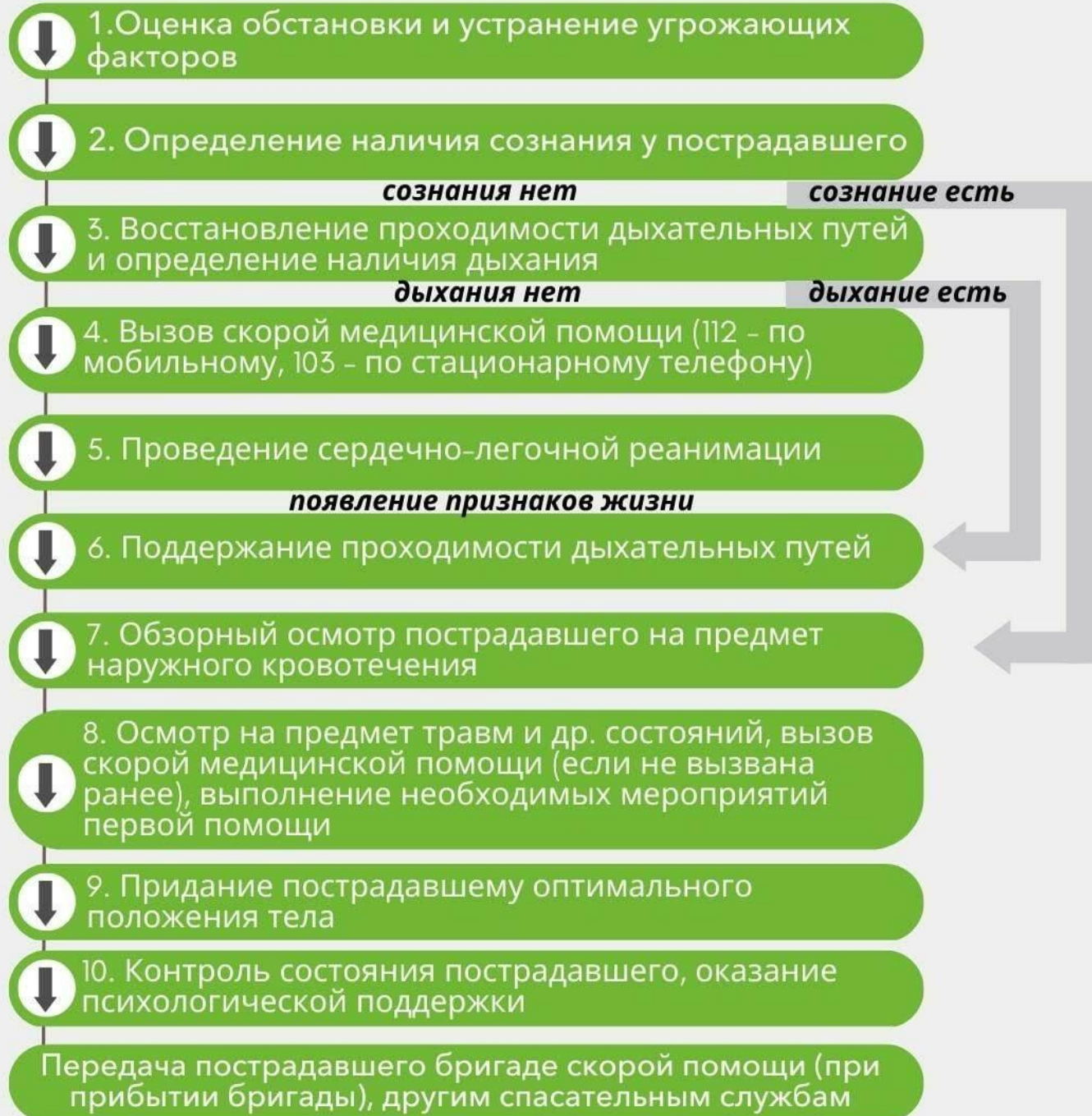
- Скорая медицинская помощь предназначена для оказания круглосуточной скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению как на месте происшествия, так и в пути следования в стационар, при состояниях, угрожающих здоровью или жизни граждан, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, осложнениями беременности и при родах

Преимственность скорой медицинской помощи

- Преимственность скорой медицинской помощи подразумевает сотрудничество медицинских работников службы скорой помощи и медицинских организаций в деле постановки диагноза и лечения пациента. Координированная работа на догоспитальном этапе лечебно-диагностического процесса обеспечивает эффективность медицинской помощи. Для этого необходима слаженная работа всех звеньев оказания медицинской помощи и актуален вопрос о преимущественности между поликлиникой, станцией (подстанцией) скорой медицинской помощи и стационаром.
-

Универсальный алгоритм оказания первой помощи

- Общая последовательность действий на месте происшествия с наличием пострадавших
 - Оказывать первую помощь необходимо в соответствии с Универсальным алгоритмом оказания первой помощи .
Схематично алгоритм выглядит следующим образом.
 - Согласно Универсальному алгоритму первой помощи в случае, если человек стал участником или очевидцем происшествия, он должен выполнить следующие действия:
-



- 1. Провести оценку обстановки и обеспечить безопасные условия для оказания первой помощи:
 - 1) определить угрожающие факторы для собственной жизни и здоровья;
 - 2) определить угрожающие факторы для жизни и здоровья пострадавшего;
 - 3) устранить угрожающие факторы для жизни и здоровья;
 - 4) прекратить действие повреждающих факторов на пострадавшего;
 - 5) при необходимости, оценить количество пострадавших;
 - 6) извлечь пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест (при необходимости);
 - 7) переместить пострадавшего (при необходимости).
-

- 2. Определить наличие сознания у пострадавшего.
- При наличии сознания перейти к п. 7 Алгоритма; при отсутствии сознания перейти к п. 3 Алгоритма.

- 3. Восстановить проходимость дыхательных путей и определить признаки жизни:
- 1) запрокинуть голову с подъемом подбородка;
- 2) выдвинуть нижнюю челюсть (при необходимости);
- 3) определить наличие нормального дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- 4) определить наличие кровообращения путем проверки пульса на магистральных артериях (одновременно с определением дыхания и при наличии соответствующей подготовки). При наличии дыхания перейти к п. 6 Алгоритма; при отсутствии дыхания перейти к п. 4 Алгоритма.

- 4. Вызвать скорую медицинскую помощь, другие специальные службы
- Вызвать скорую медицинскую помощь, другие специальные службы, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом (по тел. 03, 103 или 112, привлекая помощника или с использованием громкой связи на телефоне).

- 5. Начать проведение сердечно-легочной реанимации путем чередования:
 - 1) давления руками на грудину пострадавшего;
 - 2) искусственного дыхания «Рот ко рту», «Рот к носу», с использованием устройств для искусственного дыхания. При появлении признаков жизни перейти к п. 6 Алгоритма.

- 6. При появлении (или наличии) признаков жизни выполнить мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей одним или несколькими способами:
 - 1) придать устойчивое боковое положение;
 - 2) запрокинуть голову с подъемом подбородка;
 - 3) выдвинуть нижнюю челюсть.

- 7. Провести обзорный осмотр пострадавшего и осуществить мероприятия по временной остановке наружного кровотечения одним или несколькими способами:
 - 1) наложением давящей повязки;
 - 2) пальцевым прижатием артерии;
 - 3) прямым давлением на рану;
 - 4) максимальным сгибанием конечности в суставе;
 - 5) наложением жгута.

- 8. Провести подробный осмотр пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, осуществить вызов скорой медицинской помощи (если она не была вызвана ранее):
 - 1) провести осмотр головы;
 - 2) провести осмотр шеи;
 - 3) провести осмотр груди;
 - 4) провести осмотр спины;
 - 5) провести осмотр живота и таза;
 - 6) осмотр конечностей;
 - 7) наложить повязки при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионную (герметизирующую) при ранении грудной клетки;
 - 8) провести иммобилизацию (с помощью подручных средств, аутоиммобилизацию, с использованием медицинских изделий);
 - 9) зафиксировать шейный отдел позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий);
 - 10) прекратить воздействие опасных химических веществ на пострадавшего (промыть желудок путем приема воды и вызывания рвоты, удалить с поврежденной поверхности и промыть поврежденные поверхности проточной водой);
 - 11) провести местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
 - 12) провести термоизоляцию при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

- 9. Придать пострадавшему оптимальное положение тела
- Для обеспечения ему комфорта и уменьшения степени его страданий.
- 10. Постоянно контролировать состояние пострадавшего и оказывать психологическую поддержку
- Наличие сознания, дыхания и кровообращения

- 11. Передать пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи
- Передать пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом при их прибытии и распоряжении о передаче им пострадавшего, сообщив необходимую информацию.



Трёхуровневая система медицинской помощи



Медицинская сортировка

распределение пораженных и больных
при их массовом поступлении в результате ЧС
в зависимости **от характера и тяжести** поражения (заболевания) на
группы нуждающихся **в однородных**
лечебно-профилактических или эвакуационных мероприятиях
с определением очередности и места оказания помощи каждой
группе и/или очередности и способа эвакуации



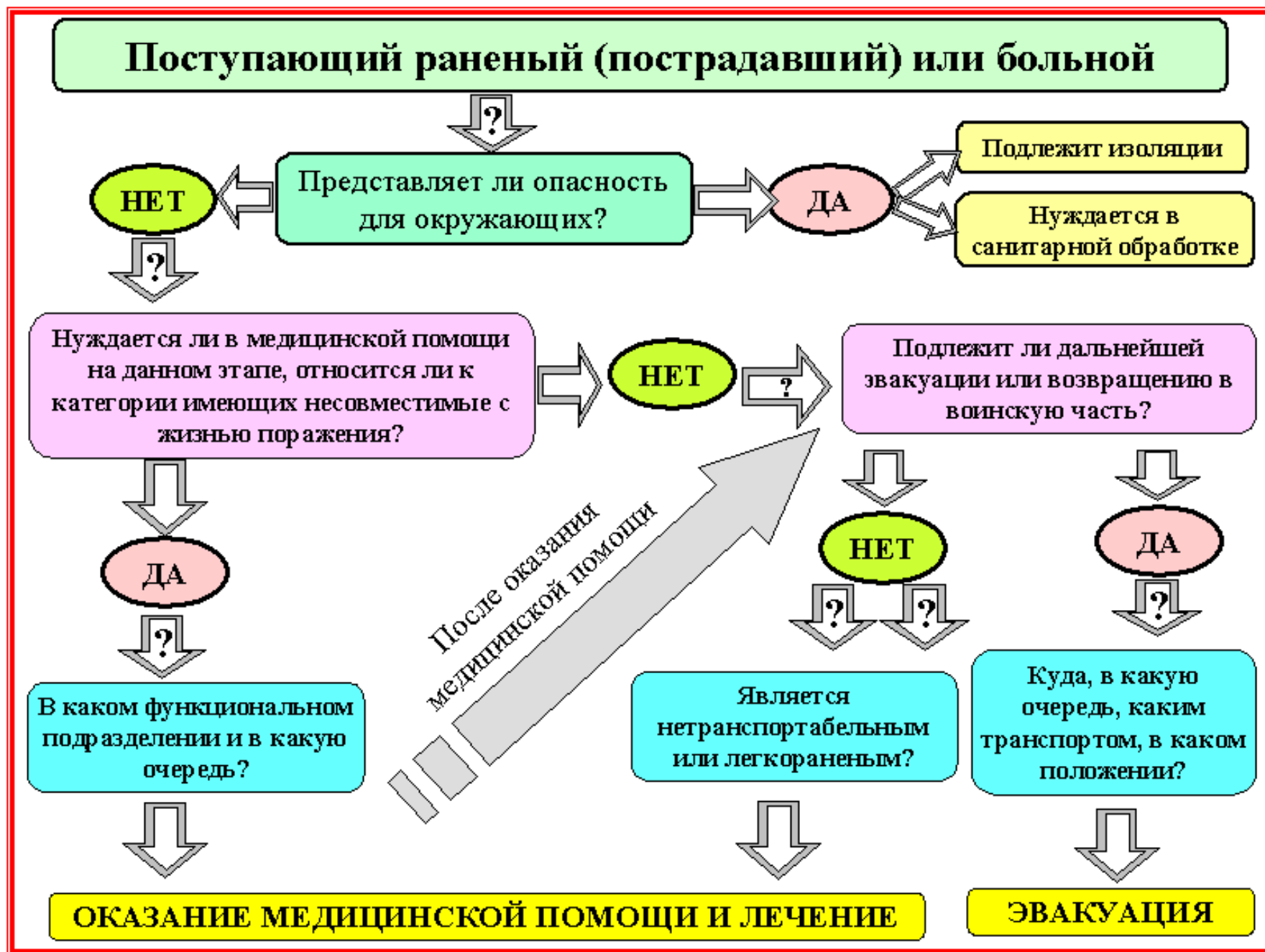
- Впервые теоретически обосновал учение и методику медицинской сортировки и претворил их в практику **Н. И. Пирогов.**
- Приехав в **1854** г. в осажденный Севастополь, он начал свою деятельность не с хирургической помощи, а с наведения порядка на перевязочных пунктах и в первую очередь с **проведения медицинской сортировки.**



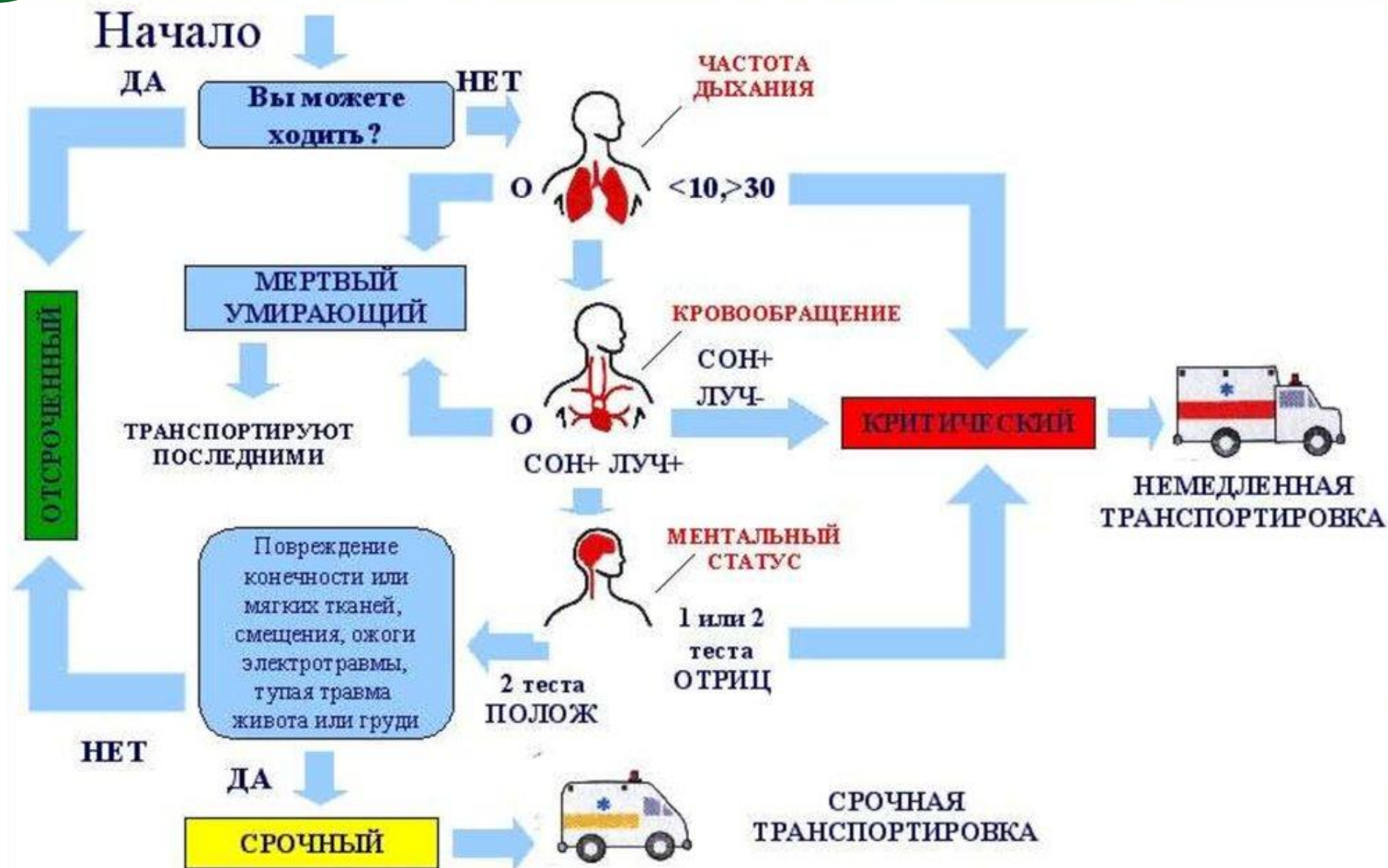


Основные сортировочные признаки

- **Опасность для окружающих** – степень нуждаемости пораженных в изоляции или в санитарной (специальной обработке)
- **Лечебный признак**– степень нуждаемости пострадавших в медицинской помощи, очередности и месте ее оказания
- **Эвакуационный признак** – необходимость, очередность, вид транспорта и положение пораженного на транспорте



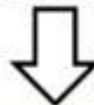
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА





Триаж (сортировка) пациентов

Триаж пациентов проводит средний медицинский персонал Приемного отделения,
по мере поступления пациентов



Три категории пациентов (по срочности оказания медицинской помощи):
1. Неотложные/экстренные 2. Приоритетные 3. Несрочные/плановые



Неотложные:

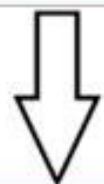
1. АД выше 160/110 мм рт.ст. у беременных
2. Нарушение дыхания (асфиксия, центральный апноэ, тяжелая дыхательная недостаточность)
3. Нарушение кровообращения (холодные руки, слабый частый пульс)
4. Коматозное состояние, судороги
5. Тяжелое обезвоживание
6. Кетоацидоз
7. Кровотечение

Приоритетные:

1. Высокая температура тела выше 38,5 С
2. Травма или другое срочное хирургическое состояние
3. Боль (сильная)
4. Пациенты из других стационаров по срочному направлению
5. Новорожденные
6. Бледность (выраженная)

Несрочные:

Плановая госпитализация



Немедленный осмотр и оказание медицинской помощи в приемном покое с привлечением профильных специалистов

Требуется медицинская помощь, но лечебные мероприятия могут быть отсрочены



SORT

Шкала комы Глазго	Частота дыхания	Систолическое давление	Баллы
13 - 15	10 - 30	>90	4
9 - 12	>30	76 - 89	3
6 - 8	6 - 9	50 - 75	2
4 - 5	1 - 5	1 - 49	1
3	0	0	0

Сумма баллов	Приоритет
1 - 10	Приоритет 1
11	Приоритет 2
12	Приоритет 3
0	Летальный исход



- **1 сортировочная группа - красная:**

- Пострадавшие, с **быстро нарастающими опасными для жизни расстройствами** основных жизненно важных функций организма, для устранения которых необходимы срочные лечебно-профилактические мероприятия.
- Временно нетранспортабельные.
- Прогноз может быть благоприятен, если им своевременно будет оказана медицинская помощь.
- Больные этой группы нуждаются в помощи по неотложным жизненным показаниям.
- **Эвакуация в 1 очередь**, после оказания необходимой ЭМП.
- Транспорт медицинский.
- Положение лежа.
- Состав до 20%.



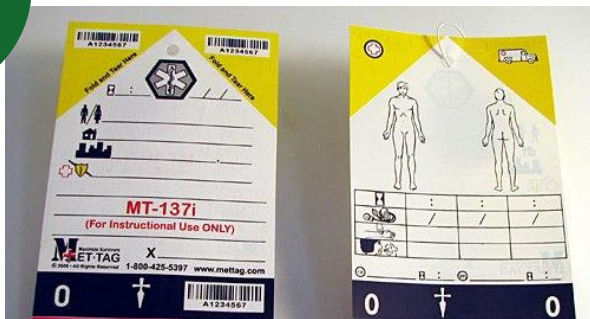
- **2 сортировочная группа - желтая:**

- Повреждения и отравления средней тяжести - не представляющие непосредственной угрозы для жизни.
- **Возможно развитие опасных для жизни осложнений.**
- Прогноз относительно благоприятный для жизни.
- Помощь оказывается во 2-ю очередь, или может быть отсрочена до поступления на следующий этап медицинской эвакуации
- **Эвакуация во вторую очередь.**
- Транспорт медицинский.
- Состав до 20%.



- **3 сортировочная группа - зеленая:**

- **легко пораженные**
- пострадавшие с легкими повреждениями, нуждающиеся в амбулаторно-поликлиническом лечении.
- Прогноз благоприятный для жизни и трудоспособности.
- **Эвакуируются самостоятельно** или транспортом общего назначения.
- Состав около 40%.



- **4 сортировочная группа - чёрная:**

Пострадавшие с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, а также находящиеся в терминальном состоянии (агонирующие), которые нуждаются только в симптоматической терапии.

- Прогноз неблагоприятен для жизни.
- Эвакуации не подлежат.
- К этой же группе относят и умерших.
- Количество пострадавших, в зависимости от очага поражения, может достигать 20 %.

КОРЕШОК ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЧКИ

«___» час _____ мин. _____ 19___ г.

в/звание _____ в/часть _____

фамилия имя отчество

Удостоверение личности, жетон № _____

Ранен, заболел «___» час «___» мин. _____ 19___ г.

Эвакуирован са-
молетом, сан-
грузавто
(подчеркнуть)

куда эвакуирован



нужно: обвести

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Подчеркнуть Доза
(вписать)

Введено: антибиотик

сыворотка ПСС,
ПГС

анатоксин (какой)

антидот (какой)

обезболивающее
средство

Произведено: переливание

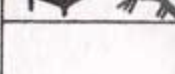
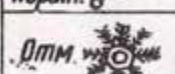
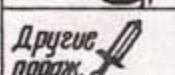
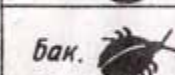
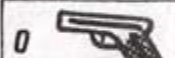
крови, кровезаменителей,

иммобилизация, перевязка,

наложен жгут, санобработка

Диагноз _____

Вид санитарных потерь (обвести)



ИЗОЛЯЦИЯ

Выдана: _____
наименование мед. пункта (учреждения), или их
штамп.

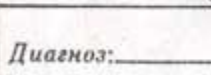
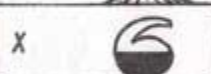
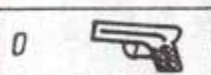
«___» час. «___» мин. _____ 19___ г.

в/звание _____ в/часть _____

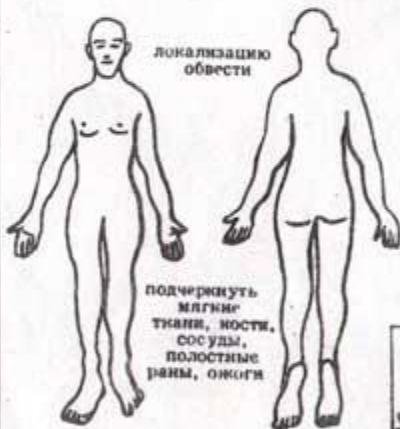
фамилия имя отчество

Удостоверение личности, жетон № _____

Ранен, заболел «___» час «___» мин. _____ 19___ г.



Диагноз: _____



НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

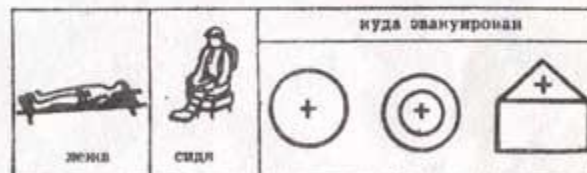
Первичная медицинская карточка

Форма 100

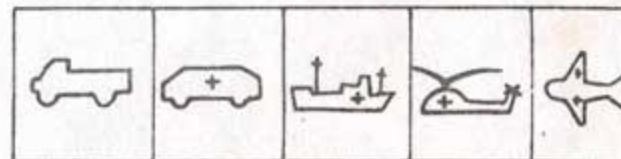
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Подчеркнуть	Доза (вписать)
Введено: антибиотик	
Сыворотка ПСС, ПГС	
анатоксин (какой)	
антидот (какой)	
обезболивающее средство	
Произведено: переливание	
крови, кровезаменителей	
иммобилизации, перевязки.	

Жгут наложен «___» час. «___» мин.
Санитарная обработка (подчеркнуть)
полная, частичная, не проводилась.
Эвакуировать (нужное обвести)



Очередность эвакуации: I II III



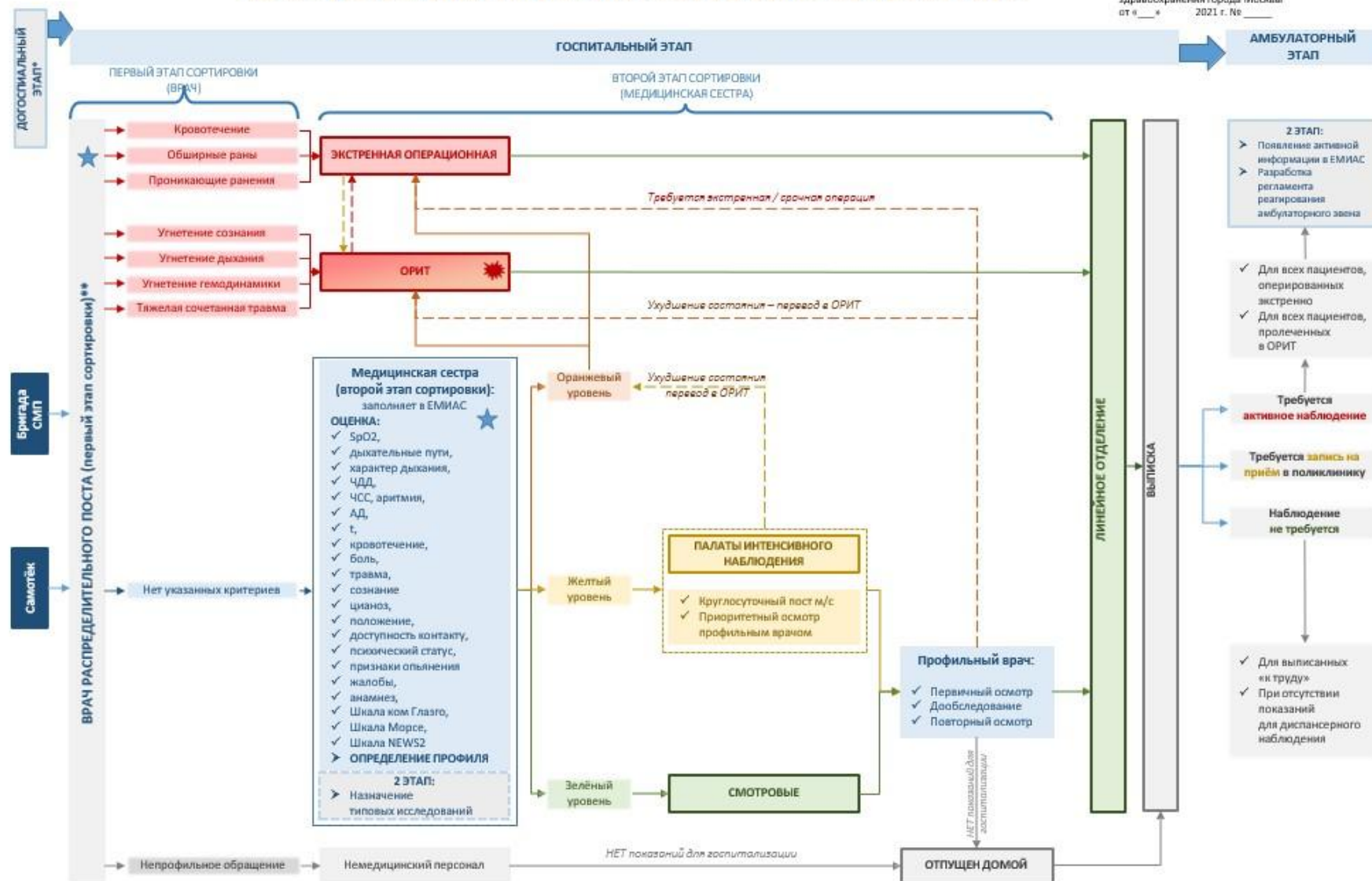
врач: _____
(подпись разборчиво)

РАДИАЦИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА

СХЕМА (АЛГОРИТМ) МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ

Приложение 2
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от «__» ____ 2021 г. № ____



* Медицинская сортировка на догоспитальном этапе осуществляется силами ССНМП им. А.С. Пучкова, 2 этапом запланирована подквалификация к участию в сортировке ЦКС

** Круглосуточный пост врача распределительного поста – все врачи (вне зависимости от специальности), дежурящие в приемном отделении, по 2-4 часа дежурят на распределительном посту по очереди (согласно графику)

★ Точка медицинской сортировки

2 ЭТАП:

Обращение в ЦКС

ЕДИНАЯ ЦВЕТОВАЯ ИНДИКАЦИЯ
(браслеты на руку пациента, навигация приемного отделения):

- Красный / оранжевый – ОРИТ, операционная
- Желтый – палаты интенсивного наблюдения
- Зеленый – смотровые

Маршрутизация

- маршрутизация в отношении конкретного больного — это процесс определения оптимального пути его следования с целью получения качественной медицинской помощи при минимальных временных и финансовых затратах.
-

- при оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий);
 - медицинская эвакуация включает в себя санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным видом транспорта;
 - медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования;
 - выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи оказывается медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.
-



• Система маршрутизации

пациенты с острым обширным инфарктом миокарда направляются в рентген-операционную, минуя приемное отделение и кардиореанимацию



• Инфарктная сеть

в ее состав входит 19 сосудистых центров



• Современные методики лечения

> 90% пациентов с крупноочаговым инфарктом проводится первичная ангиопластика и стентирование сосудов



• Единый стандарт оснащения оборудованием

с 2022 года в поликлиники и стационары поступило более 5 тысяч единиц новейшего оборудования кардиологического профиля

• Обеспечение лекарственными препаратами

пациенты с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и перенесшие инфаркт получают лекарства в рамках городской программы



БЕРЕГИТЕ БЛИЗКИХ ОТ ИНФАРКТА!

Наиболее частая причина смерти – инфаркт миокарда
Ежегодно в мире от инфаркта умирает 4 миллиона человек



❶ Жгучая, сжимающая или давящая боль в груди, отдающая в левую руку



❷ Лицо бледное, покрыто холодным потом, дыхание учащённое



❸ Нехватка воздуха, чувство страха



❹ Боль длится более 30 минут, нарастает

**ПРИ ПЕРВЫХ ПОДОЗРЕНИЯХ НА ИНФАРКТ
ВЫЗЫВАЙТЕ СКОРУЮ ПОМОЩЬ!!!!**



103 или 112

Несвоевременное обращение за медицинской помощью приводит к тяжелым осложнениям и инвалидности!

До приезда скорой:



❶ Полный физический и психический покой. Уложить больного, верхнюю часть тела приподнять, подложив подушки.



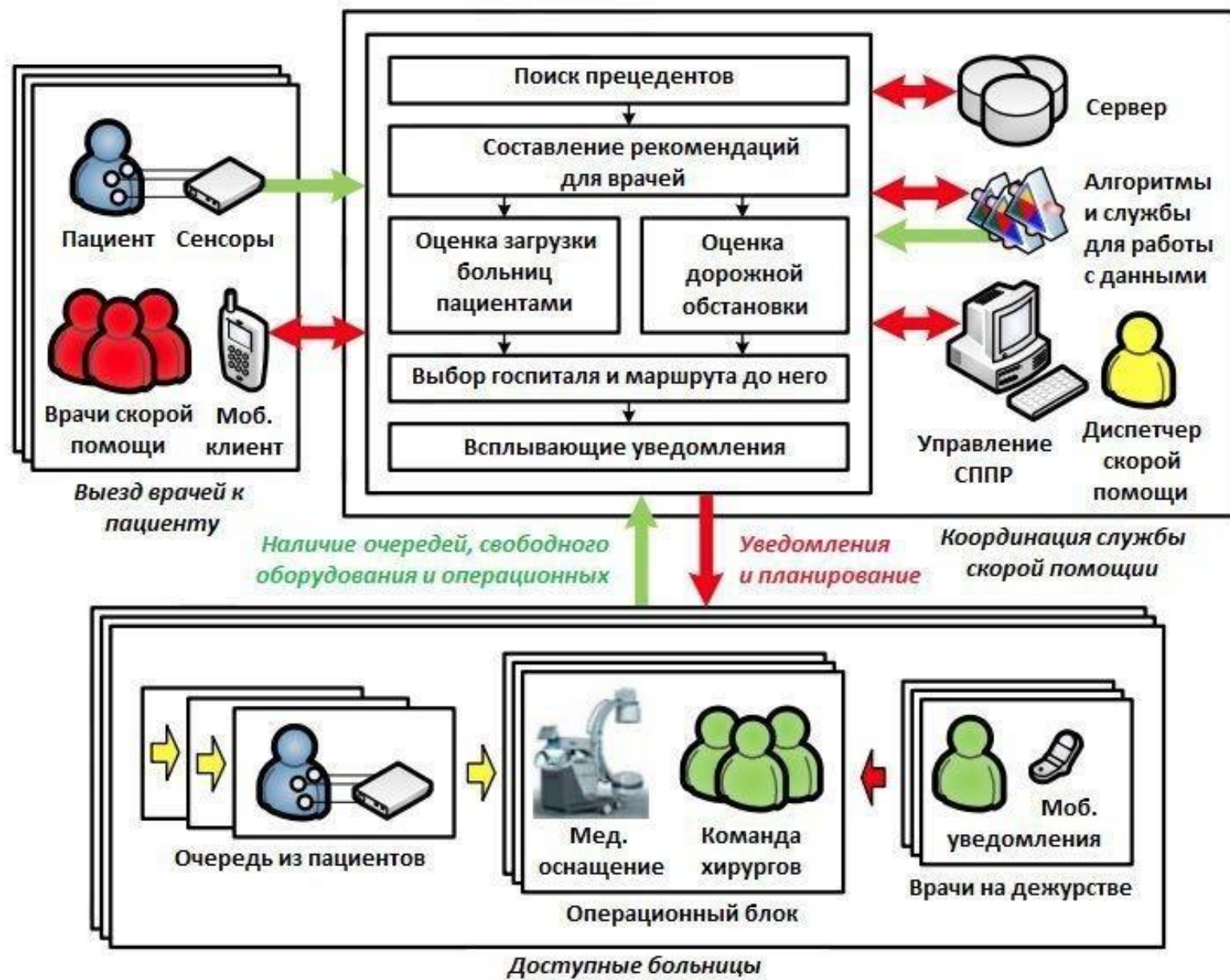
❷ Обеспечить поступление свежего воздуха (открыть окно, форточки)



❸ При тяжёлых приступах боли запрещается малейшее напряжение.



Маршрутизация пациентов с ОКС в Краснодарском крае по приказу МЗ КК № 593 от 30.01.2019 г. из **Кавказского района** осуществляется в ГБУЗ «Городская больница города Армавира» министерства здравоохранения Краснодарского края



Маршрутизация пациентов с ОКС/ОИМ

Медицинская организация, отделение	ОКС/ОИМ Прикрепленные муниципальные образования (города и районы)
ОГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи» (ПСО №1)	г. Смоленск Смоленский район
ОГБУЗ «Вяземская ЦРБ» (ПСО № 2)	Вяземский, Гагаринский, Дорогобужский, Новодугинский, Сычевский, Темкинский, Холм-Жирковский, Угранский
ОГБУЗ «Рославльская ЦРБ» (ПСО № 3)	Глинковский, Ельнинский, Ершичский, Починковский, Рославльский, Хиславичский, Шумячский, г Десногорск
ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» (РСЦ)	Велижский, Демидовский, Руднянский, Ярцевский, Духовщинский, Кардымовский, Краснинский, Монастырщинский, Сафоновский

- В РСЦ должны доставляться больные с ОКС/ОИМ со всей территории Смоленской области для проведения оперативного лечения в первые 12 часов от момента начала заболевания (первичное ЧКВ или ЧКВ после проведения ТЛТ) при условии согласия больного на оперативное лечение. После проведения ТЛТ сроки доставки в РСЦ могут быть увеличены до 24 часов.

Показания для госпитализации

- **Круглосуточный стационар**

- Условия предоставления медицинской помощи по экстренным показаниям.

По экстренным показаниям госпитализация пациентов осуществляется по направлениям врачей первичного звена, скорой медицинской помощи, самостоятельно обратившихся больных.

Максимальное время ожидания госпитализации в приемном отделении составляет не более трех часов с момента определения показаний. Больной осматривается врачом в приемном отделении в течении 30 минут с момента обращения, при угрожающих жизни состояниях – немедленно.

В случаях, когда для окончательной постановки диагноза требуются динамическое наблюдение и полный объем неотложных лечебно-диагностических мероприятий, время нахождение больного в приемном отделении продлевается до шести часов.

Показания к госпитализации:

- **состояние, требующее активного лечения (оказание реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, проведение оперативного и консервативного лечения);**
 - состояние, требующее активного динамического наблюдения и проведение специальных видов обследования и лечения.**
- условия предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме:
- госпитализация в плановой форме осуществляется только при наличии у больного результатов диагностических исследований, которые проведены в амбулаторных условиях.
- время ожидания определяется очередью на госпитализацию в плановой форме и составляет не более 30 дней с момента выдачи направления на госпитализацию в плановой форме. В поликлинике ведется журнал очередности на госпитализацию в плановой форме.
- Показания к госпитализации в плановой форме:
- состояние, требующее активного лечения;
 - проведение специальных видов обследования;
 - по направлению бюро медико-социальной экспертизы;

Перечень основных показаний для экстренной госпитализации больных и пострадавших

- Экстренной госпитализации подлежат:
 - — больные и пострадавшие, требующие для лечения применения больничного режима, стационарных диагностических или лечебных технологий и круглосуточного медицинского наблюдения;
 - — больные и пострадавшие с явными признаками состояний, угрожающих их жизни;
 - — больные и пострадавшие с угрозой развития у них жизнеопасных осложнений;
 - — больные и пострадавшие при невозможности исключения у них скрыто протекающих патологических процессов, ведущих к развитию опасных для жизни состояний и осложнений;
 - — больные и пострадавшие, представляющие угрозу для окружающих их лиц по инфекционно-эпидемическим и психопатологическим критериям;
 - — больные и пострадавшие с улиц и общественных мест;
 - — больные и пострадавшие, повторно обратившиеся за скорой медицинской помощью в течение суток.

Любое подозрение на ОКС(ИМ)пST является показанием для экстренной госпитализации.

Пациенты ИМпST должны госпитализироваться в региональные сосудистые центры для пациентов с ОКС, в кардиологические отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии для пациентов с ОКС (первичные сосудистые отделения), а также в кардиологические отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии, специализирующиеся на лечении пациентов с ОКС и включенные в схему маршрутизации таких пациентов в регионе, но не имеющие статуса регионального сосудистого отделения или первичного сосудистого отделения. Поскольку многим пациентам с подозрением на ИМ может потребоваться углубленная дифференциальная диагностика, их оптимально госпитализировать в многопрофильный стационар с возможностью экстренной диагностики и лечения острой коронарной и иной патологии. Маршрутизация пациентов с ИМпST должна быть организована так, чтобы все они госпитализировались или как можно быстрее переводились в стационар с возможностью инвазивного лечения ИМпST.

- На догоспитальном этапе не рекомендуется проведение диагностических мероприятий, направленных на подтверждение или исключение ИМ [36, 306, 307].



Комментарий: на догоспитальном этапе для принятия решения о дальнейшем ведении пациента с подозрением на ИМпST достаточно регистрации ЭКГ. Определять уровень маркеров повреждения миокарда нецелесообразно. В случае оказания помощи на догоспитальном этапе фельдшерской бригадой обязательна передача ЭКГ по каналам связи в специализированный диагностический центр с целью согласования ведения и маршрутизации пациента.

- При подозрении на ИМпST пациента, госпитализированного в стационар, не располагающий возможностями для экстренной реваскуляризации, рекомендуется своевременно перевести в лечебное учреждение, где реализуется программа реваскуляризации при ИМ [36].

ЕОК IC (УУР C; УДД 5)

- В каждом регионе рекомендуется разработать региональный протокол маршрутизации пациентов с ИМпST с учетом действующих рекомендаций и особенностей региона [36].

Показания для экстренной госпитализации больного в круглосуточный стационар

- **Кардиология**
- Острый инфаркт миокарда
- Острый коронарный синдром
- Нестабильная стенокардия
- Впервые возникшая стенокардия
- ТЭЛА(при отсутствии тромбоза, тромбофлебита вен конечностей)
- Осложненный гипертонический криз
- Острый инфекционный эндокардит
- Острый миокардит
- Ревматизм, активная фаза 2-3 степень активности
- Нарушение ритма сердца с МЭС или нарушениями гемодинамики

Другие заболевания сердечно-сосудистой системы при развитии угрожающих жизни осложнений

Нозологическая форма	Осложнения	
	Сердечно-сосудистая недостаточность	Жизнеугрожающие нарушения ритма и проводимости
ХИБС	• Сердечная астма	1) Пароксизмальные тахикардии
Постинфарктный кардиосклероз	• Отек легких	• суправентрикулярная
Эндокардит	• Кардиогенный шок	• желудочковая
Миокардит		• мерцательная
Перикардит		2) Нарушения проводимости:
Ревматизм н/ф или а/ф 1 степени		• АВ блокада 2-3 степени с нарушением гемодинамики или синдромом МЭС
Приобретенные и врожденные пороки сердца		• CCCY с нарушением гемодинамики или Sd МЭС
8. Кардиомиопатия		
9. Гипертоническая болезнь		

Пульмонология

Нозологическая форма	Показания для экстренной госпитализации
Пневмония	•возраст более 60 лет •острая дыхательная недостаточность (число дыхательных. движений более 22 в мин., •острая сосудистая недостаточность, •спутанное сознание; •внелегочные очаги инфекции; • значительные отклонения лабораторных данных (лейкопения менее 4-10х9, лейкоцитоз более 25-30) •гипоксемия; •снижение функции почек, печени •поражение более 1 сегмента •признаки септицемии; •атипичные пневмонии или развившиеся на фоне иммунодефицитных состояний •хронические бронхолегочные заболевания •сахарный диабет, заболевания крови, ИБС и другие тяжелые соматические заболевания
Бронхиальная астма	•астматический статус •обострение астмы 3-4 ступени •передозировка симпатомиметиков
Хронический бронхит	•острая дыхательная недостаточность •выраженный бронхообструктивный синдром (2-3 стадия)
ХОБЛ	•декомпенсация легочного сердца
Плеврит	•экссудативный •на фоне онкопатологии •с выраженным болевым синдромом

Терапия

Аллергические заболевания.
(реакции)

Анафилактический шок

Отек Квинке

Синдром Лаела

Аллергический отек дыхательных путей

Генерализованная крапивница

Синдром Стивенса-Джонсона

2. Заболевания почек, не требующие хирургического лечения, с ХПН 2-3 ст. ,

3. Сахарный диабет, декомпенсация (кетонацидоз, гипогликемия)

Гастроэнтерология

Нозологическая форма	Показания для экстренной госпитализации
Эзофагит, гастрит, дуоденит Язвенная болезнь желудка Язвенная болезнь 12 перстной кишки Хронический энтероколит Неспецифический язвенный колит Болезнь Крона	• Угроза кровотечения • Выраженный болевой синдром • Выраженный диспептический синдром • Выраженные электролитные нарушения • Выраженная гиповолемия
Хронический холецистит Хронический панкреатит	• Выраженный болевой синдром • Выраженный диспептический синдром • Выраженные электролитные нарушения • Выраженная гиповолемия
Острый, хронический гепатит (не инфекционный) 10. Цирроз печени	• Паренхиматозная желтуха впервые с БРБ более 70 мкм/л • Напряженный асцит • Печеночная энцефалопатия 3-4 стадия • Угроза кровотечения
11. Интенсивный абдоминальный или выраженный диспептический синдром неясного генеза после исключения хирургом острой хирургической патологии	
12. Анемия тяжелой степени тяжести	Гемоглобин менее 55 г/л
13. Лейкозы	Бластный криз
14. Тромбоцитопения	• Тромбоциты менее 20-30 • Выраженный гемморагический синдром

Общая хирургия

- Острый аппендицит
- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Прободная язва желудка и перстной кишки
- Острые желудочно-кишечные кровотечения
- Ущемленные грыжи
- Перитониты
- Острая кишечная непроходимость
- Мезентериальный тромбоз
- Флегмона и острое расширение желудка
- Инфицированная киста поджелудочной железы
- Инфицированные паразитарные кисты печени
- Опухоли желудочно-кишечного тракта, осложнённые непроходимостью, кровотечением, перфорацией, желтухой
- Открытая и закрытая травма органов брюшной полости
- Раны мягких тканей туловища, шеи
- Проникающие ранения груди
- Болезнь Крона осложнённая: перфорация, кровотечения, непроходимость кишки
- Неспецифический язвенный колит с хирургическими осложнениями: перфорация язвы, кровотечение
- Стеноз привратника желудка
- Заворот жировых подвесков и перфорация дивертикулов ободочной кишки
- Гнойный холангит
- Механическая желтуха, в т.ч., опухолевого генеза
- Инородные тела желудочно-кишечного тракта

Урология

- Почечная колика
- Острые гнойные заболевания верхних мочевых путей
- Острые гнойные заболевания мужских половых органов
- Острая задержка мочи впервые возникшая
- Рецидив острой задержки мочи после катетеризации мочевого пузыря у больных с ранее установленным диагнозом
- Макрогематурия
- Парафимоз
- Травма органов мочевыделительной системы
- Опухоли мочеполовой системы, осложненные

Неврология

- Острое нарушение мозгового кровообращения (геморагический или ишемический инсульт)
- Острый менингит (неинфекционный)
- Острый энцефалит
- Абсцесс головного мозга
- Последствия перенесенных органических заболеваний ЦНС
- Вегетососудистая дистония
- Дисциркуляторная энцефалопатия
- Эпилепсия
- Дегенеративные заболевания позвоночника

- Таким образом, госпитализации по экстренным показаниям осуществляется при угрозе жизни больного при острой (экстренной) хирургической патологии и состояниях, требующих неотложных лечебно-диагностических мероприятий и (или) круглосуточного наблюдения.

- 1. Моисеев, В.С. Внутренние болезни : учеб.: в 2 т. Т.1. / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 960 с. Режим доступа:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.html>
- 2. Моисеев, В.С. Внутренние болезни : учеб.: в 2 т. Т. 2. / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 896 с. Режим доступа:
<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.html>
- 3. Околоков, В.Г. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. Ч. 1 : Кардиология: учеб. пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело / В.Г. Околоков и др.; под. ред. С.С. Якушина. – Рязань : ООП УИТТиОП, 2018. – 176 с. Режим доступа:
https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ryazgmu_022.html
- 4. Петров, В.С. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней. Ч. 2 : учеб. пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело / В.Г. Околоков и др.; под. ред. С.С. Якушина. – Рязань : ООП УИТТиОП, 2018. – 228 с. Режим доступа:
https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ryazgmu_023.html