



ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru



Алексей СВЕТ:
«Первая градская – это городской
“поливалентный госпиталь”»

24

**МНЕНИЕ
СПЕЦИАЛИСТА**

Александр МЯСНИКОВ:
«Амбулаторно-
реабилитационные центры
можно организовать на основе
поликлиник при стационарах»

42

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
АЛГОРИТМЫ**

Александр БРЯНЦЕВ:
«Тяжелого пациента
в приемном отделении
должны осмотреть пять
врачей»

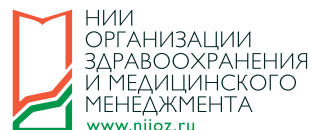
52

ПЕДИАТРИЯ

Елена ПЕТРЯЙКИНА:
«Наш детский стационар –
единственный в Москве, где
имеются койки скорой помощи
краткосрочного пребывания»



Департамент
здравоохранения
города Москвы



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

ПРЕДСТАВЛЯЮТ

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

ЕЖЕНЕДЕЛЬНАЯ
ГАЗЕТА

О СТОЛИЧНОМ
ЗДРАВООХРАНЕНИИ



Мы информируем о важных событиях
московского здравоохранения
и создаем моду на здоровый образ жизни

реклама



115088 г. Москва
ул. Шарикоподшипниковская д. 9

+7 (495) 530-12-89

niozmm@zdrav.mos.ru



Алексей Хрипун,
руководитель
Департамента
здравоохранения
города Москвы

Приемное отделение больницы – это то место, где начинается процесс оказания медицинской помощи пациенту. От четкой и слаженной работы персонала в приемном отделении во многом зависит эффективность дальнейшего лечения. Особенно важно это в тех случаях, когда речь идет о неотложных состояниях, требующих быстрого принятия решений.

Именно поэтому внедрение в практику новых стандартов работы приемных отделений является одной из актуальных задач, стоящих перед московским здравоохранением.

В основе этих нововведений лежит принцип максимального приближения диагностических и терапевтических возможностей того или иного стационара к пациенту, поступившему в приемное отделение. В экстренной ситуации больной или пострадавший не должен ожидать, пока его доставят к тому или иному специалисту, а затем ждать на каталке или на стуле в коридоре, пока им займутся врачи. В рамках нового стандарта для каждого пациента определяется оптимальный порядок прохождения диагностических процедур, которые проводятся в специально выделенной зоне. Туда приходят как врач для первичного осмотра, так и узкие специалисты, там делают анализы, УЗИ и другие исследования. При необходимости проведения более углубленных обследований пациент направляется в кабинет, где свободно соответствующее оборудование и не нужно ждать в очереди.

Таким образом, все имеющиеся ресурсы приемного отделения сосредоточены вокруг пациента и позволяют оказывать ему помощь быстро и в наиболее комфортных условиях.

На новые стандарты уже перешли приемные отделения НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, ГКБ им. С.П. Боткина, ГКБ им. Л.А. Ворохобова и ГКБ им. С.С. Юдина. В ближайшее время мы поменяем работу приемных отделений там, где планировка помещений позволяет сделать это в соответствии с новым стандартом. А там, где сделать это затруднительно, будут проектироваться и строиться лечебно-диагностические комплексы, включающие приемные отделения нового типа. Так, решением мэра Москвы Сергея Собянина запланировано строительство шести комплексов для оказания экстренной медицинской помощи в ряде столичных больниц. В них компактно будут сосредоточены все необходимые диагностические возможности – рентгеновский комплекс, КТ, МРТ, эндоскопический и лабораторный комплексы, экстренные операционные и реанимационные отделения. Кроме того, там будет работать ангиограф, поскольку на базе этих стационаров действуют Региональные сосудистые центры. Такие комплексы планируется построить в ГКБ им. В.В. Вересаева, ГКБ им. В.М. Буянова, в ГКБ № 15 им. Н.Ф. Филатова, ГКБ им. М.Е. Жадкевича, НИИ им. Н.В. Склифосовского, больнице им. С.П. Боткина и в Первой градской больнице.

Уверен, что новые подходы в организации работы приемных отделений полностью себя оправдают и самым позитивным образом скажутся на эффективности и доступности медицинской помощи для наших пациентов.



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета
Печатников Леонид Михайлович

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы
Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве
Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы
Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы
Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы
Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы
Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы
Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы
Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы
Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы
Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС
Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы
Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы
Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы
Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Никонов Евгений Леонидович, начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы
Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы
Оленев Антон Сергеевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения города Москвы
Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы
Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы
Османов Исмаил Магомедтагирович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы
Плутницкий Андрей Николаевич, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области
Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы
Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы
Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы
Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы
Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы
Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**
 Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**
 Научный редактор: **Любовь Алексеевна Ходырева**
 Ответственный секретарь: **Джемал Ахмедович Бешлиев**
 Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**



Редакция журнала
«Московская медицина»:
 127006, г. Москва,
 Оружейный пер., д. 43
 www.nioz.ru
 Мнение авторов может не
 совпадать с позицией редакции

Учредитель:
 Департамент здравоохранения
 города Москвы

Издатель:
 НИИ организации здравоохранения
 и медицинского менеджмента
 Департамента здравоохранения
 города Москвы

Издательство:
 ООО «Промо-центр»:
 117485, Москва,
 ул. Обручева, 30/1, стр. 2

Журнал зарегистрирован
 Федеральной службой по
 надзору в сфере связи
 и массовых коммуникаций
 28 апреля 2014 года
 Регистрационный номер
 ПИ № ФС 77-57984

Выпуск №6 (28) 2018 г.
 журнала «Московская медицина»
 отпечатан 17 декабря 2018 года

Отпечатано
 в ООО «Издат принт»
 Тираж 10 000 экз.
 Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



СОДЕРЖАНИЕ

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Обращение руководителя Департамента здравоохранения
города Москвы Алексея ХРИПУНА 1

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД

**Денис ПРОЦЕНКО: «В 70-х годах прошлого века
действовала совершенно другая парадигма приема больных»** 8

РЕПОРТАЖ

**Ксения ПОПОВА: «Мы создаем большое приемно-диагностическое
отделение с реализацией принципа “врач к пациенту”»** 12

РЕОРГАНИЗАЦИЯ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**Опыт НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
признан успешным** 16

**Новый стандарт работы позволил обеспечить комфорт
для пациентов и их родственников** 19

МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА

**Александр МЯСНИКОВ: «Амбулаторно-реабилитационные центры
можно организовать на основе поликлиник при стационарах»** 24

ОТДЕЛЕНИЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ

**Андрей ШКОДА: «Пациент должен как можно быстрее узнать,
что с ним случилось, и получить квалифицированную
медицинскую помощь»** 27

ПЕРСПЕКТИВЫ

**Алексей СВЕТ: «Первая градская – это
городской “поливалентный госпиталь”»** 33

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Лариса КАРТАВЦЕВА: «В случае экстренной госпитализации
пациенты будут поступать в стационар без выписки
из амбулаторной карты»** 40

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ

**Александр БРЯНЦЕВ: «Тяжелого пациента
в приемном отделении должны осмотреть пять врачей»** 42

СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ

Детская больница им. Г.Н. Сперанского: единственный в Москве клиничко-диагностический центр детской иммунологии и аллергологии третьего уровня 46

ПЕДИАТРИЯ

Анатолий КОРСУНСКИЙ: «Качество нашей работы позволяет существенно снизить госпитализацию» 48

Елена ПЕТРЯЙКИНА: «Наш детский стационар – единственный в Москве, где имеются койки скорой помощи краткосрочного пребывания» 52

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Василий НОВАК: «Самотек – для нас большая проблема, мы хотели бы снизить количество таких пациентов» 58

ПАЦИЕНТСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Юрий ЖУЛЕВ: «Наша задача – чтобы скорая при слове «гемофилия» понимала, что делать» 63

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Особенности сортировки пациентов пожилого и старческого возраста при госпитализации в отделения неотложной помощи 66

Исследование надежности системы экстренной сортировки и лечения детей в Норвегии 76

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Правовые основания деятельности приемного отделения медицинской организации с круглосуточным стационаром 86

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Николай ПИРОГОВ: «Необходима не столько научная хирургия и врачебное искусство, сколько дельная и хорошо учрежденная администрация» 93

МОСКОВСКИЙ ВРАЧ

Столичный проект
по непрерывному повышению
уровня квалификации врачей



Проверьте свои знания, пройдя
пробное тестирование на сайте

niioz.ru



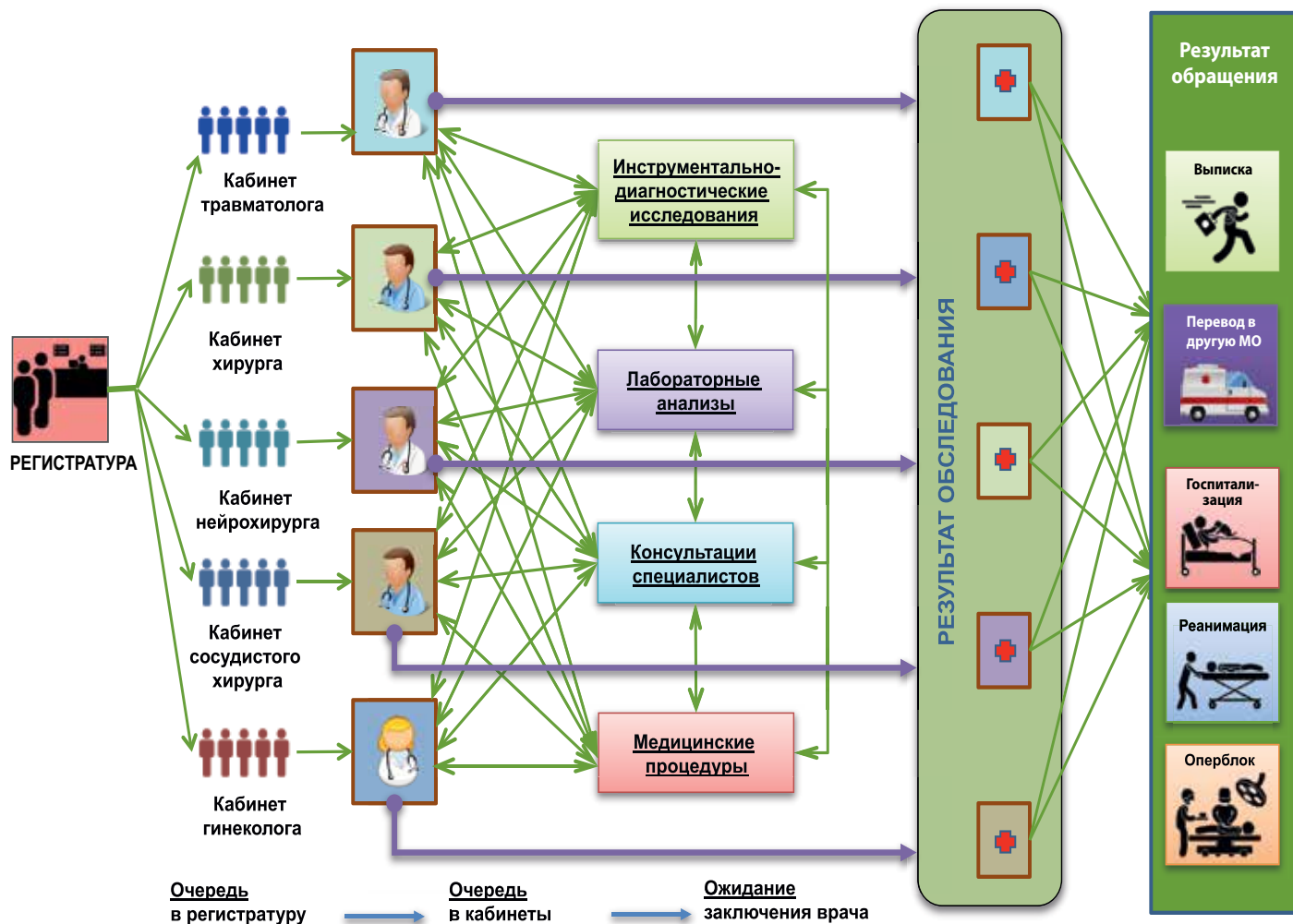
НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

www.niioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ!

РЕОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

ПРЕЖНИЙ АЛГОРИТМ

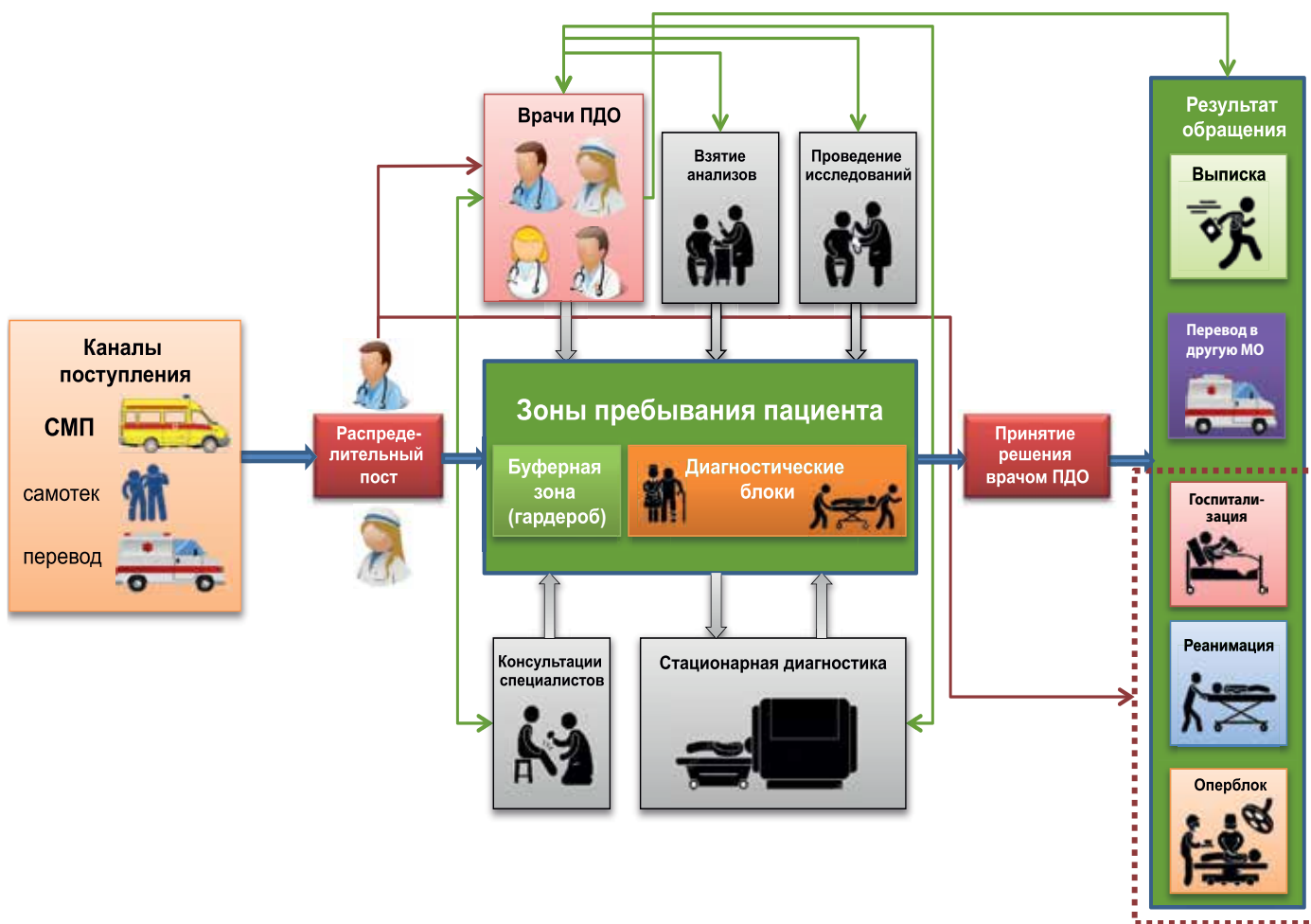


Существующий в большинстве городских клинических больниц Москвы алгоритм работы приемных отделений не отвечает современным требованиям пациентоориентированности на всех этапах помощи пациентам.

Сокращения:
СМП – скорая медицинская помощь;
ПДО – приемно-диагностическое отделение;
МО – медицинская организация.

ПРИЕМНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ

НОВЫЙ АЛГОРИТМ



Новый подход к маршрутизации пациентов и диагностике предполагает реформу приемного отделения, быстрое распределение потоков больных, концепцию пациентоориентированности, ускорение обследования больных и пострадавших.



ДЕНИС ПРОЦЕНКО:

«В 70-Х ГОДАХ ПРОШЛОГО ВЕКА ДЕЙСТВОВАЛА
СОВЕРШЕННО ДРУГАЯ ПАРАДИГМА ПРИЕМА
БОЛЬНЫХ»

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ



Д.Н. Проценко,
главный внештатный специалист по
анестезиологии-реаниматологии ДЗМ,
доцент кафедры анестезиологии
и реаниматологии ФДПО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова, к.м.н.

Денис Проценко, главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ», рассказал о том, как разделяются потоки пациентов, поступающих в больницу, чем существующие строительные нормы мешают реконструкции больниц, каких специалистов больше всего не хватает в приемных отделениях и почему планировка последних решительно не соответствует требованиям XXI в.

- Денис Николаевич, основная идея медицинской сортировки пациентов в приемном отделении заключается в разделении их на потоки в зависимости от степени тяжести состояния. То есть тем, кому больше нужна помощь, она оказывается приоритетно. На словах это просто, но в чем вы видите основные проблемы внедрения такой практики?

- Совершенно верно. Современное приемное отделение – это, в первую очередь, сортировка пациентов в зависимости от тяжести их состояния. От этого зависят приоритет, скорость диагностики и оказания медицинской помощи. Проблема в том, что для нашего российского пациента очередь – это святое. И тяжесть состояния другого пациента, который приехал позже, не является для него определяющей. И один из путей решения этой проблемы, как это давно делают в Западной Европе, США, Южной Корее или Японии, – создание абсолютно разных зон в приемных отделениях.

Никогда в одной зоне не пересекутся тяжелый пациент на каталке и ходячий пациент, который пришел самотеком. Они маркируются разными цветами, от самого тяжелого – красного до самого легкого – зеленого, они не видят друг друга. С другой стороны, сидячий больной может ожидать своей помощи не 120 мин, которые законодательно регламентированы, а 140, 150, 180 мин, если в этот момент в стационар идет поток «красных» больных.

Вот, в общем, и весь секрет, который, по идее, должен увеличить пропускную способность, изменить концепцию приемных отделений. Пациент, который может ожидать у смотровой, – это концепция для «зеленых» больных, не нуждающихся в срочной медицинской помощи и, возможно, госпитализации. А когда пациент находится в «красной» или «желтой» зонах – он госпитализируется в специализированную палату (противошоковый зал) приемного отделения, где работает концепция не «пациент ходит по специалистам», а вся мультидисциплинарная бригада собирается к пациенту. И конечно, справедливый вопрос, который вы должны задать: «Если в теории все так гладко, то почему это до сих пор не реализовано?»

- Но у вас же реализовано?

- Частично. Потому что это сложно сделать в здании, которое было построено в 70-х годах прошлого века. Тогда действовали совершенно другие клиническая медицина и парадигма приема больных, и все приемные отделения представляли собой длинные коридоры с большим количеством кабинетов-смотровых. Сейчас же в новых больницах приемные отделения строят по принципу шайбы или шестигранника. То есть кругового замкнутого цикла, а не длинной продольной стрелы, которая была популярна в 70-х годах прошлого века. И мы в архитектуре XX века

пытаемся построить медицину XXI века и используем все возможности для решения этого вопроса.

У нас, например, «красная» зона для наиболее тяжелых больных – это 2-й этаж. Но, опять же, мы можем это сделать потому, что архитектурное решение нашей больницы позволяет принимать тяжелых больных «с колес» скорой помощи по эстакаде прямо в отделении «реанимации входа» на 2-м этаже, минуя приемный 1-й этаж.

Часть смотровых по концепции «врачи для пациентов» мы сделали на территории приемного отделения 1-го этажа. Сделали комфортную зону ожидания для «зеленых» пациентов – телевизор, кулер, удобные сиденья, где можно подождать своей очереди.

СОВРЕМЕННОЕ ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ – ЭТО, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, СОРТИРОВКА ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ИХ СОСТОЯНИЯ

- Но ведь и больницы за рубежом не были только что построены, и у них, наверное, тоже были проблемы, аналогичные вашей. Как они их решали и почему у нас это так сложно реализовать?

- По моим наблюдениям, в других странах нет таких жестких СНиПов (строительные нормы и правила. – ММ). Например, мы не можем, по нашему действующему законодательству, организовать смотровую в кабинете, где нет окна или естественного освещения. При этом, когда мы бываем в командировках либо на каких-то учебных программах на Западе, такие решения используются сплошь и рядом. Так называемая «темная комната с искусственным освещением», где располагается врачебный офис. Я думаю, в этих немалых разночтениях главным образом и состоит причина того, почему у них это в старых зданиях возможно, а у нас – сделать достаточно сложно, а порой и невозможно.

- Вы сказали, что по нормативу время пребывания пациента в приемном отделении 120 мин. После того, как у вас прошла реорганизация, хотя бы частично, насколько изменился этот показатель?

- Здесь очень большой поток и очень разные пациенты. Поэтому показатель варьируется от 50 мин.

- Вы главный внештатный специалист реаниматолог-анестезиолог ДЗМ. К тому же у вас



специфическая больница: одних только реанимационных коек 144. Понятно, что вы приложили максимум усилий, чтобы тяжелые больные сразу, минуя приемное отделение, попадали в реанимацию. Где еще реализован такой вариант?

– В Первой градской, Боткинской, «Склифе». Это так называемая «реанимация входа» – в нее поступают все тяжелые больные вне зависимости от профиля. Это могут быть и травма, и тяжелое заболевание. И длительность нахождения пациентов в этом отделении редко превышает сутки. Задача отделения «реанимации входа» – принять больного в критическом состоянии, мультидисциплинарной командой собраться и максимально быстро определить диагноз, тактику и лечение и в дальнейшем направить его в профильное отделение реанимации – хирургическое, кардиохирургическое и т. д.

– В июле мэр Москвы Сергей Собянин, посетив приемное отделение НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, сказал, что на основе опыта этой организации нужно создавать приемные отделения, и в 10 крупных больницах они будут построены. Что вы думаете по этому поводу?

– Я думаю, что строительство позволит обойти все существующие «подводные камни», связанные со СНИПами. Мне кажется, что строить всегда проще, чем перестраивать.



**Профили медицинской помощи
ГКБ им. С.С. Юдина:**

- акушерство и гинекология;
- анестезиология и реаниматология;
- кардиология;
- колопроктология;
- неврология;
- нейрохирургия;
- неонатология;
- нефрология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- скорая медицинская помощь;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- хирургия;
- абдоминальная хирургия.



- А что должно произойти с персоналом, как он должен измениться?

- Должны быть увеличены штаты, в первую очередь, диагностических служб и врачей, которые занимаются ультразвуковыми исследованиями (УЗИ). Так получилось, что в России ультразвуковая диагностика выведена в отдельную специальность. Это еще одно кардинальное отличие от западной модели, где кардиолог самостоятельно выполняет эхо-кардиографию, хирург самостоятельно – УЗИ брюшной полости и т. д. У нас по закону все это замкнуто на врача – ультразвукового диагноста. Поэтому этих врачей и аппаратов УЗИ в реформированном приемном отделении должно быть больше. С моей точки зрения, должно быть больше среднего медперсонала, который должен заниматься не только лечением, но и сопровождением больных, сбором анамнеза, заполнением необходимых форм и чек-листов – всего, что позволит ускорить движение больного внутри приемного отделения и его диагностический маршрут. Необходимо увеличение штатов.

- Необходима ли специальная подготовка врачей и среднего медперсонала, работающих в приемном отделении?

- Безусловно. Такой профессиональный стандарт уже есть в скорой и неотложной помощи. И, по большому счету, в приемном отделении должен работать специалист по неотложной медицине.

- Но не один? Вы же говорили про мультидисциплинарную бригаду. Сколько человек работают в ней в приемном отделении вашей больницы?

- Давайте считать. Два травматолога, два нейрохирурга,

два хирурга, два невролога, терапевт, заведующий отделением, то есть 10 врачей и около 15 медсестер, а также врач-специалист по УЗИ и рентгенолог.

- И так круглые сутки?

- Да.

- У вас есть специальное транспортное отделение для транспортировки больных из приемного отделения?

- Да. Транспортная служба отвечает за транспортировку пациентов внутри больницы либо на каталках, либо на инвалидных креслах – пациентов, которых надо сопровождать, которые не могут передвигаться сами.

- Такая служба должна быть в каждой больнице?

- С нашей точки зрения, использовать труд квалифицированного медицинского персонала, к которому я отношу, в первую очередь, наших медсестер, а уж

тем более врачей для транспортировки больного – это экономически нерентабельно.

- Чего вы ждете от объединения медицинских информационных систем? Есть ЕМИАС, которая работает в амбулаторно-поликлиническом звене. Есть внутрибольничные системы, которые, как я понимаю, еще не объединены в единую сеть...

- Надеюсь, что объединятся. У нас в больнице работает система «ОРБИТА», это аббревиатура из «отделения реанимации и блока интенсивной терапии», которая когда-то зародилась в недрах отделений реанимации нашей больницы. В настоящее время больница готова к электронному ведению истории болезни. У нас к существующей клинической информационной системе уже добавлена, «прикручена» лабораторная информационная система. Причем «прикручена» в прямом смысле слова: аппаратура в лаборатории напрямую передает данные в систему. И я могу у себя в кабинете посмотреть анализ любого пациента. Это очень важно для быстрого принятия решения. У нас в больнице есть система PACS для работы с медицинскими изображениями – можно на компьютере посмотреть любой рентгеновский снимок, КТ или МРТ, их описание. Я, как и любой врач, могу подойти к любому компьютеру в больнице, авторизоваться и посмотреть нужный снимок.

Мы ждем, когда появится городская единая медицинская информационная система «ЕМИАС-стационар». И она станет той шиной, которая позволит передавать нашу информацию как в ЕМИАС, так и другим клиникам, поскольку мы работаем примерно в одних стандартах обмена информации.

КСЕНИЯ ПОПОВА:

«МЫ СОЗДАЕМ БОЛЬШОЕ ПРИЕМНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С РЕАЛИЗАЦИЕЙ
ПРИНЦИПА «ВРАЧ К ПАЦИЕНТУ»»



К.Н. Попова,
заведующая приемным
отделением главного корпуса
ГБУЗ «Городская клиническая
больница им. С.С. Юдина ДЗМ»

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ
ФОТО: ОЛЕГ КИРЮШКИН

Ксения Попова, заведующая приемным отделением главного корпуса ГKB им. С.С. Юдина ДЗМ рассказала о том, как пациенты попадают в «красную», «желтую» и «зеленую» зоны отделения, из каких специалистов состоит мультидисциплинарная бригада и за какое время обычно стабилизируют крайне тяжелых больных.

Знакомство с приемным отделением ГКБ им. С.С. Юдина мы начинаем с «гаража», утепленного бокса, в который въезжают машины скорой помощи, чтобы передать пациента в приемное отделение.

«Здесь тепло, светло и сухо круглые сутки, – рассказывает она. – Машина скорой медицинской помощи заезжает в гараж, бригада перекладывает пациента на нашу каталку, мы его регистрируем и направляем профильному специалисту. При поступлении пациентов с сочетанной травмой или с несколькими тяжелыми заболеваниями осмотр может осуществляться сразу

бригадой врачей различных специальностей. Если мы видим, что есть потенциальная угроза жизни пациента или органная дисфункция, то пациента сразу направляем в шоковый зал на 2-й этаж, в так называемую «красную» зону. Чуть позже увидим, как там все организовано.

Также у нас разделены два потока – плановых и экстренных пациентов. Вся плановая госпитализация выведена из приемного отделения, чтобы, во-первых, не увеличивать и без того высокую нагрузку и, во-вторых, избегать пересечения потоков. Ведь в приемном отделении находятся еще не обследованные



пациенты, и у кого-то из них, помимо, например, хирургической проблемы, может быть и инфекционное заболевание».

Идем по коридору по «желтой» зоне для пациентов в состоянии средней тяжести – многие из них на катачках или в инвалидных колясках, в сопровождении родственников. Спрашиваю, какая пропускная способность приемного отделения в сутки? Ксения Попова отвечает: «Как правило, около 250 пациентов. Если они поступают равномерно, то работу организовать достаточно просто. Если же в приемном отделении одновременно скапливаются 30 пациентов и более,

тогда начинаются проблемы. В этом случае приходится определять, какие из наших больных требуют максимального внимания, а какие могут подождать. За последние год-полтора отмечается тенденция к все большему объему поступлений. Если все оставлять как обычно: врач сидит на месте, а к нему привозят или приводят пациентов для осмотра – задержки в обследовании и оказании помощи неизбежны. Более того, такая организация работы врача потенциально опасна – врач при большом потоке больных может не уследить за тем, что происходит в это время с другими пациентами в коридоре.



Поэтому мы стремимся работать по принципу "врач к пациенту", то есть делаем из приемного отделения большое диагностическое отделение с различными зонами для пребывания поступающих пациентов в зависимости от тяжести их состояния. Пациента привозят, он сразу госпитализируется на койку диагностического зала, где осуществляется первичный осмотр специалистом. В случае тяжелого состояния пациента, особенно при подозрении на наличие тяжелой сочетанной травмы, собирается междисциплинарная бригада: нейрохирург, травматолог, хирург, любой другой необходимый специалист. Если нужно, приглашается реаниматолог-анестезиолог. Сразу определяется весь объем обследования, который необходим, одновременно осуществляется забор материала (кровь, моча и т.д.) для лабораторных анализов, которые через систему пневмопочты максимально быстро доставляются в лабораторию. В диагностический зал доставляются мобильные диагностические модули: аппараты для ультразвуковых исследований (УЗИ), электрокардиографии (ЭКГ), рентгеновский аппарат. Обследование, принятие врачебных решений и начало оказания неотложной помощи начинаются практически параллельно непосредственно у



койки больного. По нашим расчетам, на 1-м этаже мы сможем разместить еще несколько диагностических залов так называемой "желтой" зоны. На практике это значительно ускорит работу приемного отделения.

Переходим в «зеленую» зону. В ней есть зал ожидания с телевизором, кулером, вендинговыми аппаратами.

«В наше отделение многие приходят, что называется, самоотком, – продолжает рассказывать Ксения Попова. – Любой человек имеет право обратиться в приемное отделение с заболеванием, и мы обязаны оказать ему необходимую помощь. Если на поток пациентов, которых привозят машины скорой помощи, мы еще можем повлиять, попросить временно направлять пациентов в другие больницы, то на самостоятельное обращение повлиять не можем. Пришел человек – принимаем, независимо от загруженности врачей. Поскольку самостоятельно обратившиеся пациенты, как правило, не требуют оказания неотложной медицинской помощи, для них время ожидания приема врача может увеличиваться. Поэтому мы постарались создать для пациентов и сопровождающих родственников комфортные условия в "зеленой" зоне. Также в "зеленой" зоне находятся все стабильные



пациенты, у которых состояние ближе к удовлетворительному. Их уже осмотрел доктор, им проводятся диагностические исследования, они ожидают результатов анализов, повторного осмотра и принятия решения, будут ли они госпитализированы или отправлены домой. Поэтому в коридоре "зеленой" зоны спокойнее, вся основная работа идет в кабинетах.

«Красная» зона находится на 2-м этаже, у нее отдельный въезд для машин скорой и свой собственный теплый «гараж». Заходим.

«Это наша реанимация входа, – поясняет врач, – противошоковый зал "красной" зоны. Сейчас он заполнен, поэтому какое-то время скорые не будут сюда направляться. Пропускная способность реанимационного противошокового зала меньше, чем "желтой" зоны, но и пациентов в таком тяжелом состоянии поступает немного. Если сюда привезли пациента, например, с тяжелой сочетанной травмой, есть возможность расположить его койку по центру зала, чтобы обеспечить к нему максимальный доступ и начать поддержку жизненно важных функций организма. Сразу же собирается мультидисциплинарная бригада – одновременно с пациентом могут работать до пяти специалистов. Врач-травматолог может



вести первичную оценку наличия и объема костных травм. Анестезиолог-реаниматолог подготавливает сосудистый доступ, начинает мероприятия, направленные на стабилизацию состояния пациента. Это такая же мультидисциплинарная бригада, которая работает в противошоковом зале "желтой" зоны, здесь также собираются хирург, нейрохирург, травматолог, уролог, в общем, все специалисты, которых мы посчитаем нужным, вызываются сюда, определяется объем обследования. Из "красной" зоны пациент или сразу же направляется в операционную, или, если состояние относительно стабильное, на дообследование, затем повторно созывается консилиум и

принимается решение о тактике дальнейшего лечения».

Задаю вопрос, как долго пациент пребывает в реанимации входа?

Ксения Попова отвечает: «В среднем, как правило, 2–3 часа. Пациент либо отправляется в профильное отделение реанимации и интенсивной терапии (в ГКБ им. С.С. Юдина их 9), либо подается в экстренную операционную. Бывает, что удается за это время стабилизировать пациента и перевести его в профильное лечебное отделение, не в реанимацию. Ну а койка противошокового зала опять свободна и ждет другого пациента».



ОПЫТ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. Н.В. СКЛИФОВСКОГО ПРИЗНАН УСПЕШНЫМ

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» известно, наверное, каждому жителю России как место, в котором спасают и ставят на ноги самых тяжелых пациентов, и как один из красивейших архитектурных комплексов в центре Москвы. НИИ знаменит передовыми разработками и исследованиями, одно из последних его достижений – реорганизация приемного отделения для того, чтобы ускорить первичный прием поступающих пациентов.

АВТОР: ЕКАТЕРИНА СИРИНА

ФОТО: ПРЕСС-СЛУЖБА
НИИ СП ИМ.
Н.В.СКЛИФОВСКОГО

В июне в НИИ им. Н.В. Склифосовского прошла презентация, посвященная реорганизации приемного отделения. Ее провели директор НИИ Сергей Петриков, главный врач клиники Алексей Токарев, активное участие в ней приняли главный врач ГКБ № 1 им Н.И. Пирогова Алексей Свет и главный врач ГКБ им. С.С. Юдина, главный внештатный специалист реаниматолог-анестезиолог ДЗМ Денис Проценко. Сергей Петриков отметил: «Если мы хотим руководствоваться пациентоориентированным подходом, начинать надо с приемных отделений – именно их работа вызывает около 60% обращений недовольных граждан». В начале июля мэр Москвы Сергей Собянин посетил НИИ им. Н.В. Склифосовского, где объявил о реорганизации приемных отделений остальных столичных больниц.

Не пациент к врачу, а врач к пациенту

Реорганизации приемного отделения предшествовали активное обсуждение необходимых перемен с участием всех отвечающих за его работу специалистов и подробный анализ существовавших алгоритмов работы, приводящих, по словам Сергея Петрикова, к образованию очередей в регистратуру и в кабинеты, которые пациент должен был пройти в процессе оформления. Новая система предполагает, что теперь не пациент последовательно проходит всех



врачей-специалистов, а специалисты сами приходят к нему для того, чтобы выполнить анализы и различные диагностические и лечебные процедуры. Все это время пациент находится в так называемой «буферной зоне» со своим коечным фондом. Такой подход позволяет существенно сэкономить время на обслуживание больного и минимизировать испытываемый им стресс.

«Самое сложное – наладить процесс и изменить психологический подход персонала. Поначалу непривычная схема казалась сотрудникам некомфортной, но впоследствии все согласилось с тем, что работать стало удобнее», – заметил Сергей Петриков. Количество жалоб со стороны пациентов сразу резко сократилось. Дополнительно были оборудованы помещения ожидания

для родственников и комната психолога, который в случае необходимости может оказать поддержку больным.

Повышению эффективности работы приемного отделения способствовало внедрение в институте нового метода сбора данных о поступивших пациентах. Сейчас в приемном отделении на регистрации круглосуточно работают 4 сотрудника.

Психологическая помощь

В приемном отделении теперь круглосуточно доступен психолог. «Психологи принимали активное участие в процессе внедрения нового подхода и научили нас обращать внимание на мелочи, которые часто упускаются из виду, но которые важны для пациентов и их родственников», – рассказал Сергей Петриков. «Мелочами», значительно повысившими комфорт посетителей, стали оборудованные в приемном отделении вешалки для одежды, контейнеры, куда можно убрать обувь, кулеры с питьевой водой, а также удобные напольные и настенные указатели, облегчающие ориентацию в разветвленных коридорах больницы. «Навигация имеет большое значение. Кроме всего прочего, она способствует тому, что сотрудников не отвлекают вопросами, как пройти в то или иное место», – подчеркнул директор НИИ.

Исследование, проведенное психологами, предшествовало внедрению новой системы организации и продолжалось около 2 месяцев. Психологи проводили фокус-группы с сотрудниками, наблюдали процесс взаимодействия между врачами и пациентами на разных этапах, буквально следуя за ними. Одна из выявленных проблем – неумение многих медиков общаться с пациентами, здороваться, представляться, – этому никто никогда их не учил. Сотрудники стесняются носить бейджи, прикрепляя их так, что пациенту нужно серьезно постараться, чтобы увидеть имя и фамилию специалиста, который его лечит. «Сейчас мы учимся разговаривать с людьми», – рассказал главный врач НИИ Алексей Токарев. Помимо отсутствия общей привычки представляться, обнаружили



неожиданные детали. Персонал, ответственный за транспортировку больных, как выяснилось, стеснялся носить бейджи, из которых следует, что у человека профессия «уборщик». Теперь на бейджах написано «служба патронажа и клининга», представляться сотрудникам стало приятно.

Одна из проблем, на которую обратили внимание сотрудники «Склифа», знакома, наверное, каждому, кто когда-либо на несколько дней становился пациентом больницы. Это проблема ключа от гардероба, в котором хранятся вещи больного. Этот ключ сотрудники сдают в конце смены, поэтому если пациент, собирающийся покинуть больницу во внеурочное время или просто желающий выйти на прогулку, заранее не позаботился о том, чтобы забрать вещи, без помощи родственников, которые привезут другую одежду, он не обойдется. Это опять же одна из тех мелочей, подчас не заметных медицинским работникам, занятым более важными делами, но создающих неудобства для пациентов и их близких, формируя не самый дружественный имидж медицинской организации. Проблему, по словам главного врача, решили, теперь ключ от гардероба доступен в любое время.

ТЕПЕРЬ ВРАЧИ-СПЕЦИАЛИСТЫ САМИ ПРИХОДЯТ К ПОСТУПИВШЕМУ В НИИ ПАЦИЕНТУ, ЧТОБЫ ВЫПОЛНИТЬ АНАЛИЗЫ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ

Решение признано удачным

В начале июля Сергей Собянин во время посещения НИИ им. Н.В. Склифосовского объявил о реорганизации приемных отделений остальных столичных больниц. По словам мэра,



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ

✓ Реализация образовательных программ повышения квалификации в области здравоохранения

✓ Программы повышения квалификации на 2018 год:

Организация здравоохранения и общественное здоровье.

Организация здравоохранения. Заполнение форм федерального статистического наблюдения

Организация здравоохранения. Правила кодирования заболеваемости и смертности населения. МКБ 10.

Организация здравоохранения. Экспертиза временной нетрудоспособности.

✓ Полный список образовательных проектов доступен на сайте nioz.ru в разделе «Сведения об образовательной организации»



+7 (495) 951-20-54

E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru

Москва, Шарикоподшипниковская, 9



новый подход будет предполагать создание комфортной среды для пациентов, а также упразднение «кабинетной» схемы, а человеку не надо будет ходить по больнице в поисках врачей. «Одна из основных проблем в наших клиниках – это приемное отделение, логистика, как приняли пациента, как направили, сколько он провел в приемном отделении. Пациент приходит с серьезной проблемой, он сам по себе в состоянии, близком к шоковому, и когда он встречает глухую стену непонимания, у него ощущение от здравоохранения, от клиники негативное. Наша задача – перевести на новые стандарты приемные отделения не только «Склифа», но и ведущих клиник Москвы», – сказал он.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЕДЕТСЯ СТРОИТЕЛЬСТВО 10 НОВЫХ ПРИЕМНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ПРИ КРУПНЕЙШИХ СТОЛИЧНЫХ КЛИНИКАХ

«В вашем приемном отделении не все идеально, но тем не менее сделан большой шаг. Мы понимаем, что надо построить новое приемное отделение, уже изначально сделанное под эту логику работы, оснащенное всем необходимым оборудованием, с помощью которого можно поставить диагноз. Ваш опыт ляжет в основу реорганизации в других клиниках», – подчеркнул Сергей Собянин, обращаясь к Сергею Петрикову. Мэр также добавил, что в настоящее время ведется строительство 10 новых приемных отделений при крупнейших столичных клиниках. По его словам, это позволит сотрудникам этих медицинских организаций более оперативно установить пациентам правильный диагноз и тем самым повысить качество и эффективность оказания медицинской помощи. «Психологически надо настраиваться на пациентоориентированность. Самое главное – это ваш пациент», – сказал он.

НОВЫЙ СТАНДАРТ РАБОТЫ ПОЗВОЛИЛ ОБЕСПЕЧИТЬ КОМФОРТ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ



АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ
ФОТО: ПРЕСС-СЛУЖБА МЭРА И ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ.
ДЕНИС ГРИШКИН, НИИОЗММ

В 2016 г., когда приемное отделение НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского работало по старой, кабинетной схеме, среднее время пребывания экстренных пациентов в отделении составляло 1 ч 20 мин, амбулаторных пациентов - 1 ч 25 мин. Благодаря внедрению нового стандарта работы приемного отделения сейчас это время сократилось до 55 мин для экстренных пациентов и 44 мин для амбулаторных пациентов. После того как будет построен и введен в действие новый лечебно-диагностический корпус, возможности «Склифа» по оказанию экстренной медицинской помощи возрастут вдвое.



Управлять эмоциями и снимать напряжение

После того как за основу реорганизации приемных отделений столичных стационаров был принят опыт «Склифа», в нем начался учебный этап пилотного проекта. «Институт имени Н.В. Склифосовского – одна из самых крупных многопрофильных клиник Москвы. Ее сотрудники специализируются на оказании экстренной медицинской помощи. Важно, что первыми обучение пройдут именно сотрудники приемного отделения института, где пациенту нужно быстро установить диагноз и оказать адекватную медицинскую помощь, где зачастую нужно общаться с родственниками больного. Отношение к пациентам здесь играет особую роль. Большое

внимание в программе будет уделено профилактике профессионального выгорания среди сотрудников, а также управлению стрессом», – подчеркнул руководитель Департамента здравоохранения города Москвы Алексей Хрипун, характеризуя пилотный проект.

Во время обучения медицинским работникам рассказали о способах быстрого снятия стресса и восстановления после ночных смен с помощью физических и дыхательных упражнений, техник позитивного восприятия событий, рефрейминга и других методик. А для сотрудников колл-центра были разработаны новые алгоритмы работы с поступающими вызовами. На семинарах врачи вместе со специально подготовленными актерами моделировали проблемные ситуации, а затем



Предварительный вариант. К моменту сдачи номера в печать произошли изменения в планировке 1 этажа. Для автомобилей скорой помощи были предусмотрены крытые теплые въездные боксы.

- **Крыша**
Вертолетная площадка
- **5-й этаж**
Технические помещения
- **4-й этаж**
Экстренный операционный блок и помещения для хранения медикаментов
- **3-й этаж**
Блок реанимации и интенсивной терапии с палатами и кабинетами врачей
- **2-й этаж**
Блок диагностических палат и диагностическая лаборатория, комнаты для персонала, санузлы и душевые
- **1-й этаж**
Приемное отделение с противошоковым залом и диагностическим комплексом

пытались их решить. Также во время обучения врачам показали учебные ролики, основанные на реальных и наиболее часто встречающихся ситуациях в приемном отделении.

Более 100 специалистов НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского прошли вместе путь от поступления пациентов в приемное отделение до выхода из него. В процессе обучения врачи собрали отзывы и предложения больных, которые затем учли в своей работе и программе курсов по врачебной этике.

Время обследования пациентов уменьшилось в среднем на 15 минут

В зоне ожидания приемного отделения больницы появилась переговорная комната для бесед родственников пациентов с

врачами и психологами. Заработала система мобильного медицинского регистратора: когда пациент поступает в клинику, его немедленно отправляют в диагностическую палату. Само приемное отделение стало более комфортным для пациентов и их родственников: везде, в том числе и в диагностических палатах, установили кулеры с водой, с поста регистратуры убрали стекла и перегородки, подготовили информационные буклеты и стенды, а также обновили навигацию по клинике. По словам директора НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Сергея Петрикова, благодаря модернизации приемного отделения, время приема и регистрации пациентов, которых в клинику доставляют бригады скорой, сократилось вдвое.



«По нормативу, у врачей скорой помощи есть 15 мин, чтобы передать пациента в больницу. Теперь они успевают это сделать за 7–8 мин. Также уменьшилось время обследования пациентов в среднем на 15 мин. Это благотворно влияет на больных, которые видят, что ими занимаются», – подчеркнул Сергей Петриков. С момента, когда пациент поступает в приемное отделение, до первичного осмотра врачом проходит менее 10 мин. Новый стандарт работы позволил обеспечить комфорт пациентов и сопровождающих их родственников. Было сокращено количество перемещений пациентов и ликвидированы очереди у кабинетов. Больные быстрее поступают в лечебные отделения и получают необходимую помощь.

Новый корпус «Склифа»

Учитывая позитивный опыт реорганизации приемного отделения, мэр Москвы Сергей Собянин принял решение о строительстве в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского нового лечебно-диагностического корпуса для оказания экстренной медицинской помощи.

Новый корпус НИИ возведут в рамках Адресной инвестиционной программы. Москомархитектура уже утвердила дизайн-проект, определяющий облик здания. «У нового больничного корпуса будут разноцветные торцовые стены и фасад, составленный из оранжевых, бирюзовых и белых вставок, чередующихся с солнцезащитными алюминиевыми ламелями. Это яркий и современный дизайн, который применяется для

НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н.В. СКЛИФОВСКОГО – ГОЛОВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКВЫ И РОССИИ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ, ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАНЫМИ ТРАВМАМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОЖОГОВЫМИ, НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ, ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ, ОБОРУДОВАННОЕ САМОЙ СОВРЕМЕННОЙ ТЕХНИКОЙ. В ИНСТИТУТЕ ФУНКЦИОНИРУЮТ БОЛЕЕ 40 НАУЧНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ, БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ ИЗ НИХ КЛИНИЧЕСКИЕ



новых европейских клиник», – рассказал главный архитектор Москвы Сергей Кузнецов, описывая нюансы проектного решения.

Он добавил, что одной из особенностей здания будет вертолетная площадка, которую разместят на его крыше. Туда смогут приземляться медицинские вертолеты, доставляющие нуждающихся в экстренной помощи.

В здании площадью 12 тыс. кв. м будут оборудованы приемная экстренного поступления с противошоковым залом, а также блок лучевой диагностики, лаборатория, операционный блок с 6 операционными, блок анестезиологии и реанимации на 12 коек, а также общие помещения и диагностические палаты на 30 коек.

Экстренные пациенты будут получать весь комплекс медицинской помощи (диагностика – оперативное вмешательство – реанимационные мероприятия) в течение первых суток после госпитализации. Затем в зависимости от состояния их либо выпишут, либо переведут в другое отделение института. С учетом резерва на случай возникновения чрезвычайных ситуаций новый корпус сможет принимать до 250 пациентов в сутки. Это удвоит возможности НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского по оказанию экстренной медицинской помощи.

Многопрофильность НИИ способствовала развитию большого количества научных школ и разработке 15 крупных научных направлений по проблемам скорой и неотложной помощи. Самое молодое научное направление – неотложная неврология. В 2014 г. был создан головной региональный сосудистый центр. Здесь ежегодно готовят более 800 врачей-специалистов для всех регионов России и ближнего зарубежья. В институте учат по 19 направлениям ординатуры. Специалисты института в полной мере используют высокие технологии. При помощи аппарата «Гамма-нож» с апреля 2016 г. они провели 1,7 тысячи операций на головном мозге. Высокотехнологичная нейрохирургическая установка «Гамма-нож» позволяет удалять доброкачественные и злокачественные опухоли головного мозга без использования иглы или хирургических инструментов. Москва – единственный город в России, где работают две уникальные современные установки «Гамма-нож». Одна из них – в НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского.

АЛЕКСАНДР МЯСНИКОВ:

«АМБУЛАТОРНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ЦЕНТРЫ МОЖНО ОРГАНИЗОВАТЬ НА ОСНОВЕ ПОЛИКЛИНИК ПРИ СТАЦИОНАРАХ»



А.Л. Мясников,

доктор медицины, врач высшей категории (США), к.м.н. (Россия). С 1982 г. работал за рубежом, в том числе в составе миссии Красного креста в странах Африки в Международной организации по миграции. Член Американской медицинской ассоциации, Американской медицинской академии по борьбе со старением, заместитель председателя Общественного совета при Министерстве здравоохранения Российской Федерации, член Общественной палаты Москвы, ведущий программы «О самом главном с доктором Мясниковым» на телеканале «Россия 1». В 2017 г. получил звание «Заслуженный врач города Москвы».

ЗАПИСАЛ ПЕТР САПОЖНИКОВ

Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.Е. Жадкевича ДЗМ» Александр Мясников много лет проработал за рубежом, имеет сертификат врача высшей категории США и хорошо знает особенности работы экстренной медицинской помощи как в России, так и за ее пределами. Он рассказал «Московской медицине» о различиях этих систем, о том, как организовать дообследование и долечивание пациентов в амбулаторных условиях, и зачем необходимо менять систему финансирования больниц.

О работе Emergency Room

В России, по сложившейся практике, принято оказывать скорую медицинскую помощь на месте происшествия, например на месте автомобильной аварии. И очень многие проблемы идут от этого неправильного, с моей точки зрения, постулата. Во всем мире, за небольшим исключением, пошли по другой модели – машина скорой помощи является лишь транспортом. В странах Европы и в США на автомобильную аварию или к человеку с инфарктом миокарда могут приехать пожарные на своем автомобиле и очень быстро отвезти больного туда, где ему будет оказана экстренная помощь. И он попадет в Emergency Room, отделение экстренной медицинской помощи, которое является «сердцем» любого госпиталя, оказывающего скорую помощь. Я несколько лет работал в медицинском центре Нью-Йоркского государственного университета, в том числе в Emergency Room. В России даже нет такой специальности – врач Emergency Room. В Америке – это врачи, которые в условиях ограниченного времени стабилизируют больного, оценивают его состояние и направляют дальше, используя существующие алгоритмы маршрутизации и лечения. У нас этого пока нет, существует профессиональный стандарт «врач скорой помощи», но это абсолютно не то.

Допустим, я дежурный врач, интерн в Нью-Йорке. Мне поступает звонок: «Сейчас привезут человека с колотыми ножевыми ранениями...» или «...потерявшего сознание, мы не знаем, что с ним, но он дышит». Когда машина въезжает на пандус, больного выкатывают из скорой, и пока его везут в Emergency Room, его обступают медицинские сестры. Они на бегу берут кровь на все возможные анализы. Потом я отмечаю нужные мне, остальные просто уходят в мусорную корзину.

Дальше пострадавшего завозят в смотровую, где его уже ждет мобильная рентгеновская установка и мобильный аппарат для ультразвукового исследования (УЗИ). Результаты нужных анализов, проведенных исследований будут у меня в течение нескольких минут после забора крови. Я стабилизирую больного, и дальше все идет по существующим алгоритмам. И считается хорошим тоном, сдавая дежурство, освободить смотровой зал. Если там остается пациент, то это проблема для следующей смены. Поэтому я должен этого пациента либо госпитализировать, либо выписать.

Похожую модель я пытаюсь создать в больнице, которую возглавляю. Но это непросто хотя бы потому, что здания больниц, построенные 30–50 лет назад, для этого плохо приспособлены. Основная идея в том, что пациент, который доставлен в приемный покой, должен в течение первых суток, а желательно первых часов быть практически полностью обследован. Ему должно быть выполнены рентгеновское исследование, все необходимые анализы крови, гастродуоденоскопия, если есть подозрение на язву желудка или двенадцатиперстной кишки, эхокардиограмма, если подозревается заболевание сердца и т. д.

Есть палаты наблюдения – я в больнице на эти цели отвел 10 коек. Они необходимы, когда врач не знает, что происходит с пациентом, стабилизировалось ли его состояние и куда его направить дальше – госпитализировать в то или иное отделение или выписать домой с рекомендациями наблюдения и лечения у врача поликлиники. Иногда бывает, что пациент остается в палате наблюдения, пока для него готовится место в профильном отделении. Но и в этом случае, еще в палате наблюдения, ему начинают проводить необходимое лечение. То есть приемный покой – это достаточно большое пространство, в котором в шаговой доступности расположены операционная, рентгеновский, ангиографический кабинеты и кабинет компьютерной томографии, круглосуточная экспресс-лаборатория, кабинет УЗИ, палаты наблюдения. Обычно проводится так называемый триаж (медицинская сортировка больных. – ММ), когда больные поступают, их сразу распределяют по потокам, легких – в одну зону (выполнить первичную хирургическую обработку небольших ран, сделать пункцию, перевязку, выписать рецепт), тяжелых – в другую, где надо решать вопрос о необходимости госпитализации. Это, так сказать, «горячий цех» нашего «завода».

**ДОСТАВЛЕННОГО В ПРИЕМНЫЙ
ПОКОЙ ПАЦИЕНТА НУЖНО
ОБСЛЕДОВАТЬ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ
СУТОК, А ЖЕЛАТЕЛЬНО В ТЕЧЕНИЕ
ПЕРВЫХ ЧАСОВ**

Кстати, в нашей больнице в приемном покое открыта и функционирует операционная. Но в силу особенностей планировки здания больницы это все работает недостаточно эффективно. Сегодня приемное отделение – это основное место, где оказывается 90% лечебно-диагностической помощи больным, нуждающимся в скорой и экстренной медицинской помощи. Соответственно, главная проблема – обучить врачей и средний медицинский персонал больницы, и в первую очередь приемного покоя, быстро и качественно выполнять свои обязанности. Они должны четко знать алгоритм действий в каждом конкретном случае, доведя его до автоматизма.

Приведу пример того ритма, в котором работает врач Emergency Room. Когда я в США уходил на две недели в отпуск, то по возвращению меня – и не только меня, а любого другого врача экстренной помощи – в первый день дежурства к самостоятельной работе не допускали. За две недели теряются скорость и чутье. Ты расслабился и уже не можешь работать с нужной эффективностью.

О создании амбулаторно-реабилитационных центров

Для чего это необходимо в наших условиях? Пациенту нужно как можно скорее оказать экстренную медицинскую помощь, стабилизировать его состояние, провести адекватное лечение и отправить на долечивание. Нужно, чтобы больничные койки работали максимально эффективно, чтобы больные как можно меньше времени находились в стационаре и не заражались внутрибольничными инфекциями.

Нужно изменение восприятия пациентами лечения в стационаре. Многие из них считают – если не отлежал неделю в больнице, то, значит, и не лечили. А больница – это опасное место. Пациент не понимает, что он поступил на койку, на которой до него умерли десяток человек. Трупы вынесли, а микробы остались, причем травленные-перетравленные, на которых уже никакой антибиотик не действует. Поэтому во всем мире правило – чем короче госпитализация, тем лучше. С другой стороны, а куда я его выпишу? Если больному, как я вижу, по состоянию здоровья уже не нужно находиться в стационаре, но нужно продолжать лечение, может быть, делать инъекции раз в день, выполнить повторное рентгеновское исследование, повторить тот или иной анализ через день-два. Поэтому, чтобы он не занимал койку-место в отделении больницы, я его должен выписать в амбулаторно-реабилитационный центр долечивания.

Без создания амбулаторно-реабилитационных центров долечивания все это невозможно. Мне нужно куда-то передать пациента на дообследование и долечивание. А если я буду знать, что он после выписки растворится в городских просторах, то я его, наверное, не отпущу, а все-таки поддержку у себя в отделении, в котором он находится.

Создание амбулаторно-реабилитационных центров – достаточно простая задача, их можно организовать на основе поликлиник при стационарах. Если же у меня будет новое помещение центра экстренной помощи, я могу старый приемный покой отдать под это амбулаторное звено. Можно найти помещения и людей.

О финансировании долечивания

Но возникает проблема – мне скорая привезла больного из другого района Москвы. Он, думаете, в мою поликлинику будет ходить после выписки? Нет, он обратится в поликлинику или центр долечивания по месту жительства. Будет ли там ему оказана необходимая помощь или нет, мне доподлинно неизвестно.

Проблема в том, как финансировать такое долечивание. Если я больного выпишу прямо из приемного покоя, Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС) заплатит больнице по минимуму, хотя затраты на диагностику были немалыми. Если я его оставляю, то у меня будет госпитальный случай, и больница получит в 3–4 раза

больше. Поэтому каждый главный врач в современных условиях одноканального финансирования не будет выписывать недоленного пациента или передавать его кому-то другому.

Я предлагаю сделать взаимозачет, чтобы финансирование тех пациентов, которые поступили в приемное отделение моей больницы, оставалось за ней, вне зависимости от того, куда они потом поступили на дообследование и долечивание. В нашу больницу ведь тоже будут поступать больные, которые сначала попали в стационар, скажем, в Бирюлеве или Зюзине, а по прописке должны были проходить лечение у нас. И они будут долечиваться в амбулаторно-реабилитационном центре нашей больницы, хотя деньги получит другая медицинская организация. Надо хорошо продумать алгоритм оплаты лечения больных, потому что мы, главные врачи, озабочены финансовым обеспечением больниц. Нам нужно строить работу так, чтобы обеспечить медицинский персонал достойной заработной платой, соблюдая четкий алгоритм оплаты. В конце концов, нужно менять систему ОМС так, чтобы я мог выписывать пациента из приемного покоя на долечивание в амбулаторно-реабилитационный центр другого района или административного округа, но чтобы МГФОМС рассчитывал это как госпитализацию в мою больницу.

Если мы сделаем такой взаимозачет, я буду знать, что больной уйдет на долечивание и не потеряется. Я буду точно знать, что то, что ему было назначено при выписке из нашей больницы, будет выполнено, а больнице предоставят отчет о его лечении, и в нашу больницу поступят за это денежные средства. Но за тех больных, которых лечили в других больницах, а долечиваться они будут в нашей, деньги получают они.

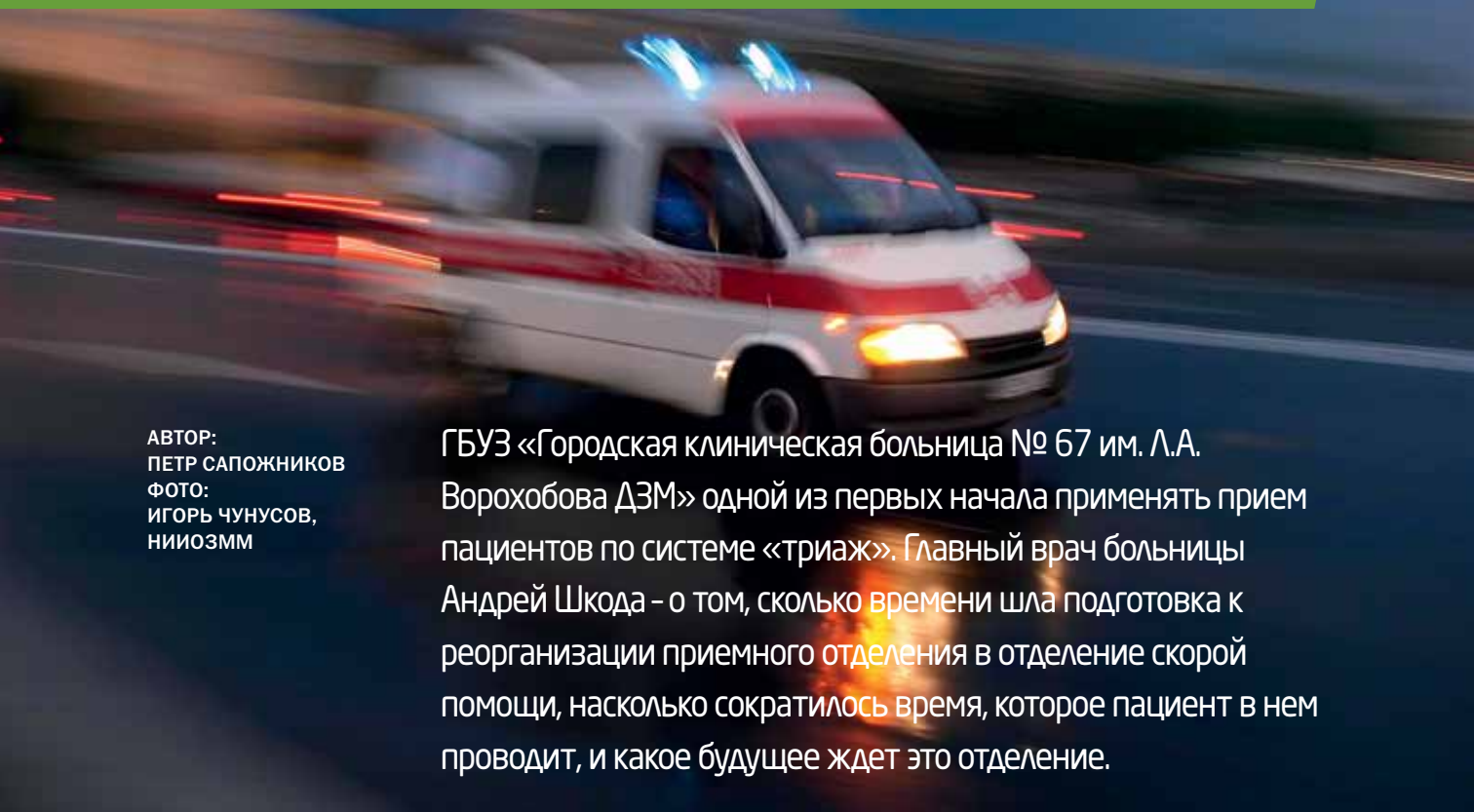


Профили медицинской помощи ГКБ им. М.Е. Жадкевича:

- акушерство и гинекология;
- анестезиология и реаниматология;
- кардиология;
- неврология;
- оториноларингология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- скорая медицинская помощь;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- хирургия;
- эндокринология.

АНДРЕЙ ШКОДА:

«ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН КАК МОЖНО БЫСТРЕЕ
УЗНАТЬ, ЧТО С НИМ СЛУЧИЛОСЬ, И ПОЛУЧИТЬ
КВАЛИФИЦИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ»



АВТОР:
ПЕТР САПОЖНИКОВ
ФОТО:
ИГОРЬ ЧУНУСОВ,
НИИОЗММ

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ» одной из первых начала применять прием пациентов по системе «триаж». Главный врач больницы Андрей Шкода - о том, сколько времени шла подготовка к реорганизации приемного отделения в отделение скорой помощи, насколько сократилось время, которое пациент в нем проводит, и какое будущее ждет это отделение.



А.С. Шкода,

главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ» с 2005 г., д.м.н., профессор. В 2004 г. присвоена высшая квалификационная категория по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». В 2005 г. присуждена ученая степень доктора медицинских наук по специальности - общественное здоровье и здравоохранение. Опубликовал более 40 научных работ, является автором концепции кадровой политики Министерства здравоохранения РФ, а также соавтором 3 монографий. Награжден почетной грамотой правительства Москвы, нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации, почетной грамотой Департамента здравоохранения города Москвы.



– Андрей Сергеевич, когда вы начали задумываться о необходимости реорганизации приемного отделения вашей больницы?

– Подготовка к этой работе заняла ровно 3 года. Мы оценивали наши материально-технические возможности, обучали специалистов на рабочих местах, без отрыва от основной работы. Все специалисты, которые работают в нашей больнице, в той или иной степени соприкасаются с работой приемного отделения – отделения скорой помощи.

**ПОДГОТОВКА К РЕОРГАНИЗАЦИИ
ЗАНЯЛА 3 ГОДА. МЫ ОЦЕНИВАЛИ
НАШИ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИЕ
ВОЗМОЖНОСТИ, ОБУЧАЛИ
СПЕЦИАЛИСТОВ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ**

У нас работают очень много врачей, которые раньше были военными врачами. Заведующий отделением хирургической реанимации Николай Резепов жил и работал в Таллине. И мы поехали в Северо-Эстонский региональный госпиталь,

самый крупный в стране, и посмотрели, как у них устроено отделение скорой помощи. Руководитель отделения Василий Новак нам все очень подробно рассказал и показал. Мы тщательно изучили их вариант, адаптировали его к нашим условиям и получили хороший, на мой взгляд, результат. Запуск реорганизованного отделения состоялся год назад. Его работой активно интересуются специалисты других больниц. Мы открыто показываем работу и делимся своим опытом. Наше отделение интересно тем, что оно очень компактно. И мы доказали, что даже на небольшой площади можно логистически верно выстроить работу по приему пациентов. Мы уже поделились опытом с коллегами из Израиля, Германии, Бразилии, и они отнеслись к нашей практике с большим интересом.

– То есть вы опираетесь на мировой опыт, а иностранцы приезжают к вам посмотреть и поучиться?

– Это дорога в обе стороны. Московская медицина так интенсивно развивается, что на сегодняшний день несколько не уступает по своим возможностям, функционалу и подготовке специалистов лучшим зарубежным клиникам.

– Как происходит медицинская сортировка пациентов, триаж? Как вы разделяете потоки в зависимости от тяжести состояния?

– Для оказания помощи пациентам в стационарных условиях существует три канала госпитализации. Основным является канал скорой медицинской помощи: в течение суток автомобилями «ОЗ» доставляется до 90% пациентов. Второй канал – это госпитализация в плановом порядке по направлениям из поликлиник. Эти пациенты выделены в отдельный поток, который не пересекается с другими каналами. Третий канал – это самообращения: то есть это те пациенты, которые обращаются в приемный покой с различными проблемами, касающимися их здоровья.

Пациенты, поступающие по каналам скорой медицинской помощи и самообращению, попадают в три координаторных зала, где проходят оценку по специальным шкалам, позволяющим определить степень тяжести их состояния, их двигательную активность. В зависимости от этого пациенты получают браслеты различной цветовой гаммы: браслет красного цвета означает незамедлительную госпитализацию в реанимационное отделение. Пациенты с браслетом желтого цвета проходят все необходимые обследования в сопровождении медицинского персонала на специальных средствах транспортировки. И, наконец, зеленый браслет – это те пациенты, которые могут проходить обследования, самостоятельно передвигаясь

по приемному отделению под контролем медицинского персонала.

В приеме пациентов участвуют и медицинские сестры, и врачи различных специальностей – эта команда работает как сплоченный коллектив, в котором развиты взаимопонимание и взаимовыручка.

**ПАЦИЕНТЫ ПОПАДАЮТ В ТРИ
КООРДИНАТОРНЫХ ЗАЛА,
ГДЕ ПРОХОДЯТ ОЦЕНКУ ПО
СПЕЦИАЛЬНЫМ ШКАЛАМ,
ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ
СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ИХ СОСТОЯНИЯ**

– Реорганизацией приемного отделения параллельно занимались и другие московские клиники. Например, НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Департамент здравоохранения города Москвы решил именно на основе опыта





НИИ проводить реорганизацию приемных отделений московских больниц. Почему не на вашем примере?

– Это очень простой вопрос. В НИИ им. Н.В. Склифосовского приемное отделение по всем площадям и маршрутизации соответствует мировым стандартам оснащения отделений скорой помощи. Департамент здравоохранения абсолютно правильно подошел к решению этого вопроса.

У НАШИХ ЗАРУБЕЖНЫХ КОЛЛЕГ ОТ 50 ДО 70% ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ОКАЗЫВАЕТСЯ В ОТДЕЛЕНИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

– Сейчас практически у каждой городской клинической больницы есть специализация. То есть не только отделения, общие для любой клиники – кардиологии, неврологии, терапии, но и специализированные отделения и городские центры. У вас, среди всего прочего, спинальный центр нейрохирургии. Как он был создан?

– Мы на протяжении 9 лет занимаемся созданием и реализацией проектов специализированной помощи. Переход на проектную деятельность позволил нам успешно реорганизовать работу профилей клиники в специализированные центры. И вы привели хороший пример – создание городского центра спинальной нейрохирургии на базе бывшего нейрохирургического отделения ГКБ № 67. Заведующим отделением был Дмитрий Дзукаев, сейчас он руководитель этого центра. Он его создавал, формировал коллектив, налаживал лечебно-реабилитационную помощь, разрабатывал новые технологии лечения. Сейчас возглавляемый им городской центр спинальной нейрохирургии отвечает самым высоким международным требованиям.

– Насколько амбулаторно-поликлиническое звено и скорая помощь знают о том, где, куда, как доставлять больных со спинальными проблемами?

– Руководители и врачи поликлиник проинформированы о том, в какой больнице находится тот или иной специализированный центр. И поэтому они направляют пациентов, при необходимости, на консультацию в консультативно-диагностические центры профильных больниц, откуда затем идет плановый этап госпитализации. Врачи скорой прекрасно знают, что в ГКБ № 67 есть городской центр спинальной

нейрохирургии, куда до 80% пациентов доставляются именно скорой помощью. Остальные – это плановые пациенты. Причем этот центр востребован не только жителями Москвы и других регионов России. В него приезжают лечиться больные из Израиля, США, Германии и других стран дальнего и ближнего зарубежья.

В ПРИЕМЕ ПАЦИЕНТОВ УЧАСТВУЮТ И МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ, И ВРАЧИ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ. ЭТО СПЛОЧЕННЫЙ КОЛЛЕКТИВ, В КОТОРОМ РАЗВИТЫ ВЗАИМОПОНИМАНИЕ И ВЗАИМОВЫРУЧКА

- Каково среднее время пребывания пациента в приемном отделении сейчас и каким оно было до реорганизации?

– Сейчас – от 40 до 50 минут. Раньше было от часа и более. В этом ничего плохого не было, но, с другой стороны, приемное отделение – это не санаторий. Пациент должен как

можно быстрее узнать, что же с ним случилось, и получить квалифицированную медицинскую помощь. А если нет показаний для госпитализации, получить консультацию и направление на лечение в амбулаторную сеть.

- Как лечат больных, у которых диагностировано несколько заболеваний, например, онкологическое и сахарный диабет?

– Мы оказываем медицинскую помощь в полном объеме по всем заболеваниям, которые могут быть у пациента, но при этом, несомненно, расставляем приоритеты, определяем, какое заболевание превалирует.

- Каким будет дальнейшее развитие приемных отделений? Как вы будете совершенствовать свое отделение скорой помощи?

– Для полноценного развития нашего отделения скорой помощи нужны дополнительные площади. По опыту работы наших зарубежных коллег, у них от 50 до 70% всей экстренной помощи оказывается в отделениях скорой помощи. И это тот резерв, на который стоит обратить внимание и который мы будем стараться использовать. У нас для этого есть хорошие перспективы и возможности. В настоящее время уже разработан проект пристройки на 7 тыс. кв. м с диагностическим отделением, который прошел экспертизу. Думаю, что это перспектива на ближайшие 2 года.





ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»

Одно из крупнейших лечебных учреждений столицы. Здесь оказывают плановую и экстренную медицинскую помощь не только москвичам, но и жителям других регионов России, а также гражданам стран СНГ и других стран.

ГКБ № 67 была основана в 1959 г. Сегодня это современная многопрофильная медицинская организация, в состав которой входит 43 лечебно-диагностических отделения хирургического, кардиологического, терапевтического, нейрохирургического, эндокринологического и травматологического профилей, консультативно-диагностический центр и различные вспомогательные службы. Стационар рассчитан на 1261 койку (включая филиал больницы «Родильный дом № 1», Медико-санитарную часть № 60 и 87 реанимационных коек в профильных отделениях) и позволяет ежегодно оказывать качественную медицинскую помощь в общей сложности более 86 тыс. пациентов.

В больнице работают 514 врачей. Среди них 11 докторов медицинских наук, 73 кандидата медицинских наук и 3 заслуженных врача Российской Федерации, 196 врачей высшей квалификационной категории, 50 имеют первую квалификационную категорию, 10 специалистов имеют международные сертификаты. В больнице внедрены самые современные высокотехнологичные методики лечения в нейрохирургии, травматологии, абдоминальной хирургии, урологии, офтальмологии. Оснащение спинальных нейрохирургических операционных по совокупности технологий лучше, чем в крупных зарубежных клиниках. Оборудование последнего поколения позволяет хирургам с ювелирной точностью выполнять сложнейшие реконструктивно-стабилизирующие и малоинвазивные операции на самом высоком уровне, который только может быть доступен современной медицине. В операционных установлено телемедицинское оборудование, интегрированное в единую сеть, которое дает возможность проводить показательные операции для хирургов других регионов, а также зарубежных коллег.

АЛЕКСЕЙ СВЕТ:

«ПЕРВАЯ ГРАДСКАЯ – ЭТО ГОРОДСКОЙ “ПОЛИВАЛЕНТНЫЙ ГОСПИТАЛЬ”»

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ



А.В. Свет,

врач-кардиолог высшей категории, специалист по организации здравоохранения и охране общественного здоровья, к.м.н. Является членом Российского общества кардиологов, специалистов в области сердечной недостаточности, Европейского общества кардиологов, Европейской ассоциации кардиоваскулярной профилактики и реабилитации, Европейской ассоциации специалистов в области сердечной недостаточности, Американской кардиологической ассоциации.

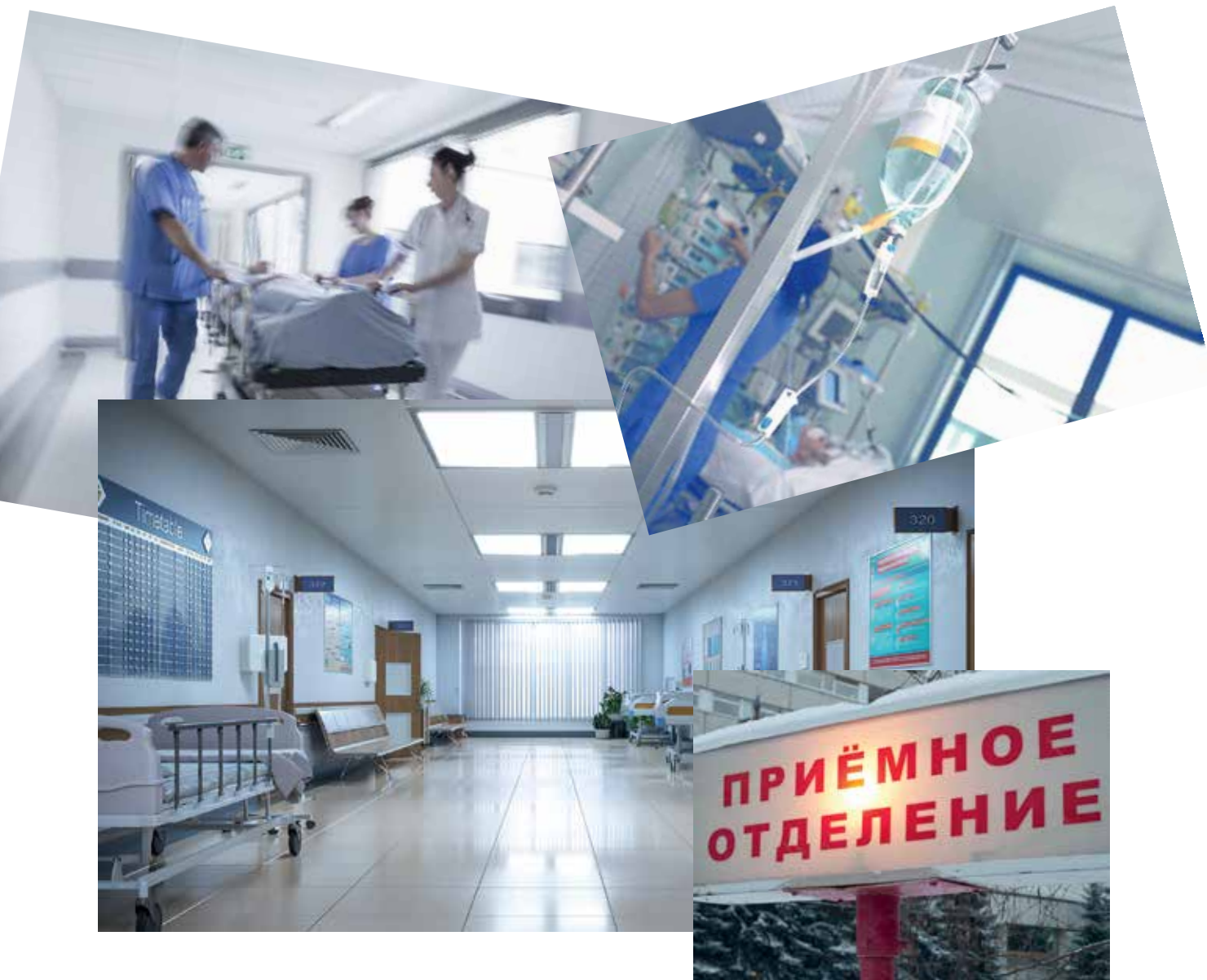
Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 ДЗМ» (Первой градской больницы) Алексей Свет - об особенностях работы приемных отделений, уникальности возглавляемой им больницы и планах на будущее.

- Алексей Викторович, чего вы ждете от реорганизации приемных отделений больницы, о старте которой было объявлено летом?

- Я жду от реорганизации абсолютно стандартных вещей: улучшения диагностики заболеваний поступающих больных, их правильной медицинской сортировки. Как это сделать, мы и так знаем. Но для этого нужны время и деньги. Прошло достаточно много времени, прежде чем мы решили, что готовы к тому, чтобы сделать приемное отделение, которое хоть в какой-то степени будет похоже на Emergency Room (отделение неотложной помощи), которое все видели в американских сериалах. Сразу скажу, что в наших дальнейших планах создание в больнице действительно отделения скорой неотложной

помощи. Скорая помощь привозит человека в критическом или крайне тяжелом состоянии, – он сразу должен поступать в противошоковый зал – реанимацию входа. И мы переоборудовали одно из отделений реанимации и интенсивной терапии в реанимацию входа.

Поступающему в реанимацию входа пациенту нужно взять кровь на анализ, сделать электрокардиограмму (ЭКГ) и поставить катетер в центральную вену. Чтобы, если что-то случится, не надо было тратить времени на доступ: может, будут нужны инфузия, введение адреналина при остановке сердца. Все эти манипуляции четко расписаны. Когда мы сделали реанимацию входа, тяжелым пациентам стали быстрее оказывать помощь, и летальность в течение первых суток



после поступления в больницу снизилась втрое.

Дальше: во всем мире принята система – если диагноз невозможно поставить сразу, пациента помещают в палату наблюдения на диагностическую койку. Это не обязательно реанимация, но здесь должны быть аппарат для искусственной вентиляции легких, монитор, показывающий состояние больного, и от 1 до 3 суток за ним будут наблюдать. За это время можно выполнить пациенту в динамике компьютерные томограммы (КТ), например, определить, есть ли у него жидкость в брюшной полости.

Прибывающих пациентов можно разделить на категории «могу ходить и говорить», «не могу ходить, но могу говорить», «не могу ходить и говорить». Тех, кто не может ходить и говорить, как правило, отправляют в реанимацию. Те, кто может ходить и говорить, казалось бы, могут сидеть в зале ожидания и ждать, когда их доктор по талончику вызовет: ссадина в ухе, гайморит, инородное тело в глазу. Но и здесь все неоднозначно. Пациент в зале ожидания может иметь гораздо более серьезное заболевание, чем кажется на первый взгляд.

Необходимо, чтобы медсестра на входе измеряла всем пациентам температуру тела, частоту дыхания и сатурацию. Уже по этим трем параметрам сразу можно отобрать людей, которые нуждаются в более экстренной помощи. Если сатурация ниже 90%, – понятно, что к пациенту нужно более пристальное внимание. И дальше ему делают следующее исследование – неполный анализ крови, который включает в себя общеклинический компонент, уровень глюкозы в крови и прочее. И уже становится видно – этот пациент нуждается в отправке в реанимацию в течение 2 часов или на койку приемного отделения, но под интенсивное наблюдение.

Другой вариант – пришедший в приемное отделение самоотком пациент неплохо себя чувствует, небольшая слабость, но у него гемоглобин 60 г/л. Если у него не будет взят анализ крови, врач будет ориентироваться только на жалобы пациента, и он может его «зевнуть». Нужны объективные данные обследований – ЭКГ, например. Может, она ничего не покажет, а может, заставит врача задуматься. Даже с минимальным скринингом проще дальше маршрутизировать пациентов.

После ремонта в приемном отделении кабинеты превратятся в смотровые палаты. У нас и сейчас есть несколько залов, куда закатывают каталки, и врачи сами подходят к пациентам. Причем не во всех случаях обязательно покупать новое



оборудование. По крайней мере, пока. Есть старые аппараты УЗИ – мне не нужен в «приемнике» экспертный аппарат. Мне нужно, чтобы он показал: есть жидкость в брюшной полости или нет?

Могут быть какие-то узкие места. Например, не в каждой смотровой палате будет УЗИ. А аппарат ЭКГ будет в каждой. Мне не нужно 8 анализаторов биохимии крови, достаточно 2. Но каждая медсестра, которая будет работать в приемном отделении, должна уметь делать все необходимые 10 манипуляций на «автомате»: снять ЭКГ, поставить катетер, взять анализ крови, проверить сатурацию, измерить артериальное давление и т.д. И врач почти сразу получает весь диагностический чек. Бывают ситуации, когда врач должен быстро оценить ситуацию. И может, не надо отправлять пациента в кабинет КТ, а надо выполнить УЗИ, рентгенографию и взять анализ крови. И врач уже понимает: отправлять его в реанимацию или нет.

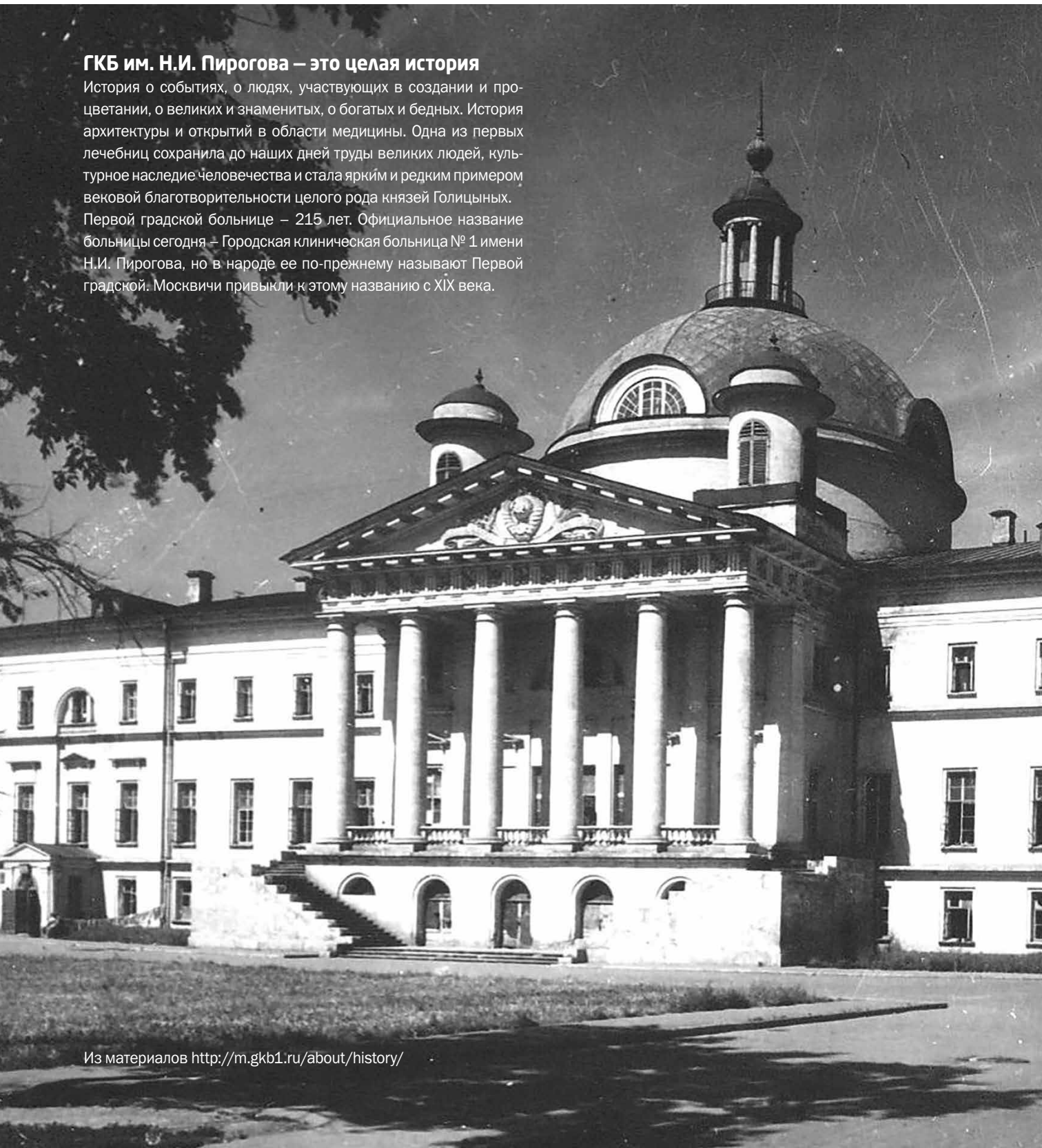
– Нужна ли специальная подготовка врача отделения скорой и неотложной помощи?

– Это вечный вопрос. Вот Сергей Петриков в «Склифе» (генеральный директор НИИ скорой помощи им Н.В. Склифосовского С.С. Петриков. – ММ) гениально сделал. У него по 4 часа в сутки на входе находится или нейрохирург, или хирург, или другой «ургентный» врач мануальной специальности.

Пример: приходит человек в приемное отделение, разговаривает, ходит, а через какое-то время начинает «отключаться». Не все больные укладываются в клинические рекомендации. Но если ты их знаешь, то у тебя меньше риск ошибиться. Если ты знаешь, что человек ударился головой, потерял сознание, то ему надо выполнить КТ. Может, врач ничего не найдет и потеряет время. Но, может, он найдет внутричерепную гематому, и это будет совсем другая история. Поэтому таких пациентов должен осмотреть нейрохирург.

ГКБ им. Н.И. Пирогова – это целая история

История о событиях, о людях, участвующих в создании и процветании, о великих и знаменитых, о богатых и бедных. История архитектуры и открытий в области медицины. Одна из первых лечебниц сохранила до наших дней труды великих людей, культурное наследие Человечества и стала ярким и редким примером вековой благотворительности целого рода князей Голицыных. Первой градской больнице – 215 лет. Официальное название больницы сегодня – Городская клиническая больница № 1 имени Н.И. Пирогова, но в народе ее по-прежнему называют Первой градской. Москвичи привыкли к этому названию с XIX века.



Из материалов <http://m.gkb1.ru/about/history/>

1801 г.

Голицынская больница ведет свою историю с конца XVIII века. В память о своей любимой и единственной супруге Екатерине Голицыной (Кантемир) князь Дмитрий Михайлович Голицын завещал построить на весь накопленный капитал «человеколюбивое, Отечеству полезное учреждение». Княгиня Голицына, рано ушедшая из жизни, отличалась добротой и отзывчивостью по отношению к чужому горю и болезни. Княгиня оставила после своей смерти крупное пожертвование в пользу акушерского госпиталя.

1802-1803 гг.

22 июля 1802 года больница приняла первых пациентов, самых бедных, из социально незащищенных слоев населения, кроме крепостных. С каждым годом в лечебнице росло количество мест, а в 1803 году при больнице была открыта богадельня для неизлечимо больных. В помещении лечебницы проходили светские приемы со сбором благотворительных пожертвований.

1812 г.

Во время нашествия Наполеона Голицынскую больницу заняли под госпиталь для раненых французских солдат. Но лечили и раненых русских солдат. Главным врачом госпиталя был личный хирург Наполеона Доменик Жан Ларрей. Он лично ампутировал ногу будущему министру народного просвещения, а тогда простому русскому офицеру Абраму Сергеевичу Норову. Парадоксально, но после окончания боевых действий 1812 года живопись, иконостас и отделка остались невредимы благодаря стараниям управляющего...

1828 г.

В 1828 году по соседству с Голицынской лечебницей началось строительство Первой градской больницы – величественного здания с торжественно оформленным фасадом и куполом церкви Марии Магdalины.

1833 г.

27 октября 1833 года Первая градская приняла первых больных. Это было первое лечебное заведение,

построенное на государственные деньги. И самое крупное в городе по числу мест. Как и Голицынская, Первая градская предназначалась для лечения неимущих слоев населения. Позже были построены новые корпуса родильного дома, гинекологии, терапевтического отделения амбулаторий и отделения кожных заболеваний.

1866 г.

22 марта 1866 года неподалеку была выстроена больница для больных тифом. Здание было перестроено из двух помещений бывшей суконной фабрики, соединенных храмом Знамения Божьей Матери. Вплотную к ним примыкала долговая тюрьма. Больницу сначала называли Второй градской, а с 1902 года учреждение носило имя московского градоначальника князя А.А. Щербатова.

1919 г.

В 1919 году Голицынская больница лишилась самостоятельности и стала частью Первой градской. В 1959-м к ней присоединилась Щербатовская

больница. После объединения трех больниц образовалась новая Первая градская больница им. Николая Ивановича Пирогова, превратившаяся в одну из крупнейших больниц Европы.

1924 г.

В 1924 году по указу В.И. Ленина на территории Второй градской был построен дополнительный корпус. В настоящее время в нем расположен Урологический центр, а в здании долговой тюрьмы — Консультативно-диагностический центр.

1941-1945 гг.

В годы Великой Отечественной войны больница работала в авральном режиме: принимала москвичей, раненых во время авиабомбежек. Помимо этого, здесь располагался госпиталь для тяжелораненых бойцов.

1945-2018 гг.

Сегодня официальное название больницы – Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, адрес – Ленинский проспект, дом 8.



Другой пример: больной с недостаточностью сердечного кровообращения, у него снижена насосная функция сердца. Он съел соленый огурец и немножко отек. Мне его надо в реанимацию класть? Или я могу его положить в приемном отделении на диагностическую койку? Назначить ему внутривенно диуретик, посмотреть на реакцию организма. Если отеки снизились, уровень электролитов пришел в норму, то выдать ему рекомендации и отправить домой? Вот у него случился «68-й по счету за год» пароксизм правого предсердия. Его что, скорая должна везти в больницу? Когда будет создана система ЕМИАС для стационаров, будет видно, кто, кого, от чего и когда лечил. И эта информация очень сильно поможет работе приемного отделения. Вернее, отделения скорой помощи. Так, каждому – по потребностям.

- Получается, что приемное отделение можно разгрузить с помощью объединения ЕМИАС поликлиник и ЕМИАС стационаров?

– «Приемник» никогда не будет разгружен, потому что люди самотеком приходят сюда лечиться. Вы ночью с острой болью или со сломанной ногой в поликлинику пойдете? Это экстремальные случаи. Но очень много есть заболеваний, при которых не надо идти в больницу. А сюда должны

попадать те, кому уж никак не обойтись без стационара. Поэтому та система, которая выстраивается Департаментом здравоохранения города Москвы, – очень правильная. Сначала с пациентом работают врачи общей практики, амбулаторные узкие специалисты и только потом – стационар. Лечение в стационаре очень дорогое. Сейчас у меня вовсю развиваются стационары короткого пребывания по офтальмологии, по оториноларингологии. Больница может неплохо зарабатывать на этом, и больных не надо надолго госпитализировать.

- У каждой больницы есть свои особенности. Что можно сказать о Первой градской?

– В ней 34 корпуса, 2 приемных отделения, транспортная служба. От приемного отделения до отделения гинекологии путь неблизкий, поэтому в феврале при –22°C еще и машина должна стоять прогретой. Если бы была монокорпусная больница – не было бы вопросов. А что делать, если вышел из строя КТ в 7-м корпусе, и надо делать томографию больному с подозрением на тромбоз эмболию в 8-м, а между ними расстояние 1,2 км? Вот это и есть наша главная особенность – больница занимает 20 га. Мне, может быть, будет проще иметь свое небольшое приемное отделение в каждом корпусе, и не надо будет возить пациентов по всей больнице,



ФОТО: НИИОЗММ



а принимать локально. Но для этого надо будет в корпусе, построенном Бове или Казаковым, установить КТ. И поэтому я буду думать – будет ли мне достаточно простого аппарата УЗИ и мобильного рентгеновского аппарата или мне туда нужно ставить еще и мобильный томограф?

- Практически любая крупная больница в Москве сейчас имеет определенную специализацию. Как это правило относится к Первой градской?

– Первая градская – городской «поливалентный госпиталь» – многопрофильная больница. Мы должны хорошо делать все. Что-то мы должны делать лучше, чем почти все остальные. У нас очень хорошо идут гибридные операции при инсультах, когда сначала работают специалисты по эндоваскулярной хирургии, потом – сосудистые хирурги.

У нас высококласная команда, которая занимается сочетанной травмой. Реаниматологи, нейрохирурги, челюстно-лицевые хирурги. У нас очень хорошая хирургия, одна из самых пациентоориентированных и современных в Москве, сильное отделение онкологии.

У нас нет кардиохирургии. Но, например, сейчас в Москве открылась блестящая экстренная кардиохирургия в больнице им. С.С. Юдина. И мы в полном контакте с этой клиникой. Мы туда отправляем крайне тяжелых больных, и они их вылечивают!



**ВЕКОВЫЕ ТРАДИЦИИ
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**



ЛАРИСА КАРТАВЦЕВА:

«В СЛУЧАЕ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТЫ БУДУТ ПОСТУПАТЬ В СТАЦИОНАР БЕЗ ВЫПИСКИ ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ»

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ

Л.Р. Картавцева, врач-педиатр высшей категории, к.м.н., заместитель председателя комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Московской городской думы, входит в состав депутатского объединения «Моя Москва».

Главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи детскому населению Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ), первый заместитель директора ГКУ «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ» Лариса Картавцева - о том, как в столице работает алгоритм направления пациентов на консультацию и проводятся диагностические исследования третьего уровня, с какими заболеваниями детей чаще всего направляют в стационар и что даст объединение медицинских информационных систем амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев.

- Лариса Руслановна, в Москве создана и успешно развивается трехуровневая система оказания медицинской помощи, в том числе в части взаимодействия амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев. Как это влияет на маршрутизацию пациентов из поликлиник в приемные отделения ДГКБ?

- Трехуровневая система оказания медицинской помощи детям в Москве обеспечивает систематизацию госпитализации детей по нозологическим формам. Тем самым она способствует уменьшению количества необоснованных госпитализаций, направлений в консультативно-диагностические отделения стационаров для решения вопроса о необходимости госпитализации. Пациентам отныне не нужно звонить в приемные отделения для уточнения даты поступления в стационар. Улучшилось качество подготовки детей к госпитализации, что ускоряет постановку окончательного диагноза и проведение лечебных мероприятий. Стали более оперативно проводиться диагностические и лабораторные исследования, необходимые для госпитализации в стационар.

- Насколько хорошо врачи-педиатры детских поликлиник информированы о том, какие специализированные отделения и городские центры есть в той или иной ДГКБ?

- В детских городских поликлиниках есть утвержденный алгоритм направления пациентов на консультацию и диагностические исследования третьего уровня, плановую госпитализацию в стационарные учреждения, памятки для врачей и пациентов, утверждены ответственные лица за это направление работы. Существует перечень медицинских организаций и видов специализированной медицинской помощи, которые оказывают медицинские организации государственной системы здравоохранения Москвы. Он был доведен до сведения врачей на врачебно-сестринских конференциях. Кроме того, врачи-педиатры, врачи-специалисты, лица, ответственные за госпитализацию в плановом порядке и направление на консультацию специалистов, регулярно получают информацию об открытии и функционировании отделений специализированного лечения в учреждениях третьего уровня.

- Заболеваемость детского населения в большинстве случаев носит острый характер, хронических больных среди них значительно меньше, чем среди взрослых. С какими заболеваниями детей чаще всего направляют в стационар?

- В основном это острые респираторные заболевания; экстренная госпитализация проводится при тяжелом течении любого острого заболевания и обострениях хронических заболеваний. При плановой госпитализации на 1-м месте – заболевания отоларингологического профиля (прежде всего аденоидит), на 2-м – урологические заболевания, на 3-м – неврологические (детский церебральный паралич, вегетососудистая дистония, эпилепсия), на 4-м – эндокринологические (резистентность к инсулину, сахарный диабет, врожденные заболевания), на 5-м – офтальмологические (миопия, косоглазие), на 6-м – болезни желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, неспецифический язвенный колит), на 7-м – заболевания сердца (врожденные пороки), на 8-м – гинекологические заболевания (кисты, дисменорея, врожденные пороки развития), на 9-м – болезни крови и онкологические заболевания.



- Как реализация проекта «Московский стандарт детской поликлиники» повышает эффективность и точность таких направлений?

- Внедрение проекта «Московский стандарт детской поликлиники» выстраивает логистику направлений госпитализации пациентов, что дает возможность получить необходимую медицинскую помощь в стационаре в кратчайшие сроки.

- Насколько повысится эффективность взаимодействия амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев после того, как будут объединены их медицинские информационные системы?

- При объединении информационных систем амбулаторно-поликлинического звена и стационаров сократятся сроки получения необходимой медицинской документации, госпитализация детей с тяжелыми заболеваниями будет проводиться под контролем специалистов стационара, мониторинг состояния пациентов при стационарном лечении будет доступен участковому врачу-педиатру, а лечащий врач стационара будет иметь возможность получать информацию о диагнозах, проведенных исследованиях и лечении пациента, данные о его вакцинации. Поэтому не будут дублироваться диагностические и лабораторные исследования, консультации врачей-специалистов. В случае экстренной госпитализации пациенты будут поступать в стационар без выписки из амбулаторной карты.

АЛЕКСАНДР БРЯНЦЕВ:

«ТЯЖЕЛОГО ПАЦИЕНТА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ ДОЛЖНЫ ОСМОТРЕТЬ ПЯТЬ ВРАЧЕЙ»



А.В. Брянцев,
ведущий научный сотрудник ГБУЗ
«НИИ неотложной детской хирургии и
травматологии ДЭМ», детский хирург
высшей категории, к.м.н.

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ
ФОТО: ИГОРЬ ЧУНУСОВ

Заместитель директора по лечебной работе НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Александр Брянцев – о том, как организована работа протившоковой палаты и смотровых боксов, о диагностическом алгоритме работы с тяжелыми пациентами и зачем в информационную систему необходимо вводить информацию о поведении родственников больных в приемном отделении.

- Александр Владимирович, что представляет собой приемное отделение НИИ неотложной детской хирургии и травматологии? Как оно организовано?

– Приемное отделение организовано таким образом, чтобы ребенку сразу же, с момента поступления, была оказана необходимая медицинская помощь и все необходимые экстренные диагностические процедуры были выполнены незамедлительно.

Пациенты могут поступать как в удовлетворительном состоянии, так и в крайне тяжелом. Для них в приемном отделении расположена противошоковая палата, оборудованная как реанимационно-операционная – в ней одно реанимационное место и один операционный стол. Палата оснащена современной диагностической и реанимационно-анестезиологической аппаратурой для ультразвуковых исследований (УЗИ), электрокардиографии, энцефалографии, доплерографии, наркозной и дыхательной аппаратурой, другим оборудованием.

Противошоковая палата имеет отдельный вход, через который пациент может быть сразу же доставлен в нее из машины скорой помощи. В палате его осматривают специалисты всех основных профилей нашего НИИ – травматолог, нейрохирург, хирург, врач приемного отделения и врач анестезиолог-реаниматолог. То есть 5 врачей.

Если состояние ребенка не настолько тяжелое, его направляют в один из 6 компьютеризированных смотровых боксов, которые оснащены кислородной подводкой, системами для инфузионной терапии и видеослежения. Они также имеют отдельные входы.

Как только состояние ребенка стабилизировано, проводятся все необходимые диагностические процедуры. Рядом с приемным отделением размещены кабинеты компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), рентгенографии, УЗИ, экстренно-лабораторной диагностики и функциональной диагностики. Они находятся в непосредственной близости друг от друга на 1-м этаже.

Когда весь диагностический алгоритм выполнен, пациента перемещают либо в отделение реанимации, либо в профильное отделение, если состояние не тяжелое. В приемном отделении также находится зал ожидания для пациентов и родителей, поскольку во время пиковых нагрузок, а это преимущественно вечерние часы, одновременно прибывают много больных и все смотровые боксы бывают заняты. В зале ожидания размещаются дети с родителями, которые ожидают своей очереди приема. Не бывает такого, что пациенты прибывают в приемное отделение через равномерные промежутки времени, в какой-то момент может приехать сразу 5–6 скорых. И в таких случаях, чтобы ускорить прием пациентов, у нас существует 4 точки регистрации. Поэтому первичной регистрацией поступающих пациентов занимаются сразу 4 медсестры.

- Все-таки НИИ неотложной детской хирургии и травматологии даже по названию - это организация, в которую должны поступать пациенты, которым требуется скорая помощь. Вряд ли сюда приходят мамы с детьми с ушибленным пальчиком...

– Приходят абсолютно со всеми проблемами! В НИИ есть травматологический пункт со стороны улицы Большая Полянка на первом этаже, поэтому все пациенты с легкими травмами, которые не требуют госпитализации, направляются прежде всего туда. Но бывает и так, что люди, которые неоднократно у нас бывали и знают, где расположено приемное отделение, идут сразу в него. Чтобы не гонять родителей и детей из корпуса в корпус, легких пациентов в приемном отделении тоже осматривают, устанавливают диагноз, назначают лечение и отпускают домой.

- В некоторых московских больницах организовали триаж - медицинскую сортировку пациентов, которые поступают в приемные отделения. Это сделано для того, чтобы более тяжелые пациенты быстрее начали получать помощь, ведь легкие больные могут и подождать. Как вы относитесь к такой возможности?



– Идея правильная, но очень много зависит от того, как построен стационар, каким образом располагаются его отделения, травматологический пункт. Естественно, когда поступает тяжелый пациент, который требует применения экстренных оперативных вмешательств и диагностических процедур, в первую очередь будут заниматься именно им.

– Вы перечисляли тех специалистов, которые принимают участие в первичном осмотре тяжелых пациентов в противошоковом зале. Они круглосуточно дежурят?

– Круглосуточно работают как минимум 2 врача приемного отделения – хирург и нейрохирург. Нейрохирург осматривает пациентов с травмами головы и спинальными травмами. Всеми остальными занимается хирург общего профиля. Когда поступает тяжелый пациент, из профильных отделов приходят второй хирург (как правило, ответственный администратор), травматолог и врач анестезиолог-реаниматолог. При поступлении тяжелого пациента его должны осмотреть пять врачей. Когда весь диагностический алгоритм выполнен, выявлены повреждения, определены необходимые вмешательства, пациента переводят либо в отделение реанимации, либо сразу в операционный блок.

– Если пациент в крайне тяжелом состоянии, о чем дежурную бригаду предупреждает врач скорой, пока она едет к приемному отделению, может, его следует сразу отправить в реанимацию, минуя все промежуточные стадии?

– Такая тактика рискованна. Пациента размещают в реанимации, а у него травма живота с кровотечением в брюшную полость, травма печени или селезенки. Прежде чем доставить пациента в реанимацию, нужно провести диагностические процедуры. Поэтому у нас все и сосредоточено

в приемном отделении на первом этаже. Для этого и существует противошоковая палата. Это практически филиал нашей реанимации. И когда тяжелого пациента там размещают, ему сразу же ставится катетер в центральную вену, производится забор крови для всех необходимых анализов и выполняется УЗИ. Но в первую очередь им занимается врач анестезиолог-реаниматолог – он оценивает состояние пациента, есть ли у него признаки шока, и при необходимости проводит противошоковые мероприятия. И когда состояние пациента стабилизировано, только тогда его начинают перемещать по остальным диагностическим кабинетам.

– Чем отличается приемное отделение детской больницы от взрослой?

– Возрастной спецификой. Детский возраст – от 6 месяцев до 18 лет. Считается, что за неделю до совершеннолетия мы имеем право заниматься пациентом. А второе – это наличие обеспокоенных, встревоженных не на шутку родителей. И приходится заниматься и детьми, уделять время родителям и другим родственникам.

– В приемном отделении нужен взрослый психолог, который бы успокаивал родителей?

– Все детские врачи, травматологи, хирурги обладают навыками психолога. Они знают, что и как нужно говорить родителям. Это не всегда просто. Иногда приходится выслушивать в свой адрес упреки: иногда обоснованные, иногда нет. Все это присутствует в нашей работе.

У нас существует электронная история болезни. Как только пациент регистрируется, его данные попадают в систему, и о нем знают уже все врачи НИИ. Мы вносим туда и данные о том, как себя ведут родители в приемном отделении. Бывают родители, которые находятся в выраженном

стрессовом состоянии. Бывают такие, которые проявляют хроническое недовольство всем, что происходит. И мы делаем пометки в информационной системе: «очень импульсивный папа» или «у бабушки могут возникать неожиданные изменения настроения». И врач, который в следующий раз будет заниматься этим пациентом, будет знать, как успокоить сопровождающего родственника и как с ним вести диалог. То есть в нашей базе данных содержится не только информация о болезни пациента, анализах и назначениях, но и о специфике человеческих отношений.

Тем более, что бывают родители с психическими расстройствами, больные люди. Один ребенок поступал к нам





более 10 раз. Привозит его всегда мама: «Вы знаете, у него такая страшная болезнь!» Мы его госпитализируем, оказывается, что никакой болезни нет.

Это происходит один, второй, третий, десятый раз. Потом начинаем разбираться, приглашаем психиатра, а он говорит: «Коллеги, она по многим больницам Москвы своего ребенка возила десятки раз...» И мы ставим отметку в системе, что в данном случае со стороны родителя могут быть необычные проявления, в том числе преувеличение тяжести состояния пациента. И врач приемного отделения этой информацией обладает.

- В систему должны попадать результаты проведенных пациенту исследований - КТ, МРТ, УЗИ?

– Это касается всех лучевых методов: выполнил доктор УЗИ, протокол исследования ввел в систему, и после этого он доступен всем врачам НИИ. То же самое – с КТ и МРТ. Но поскольку при томографических исследованиях объем информации очень большой, это происходит с запозданием: информация попадает на сервер в течение получаса.

- То есть лечащий врач может у себя на компьютере ознакомиться со всей необходимой информацией, никуда не бегая за снимками и другими данными проведенного пациенту обследования?

– Конечно. У нас же каждый третий или четвертый прибывающий пациент когда-то находился здесь на лечении. Входим в систему и видим все его предшествующие посещения.

- Расскажите о будущем приемного отделения НИИ неотложной детской хирургии и травматологии. Будет ли оно каким-то образом

расширяться, реконструироваться, или тех мощностей, которые есть, достаточно для оптимальной работы?

– Возможно, будут какие-то изменения штатного расписания. Ежегодно у нас на 10–12% увеличивается поток пациентов, поэтому наступит время, когда наших мощностей не будет хватать. И поэтому вместо 2 врачей приемного отделения, которые сейчас круглосуточно дежурят, возможно, нужно будет, чтобы работали 4–5 врачей. Соответственно, увеличится штат среднего медперсонала. Может быть, мы увеличим количество регистрационных точек до 6 – по количеству смотровых боксов. И обеспечим возможность регистрации в каждом боксе. В какой-то степени это ускорит прием пациентов.

Направления работы приемного отделения НИИ неотложной детской хирургии и травматологии

Оказание экстренной квалифицированной медицинской помощи при неотложных состояниях всем больным в возрасте от 6 месяцев до 18 лет (абдоминальная и гнойная хирургия, травматология, нейрохирургия, ЛОР-патология и др.).

Проведение экстренных диагностических исследований:

- рентгенография органов грудной клетки, позвоночника, головы и других костей скелета;
- исследование почек и мочевыводящих путей с контрастированием;
- КТ головного мозга, позвоночника и спинного мозга, органов брюшной полости и грудной клетки, опорно-двигательного аппарата;
- УЗИ органов грудной и брюшной полости.

ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. Г.Н. СПЕРАНСКОГО:

ЕДИНСТВЕННЫЙ В МОСКВЕ КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ДЕТСКОЙ ИММУНО- ЛОГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ



И.А. Корсунский,
врач аллерголог-
иммунолог, руководитель
консультативно-
диагностического центра
детской иммунологии и
аллергологии ДГКБ № 9
им. Г.Н. Сперанского,
к.м.н.

В одной из самых крупных детских больниц города Москвы - ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» - более 20 лет работает отделение иммунологии и аллергологии, а также ведется амбулаторный прием детей с соответствующими заболеваниями. В 2011 г. на его основе приказом Департамента здравоохранения города Москвы был создан единственный в городе клиничко-диагностический центр детской иммунологии и аллергологии третьего уровня.

В центре работают 13 сертифицированных аллергологов-иммунологов, в том числе 4 врача высшей категории, 3 кандидата медицинских наук. Сотрудники центра активно занимаются научной и преподавательской деятельностью. Регулярно как докладчики, так и как слушатели принимают участие в московских, общероссийских и международных конференциях. Врачи центра проводят научные исследования по разработке новейших методик выявления и лечения аллергических и иммунологических заболеваний. Например, идет разработка принципов работы с детьми с инсектными аллергиями, исследуются возможности ранней диагностики первичных иммунодефицитных состояний, внедрение которой позволит добиться дальнейшего снижения младенческой смертности в городе Москве. В качестве консультантов к работе с особо сложными пациентами привлекаются специалисты университетских клиник: врач высшей категории, профессор кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова д.м.н. Г.И. Смирнова и главный педиатр больницы, лауреат национальной премии «Лучшим врачам России “Призвание”», профессор д.м.н. А.П. Продеус.

В задачи центра входит: оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи больным с аллергическими и иммунодефицитными заболеваниями, разработка и проведение мероприятий по профилактике аллергических и иммунодефицитных состояний, обеспечение организации и проведения диспансерного наблюдения за больными с установленными аллергическими и иммунодефицитными заболеваниями, разработка и внедрение достижений научно-технического прогресса медицинских инновационных технологий по проблемам аллергологии и клинической иммунологии, разработка научно обоснованных прогнозов возникновения и распространения в регионе аллергических и иммунодефицитных заболеваний, а также методическая поддержка деятельности лечебно-профилактических учреждений в работе по диагностике, лечению и профилактике аллергических и иммунодефицитных заболеваний. За время работы центра был создан и отработан диагностический протокол ступенчатого подхода к иммуноопосредованным заболеваниям. Он включает в себя первую – скрининговую – ступень диагностики. После чего, при необходимости, проводятся верифицирующие диагностические высокотехнологические исследования.

С целью повышения территориальной доступности врачей-специалистов населению Москвы консультативная помощь оказывается не только в клинко-диагностической поликлинике ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, но и в филиалах больницы в СВАО и САО, а также специализированном бронхолегочном санатории № 68 ДЗМ. При необходимости специалисты центра

осуществляют консультации пациентов других детских больниц Москвы. Основной поток направляемых на консультацию педиатрами амбулаторных центров Москвы составляют часто болеющие дети, пациенты с аллергическими и рецидивирующими гнойными заболеваниями, а также дети с различными клиническими состояниями, требующими консультации аллерголога-иммунолога.

В среднем каждый год за консультативной помощью обращаются более 4 тыс. детей с бронхиальной астмой, около 2 тыс. пациентов с atopическими состояниями, а также до 1 тыс. пациентов с подозрением на иммунодефицитные состояния. В общей сложности проводится около 25 тыс. консультативных приемов.

Регулярно за консультативной помощью с целью дообследования и коррекции поддерживающей терапии обращаются пациенты, имеющие статус «ребенок-инвалид»: до 50 детей с тяжелым персистирующим течением бронхиальной астмы и до 40 детей с иммунодефицитными состояниями ежемесячно. Детям с иммунодефицитами ежемесячно внутривенно осуществляется переливание иммуноглобулинов за счет средств, выделяемых городским департаментом здравоохранения. В настоящий момент формируется поток пациентов, страдающих наследственным ангионевротическим отеком.

Обследование такого большого количества пациентов было бы невозможным без высококлассной клинко-диагностической лаборатории. Ежегодно врачи лаборатории проводят более 8500 исследований гуморального иммунитета, 9250 исследований клеточного иммунитета, 400 исследований системы компонента комплемента, 100 исследований фагоцитоза, 110 исследований митогенных ответов. Врачи и медицинские сестры проводят более 4000 кожных проб и более 3000 исследований функции внешнего дыхания.

Работа городской службы детской аллергологии-иммунологии, развернутой на базе ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, демонстрирует свойственный столичному здравоохранению динамизм. Внедрение инновационных технологий диагностики и лечения, активное сотрудничество со специалистами первичного звена в деле наблюдения детей с иммунодефицитными состояниями, приближение консультативной помощи (третий ее уровень) к пациентам в административных округах, привлечение к работе специалистов университетских клиник, участие в городских научно-практических мероприятиях – конференциях, симпозиумах, акциях «Московское здоровое лето». «Московское здоровое лето» – далеко не полный перечень направлений работы специалистов стационара.

Благодаря работе сотрудников больницы и университетских клиник деятельность педиатрической иммунологической службы в Москве получает высокую оценку пациентов и заслуженное признание медицинского сообщества.

**ВРАЧИ ЦЕНТРА ПРОВОДЯТ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ НОВЕЙШИХ МЕТОДИК
ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**



АНАТОЛИЙ КОРСУНСКИЙ:

«КАЧЕСТВО НАШЕЙ РАБОТЫ ПОЗВОЛЯЕТ
СУЩЕСТВЕННО СНИЗИТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ»



А.А. Корсунский,
профессор, д.м.н., кавалер медали ордена «За заслуги перед Отечеством»
II степени, автор более 220 печатных работ, 3 монографий, лауреат
Национальной премии лучшим врачам России «Призвание» 2015 г.,
лауреат премии Москвы в области медицины 2016 г.



АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ

Главный врач ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» Анатолий Корсунский – о том, как ведется работа приемных отделений больницы, какие преобразования могут ее ожидать в перспективе и с какими итогами она подошла к своему 95-летию.

– Анатолий Александрович, расскажите об истории хирургического приемного отделения больницы, одних из двух ее «входных ворот».

– Хирургическое приемное отделение начало свою историю в 1968 г. В этот период в стране началась серьезная модернизация детского здравоохранения, и в больнице был построен по тем временам лучший хирургический корпус в Москве. Тогда в нем появилось большое приемное отделение, которое на тот момент было в высшей степени прогрессивным. В то время детских больниц в Москве было гораздо меньше, чем сейчас, и основной поток пациентов распределялся на четыре больницы: нашу, Морозовскую, имени Н.Ф. Филатова и больницу св. Владимира.

Однако не стоит забывать, каково было детское население Москвы, каковы были потребности, сколько было транспорта на улицах и какой была доля травм, под которые это отделение строилось в 1968 г. Тогда их было на порядок меньше. Начиная с 1968 г. наша больница, единственная в Москве, занимается лечением ожоговых больных. В этом году исполнилось 50 лет нашей комбустиологической (ожоговой) службе. Отделение хирургической реанимации наполовину работает именно на нее.

Сейчас у нас есть все для того, чтобы оказать своевременную и квалифицированную помощь хирургическому пациенту, доставленному скорой помощью: процедурные, манипуляционные кабинеты, вся необходимая аппаратура, очень хороший современный рентгеновский аппарат, который был недавно закуплен Департаментом здравоохранения города Москвы.

– Насколько хирургическому приемному отделению удастся справляться с существующим потоком пациентов?

– Проблема в том, что количество смотровых боксов в отделении ограничено – их 6. Та часть обращений, поводом для которых являются мелкие травмы, ушибы, что, безусловно, важно для детей, но не является предметом дальнейшего стационарного лечения, все равно при отсутствии других помещений для ожидания в нынешней структуре приемного покоя требует предоставления смотрового бокса.

В результате возникает проблема со скоростью обслуживания, потому что мы должны оказывать качественную помощь всем детям, поступающим в приемное отделение. А в условиях приемного отделения, построенного, как и хирургический корпус, в 1968 г., замедляются медицинская сортировка и разделение потоков пациентов на тех, кому требуется немедленная помощь, кому она может быть оказана отсроченно, и тех, кому помощь нужна просто потому, что незначительная травма произошла в ночные часы или пациент живет поблизости от больницы.

Для решения этой проблемы в условиях действующего корпуса мы предприняли ряд действий. Например, тяжелые больные поступают, минуя приемный покой, сразу в реанимацию.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



НАУЧНЫЕ ПРОЕКТЫ

- ✓ Планирование и реализация научных программ в области здравоохранения
- ✓ Разработка организационных, медико-социальных предложений, направленных на охрану, повышение уровня качества жизни и общественного здоровья
- ✓ Организация и проведение конференций и конгрессов с присвоением кредитов непрерывного медицинского образования
- ✓ Экспертная оценка эффективности деятельности медицинских организаций
- ✓ Разработка комплексных образовательных программ в области медицины и здравоохранения по социологии, демографии, лекарственному менеджменту, изучению иностранных языков



+7 (495) 951-20-54

E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru

Москва, Шарикоподшипниковская, 9

Для плановых больных у нас выделено помещение, где можно находиться в ожидании приглашения к врачу на осмотр. Тем не менее это не в полной мере позволило решить задачу. Мы принимаем в этом корпусе до 200 детей в сутки. А могли бы принимать больше и, что немаловажно, – быстрее.

Разделение потоков – принципиально значимый момент для хирургических пациентов в практике как детской, так и взрослой хирургии (травматологии, ортопедии, урологии). Ведь мы должны всем пациентам оказывать медицинскую помощь немедленно, качественно и соответственно стандартам оказания медицинской помощи.

- Как работает второе приемное отделение вашей больницы - для инфекционных больных?

– В больнице 820 коек, из них 409 инфекционных. Инфекционные больные имеют свои особенности. Для их приема, если речь идет об инфекциях, сопровождающихся сыпью, или высококонтагиозных инфекциях, необходимы отдельные боксы. В случаях с вирусной инфекцией, с подозрением на кишечную инфекцию можно допустить наличие двух пациентов в боксе, перегородженном ширмой, но мы стараемся этого не допускать. У нас 7 боксов для приема инфекционных больных. Если хирургического пациента можно при необходимости отвести в кабинет профильного специалиста, то здесь обратная ситуация: узкий специалист должен сам сюда прийти. Желательно, чтобы пациент вообще не выходил из бокса. Особенность контагиозной инфекции в том, что, пока пациент не обследован всеми специалистами (сюда приходят оториноларинголог, педиатр, хирург, лаборант), пока не оценено его состояние, мы не можем освободить бокс. А после того как он освобожден, его нужно дезинфицировать. Наша больница – крупнейшая в стране по профилю «инфекционные болезни» у детей, поэтому в период эпидемий потребность в боксах превышает наши возможности.

С программой, которую сейчас начал Департамент здравоохранения города Москвы по строительству приемных отделений, где будут обеспечены условия для медицинской сортировки пациентов и распределения их потоков, больницы смогут работать быстрее, качественнее и распределять свои силы так, чтобы и те пациенты, которые не имеют тяжелых состояний, и те, которые поступают в тяжелом состоянии, получали своевременную адекватную помощь. Также в значительной мере повысится эффективность оказания амбулаторной медицинской помощи.

- За счет чего в данном случае может повыситься эффективность работы амбулаторной сети?

– Уровень и высокое качество работы приемного отделения детской больницы позволяют существенно снизить количество госпитализаций. По данным последних лет, реально госпитализируются от 40 до 60% пациентов из тех, кого доставляют. Это значит, что остальные пациенты должны получить правильные рекомендации по дальнейшему лечению у участкового врача в поликлинике. Участковый педиатр,



инфекционный корпус на 200 коек. Это 180 индивидуальных палат совместного пребывания со всеми удобствами, где дети быстрее выздоравливают благодаря тому, что достигается полная их изоляция. Ребенок с мамой находятся в отдельном боксе. Там происходит двойная очистка воздуха, централизованное пылеудаление. Поэтому очень важно, что к нам госпитализируются только по-настоящему

получив результаты нашего обследования (данные рентгеновского исследования, осмотра оториноларингологом и т. д.), обеспечивается всеми условиями для эффективного и быстрого лечения ребенка на дому. Родители тоже остаются довольны, потому что получают от нас все необходимые рекомендации.

- Получается, что ваша больница в сутки принимает почти 400 детей. Хороший результат, несмотря ни на что...

– В оба приемных отделения поступают до 360 пациентов в сутки: 160 в инфекционное отделение и до 200 в хирургическое. Мы оказываем круглосуточную оториноларингологическую помощь, поэтому востребованы. У нас здесь работает 3 университетских клиники, 14 кафедр 4 вузов. Пациенты и их родители доверяют нашим специалистам. Как всегда, в конце осени мы готовимся к тому, что будет повышаться эпидемический порог по респираторным инфекциям. У нас прекрасный

сложные и тяжелые больные. Целесообразность госпитализации – предмет обсуждения врачей и родителей по результатам проведенного обследования.

ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского имеет 40 специализированных клинических отделений, которые круглосуточно оказывают экстренную и плановую помощь детям и подросткам в возрасте до 18 лет, это полнопрофильная детская больница скорой помощи, готовая круглосуточно оказать экстренную помощь по педиатрии, детской хирургии и инфекционным болезням, оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь по специальностям: нейрохирургия, детская урология-андрология, торакальная хирургия, комбустиология; в больнице представлены все этапы оказания медицинской помощи детям: первичная медико-санитарная, амбулаторная консультативная, стационарная (дневная и круглосуточная), реабилитационная. В 2019 г. ожидается ввод в строй отделения паллиативной помощи.

Больница оснащена современным диагностическим оборудованием, с помощью которого проводится необходимая диагностика: лучевая, функциональная, эндоскопическая, лабораторная (в том числе современная иммунологическая).

Ежегодно в больнице проводится более 10 тыс. хирургических операций, получают стационарную помощь более 43 тыс. детей, а амбулаторную – около 190 тыс. детей и подростков.

В ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» работают квалифицированные специалисты, среди которых: 31 имеют звания профессоров и ученые степени докторов медицинских наук, 95 кандидатов наук, 3 лауреата государственной премии. Высшую квалификационную категорию имеют более 80 врачей.

ЕЛЕНА ПЕТРЯЙКИНА:



Е.Е. Петряйкина,
главный внештатный специалист
детский эндокринолог
Департамента здравоохранения
города Москвы, лауреат премии
мэра Москвы в области медицины
2012 г., врач высшей категории
по специальности «Детская
эндокринология», профессор
кафедры доказательной
медицины медицинского
института Российского
университета дружбы народов,
д.м.н., заслуженный врач Москвы

АВТОР: ТАТЬЯНА БЕСКАРАВАЙНАЯ
ФОТО: ОЛЕГ КИРЮШКИН

«НАШ ДЕТСКИЙ СТАЦИОНАР – ЕДИНСТВЕННЫЙ В МОСКВЕ, ГДЕ ИМЕЮТСЯ КОЙКИ СКОРОЙ ПОМОЩИ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ»

Год назад в ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» ДЗМ открылся новый огромный ультрасовременный корпус, который позволил прирастить коечный фонд почти на 200 коек – с 1025 до 1205. Сейчас через стационар проходят до 800 пациентов в сутки. Каким образом происходят сортировка и лечение больных на самом первом этапе госпитализации, в приемном отделении, как приходится успокаивать взвинченных родителей и как часто в Морозовскую больницу приглашают сторонних специалистов, журналу «Московская медицина» рассказала главный врач Морозовской ДГКБ Елена Петряйкина.



- Елена Ефимовна, расскажите о работе приемного отделения и о том, что изменилось после ввода нового корпуса?

- После того как был введен новый корпус, возросло количество обращений, в первую очередь, пациентов, которые попадают к нам на машинах скорой помощи. Иногда эта цифра доходит до 800 человек в сутки: для сравнения, раньше было около 500. Это более 70% потока прибывающих в больницу пациентов, и они имеют

абсолютный приоритет. Скорая мгновенно отпускается обратно на дежурство.

Четыре категории пациентов имеют приоритет в оформлении. Это тяжелые пациенты, дети до трех месяцев, дети с инфекционными заболеваниями и дети с карантинными инфекциями. В зависимости от тяжести состояния пациента и предварительного диагноза медсестра определяет, требуется ли ему ожидание в индивидуальном боксе или он может подождать в общей части приемного отделения.

МОРОЗОВСКАЯ ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА МОСКВЫ – ОДНО ИЗ СТАРЕЙШИХ И КРУПНЕЙШИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РОССИИ. ЕЕ СТРОИТЕЛЬСТВО НАЧАЛОСЬ В 1900 Г. НА СРЕДСТВА КУПЦА 1-Й ГИЛЬДИИ В.Е. МОРОЗОВА, В ЕГО ЧЕСТЬ И НАЗВАНА БОЛЬНИЦА. В 1902 Г. ЗАВЕРШИЛАСЬ ПОСТРОЙКА АМБУЛАТОРИИ И АДМИНИСТРАТИВНОГО КОРПУСА, В 1903 Г. БЫЛИ ПОСТРОЕНЫ 3 ИНФЕКЦИОННЫХ КОРПУСА. НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО XX ВЕКА БОЛЬНИЦА НЕОДНОКРАТНО РЕКОНСТРУИРОВАЛАСЬ



Наш детский стационар – единственный в Москве, где имеются койки скорой помощи краткосрочного пребывания на 4–6 ч. То есть если в других детских больницах вся основная диагностика начинается после госпитализации пациента в отделение, то у нас основные действия по первичной диагностике производятся в приемном отделении. В нем круглосуточно дежурит больничная междисциплинарная бригада специалистов, работает лабораторная служба и можно выполнить ультразвуковое исследование

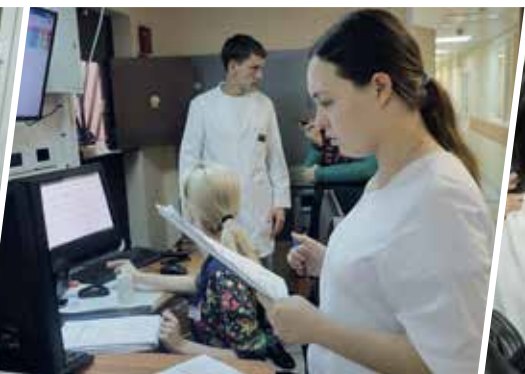
(УЗИ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) и компьютерную томографию (КТ).

Если в процессе диагностики выясняется, что пациент не нуждается в госпитализации, ему дают письменные рекомендации и направляют на продолжение лечения амбулаторно. Это примерно 30% всех обращений. Таков наш скромный вклад в стационарозамещающие технологии. Если пациент госпитализируется, в приемном отделении ему заводят историю болезни, его осматривает педиатр, если жалобы явно говорят о необходимости оперативного вмешательства, он направляется к хирургу, и так далее.

- В больнице круглосуточно работает междисциплинарная бригада врачей из 15 специалистов. Как эта бригада связана с приемным отделением? Насколько быстро и точно устанавливаются диагнозы?

– В приемном отделении постоянно дежурят врачи-педиатры, детские хирурги, неврологи, окулист, два оториноларинголога и детский врач-гинеколог. Там же функционирует единственный в Москве детский офтальмологический травмпункт. Приемное отделение может использовать все возможности стационара. Если ребенку требуется консультация узкого специалиста, он будет вызван из любого другого отделения. Таким образом, в сложных случаях у нас есть возможность экстренно созвать консилиум в любое время дня и ночи. Плановые консилиумы проводятся в больнице два-три раза в день под руководством заместителей главного врача по медицинской части.

Междисциплинарная бригада нужна, если, например, сломал ногу ребенок с сахарным диабетом. Его, естественно, госпитализируют в травматологическое отделение, и туда обязательно будет вызван эндокринолог, который подробно распишет коллегам и родителям все особенности ведения такого пациента. То же самое касается других ситуаций, когда ребенку с сопутствующим заболеванием необходимы невролог, гематолог, нейрохирург или другие специалисты.



- В чем заключаются особенности приемного отделения именно детской больницы? С какими заболеваниями и травмами чаще всего поступают дети?

– Работа в детском приемном отделении, прежде всего, отличается накалом страстей. Эмоции у родителей зашкаливают, и нашим сотрудникам иногда приходится непросто. Например, отделение травматологии ничем не отличается от других. Единственная разница в том, что в наш специализированный стационар привозят детей одновременно с травмой и с хроническими заболеваниями, в том числе с орфанными. Понятно, что если травму получил ребенок с заболеваниями крови, с гемофилией, например, он не может лечиться в другом стационаре, ему обязательно нужен тот, в котором есть отделение гематологии. Также мы лечим около 70% проживающих в Москве детей с хроническими заболеваниями, которым нужна циклическая госпитализация.

- Как организован прием плановых больных и тех, кто самостоятельно привел своего ребенка в клинику?

– Многие жители Москвы предпочитают не вызывать скорую и приезжают в стационар самостоятельно. Видимо, считают, что так будет быстрее. Это так называемые обращения «самотеком». Среди них бывают и те, кто привез ребенка в тяжелом состоянии. Но есть и те, кто мог бы пойти в поликлинику в дневное время, так как никакой необходимости в экстренном лечении ребенка нет. Вот, кстати, среди именно этой категории пациентов, как правило, и бывает много недовольных, так как им приходится объяснять, что их случай не «скоропомощный».

Плановая госпитализация в больнице происходит ежедневно с 8:30 до 17:00 без выходных. Она отделена от остальных потоков пациентов. На плановую госпитализацию существует электронная запись, пациентам высылают путевки, они обследуются по месту жительства и обращаются в больницу в то время, которое назначаем

мы. Есть также пациенты, поступающие переводом из других стационаров. Они доставляются скорой помощью. Это общемосковская практика, когда дети переводятся по договоренности либо с главным врачом, либо с заместителем главного врача по медицинской части.

- Как много пациентов вы принимаете из регионов?

– Жители других регионов – это от 10 до 20% наших пациентов. Часть из них родители привозят сами, другая часть – дети, которых направляют к нам из региональных больниц, в основном это больные гематологическими, эндокринологическими, гастроэнтерологическими заболеваниями. Еще часть пациентов лечатся по квотам из регионов. Это высокотехнологичная медицинская помощь, и Министерства здравоохранения регионов принимают решение об обращении к нам, если у них не может быть выполнена та или иная операция. По квотам пациентов направляют практически все регионы. Спектр этой помощи достаточно большой, в частности, травматологические, ортопедические, нейрохирургические и сердечно-сосудистые оперативные вмешательства.

- Насколько хорошо развиты информационные системы на внутрибольничном уровне? Чего вы ждете от объединения информационных систем амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев?

– В приемном отделении работает электронная очередь, система была внедрена в этом году. При поступлении пациента ему выдается талон. Этот номер появляется на каждом рабочем месте всех сотрудников приемного отделения. По цветовой индикации на одном из цифровых табло медсестра приемного отделения видит, сколько пациентов находятся сейчас в очереди. Если пациент находится в очереди более 15–20 минут, цветовая индикация становится красной.

В Морозовской больнице внедрена замкнутая история болезни. То есть все анализы, рентгеновские снимки,





результаты УЗИ врач может просматривать со своего рабочего стола в любом месте и на любом компьютере. Далеко не все даже московские детские больницы имеют такую возможность. То есть врач – узкий специалист может в рамках нашего междисциплинарного подхода прийти, осмотреть пациента в приемном отделении, подумать и потом, находясь на своем рабочем месте, написать рекомендации, заверив их своей электронной подписью. Лечащий врач этого пациента увидит рекомендации точно так же, как если бы этот врач-специалист набирал их рядом с ним.

От объединения систем мы, прежде всего, ждем лучшей связи, преемственности с поликлиниками и уменьшения роли человеческого фактора, когда кто-то что-либо не передал или забыл. Поликлинический врач сможет записать ребенка на госпитализацию, на консультацию, а наш эпикриз, когда пациент выписывается, мы сможем отправить в поликлинику одним нажатием клавиши. Думаю, что это очень упростит совместную работу.

- В Морозовской больнице много уникальных специализированных отделений и городских центров. Насколько хорошо другие медицинские организации как в Москве, так и за ее пределами проинформированы о ваших возможностях?

– Коллеги-москвичи практически все осведомлены о наших возможностях. Например, в нашей больнице работает городской детский центр ревматологии – единственный в городе. К нам привозят всех детей с подозрениями на системные заболевания. То же самое касается пациентов с орфанными заболеваниями. Конечно, если это нужно, мы привлекаем врачей из других медицинских организаций, московских стационаров и федеральных центров. Второе мнение бывает необходимо при «трудном диагнозе»,

наличии у больных сочетанных заболеваний. Я вообще против «изолятов» в медицине. И своих специалистов на консультации в другие стационары мы тоже охотно отпускаем.

- Планами на будущее поделитесь?

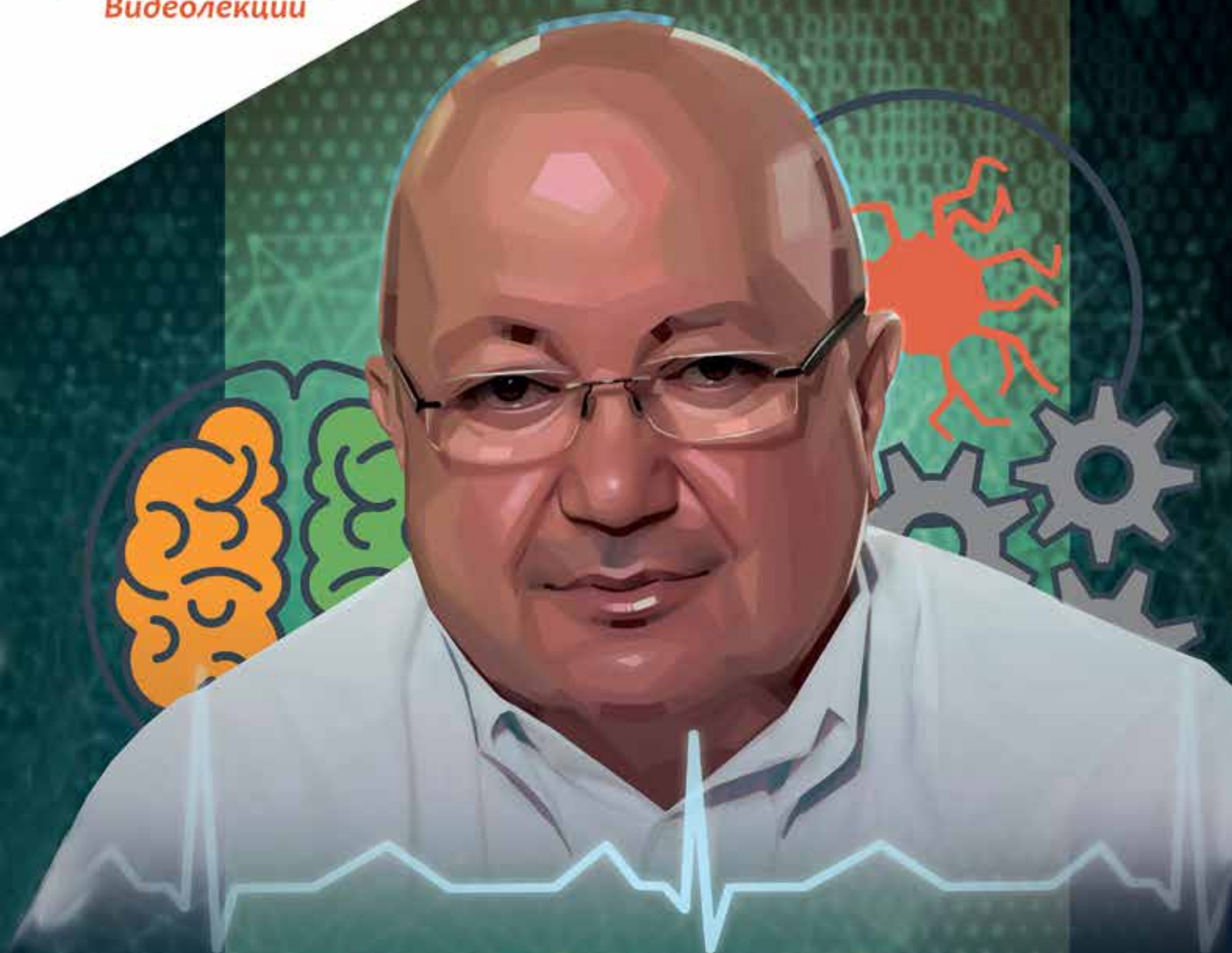
– Примерно половина коек Морозовской больницы осталась в старых корпусах. Но комфортные условия очень важны для тех, кто остается в палатах стационара круглосуточно. Мы надеемся, что в больнице будут реконструированы старые корпуса. Тогда у нас не будет пациентов, которые лежат в очень комфортных условиях и, так назовем, в просто комфортных условиях. Переводим приемное отделение в новый корпус. Пока оно работает в старом, у нас не получается полностью выстроить логичный замкнутый цикл комфортной маршрутизации

пациентов, хотя мы внедрились много технологических решений, чтобы этот «конвейер» нормально работал. Очень хотим, чтобы уникальный центр детской онкологии и гематологии обрел возможность лучевой терапии – радиологический центр.

Новое здание Морозовской больницы общей площадью 72 тыс. кв. м было построено на месте одноэтажных инфекционных корпусов 1930-х гг., находившихся в аварийном состоянии. В него переехали все основные отделения больницы, в том числе первое в городе отделение трансплантации костного мозга (10 коек) с блоком интенсивной терапии (6 коек), ревматологии (30 коек) и пульмонологии (40 коек), кардиохирургии и кардиологии (30 коек) с блоком интенсивной терапии (6 коек) и другие. Для оснащения корпуса было закуплено около 3 тыс. единиц новейшего медицинского оборудования, в том числе компьютерные и магнитно-резонансные томографы. В настоящее время в структуру стационара входит 35 отделений, оказывающих детям специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. В Морозовскую больницу госпитализируются больше трети детей от общего количества госпитализаций в Москве без учета формы собственности организации (около 150 тыс. госпитализаций в год). После открытия нового корпуса эта цифра возросла до 170 тыс. Сейчас Морозовская ДГКБ – это многопрофильный стационар, включающий 10 вспомогательных и 28 клинических отделений, а также многопрофильный консультативно-диагностический центр с отделениями диагностики, консультаций, амбулаторного обследования и лечения.

МОСКОВСКАЯ
МЕДИЦИНА

Видеолекции



ВИДЕОЛЕКЦИИ

ФАРМАКОТЕРАПИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Хачик Саркисович Саядян



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.niioz.ru



ВАСИЛИЙ НОВАК:

«САМОТЕК – ДЛЯ НАС БОЛЬШАЯ ПРОБЛЕМА, МЫ ХОТЕЛИ БЫ СНИЗИТЬ КОЛИЧЕСТВО ТАКИХ ПАЦИЕНТОВ»

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ
ФОТО: СЕВЕРО-ЭСТОНСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА



В. Новак,
заведующий отделением
экстренной медицины
Северо-Эстонской
региональной больницы,
доктор медицины (MD)

Заведующий отделением экстренной медицины (ОЭМ) Северо-Эстонской региональной больницы Василий Новак - о том, как пациентам при поступлении устанавливают приоритеты срочности приема, что входит в обязанности триажных медсестер, каков их уровень квалификации и по каким причинам дежурный врач будет обязан ночью приехать из дома в больницу.

- Как организованы отделение экстренной медицины в Северо-Эстонской региональной больнице и триаж (медицинская сортировка) пациентов?

– Медицинская помощь в нашей больнице оказывается примерно 135 тыс. пациентам в год, из которых почти 40 тыс. госпитализируются, для этого используется 1250 койко-мест. Наше отделение экстренной медицины является самым большим в Эстонии, неотложную помощь оказывают врачи всех специальностей, за исключением офтальмологии, хирургии глаза, детских заболеваний и родовспоможения. Неотложная медицинская помощь оказывается примерно 80 тыс. пациентам в год, в сутки в среднем 220 пациентам, из них большая часть приходят «самотеком». Это объясняется тем, что в нашей больнице большое количество врачей-специалистов, и пациенты стремятся попасть именно сюда. Особенно те, которые по какой-то причине не нашли общего языка со своими семейными врачами. «Самотек» – для нас большая проблема, мы хотели бы снизить количество таких пациентов. Насколько я знаю, в России их меньше в приемных отделениях больниц. Сначала пациент поступает в регистратуру. Там он в обязательном порядке проходит регистрацию по номеру ID-card – они в Эстонии заменяют внутренние паспорта – и платит 5 евро. От этой оплаты освобождаются пациенты в возрасте до 8 лет и беременные. Стоимость лечения, конечно, гораздо выше, но входная плата несколько увеличивает ответственность пациентов. Наша больница государственная, и лечение в ней бесплатно для граждан Эстонии. Затем пациент осматривается триажной медсестрой, это опытный специалист, сразу после медучилища на такую должность не поставят. Она выясняет, с какой проблемой поступил пациент, открывает его страницу в электронной системе, измеряет температуру тела, частоту сердечных сокращений, сатурацию, частоту дыхания, артериальное давление и прочие

показатели и выбирает из нескольких десятков типичных сценариев заболеваний наиболее подходящий вариант. Основываясь на этих данных, система предлагает закрепить за пациентом триажный приоритет. Если у него тахикардия или очень пониженное давление, или нарушенное дыхание, или очень высокая температура тела, он получает наибольший, «красный», приоритет. Если у пациента сильная боль в груди, ему в обязательном порядке делается электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 отведениях. Если медсестра видит на ЭКГ, что у пациента острое состояние, она сразу же консультируется с врачом. Если пациента нужно положить в горизонтальное положение, например, при тахикардии, его направляют в специализированный зал наблюдения с аппаратом искусственной вентиляции легких, монитором сердечного ритма и т. д.

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПРИМЕРНО 80 ТЫС. ПАЦИЕНТАМ В ГОД, В СУТКИ В СРЕДНЕМ 220 ПАЦИЕНТАМ

Триажная медсестра, определив приоритет пациента, берет у него первичные анализы и отправляет их в лабораторию. Как правило, это простые клинический и биохимический анализы крови и общий анализ мочи. Обычно назначается рентген больных с небольшими травмами. Для пациентов, пришедших самостоятельно и привезенных на машине скорой помощи и реанимобилях, входы и посты триажных медсестер находятся отдельно.

В зале интенсивной терапии проводятся необходимые первичные лечебные и диагностические процедуры для стабилизации состояния пациента, поступившего в критическом состоянии. Как правило, команда скорой помощи или реанимобиля заранее оповещает больницу о прибытии пациента в критическом состоянии, и ко времени прибытия больного уже собирается команда квалифицированных специалистов. Зал интенсивной терапии оснащен всеми необходимыми приборами и лекарственными препаратами. В зал наблюдения пациенты прибывают в основном на скорой. Состояние таких пациентов, как правило, не является





критическим, но из-за характера заболевания или травмы они нуждаются в неотложной помощи и постоянном наблюдении. Для наблюдения за инфекционно опасными пациентами есть изоляторы.

Если приоритет низкий, пациента направляют в амбулаторную часть нашего отделения, где расположены кабинеты приема врачей, процедурные комнаты, зал ожидания. В приемных кабинетах принимают пациентов, самостоятельно обратившихся за получением неотложной помощи, или пациентов, направленных врачом, а также пациентов в удовлетворительном состоянии, прибывших на скорой. Врачебный прием проходит в четырех оснащенных оборудованием кабинетах, каждый из которых специализируется на обслуживании пациентов с определенным видом жалоб. Итак, все параметры пациента заведены в систему, и врач

видит на экране приоритетность больного, статус исследования анализов, рентгенограммы, результаты компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии, если они проводились. Затем он вызывает пациента к себе – у двери в кабинет висит экран, на котором видны список пациентов, их приоритет, количество пациентов к конкретному врачу и сколько времени каждый из них ожидает приема.

- Вы говорите, что «самотек» – это большая проблема, вы хотели бы снизить количество таких пациентов. С какими симптомами следует обращаться в отделение экстренной медицины?

– Сильная и внезапно возникшая боль – тупая сжимающая, давящая или щемящая боль в грудной клетке, внезапно возникшая сильная и мучительная головная боль, которая может сопровождаться рвотой и нарушениями равновесия, непереносимая боль в животе с повторяющейся рвотой, непереносимая боль, не поддающаяся лечению пероральными лекарствами. Свежая травма, отек поврежденной части тела, деформация и ограничение подвижности, раны, ожог, химический ожог, электротравма. Инородное тело в дыхательных путях, пищеварительном тракте, продолжительное желудочно-кишечное кровотечение; кровотечение из мочеполовых путей, острое носовое кровотечение, острый кашель с кровью.

**КОМАНДА СКОРОЙ ПОМОЩИ
ИЛИ РЕАНИМОБИЛЯ ЗАРАНЕЕ
ОПОВЕЩАЕТ БОЛЬНИЦУ
О ПРИБЫТИИ ПАЦИЕНТА
В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ**

Симптомы инсульта – внезапно возникшее нарушение речи и паралич половины тела, внезапно возникшее нарушение равновесия, головокружение, потеря памяти или потеря сознания. Крайняя слабость, физическое истощение. Не поддающаяся лечению жаропонижающими стойкая высокая температура выше 38,5°C, высокая температура у пожилых. Высокая температура и/или непрерывная рвота у пациента, получающего химиотерапию. Одышка, нехватка воздуха, тяжелый астматический приступ. Острая аллергическая реакция, сопровождающаяся нехваткой воздуха, обширной, охватывающей все тело сыпью, отеком языка, затрудненным глотанием и т.п.

Задержка мочи. Возникшие до 48 ч назад нарушения сердечного ритма или длящиеся более 48 ч нарушения ритма, которым сопутствуют нехватка воздуха и боль в груди. Симптомы тромбоза – внезапно возникшие боль и отек.

Но боль в области лица, например, зубная, в конечностях и пояснице, если она не сопровождается высокой температурой тела, не опасна для жизни.

- Кому оказывает медицинскую помощь ваше отделение? Есть ли ограничение по возрасту, например?

– Отделение оказывает неотложную медицинскую помощь при острых заболеваниях, травмах и отравлениях. В соответствии с законом Эстонии об обеспечении услуг здравоохранения, неотложной помощью считается такая услуга здравоохранения, которую оказывают в случае, когда дальнейшее промедление или неоказание помощи может повлечь за собой смерть человека или инвалидность. В нашем



отделении неотложную медицинскую помощь оказывают лицам с 16 лет. Больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, принимаем круглосуточно.

- Я читал, что если пациент имеет самый низкий, «синий», приоритет, то он может прождать в зале ожидания и 6 часов...

– Конечно, никто не будет держать человека в зале ожидания 6 часов – врач примет его при первой же возможности. Но границы определены изначально. Например, пациент жалуется на возникшую боль в спине и может прождать приема врачом общей практики 4–4,5 ч. «Желтый» приоритет, до 1 ч ожидания, например,

когда у человека сильные желудочные колики. Это больно, но человек не умрет, пока его не примет врач. Но, конечно, его постараются принять поскорее, бесчеловечно оставлять человека в таком состоянии. Если у человека тяжелый приступ астмы, то это «оранжевый» приоритет, и допускается 15 минут ожидания, пока врач начнет им заниматься. Ну а самый высокий, «красный», – это, например, если человек бьется в судорогах, у него заблокированы дыхательные пути или у него вентрикулярная тахикардия.

В залах наблюдения мы можем оставлять пациентов на срок до 48 ч, чтобы понаблюдать за динамикой их состояния.

- Сколько врачей работают, чтобы в сутки принять 220 пациентов?

– Я много раз беседовал с российскими врачами, которые сюда приезжают, чтобы посмотреть, как у нас все организовано, и они всегда задают подобные вопросы. Их интересуют конкретные цифры, которые можно будет прописать у себя в проекте: среднее количество врачей на

одного пациента – 5 или 10? Хочу подчеркнуть: отделение неотложной помощи – это место, куда приходит пациент или его привозят, а к нему приходит при необходимости нужный врач-специалист, его посмотрит, даст рекомендации и уйдет. В дневное время в амбулаторном зале работают три врача общей практики, один хирург дежурит в травматологическом кабинете, мой заместитель, которая следит за клинической работой в целом, и два врача реанимобиля. Таким образом, днем – это 7–8 врачей. Но при необходимости сюда приходят дежурный невролог, хирурги, ортопеды, пульмонолог, кардиолог, они находятся у себя дома, но я всегда могу их оперативно вызвать в отделение. Работа идет по обстоятельствам, у нас в больнице на таком дежурстве постоянно находятся до 36 врачей. Ночью, когда поток пациентов снижается, уменьшается как количество триажных медсестер, так и врачей.

У нас существует проблема с ресурсами. Невозможно найти ставки под ортопеда или челюстно-лицевого хирурга, которые здесь будут постоянно дежурить. Многие узкие специали-

сты занимаются плановой работой или находятся на домашнем дежурстве. Тем более ночью. Пьяный, которому сломали челюсть, подождет до утра, мы за это время сделаем снимки, введем обезболивающее, назначим лекарства. А утром, с открытием операционной, придет хирург, осмотрит пациента и направит к себе на операцию. Так же работают сосудистые хирурги, нейрохирурги и т. д.

Понятно, если у пациента большая эпидуральная гематома или у него инсульт и необходима срочная тромбэктомия, дежурные профильные хирурги срочно приедут его оперировать и ночью, но в остальных случаях пациент может подождать.

- Тriageную систему в Эстонии начали вводить примерно 10 лет назад. Как она повлияла на качество здравоохранения?

– После внедрения в Эстонии триажной системы многое изменилось, в том числе и с финансированием больницы. Сейчас принята система, что если пациент имеет самый высокий приоритет, то за него страховая компания заплатит больше всего денег, вне зависимости от того, сколько ему было сделано анализов, процедур, сколько врачей его посмотрели. Чем ниже приоритет, тем меньше оплата, но меньше усилий и времени в среднем было затрачено на пациента. Это позволило упростить всю систему оплаты.

Но триажная система – это, скорее, рамочный протокол, который используется при организации помощи в больнице. Понятно, что врач и квалифицированная медсестра и без всяких приоритетов видят степень тяжести состояния пациента. Тriage нужен, прежде всего, чтобы сделать более четким алгоритм оказания медицинской помощи.





Ю.А. Жулев,
президент Общероссийской
благотворительной
общественной организации
инвалидов «Всероссийское
общество гемофилии»,
член Общественного
совета при Департаменте
здравоохранения
города Москвы (ДЭМ),
председатель комиссии
Общественного совета ДЭМ
по проведению независимой
оценки качества, член
комиссии при Президенте
Российской Федерации
по делам инвалидов,
сопредседатель Совета
общественных организаций
по защите прав пациентов
при Министерстве
здравоохранения
Российской Федерации,
член Общественного
совета по защите прав
пациентов при Федеральной
службе по надзору в сфере
здравоохранения, член
Общественной палаты
города Москвы

ЮРИЙ ЖУЛЕВ: «НАША ЗАДАЧА – ЧТОБЫ СКОРАЯ ПРИ СЛОВЕ «ГЕМОФИЛИЯ» ПОНИМАЛА, ЧТО ДЕЛАТЬ»

АВТОР: ПЕТР САПОЖНИКОВ

Президент Общероссийской благотворительной общественной организации инвалидов «Всероссийское общество гемофилии» Юрий Жулев – о лекарственном обеспечении орфанных пациентов, их маршрутизации и «паспортах» больных гемофилией.



- Юрий Александрович, каково участие пациентских организаций в реорганизации московских больниц под нужды пациентов с орфанными заболеваниями?

– Есть такое понятие как «независимая оценка качества оказания медицинских услуг». В рамках этой оценки мы проводили консультации, где обсуждали реорганизацию в большой степени отделений, входной группы, регистратуры, которые должны отвечать требованиям передвижения людей с ограниченными возможностями. Кроме того, на официальных сайтах учреждений есть анкеты, эти данные можно учитывать при оценке комфортности пребывания пациентов.

- Как обстоят дела с маршрутизацией пациентов с гемофилией?

– В Москве больных с гемофилией принимает Городская клиническая больница им. С.П. Боткина. Мы разработали методическое руководство по оказанию помощи больным с гемофилией и распространили по всем отделениям. Наша задача как пациентской организации – на базе Боткинской больницы в сжатые сроки создать выверенный механизм маршрутизации. Никакого сопротивления или недопонимания со стороны администрации больницы нет, просто на все нужны определенное время, поэтапные действия.

Мы добились адекватного лекарственного обеспечения пациентов. Осмотр больного с гемофилией возможен только после введения специального препарата. Это должен знать каждый врач в приемном покое. Сейчас обсуждаем, чтобы из приемного отделения пациента незамедлительно

отправляли для необходимой инъекции и последующей диагностики.

- Как обстоят дела с другими орфанными заболеваниями?

– Орфанные заболевания разные. И создать одно учреждение для всех невозможно. На мой взгляд, когда определено лечебное учреждение, профильной пациентской организации необходимо выверить с Департаментом здравоохранения г. Москвы порядок маршрутизации пациентов и обеспечение всем необходимым – лекарственными препаратами и диагностическим материалом.

Как, например, в Городской клинической больнице им. С.П. Боткина под нужды пациентов с гемофилией создается лаборатория, куплен специальный прибор. Лаборанты больницы проходят специальное обучение. Тарифы в системе ОМС повышены давно, что предполагает закупку нормальных реактивов. Мы ожидаем в течение нескольких месяцев начала работы лаборатории.



- Из чего складывается собственно маршрутизация пациентов?

– Орфанные заболевания сопряжены с определенным риском, поскольку врачи общей практики, специалисты не знают всех нюансов. У больного гемофилией есть свой «паспорт». Этот документ содержит необходимые данные: телефоны центра, обязательный перечень лекарств, которые должен получать пациент, препараты и вмешательства, которые противопоказаны.

Первое – это обучение самого пациента. Он должен понимать специфику своего заболевания. Второе – работа самой больницы. Если она профильная, в приемном отделении должен быть четкий алгоритм действий. Называется заболевание, после чего пациент маршрутизируется внутри отделения или немедленно переводится в профильное. Это две части целого, которые позволят сохранить жизнь.

- Если пациент находится без сознания, как может помочь паспорт пациента?

– Мы советуем его держать среди документов или вкладывать в общегражданский паспорт. Если человек без сознания, и бригада скорой помощи не находит данных о заболевании, он будет направлен в стационар на общих основаниях. Повлиять на этот механизм пока невозможно. Надеюсь, в будущем будут доступны базы данных и возможность поиска по фамилии. Помимо этого, должна быть внедрена электронная история болезни.

- В электронной карте будет отметка об орфанном заболевании?



– Конечно, основное заболевание идет первым. Как только заработает система электронных карт, базы данных будут не нужны. Они будут востребованы, если по каким-то причинам не заработает система электронных карт.

- Как обстоят дела в других пациентских организациях?

– Мне кажется, очень похоже. Наша задача – чтобы скорая при слове «гемофилия» понимала, что делать. В Морозовской больнице маршрутизация отлажена. Боткинская больница начала принимать больных с гемофилией вновь после долгого перерыва. Я по натуре оптимист. Думаю, максимум через полгода все будет отлажено и там.

- Пациентская организация «Кровно» заинтересована в этом. Какова заинтересованность Департамента здравоохранения Москвы и подведомственных организаций, учитывая влияние пациентов на статистику заболеваемости и смертности?

– Орфанные заболевания не несут существенного вклада в общую статистику. Потому что они редкие. Это тысяча человек. У части из них – легкая форма заболевания. Роль пациентских организаций – обращать внимание властей на существующие проблемы, врачей – актуализировать ее.

ОСОБЕННОСТИ СОРТИРОВКИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Сара Вилперт,

FORS Swiss Centre of Expertise
in Social Sciences, University of
Lausanne, Géopolis

Стефани Моно,

Public Health Department of the
Canton of Vaud

Хелен Жаккар Рuedин,

Réseau Santé Nord Broye,
Center for Community Geriatrics

Юрген Маурер,

Department of Economics,
University of Lausanne

Лионел Труб,

Бертран Йерсин,

Service of Emergency Medicine,
University of Lausanne Medical
Center

Кристоф Бюла,

Service of Geriatric Medicine
and Geriatric Rehabilitation,
University of Lausanne Medical
Center

Опубликовано BMC Health Serv Res. 2018; 18: 456. PMID: PMC6003168

Введение

Старение населения бросает вызов системам здравоохранения многих стран, поскольку в них растет число пожилых пациентов, нуждающихся в продолжительном и/или комплексном лечении. Данная эпидемиологическая тенденция влияет также на отделения неотложной помощи (ОНП), поскольку они первыми сталкиваются с оказанием медицинской помощи большинству пациентов, страдающих от обострений хронических заболеваний.

В настоящее время от 20 до 30% всех обращений в ОНП приходится на пациентов в возрасте 65 лет и старше [1], а в последующие годы ожидается увеличение доли их обращений [2–4]. С 2001 по 2009 гг. в США на 25% увеличилось число обращений в ОНП пациентов в возрасте 65 лет и старше [2]. Эта тенденция была еще более выраженной среди лиц в возрасте 85 лет и старше, достигнув 30% за тот же период [2]. Кроме того, лица в возрасте от 85 лет и старше в два раза чаще обращаются в ОНП по сравнению с пациентами от 60 до 85 лет [5, 6].

Были всесторонне изучены режимы поступления и направления пожилых пациентов в ОНП, медицинские диагнозы при выписке из ОНП, а также их состояние после выписки из ОНП [1, 2, 6–12]. В целом результаты показывают, что пожилые люди, обратившиеся в ОНП, часто страдают от тяжелых заболеваний [2, 6, 7], как правило, они нуждаются в большем количестве медицинских исследований [1, 2, 6–8, 10] и чаще госпитализируются, чем более молодые пациенты [1, 6–8, 10–12]. В некоторых исследованиях также изучены уровни приоритета назначений, сделанных медсестрами ОНП пожилым пациентам при начальной оценке сортировки больных в отделении. Они показали, что пожилым людям часто назначают первоочередной уровень лечения [1, 6], но также и то, что некоторым из них может назначаться куда более низкий его уровень, чем следовало бы назначить [13]. К сожалению, ни одно из этих исследований не изучало связь между уровнем сделанных приоритетных назначений и риском госпитализации после их обращения в ОНП.

Аналогичным образом, несмотря на то, что существует большое количество литературных сведений, описывающих сортировку пожилых пациентов по категориям при поступлении в ОНП [2, 12], о таком распределении у пациентов старческого возраста известно мало. Кроме того, связь между начальной сортировкой по категориям и риском госпитализации после обращения в ОНП обычно оценивалась ретроспективно в соответствии с диагнозами, установленными в самом ОНП [11]. Более того, в этих исследованиях конкретно не изучалась группа лиц старческого возраста. Было бы полезно определить, варьируются ли связи между сортировкой по категориям и риском госпитализации в пределах данной конкретной популяции между пациентами пожилого и старческого возраста. До сих пор популяции

пациентов пожилого возраста задавались ограниченные критерии учета. Действительно, в некоторых исследованиях было показано, что профиль здоровья и социальной активности значительно меняется в возрасте от 70 до 85 лет с резким увеличением распространенности гериатрических синдромов и снижением активности, а также связанной с этим увеличением необходимости оказания медицинской помощи [14]. Вероятно, уровень приоритетности, категории сортировки и связанный с ними риск госпитализации после обращения в ОНП могут отличаться у пациентов старческого возраста по сравнению с пациентами пожилого возраста. Улучшение знаний о категориях сортировки и связанных с ними уровнях приоритета, наиболее распространенных у пожилых пациентов, обращающихся в ОНП, будет способствовать улучшению понимания причин обращения ОНП в этих увеличивающихся возрастных группах. Кроме того, для улучшения лечения этих ослабленных пациентов необходима более четкая идентификация факторов, связанных с госпитализацией, которые отличаются у пациентов пожилого и старческого возрастов, посещающих ОНП.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОТ 20 ДО 30% ВСЕХ ОБРАЩЕНИЙ В ОНП ПРИХОДИТСЯ НА ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ

Данное исследование направлено:

- на сравнение главных жалоб (категорий сортировки) и уровня их приоритета;
- исследование их связи с госпитализацией после обращения в ОНП;
- изучение факторов, объясняющих разницу в коэффициентах госпитализации среди пожилых людей, проживающих вне дома престарелых, в возрасте 65–84 лет и лиц старческого (85 лет и старше) возраста.

Вначале более конкретно мы исследовали гипотезу различий возрастной группы по категориям сортировки, уровням приоритета и коэффициентам госпитализации после обращения в ОНП в этих двух группах пациентов. Затем мы исследовали, существовали ли связанные с возрастом конкретные связи между категориями сортировки и уровнями приоритета с коэффициентами госпитализации после их обращения в ОНП. Наконец, мы исследовали, насколько разница коэффициентов госпитализации между двумя этими возрастными группами может быть объяснена различиями в распространенности заболеваний и их обострений, характерных для этих групп пациентов.

Материалы и методы

Данное исследование было проведено в ОНП медицинского центра Лозаннского университета (Швейцария). Это стационар на 1400 койко-мест, функционирующий как в качестве больницы общего профиля города Лозанны (около 300 тыс. жителей), так и в качестве третичной специализированной клиники Западной Швейцарии (около 1,5 млн жителей).

Пациенты, направленные в ОНП центра, сначала сортируются квалифицированной медсестрой. Исходя из основной жалобы пациента или причины обращения в ОНП, медсестра выбирает наиболее подходящий соответствующий пункт из Лозаннской шкалы сортировки больных и приоритетности, состоящей из 115 пунктов [15]. Можно выбрать только один пункт для пациента. Эта шкала включает обширный перечень жалоб больных или патологических состояний, таких как контекстуальные факторы (интоксикация, злоупотребление лекарствами, утопление и т. д.), симптомы (признаки) различных заболеваний (боль в грудной клетке, головная боль, тахикардия, стридор, порок развития, парез и т. д.), а также прочие пункты, такие как «запрос на конкретное диагностическое исследование или вмешательство», «невозможность ухода на дому» или «отсутствие прибавки в весе». Две последние категории предлагаются для ситуаций, наиболее часто наблюдающихся у пожилых пациентов:

- а) при нереализованных потребностях в уходе на дому и поддержке, которые приводят к желанию госпитализации («невозможность ухода на дому»);
- б) существовании сложностей при сортировке в другие категории из-за комбинации отсутствия конкретных жалоб и/или симптомов в сочетании с ухудшением самочувствия и активности.

Каждому пункту присваивается уникальный и заранее определенный уровень приоритета (например, связанным уровнем приоритета для жалобы на острую боль в грудной клетке является уровень 1). Уровень 1 подразумевает немедленное лечение (острая ситуация с прямой угрозой для жизни); уровень 2 предполагает медицинскую оценку и лечение с возможной задержкой до 15 мин (неотложная ситуация без прямой угрозы для жизни, но с риском ухудшения состояния); уровень 3 подразумевает лечение, которое необходимо начать в течение 45 мин (подострое, но стабильное состояние); уровень 4 подразумевает оценку состояния и начало лечения, которые необходимо сделать в течение 90 мин; уровень 5 подразумевает оценку состояния и начало лечения, которые необходимо сделать в течение 120 мин.

Пациенты, которые могут ходить, с уровня 5 обычно переводятся в амбулаторную клинику (примерно пятая часть из них, это около 3,2 тыс. взрослых пациентов, ежегодно направляемых в ОНП центра), тогда как все пациенты с другими уровнями приоритета (около 25 тыс.) наблюдаются в ОНП. Сведения об обращениях в ОНП были собраны из двух

административных баз данных, систематически регистрирующих каждого госпитализированного или обратившегося в ОНП пациента. Две базы данных были сопоставлены по идентификационным номерам пациента и их пребывания в клинике: 98,1% всех случаев были сопоставлены по базам данных.

Социально-демографические данные (например, возраст, пол, семейное положение), а также данные о последующем наблюдении пациента (год обращения в ОНП, состояние после выписки из ОНП) взяты из клинической информационной системы больницы (АХУА), которая хранит демографические данные пациентов, диагнозы, использование, оплату, статус предрасположенности и нахождение в отделениях. Данные, относящиеся к конкретной информации об обращениях в ОНП, такие, как категория сортировки и уровень приоритета, были извлечены из Gyroflux – программы, управляющей потоком пациентов в ОНП. Эти сведения не являются открытыми для публичного доступа.

Данные об обращениях пациентов в ОНП учитывались при анализе, если пациент:

- находился в ОНП в период между 1 января 2005 г. и 31 декабря 2009 г.;
- его возраст составлял 65 лет и старше;
- жил дома (за исключением пациентов, переведенных из интернатов для престарелых или других больниц).

В период между 1 января 2005 г. и 31 декабря 2009 г. было отмечено в общей сложности 153 103 обращения взрослых пациентов (18 лет и старше) в ОНП. 29,8% всех обращений в ОНП в течение данного периода приходилось на долю пациентов в возрасте 65 лет и старше ($n=45\ 640$). Среди них 86,8% обратившихся в ОНП были пожилыми лицами, проживающими вне домов престарелых. В конечном итоге, были исключены лица ($n=438$) с неполными данными по всем переменным исследования, оставлена окончательная выборка в 39 178 обращений в ОНП. В течение исследуемого периода 44,7% выборки обращались в ОНП более 1 раза, а половина из них (23,1%) обращались в ОНП 3 раза и более. Обращение в ОНП определялось как период времени пребывания пациента в ОНП (средняя продолжительность пребывания – 7 ч 54 мин). Госпитализация определялась как перевод пациента из ОНП в стационарную палату, например, терапевтическую или хирургическую. Госпитализированные пациенты сравнивались с негоспитализированными, сгруппированными как пациенты, которые вернулись домой либо поступили в интернат для престарелых или умерли (0,65%). В целях настоящего исследования 115 пунктов Лозаннской шкалы сортировки больных и приоритетности были объединены в 8 категорий в соответствии:

- а) со специфическими состояниями для органа/системы (4 категории: сердечно-сосудистая, желудочно-кишечная, дыхательная, нервная);



- б) конкретными состояниями, касающимися пожилых лиц (3 категории: травма, невозможность ухода на дому, отсутствие прибавки в весе);
- в) категорией «другое», включающей состояния с небольшой распространенностью (урогенитальное (3,5%), дерматологическое (2,9%), мышечно-скелетное (2,5%), уха, горла и носа (2,5%), лихорадка (2,1%), психиатрические проблемы (0,8%)) и прочие проблемы (например, запрос на исследование, утопление или глотание инородного тела).

В конце были назначены уровни приоритета на основании выбранных пунктов из Лозаннской шкалы сортировки больных и их приоритетности.

Статистический анализ

Для исследования зависимых от возраста характеристик пациента и заболевания (т. е. категории сортировки и уровня их приоритета) мы отобрали кривые распределения, доверительные интервалы (ДИ) 95% и критерий χ -квадрат Пирсона выбранных переменных для целой выборки (65 лет и старше) и для двух возрастных групп: 1-я группа – 65–84 года и 2-я – 85 лет и старше. Кроме того, были изучены зависимые от возраста связи социально-демографических переменных, уровней приоритета и категорий сортировки с госпитализацией после обращения в ОНП с помощью регрессии по методу наименьших квадратов (МНК), принимали во внимание лиц, которые несколько раз находились в ОНП в период между 2005 и 2009 гг., вычислив связанную общим признаком робастную стандартную ошибку (PCO) для коэффициентов. Удаляя эту константу из регрессий по МНК, категории сортировки могут быть непосредственно интерпретированы как предсказанные коэффициенты госпитализации. Был проведен тест Чоу [16], результаты которого позволили предположить, что регрессию по МНК следует выполнять отдельно для двух возрастных групп из-за значительных различий в коэффициентах между группами.

Методы разложения Блиндера–Оаксака [17, 18] использовались для исследования различия в коэффициентах госпитализации между пациентами 1-й и 2-й групп. Данный метод часто используется в экономике для анализа, например, гендерных различий в заработной плате, а также набирает популярность в исследовании нарушений здоровья [19].

При применении данного метода разница в прогнозируемых коэффициентах госпитализации, наблюдаемая в моделях линейной регрессии для пациентов 1-й группы (группа А в приведенном ниже уравнении) и пациентов 2-й группы (группа Б), делится на два компонента, т. е.:

- 1) объясненная часть, которая связана с возрастными различиями в средних уровнях социально-демографических переменных модели, категориях сортировки и уровне приоритета (прогностические переменные) и
- 2) необъяснимая часть, которая связана с возрастными различиями в прогностических переменных с госпитализацией. Математически это можно разложить и суммировать следующим образом [20]:

$$Y_A - Y_B = (X_A - X_B) \beta_A + X_B (\beta_A - \beta_B),$$

где группа А представляет пожилых пациентов в возрасте 65–84 лет (1-я группа),

группа Б представляет пациентов 2-й группы, т.е. старческого возраста (85 лет и старше),

Y – это коэффициент госпитализации,

$(X_A - X_B) \beta_A$ представляет объясненную часть,

а $X_B (\beta_A - \beta_B)$ представляет необъяснимую часть.

Разложение Блиндера–Оаксака – это гипотетический метод, симулирующий возможное изменение (т. е. повышение или снижение) различий коэффициентов госпитализации между двумя возрастными группами, если бы у пациентов 2-й группы были те же характеристики, что и у пациентов 1-й группы (объясненная часть). Более того, этот метод обеспечивает относительный вклад каждой прогностической переменной в эту объясненную часть. Наконец, необъяснимая часть представляет собой любые связанные с возрастом различия в коэффициентах госпитализации, которые сохранились бы, даже если бы пациенты 2-й группы имели те же средние уровни характеристик пациента (например, семейное положение, пол и т. д.) и заболевания (т. е. уровень приоритета, категория сортировки), что и пациенты 1-й группы.

Данные анализировались с помощью программного пакета Stata SE V13.0.

Таблица 1. Характеристики популяции пожилых людей, обратившихся в ОНП

		Всего пациентов	1-я группа	2-я группа
Выборка	n (%)	39 178 (100)	30 366 (77,5)	8812 (22,5)
Возраст, лет	–	78,5 (±7,9)	75,4 (±5,8)	89,3 (±3,4)
Пол (ДИ 95%), %	Женщины	54,6 (54,1–55,1)	51,2 (50,6–51,8)	66,3 (65,3–67,3)
	Мужчины	45,4 (44,9–45,9)	48,8 (48,2–49,4)	33,7 (32,7–34,7)
Семейное положение (ДИ 95%), %	Состоящие в браке	44,1 (43,6–44,6)	49,4 (48,8–49,9)	25,9 (25–26,9)
	Не состоящие в браке	55,9 (55,4–56,4)	50,6 (50,1–51,2)	74,1 (73,1–75)
Уровень приоритета (ДИ 95%), %	1 (незамедлительный)	15,9 (15,5–16,3)	16,5 (16,1–16,9)	13,8 (13,1–14,5)
	2 (<15 мин)	28,0 (27,5–28,4)	27,7 (27,2–28,2)	28,9 (27,9–29,8)
	3 (<45 мин)	23,4 (23–23,8)	23,9 (23,4–24,3)	21,9 (21,1–22,8)
	4 (<90 мин)	11,9 (11,6–12,2)	10,9 (10,5–11,2)	15,5 (14,7–16,2)
	5 (<120 мин)	20,8 (20,4–21,2)	21,1 (20,6–21,5)	20 (19,2–20,8)
Категории сортировки (ДИ 95%), %	Сердечно-сосудистая	19,6 (19,3–20)	19,9 (19,4–20,3)	18,9 (18,1–19,7)
	Травма	16,3 (16–16,7)	15 (14,6–15,4)	20,9 (20,1–21,8)
	Желудочно-кишечная	10,8 (10,5–11,1)	11,6 (11,2–11,9)	8,2 (7,6–8,8)
	Дыхательная	12,7 (12,4–13,0)	12,6 (12,2–12,9)	13,1 (12,4–13,8)
	Нервная	9,1 (8,8–9,4)	9,4 (9,1–9,7)	8 (7,4–8,5)
	Невозможность ухода на дому	5,5 (5,3–5,8)	4,2 (4–4,4)	10,1 (9,5–10,8)
	Отсутствие прибавки в весе	4,1 (3,9–4,3)	3,7 (3,5–4)	5,4 (5–5,9)
	Другая	21,8 (21,4–22,2)	23,7 (23,2–24,2)	15,4 (14,6–16,1)
Распределение после выписки из ОНП (ДИ 95%), %	Домой	37,1 (36,6–37,5)	40,1 (39,5–40,6)	26,6 (25,7–27,5)
	Интернат для престарелых	1,4 (1,3–1,5)	0,85 (0,75–0,96)	3,2 (2,9–3,6)
	Стационарное лечение	60,9 (60,4–61,4)	58,5 (58–59,1)	69,1 (68,1–70,1)
	Смерть	0,65 (0,58–0,74)	0,53 (0,45–0,62)	1,1 (0,89–1,3)

Результаты

Характеристика пациентов и их заболеваний (т. е. категория сортировки и уровень их приоритета)

Характеристики пациентов и их обращений в ОНП, а также сравнение между двумя возрастными группами представлены в таблице 1. Средний возраст отобранной группы составлял 78,5±7,9 года (75,4±5,8 года и 89,3±3,4 года в 1-й и 2-й возрастных группах соответственно). По сравнению с пациентами 1-й группы, во 2-й группе несколько преобладали женщины (66,3% против 51,2%) и не состоящие в браке (74,1% против 50,6%). У них также были несколько отличающиеся уровни приоритета: более низкая доля первоочередного приоритета (уровень 1: 13,8% против 16,5%) и более высокая доля низкого приоритета (уровень 4: 15,5% против 10,9%). Распределение категорий сортировки также значительно различалось между двумя возрастными группами, причем 95% ДИ не перекрывались во всех категориях, кроме двух («сердечно-сосудистая» и «дыхательная»). Среди пациентов 2-й группы наиболее частой категорией сортировки была

«травма» (20,9%), тогда как «сердечно-сосудистая» была наиболее распространена у пациентов 1-й группы (19,9%). В дополнение к этому соотношения категорий сортировки «травма», «невозможность ухода на дому» и «отсутствие прибавки в весе» были выше в более старшей возрастной группе, чем в более младшей. Наоборот, соотношения категорий сортировки «желудочно-кишечная» и «нервная» были ниже у пациентов во 2-й группе, чем у пациентов в 1-й группе. После посещения ОНП 40,1% пациентов 1-й группы возвращались домой, тогда как эта доля составляла только 26,6% у пациентов 2-й группы. Таким образом, пациенты 2-й группы чаще госпитализировались (69,1% против 58,5%) или переводились в интернат для престарелых (3,2% против 0,9%) после ОНП. *Возрастзависимые связи госпитализации после посещения ОНП с характеристиками пациента и заболевания (т. е. уровнем приоритета и категорией сортировки)*

В таблице 2 отдельно для каждой возрастной группы показаны результаты регрессий по МНК, оценивающие связь характеристики пациента и заболевания (т. е. уровень приоритета и категория сортировки) с госпитализацией после

Таблица 2. Регрессии по МНК, оценивающие связь характеристик пациента и тяжести заболевания с госпитализацией после нахождения в ОНП у пациентов обеих групп

		1-я группа			2-я группа		
		Коэффициент, %	PCO, %	95% ДИ	Коэффициент, %	PCO, %	95% ДИ
Пол	Мужчины	2,1**	0,6	0,9–3,4	1,5	1,2	-0,9–3,9
Семейное положение	Не состоящие в браке	2,1**	0,6	0,9–3,4	3,3*	1,3	0,7–5,9
	4 (<90 мин)	8,9**	1,3	6,3–11,5	8,3**	2,8	2,9–13,8
	3 (<45 мин)	1,9	1	-0,09–3,9	0,04	2,2	-4,2–4,3
	2 (<15 мин)	24,9**	1	23–26,9	22,3**	1,9	18,6–26
	1 (незамедлительный)	31,9**	1,2	29,6–34,2	16,8**	2,3	12,2–21,3
Категории сортировки	Сердечно-сосудистая	23,9**	1,3	21,4–26,4	39,8**	2,6	34,8–44,8
	Травма	32,7**	1	30,7–34,6	48,5**	2,1	44,4–52,6
	Желудочно-кишечная	41,4**	1,3	38,8–43,9	46,8**	2,8	41,3–52,3
	Дыхательная	65,8**	1,3	63,2–68,4	79,7**	2,6	74,6–84,9
	Нервная	47,3**	1,3	44,7–50	59,4**	2,6	54,2–64,6
	Невозможность ухода на дому	79,6**	1,7	76,3–82,8	77,8**	3,2	71,4–84,1
	Отсутствие прибавки в весе	81,2**	1,3	78,8–83,7	83,9**	2,0	80–87,9
	Другие состояния	39,2**	1	37,4–41,1	45,4**	2,2	41,2–49,6

Зависимая переменная: госпитализация после нахождения в ОНП.

PCO: Робастная стандартная ошибка 95% ДИ.

* значение $p < 0,05$, ** значение $p < 0,01$

Таблица 3. Общее разложение Блиндера–Оаксака у пациентов 1-й и 2-й групп в коэффициентах госпитализации после нахождения в ОНП

	Оценка, %	PCO, %
Прогнозируемый коэффициент госпитализации для пациентов 2-й группы	69,11**	0,54
Прогнозируемый коэффициент госпитализации для пациентов 1-й группы	58,53**	0,33
Разница в коэффициентах госпитализации	10,58**	0,63
Итоговая объясненная разница	3,48**	0,38
Итоговая необъяснимая разница	7,10**	0,69
Доля в объясненной разнице		
Пол	-0,23	0,18
Семейное положение	0,78*	0,31
Уровень приоритета	-0,18	0,18
Категории сортировки	2,74**	0,29

Зависимая переменная: госпитализация после нахождения в ОНП.

PCO: Робастная стандартная ошибка.

* значение $p < 0,05$, ** значение $p < 0,01$

нахождения в ОНП. Среди характеристик пациентов пол играл роль только в 1-й возрастной группе (65–84 года) с частотой госпитализации на 2,1% выше среди мужчин, чем среди женщин. В отличие от этого пребывание в браке снижает коэффициенты госпитализации в обеих возрастных группах. Все категории сортировки, кроме трех («желудочно-кишечная», «невозможность ухода на дому» и «отсутствие прибавки в весе»), отразили более высокую прогнозируемую госпитализацию, рассчитанную у пациентов во 2-й группе, чем в 1-й, причем 95% ДИ не перекрывались. Примечательно, что высокопрогнозируемые коэффициенты госпитализации были связаны в обеих возрастных группах с двумя неспецифическими категориями сортировки «невозможность ухода на дому» и «отсутствие прибавки в весе». Безусловно, прогнозируемые коэффициенты госпитализации «невозможность

ухода на дому» и «отсутствие прибавки в весе» составляют 77,8 и 83,9% соответственно среди пациентов 1-й группы и 79,6 и 81,2% соответственно во 2-й группе.

Разница в коэффициентах госпитализации в зависимости от возраста

В таблице 3 представлены результаты разложения Блиндера–Оаксака разницы в коэффициентах госпитализации между двумя возрастными группами. Принимая во внимание прогностические переменные, указанные в модели, прогнозируемые коэффициенты госпитализации после нахождения пациентов в ОНП составляли 69,11% у пациентов 2-й группы и 58,53% у пациентов 1-й группы. Таким образом, разница в коэффициентах госпитализации между двумя возрастными группами составила 10,58%.

Различия пациентов обеих возрастных групп в средних уровнях характеристик пациента и тяжести заболевания (т. е. уровень приоритета и категория сортировки) объяснили 33% (3,48/10,58) от итоговой разницы, зависимой от возраста, в коэффициентах госпитализации после нахождения в ОНП (объясненная разница составила 3,48%). Этот результат означает, что при прочих равных условиях, если у пациентов 2-й группы были такие же средние уровни по всем прогностическим переменным, как и у пациентов 1-й группы, зависимая от возраста разница в коэффициентах госпитализации снизилась бы на 3,48%. Индивидуальная доля прогностических переменных в объясненной разнице в основном определяется зависимыми от возраста различиями в средних уровнях категорий сортировки (2,74%).

У 85% ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ОНП БЫЛИ ИДЕНТИФИЦИРОВАНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И СЕРЬЕЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В конечном счете 67% разницы в коэффициентах госпитализации между двумя возрастными группами остаются необъясненными (необъясненная разница 7,1%). Необъясненная доля разницы связана с возрастными различиями в связях прогностических переменных с госпитализацией и пропущенными переменными, соотносимыми с возрастом.

Обсуждение

Это исследование предоставляет уникальную информацию о категориях сортировки, уровнях приоритета и госпитализации по возрастным группам в большой выборке проживающих вне дома престарелых пожилых пациентов, обращающихся в ОНП. Важный вклад этого исследования, безусловно, заключается в том, чтобы показать, что даже среди старших возрастных групп категории сортировки и уровни приоритета различались. Действительно, пациенты из 2-й возрастной группы чаще сортировались в категорию «травма». «Травма» была самой распространенной категорией сортировки у пациентов 2-й группы (что составляет пятую часть всех их обращений в ОНП). Эти данные подтверждают результаты предыдущих исследований, в которых сообщалось о связанных с травмой (например, падения и вызванные падениями переломами) коэффициентах до 40% обращений в ОНП лиц в возрасте 65 лет и старше [22], указывающих на то, что даже в более преклонных возрастных группах продолжается тенденция его роста.

Также в данном исследовании наблюдались значительно более высокие коэффициенты параметров «невозможности ухода на дому» и «отсутствия прибавки в весе» у пациентов в возрасте 85 лет и старше (2-я группа), чем у более молодых больных. Это исследование также иллюстрирует повышенный риск для пациентов 2-й группы, обращающихся в ОНП, быть отсортированными с неспецифическими состояниями здоровья, а также указывает на сохраняющиеся трудности в выявлении первоначально конкретных причин для обращения в ОНП у этих пациентов [13, 23]. Действительно, пожилые пациенты часто направляются в ОНП с неясной историей болезни, атипичными симптомами (признаками) и поэтому подвергаются более высокому риску постановки ошибочного диагноза, чем люди среднего возраста. В одном из предыдущих исследований у 51% пожилых пациентов, первоначально отмеченных как «невозможность ухода на дому», были в конечном итоге диагностированы значительные расстройства организма, такие как инфекционно-воспалительные (24%) и сердечно-сосудистые (14%) заболевания [23]. Другое исследование также показало, что у большинства пациентов, первоначально отсортированных как «отсутствие прибавки в весе», в конечном итоге было диагностировано обострение имевшегося у них хронического заболевания, причем более трети из них принимали антибиотики [24]. Аналогично, смертность среди пациентов, отсортированных как «госпитализация по социальным причинам», была значительно выше смертности пожилых пациентов, госпитализированных из-за конкретных острых заболеваний [25]. Наконец, еще одно исследование показало, что у 85% ослабленных пожилых пациентов, первоначально получивших отметку «отсутствие амбулаторного лечения», после первичного обследования в ОНП в конечном итоге были идентифицированы заболевания, требующие госпитализации и серьезного лечения [26].

В целом результаты настоящего исследования дополняют данные исследований, проведенных другими авторами, кроме того, демонстрируют то, что неспецифические категории сортировки, такие как «невозможность ухода на дому» и «отсутствие прибавки в весе», могут ненадлежащим образом отражать основные причины, вызывающие обращение пожилых пациентов в ОНП, и приводят к высоким коэффициентам госпитализации. В частности, пожилые пациенты, обратившиеся в ОНП с множественными хроническими заболеваниями и гериатрическими синдромами, могут не соответствовать этим очень специфическим категориям сортировки.

Другим оригинальным вкладом настоящего исследования является также предоставление уникальной информации о том, как различия между пациентами, уровнями приоритета и категориями сортировки, наблюдаемые в двух исследованных возрастных группах, были переведены на различия в коэффициентах госпитализации после обращения в ОНП. Результаты показывают, что пациенты старческого возраста (85 лет и



старше) однозначно имели более высокие коэффициенты госпитализации, чем более молодые пациенты по всем конкретным категориям сортировки, кроме «желудочно-кишечной». В связи с этим новое понимание обеспечивается результатами разложения Блиндера–Оаксака, которое внесло свой вклад в объяснение зависимой от возраста разницы в коэффициентах госпитализации. Результаты показали, что около четверти прогнозируемой разницы в госпитализации объяснялось возрастными различиями в средних уровнях категорий сортировки, тогда как уровень приоритета влияния на это не оказывал. Оставшаяся необъяснимая разница, вероятно, связана с взаимодействием между зависимым от возраста влиянием характеристик пациента и имеющимся у него заболеванием с другими не отслеживаемыми зависимыми от возраста факторами, влияющими на необходимость госпитализации пациента. Эти результаты дают веские основания предполагать, что при направлении в ОНП с медицинскими показаниями, такими, как сердечно-сосудистые заболевания и болезни органов дыхания, пациенты старческого возраста (85 лет и старше) страдали более тяжелой формой заболевания, но это не учитывалось уровнем приоритета, в отличие от более молодых больных. Врачи с большей долей вероятности госпитализировали этих полиморбидных пациентов. Действительно, сопутствующие заболевания чаще встречаются у более пожилых пациентов, способствуя тяжести течения их основного заболевания, послужившего поводом для обращения в ОНП, а также смертности от него, что отмечается у пациентов 65 лет и старше, госпитализированных по причинам, не относящимся к категории злокачественного заболевания [27] или прогрессирующей сердечной недостаточности [28]. Популяция пациентов старческого возраста (85 лет и старше) является самой быстрорастущей пожилой популяцией, и этот рост также влияет на деятельность ОНП. Обращения в ОНП

и последующая госпитализация также могут иметь негативные последствия для некоторых пожилых пациентов, особенно тех, которые сообщают о трудностях или нуждаются в помощи для проявления активности повседневной жизни [6]. Две основные стратегии могут способствовать сокращению числа потенциально недопустимых госпитализаций после обращения в ОНП среди пациентов в возрасте 85 лет и старше. Первая – это использование специального гериатрического инструмента оценки состояния пациента в дополнение к инструменту сортировки, которое может помочь назначить более конкретные категории сортировки пожилым пациентам. Это может особенно помочь улучшить сортировку пациентов с нетипичными проявлениями острых заболеваний, из-за которых они подвергаются риску быть отмеченными

обобщенным пунктом, таким, как «невозможность ухода на дому» или «отсутствие прибавки в весе» [29]. Вторая – это разработка программ амбулаторного лечения сложных пациентов, в частности пожилых людей со множественными хроническими заболеваниями, которые могут способствовать предотвращению срочной госпитализации и внести ценную альтернативу обращениям в ОНП [6, 30–33], при условии, что пожилые люди принимают помощь работников здравоохранения и выполняют их рекомендации по лечению. Следует упомянуть некоторые ограничения, касающиеся проведенного нами исследования. Во-первых, его результаты не могут быть обобщены для других пациентов, поступивших в ОНП других больниц, в которых политика в области здравоохранения и стратегии управления ОНП могут отличаться. В частности, использование различной шкалы сортировки также может изменить долю и основные причины госпитализации после нахождения в ОНП. Тем не менее количество и доля обращений в ОНП [6] и коэффициент госпитализации после этого соответствуют предыдущим исследованиям [5–8, 10–12, 34].

Дополнительное ограничение связано с использованием информации из шкалы сортировки, категорий сортировки, которые не являются диагнозами, установленными в ОНП. Риск госпитализации может различаться при использовании диагнозов ОНП вместо категорий сортировки в качестве прогностического фактора. Однако анализ категорий сортировки имеет значение, поскольку последние отражают историю болезни, рассказанную пациентом или его/ее родственниками при поступлении в ОНП. Наконец, можно подвергнуть критике использование ретроспективных медицинских записей ОНП [35, 36]. Настоящее исследование также имеет значительную эффективность: в нем используется обширная



и полная выборка компьютеризированных систематических медицинских записей. Доля подходящих записей по используемой базе данных была высокой (98,1%), а потеря данных – крайне низкой. Кроме того, мы не осуществляли отбор по случаям болезни, т. е. учитывались все поступления пациентов в ОНП, благодаря чему предотвращалась систематическая ошибка отбора. Полнота сбора данных, который включал все обращения в ОНП проживающими вне дома престарелыми пациентами в возрасте 65 лет и старше в течение длительного периода (с 2005 по 2009 гг.), безусловно, является дополнительным преимуществом. Наконец, использование разложения Блиндера–Оаксака, безусловно, является хорошим и оригинальным дополнением к обычному статистическому анализу полученных в ходе исследования данных.

Литература

1. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med.* 2002;39(3):238–247. doi: 10.1067/mem.2002.121523. [PubMed] [CrossRef]
2. Pines JM, Mullins PM, Cooper JK, Feng LB, Roth KE. National trends in emergency department use, care patterns, and quality of care of older adults in the United States. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(1):12–17. doi: 10.1111/jgs.12072. [PubMed] [CrossRef]
3. Platts-Mills TF, Leacock B, Cabanas JG, Shofer FS, McLean SA. Emergency medical services use by the elderly: analysis of a statewide database. *Prehosp Emerg Care.* 2010;14(3):329–333. doi: 10.3109/10903127.2010.481759. [PubMed] [CrossRef]
4. Roberts DC, McKay MP, Shaffer A. Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in the United States, 1993 to 2003. *Ann Emerg Med.* 2008;51(6):769–774. doi: 10.1016/j.annemergmed.2007.09.011. [PubMed] [CrossRef]
5. Vilpert S, Ruedin HJ, Trueb L, Monod-Zorzi S, Yersin B, Bula C. Emergency department use by oldest-old patients from 2005 to 2010 in a Swiss university hospital. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:344. doi: 10.1186/1472-6963-13-344. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
6. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency department use by older adults: a literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. *Med Care Res Rev.* 2011;68(2):131–155. doi: 10.1177/1077558710379422. [PubMed] [CrossRef]
7. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in the emergency room: age-related differences in emergency department use and care. *J Am Geriatr Soc.* 1987;35(5):398–404. doi: 10.1111/j.1532-5415.1987.tb04660.x. [PubMed] [CrossRef]
8. Salvi F, Morichi V, Grilli A, Giorgi R, De Tommaso G, Dessi-Fulgheri P. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med.* 2007;2(4):292–301. doi: 10.1007/s11739-007-0081-3. [PubMed] [CrossRef]
9. Santos-Eggimann B. Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases. *Bmj.* 2002;324(7347):1186–1187. doi: 10.1136/bmj.324.7347.1186. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]

Заключение

Данное исследование представляет уникальную информацию о возрастных различиях в характеристиках пациента и заболевания (то есть уровень приоритета и категория сортировки в зависимости от тяжести состояния и ряда иных обстоятельств) среди пожилых пациентов, поступающих в ОНП, и впервые исследует специфическое влияние этих различий на объяснение зависимой от возраста разницы в коэффициентах госпитализации после нахождения в ОНП. Результаты указывают на более высокие показатели категорий сортировки неспецифических нарушений здоровья у пациентов старческого возраста (85 лет), таких как «невозможность ухода на дому» и «отсутствие прибавки в весе», которые в значительной мере связаны с госпитализацией после обращения в ОНП. Интересно отметить, что различия в распространенности категорий сортировки между двумя включенными в исследование возрастными группами частично объясняли зависимую от возраста разницу в коэффициентах госпитализации, тогда как уровни приоритета этого не отражали. Таким образом, основная часть зависимой от возраста разницы в коэффициентах госпитализации оставалась необъяснимой, позволяя предположить, что непосредственно возраст остается основным фактором, связанным с возрастанием частоты госпитализаций. Эти результаты подтверждают необходимость введения профилактических мер, которые сочетают улучшенный уход и расширенную социальную поддержку, а также подготовку персонала ОНП, направленных на снижение потребности в госпитализации у этих уязвимых пожилых пациентов.

10. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, Hogan TM. Geriatric patient emergency visits. Part I: comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med.* 1992;21(7):802-807. doi: 10.1016/S0196-0644(05)81025-X. [PubMed] [CrossRef]
11. Sona A, Maggiani G, Astengo M, Comba M, Chiusano V, Isaia G, Merlo C, Pricop L, Quagliotti E, Moiraghi C, et al. Determinants of recourse to hospital treatment in the elderly. *Eur J Pub Health.* 2012;22(1):76-80. doi: 10.1093/eurpub/ckr008. [PubMed] [CrossRef]
12. Vanpee D, Swine C, Vandenbossche P, Gillet JB. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. *Eur J Emerg Med.* 2001;8(4):301-304. doi: 10.1097/00063110-200112000-00010. [PubMed] [CrossRef]
13. Grossmann FF, Zumbunn T, Frauchiger A, Delport K, Bingisser R, Nickel CH. At risk of undertriage? Testing the performance and accuracy of the emergency severity index in older emergency department patients. *Ann Emerg Med.* 2012;60(3):317-325. doi: 10.1016/j.annemergmed.2011.12.013. [PubMed] [CrossRef]
14. Jacobs JM, Maaravi Y, Cohen A, Bursztyrn M, Ein-Mor E, Stessman J. Changing profile of health and function from age 70 to 85 years. *Gerontology.* 2012;58(4):313-321. doi: 10.1159/000335238. [PubMed] [CrossRef]
15. Hugli O, Moujber M, Simon J, Geissbühle A, Yersin B, Sarasin F, Rutschmann O. Analyse de la fiabilité et de la performance de deux échelles de tri à l'aide d'un simulateur informatique. *Journal Européen des Urgences.* 2008;21(n° S1):A107. doi: 10.1016/j.jeur.2008.03.557. [CrossRef]
16. Chow GC. Tests of equality between sets of coefficients in 2 linear regressions. *Econometrica.* 1960;28(3):591-605. doi: 10.2307/1910133. [CrossRef]
17. Blinder AS. Wage discrimination: reduced form and structural estimates. *J Hum Resour.* 1973;8:436-455. doi: 10.2307/144855. [CrossRef]
18. Oaxaca R. Male-female wage differentials in urban labor markets. *Int Econ Rev.* 1973;14:693-709. doi: 10.2307/2525981. [CrossRef]
19. Sen B. Using the Oaxaca-blinder decomposition as an empirical tool to analyze racial disparities in obesity. *Obesity.* 2014;22(7):1750-1755. doi: 10.1002/oby.20755. [PubMed] [CrossRef]
20. Jann B. The blinder-Oaxaca decomposition for linear regression models. *Stata J.* 2008;8(4):453-479.
21. Fairlie RW. An extension of the blinder-Oaxaca decomposition technique to logit and probit models. *J Econ Soc Meas.* 2005;30(4):305-316.
22. Peel NM. Epidemiology of falls in older age. *Can J Aging.* 2011;30(1):7-19. doi: 10.1017/S071498081000070X. [PubMed] [CrossRef]
23. Rutschmann OT, Chevalley T, Zumwald C, Luthy C, Vermeulen B, Sarasin FP. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Med Wkly.* 2005;135(9-10):145-150. [PubMed]
24. Kumeliauskas L, Fruetel K, Holroyd-Leduc JM. Evaluation of older adults hospitalized with a diagnosis of failure to thrive. *Can Geriatr J.* 2013;16(2):49-53. doi: 10.5770/cgj.16.64. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
25. Chou MY, Chen LK. Social admissions of the elderly: more medical attention should be paid. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics.* 2010;1(2):27-28. doi: 10.1016/j.jcgg.2010.11.001. [CrossRef]
26. Elmstahl S, Wahlfrid C. Increased medical attention needed for frail elderly initially admitted to the emergency department for lack of community support. *Aging (Milano)* 1999;11(1):56-60. [PubMed]
27. Ayaz T, Sahin SB, Sahin OZ, Bilir O, Rakici H. Factors affecting mortality in elderly patients hospitalized for nonmalignant reasons. *J Aging Res.* 2014;2014 584315 [PMC free article] [PubMed]
28. Ahluwalia SC, Gross CP, Chaudhry SI, Ning YM, Leo-Summers L, Van Ness PH, Fried TR. Impact of comorbidity on mortality among older persons with advanced heart failure. *J Gen Intern Med.* 2012;27(5):513-519. doi: 10.1007/s11606-011-1930-3. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
29. Oliver D. 'Acopia' and 'social admission' are not diagnoses: why older people deserve better. *J R Soc Med.* 2008;101(4):168-174. doi: 10.1258/jrsm.2008.080017. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
30. D'Arcy LP, Stearns SC, Domino ME, Hanson LC, Weinberger M. Is geriatric care associated with less emergency department use? *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(1):4-11. doi: 10.1111/jgs.12039. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
31. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61(1):53-62. doi: 10.1093/gerona/61.1.53. [PubMed] [CrossRef]
32. Moran G, Coleman V, Heaney S, Willcocks F. An alternative model for case management in Flintshire. *Br J Community Nurs.* 2008;13(5):227-231. doi: 10.12968/bjcn.2008.13.5.29300. [PubMed] [CrossRef]
33. Sandberg M, Kristensson J, Midlov P, Jakobsson U. Effects on healthcare utilization of case management for frail older people: a randomized controlled trial (RCT) *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;60(1):71-81. doi: 10.1016/j.archger.2014.10.009. [PubMed] [CrossRef]
34. Sun Y, Heng BH, Tay SY, Seow E. Predicting hospital admissions at emergency department triage using routine administrative data. *Acad Emerg Med.* 2011;18(8):844-850. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01125.x. [PubMed] [CrossRef]
35. Gilbert EH, Lowenstein SR, Koziol-McLain J, Barta DC, Steiner J. Chart reviews in emergency medicine research: where are the methods? *Ann Emerg Med.* 1996;27(3):305-308. doi: 10.1016/S0196-0644(96)70264-0. [PubMed] [CrossRef]
36. Worster A, Haines T. Advanced statistics: understanding medical record review (MRR) studies. *Acad Emerg Med.* 2004;11(2):187-192. doi: 10.1197/j.aem.2003.03.002. [PubMed] [CrossRef]



Брита Хэннинг,
кафедра педиатрии университетской
больницы св. Олава, Тронхейм,
Норвегия

Стиан Лидерзен,
региональный центр детского и
юношеского психического здоровья
и благополучия детей, Тронхейм
(Норвегия), Региональный центр
детского и юношеского психического
здоровья и благополучия детей,
Тронхейм, Норвегия

Хенрик Доллнер,
отдел лабораторной медицины,
здоровья детей и женщин,
Норвежский университет науки и
технологий, Тронхейм, Норвегия

Опубликовано Scand J Trauma Resusc Emerg Med.
24 февраля 2016 г.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАДЕЖНОСТИ СИСТЕМЫ ЭКСТРЕННОЙ СОРТИРОВКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В НОРВЕГИИ

Абстракт

Для оценки межэкспертной и интраэкспертной надежности новой скандинавской системы медицинской сортировки для детей – системы экстренной сортировки и лечения детей (СЭСЛД) в педиатрическом отделении неотложной помощи (ПОНП) университетской больницы св. Олафа, Тронхейм, Норвегия, было проведено два обсервационных исследования. С помощью СЭСЛД на основании клинических признаков (симптомов) и их оценки, а также измерений жизненно важных параметров медицинские сестры присваивали каждому пациенту один из пяти уровней в приоритете по оказанию медицинской помощи (далее – приоритет).

Исследование 1. Перед внедрением СЭСЛД 2012 г. все медсестры в ПОНП прошли теоретическое и практическое обучение. Через 4 мес 19 медсестер отсортировали 20 фиктивных, но реалистичных педиатрических случаев, их сортировка проведена повторно через 9 мес 12 медсестрами, которые еще остались работать в ПОНП (волны А и В).

Исследование 2. Медсестринские пары, состоящие из постоянной медсестры и медсестры-исследователя, которые, как правило, работали в ПОНП последовательно и независимо друг от друга, отсортировали 200 пациентов педиатрического профиля, которые были направлены с разнообразными жалобами.

Исследование 1. Коэффициент конкордации Кендалла W для волн сортировки А и В составлял 0,822 и 0,844 соответственно. Используя смешанную линейную модель, мы не обнаружили различий в уровнях приоритета медицинской сортировки между волнами А и В. По сравнению с уровнем согласованности, полученным медсестрами исследовательской группы, они правильно оценили 85,1% фиктивных случаев, а 99% оценили правильно или в пределах одного пограничного показателя приоритета.

Исследование 2. Межэкспертный коэффициент корреляции в смешанной линейной модели составлял 0,762, что

подтверждает высокую межэкспертную надежность при реальной медицинской сортировке больных.

Исследованиями установлена очень высокая степень совпадения между медицинской сортировкой, проведенной медсестрами, которые использовали СЭСЛД для определения приоритетности сортировки детей, как в теоретическом исследовании постановки ситуации, так и в реальной практике медицинской сортировки.

Таким образом, СЭСЛД может быть эффективной и надежной системой для проведения медицинской сортировки пациентов в ПОНП.

Введение

В отделениях неотложной помощи (ОНП) больницы крайне важно отсортировать пациентов по приоритету, чтобы убедиться в том, что тяжелобольных пациентов правильно оценивают и лечат в первую очередь. Для обеспечения эффективного присваивания приоритета для взрослых и детей были разработаны несколько систем медицинской сортировки [1–7]. Система экстренной сортировки и лечения – СЭСЛ, ранее называвшаяся медицинской системой экстренной сортировки и лечения (МСЭСЛ), была разработана в университетской больнице Салгрэнска (Швеция) и в большей мере используется в Швеции и других скандинавских странах [8–10]. Была разработана англоязычная онлайн-версия, обеспечивающая международное использование системы, согласующейся с более авторитетными системами сортировки [11]. Сортировка по СЭСЛ может быть эффективной из-за того, что опирается как на измерения жизненно важных параметров (ЖВП), так и на оценку проявления симптомов отдельных болезней. Уровни приоритета в педиатрической версии СЭСЛ (СЭСЛД) стандартизированы по возрасту. Первоначально они опирались на опыт Канады [12] и были скорректированы позже [13].

СЭСЛД включает проявления более 100 педиатрических заболеваний, классифицированных в 40 алгоритмах симптомов неотложного состояния (ПСНС) [11]. Как ЖВП, так и ПСНС медсестры ОНП присваивают один из пяти уровней приоритета, а итоговое присвоение приоритета сортировки определяется как высший балл ЖВП и ПСНС [11]. СЭСЛ для взрослых рекомендовала себя как действительная и надежная система [8], но достоверность ее педиатрической версии еще не изучена. В последнее время надежность СЭСЛД отмечалась как хорошая и очень хорошая, когда шведские медсестры из смешанных ОНП для взрослых и детей отсортировали сценарии педиатрических случаев [14].

Норвежские версии СЭСЛ были внедрены в ОНП университетской больницы св. Олафа (Тронхейм, Норвегия) в 2011 г., а в 2012 г. в качестве первой больницы в Норвегии мы представили в ее ПОНП адаптированную норвежскую СЭСЛД. Целью проведенного нами исследования являлось изучение

надежности (межэкспертной и интраэкспертной согласованности) норвежской СЭСЛ, используемой медсестрами в крупном норвежском ПОНП.

Материалы и методы

В период с апреля 2013 г. по февраль 2014 г. в ПОНП педиатрического отделения университетской больницы св. Олафа, Тронхейм, Норвегия, было выполнено два наблюдательных исследования. Педиатрическое отделение оказывает неотложную медицинскую помощь популяции приблизительно из 58 000 детей в возрасте до 16 лет, из которых 18 000 – дети младше 5 лет (Статистическое управление Норвегии, 2014 г.). В 2013 г. в ПОНП поступили 4223 ребенка в возрасте до 16 лет с жалобами на различные педиатрические (терапевтические) (n=3167, 75%), хирургические (n=506, 12%), нейрохирургические (n=211, 5%), ортопедические (n=106, 2,5%) и другие заболевания (n=233, 5,5%). Самую большую группу пациентов составляли дети с инфекционно-воспалительными заболеваниями дыхательных путей (n=699, 17%). Дети с опасным для жизни заболеванием, в том числе с сочетанной

КРАЙНЕ ВАЖНО ОТСОРТИРОВАТЬ ПАЦИЕНТОВ ПО ПРИОРИТЕТУ, ЧТОБЫ УБЕДИТЬСЯ, ЧТО ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ЛЕЧАТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

множественной травмой, как правило, поступали не в ПОНП, а в ОНП для взрослых, и они не включались в исследование. Почти все дети были направлены после оценки в системе первичной медико-санитарной помощи врачами общей практики или в отделении первичной медико-санитарной помощи ОНП. В ПОНП более половины пациентов лечились в качестве амбулаторных пациентов, а около 40% поступили в педиатрические палаты. В 2013 г. назначение приоритетов медицинской сортировки СЭСЛД по всей популяции ПОНП было следующим: красный – 8,7% госпитализированных детей, оранжевый – 30,3%, желтый – 29,5%, зеленый – 18,8% и синий – 12,7%.

Описание надежности системы экстренной сортировки и лечения детей

Медицинская сортировка по СЭСЛД основывается на комбинировании измерений ЖВП и оценки проявлений индивидуального заболевания, т.е. признаков (симптомов) неотложного состояния (ПСНС) [8, 11]. ЖВП включают частоту дыхания, насыщенность кислородом, частоту сердечных сокращений, уровень концентрации внимания, измеренные



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



ОТДЕЛ
ДЕМОГРАФИИ

- ✓ Анализ и прогнозирование демографических процессов в Москве
- ✓ Внедрение научно обоснованных методик оценки заболеваемости и смертности населения для принятия взвешенных управленческих решений
- ✓ Проведение статистических и аналитических исследований в области демографии и здоровья населения
- ✓ Оценка взаимного влияния демографических и социальных факторов на эффективность деятельности системы и организаций здравоохранения



+7 (495) 951-20-54
E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru
Москва, Шарикоподшипниковская, 9

по шкале комы Глазго, а также температуру тела, а уровни приоритета ЖВП стандартизированы по возрасту. Сорок алгоритмов ПСНС охватывают одну или несколько более чем из 100 общих жалоб острых педиатрических (терапевтических), хирургических и ортопедических заболеваний, например, затруднение дыхания и апноэ, которые включены в перечень ПСНС (пункт № 104), боль в животе, запор или диарея (пункт № 106), травма головы (пункт № 130).

Как ЖВП, так и ПСНС медсестры ОНП присваивают один из пяти уровней приоритета. Красный уровень приоритета определяется как срочная необходимость осмотра врачом, оранжевый подразумевает осмотр врачом не позднее чем через 20 мин, назначение желтого уровня медицинской сортировки означает, что состояние пациента следует оценить не позднее чем в течение 120 мин, а зеленый требует обследования в течение 4 ч. Синий уровень указывает на отсутствие необходимости в сортировке и обследовании в ОНП, и эта группа пациентов не была включена в настоящие исследования. Итоговое присвоение приоритета медицинской сортировки определяется как наивысший уровень на основании оценок ЖВП и ПСНС. Каждый алгоритм ПСНС дополнительно содержит рекомендации по начальной базовой оценке и лечению, такие как анализ уровня сахара в крови и оксигенотерапию. В настоящих исследованиях мы использовали норвежскую версию СЭСЛД (версия 1.2), которая была переведена и адаптирована к норвежским условиям исследовательской группой.

Дизайн исследований

Исследование 1

Перед внедрением СЭСЛД в 2012 г. все медсестры в ПОНП прошли теоретическое и практическое обучение. Через 4 мес 19 медсестер отсортировали 20 придуманных, но реалистических случаев с пациентами, основанных на типичных реальных направлениях в наше ПОНП (волна А). Через 9 мес 12 медсестер, которые еще работали в ПОНП, снова отсортировали те же случаи (волна В).

Исследование 2

Медсестринские пары, состоящие из одной из 20 постоянных медсестер и одной из четырех медсестер-исследователей, одновременно и независимо друг от друга отсортировали 200 детей, которые были направлены с жалобами на педиатрические (терапевтические) (n=150), хирургические (n=30), нейрохирургические (n = 10) или ортопедические (n=10) заболевания в период с июня 2013 г. по февраль 2014 г. Дети были включены в медицинскую сортировку, когда одна из медсестер-исследователей работала в дневной или ночной смене. Распределение включенных детей было очень похоже на распределение детей во всей популяции ПОНП: пациенты педиатрического (терапевтического) профиля составляли 75

и 75%, хирургического – 15 и 12%, нейрохирургического – 5 и 5% и ортопедического – 5 и 3% соответственно. В приемном отделении постоянная медсестра сортировала пациентов в штатном режиме с письменным документированием ЖВП, номера ПНС и оценок приоритета медицинской сортировки. Одновременно медсестра-исследователь в качестве пассивного наблюдателя получала все объективные измерения, за исключением оценки концентрации внимания и частоты дыхания, которые наблюдала сама медсестра-исследователь, и независимо сортировала пациента. Как правило, медсестры-исследователи работали в ПОНП и у них было больше опыта в сестринском уходе за педиатрическими пациентами по сравнению с постоянными медсестрами (в среднем 17 и 5 лет соответственно). Прохождение курсов повышения квалификации в сестринском деле среди медсестер-исследователей также было выше (100 и 40% соответственно).

Дизайн исследований был одобрен экспертным советом организации университетской больницы св. Олафа и Региональным комитетом по этике, Центральная Норвегия. Всех медсестер нашего отделения неотложной помощи попросили принять участие (устно). Письменное согласие на участие в исследовании 1 было задокументировано. В исследовании 2 медсестра-исследователь предварительно проинформировала постоянную медсестру, ребенка и ухаживающее лицо, а у постоянных медсестер было собрано устное согласие на участие. Наблюдательный совет больницы одобрил этот подход.

Полученные в исследованиях данные были подвергнуты статистическому анализу. В исследовании 1 межэкспертное соглашение в волнах медицинской сортировки А и В измерялось отдельно с помощью коэффициента конкордации Кендалла W [15], который интерпретировался аналогично коэффициенту корреляции. В волне А отсутствовали шесть отдельных значений для шести медсестер. То есть из (19 x 20) 380 значений отсутствовали 13 (3,4%). В волне В отсутствовали четыре отдельных значения для четырех из медсестер. То есть из (12 x 20) 240 значений отсутствовали 4 (1,7%). Отсутствующие значения были единично замещены с помощью EM-алгоритма, что позволило использовать в анализе всех 19 (12) медсестер. Для оценки компонентов дисперсии мы использовали линейную модель со смешанными эффектами из-за дисперсии между случаями с пациентами и дисперсией между оценщиками, а также для исследования межэкспертного соглашения (т. е. существовал ли «эффект обучения» от волны А до волны В). Оценки приоритета медицинской сортировки, выполненные медсестрами, помимо всего прочего, сравнивались с консенсусными оценками, определенными исследовательской группой.

В исследовании 2 отсутствовали данные 20 пациентов: назначение приоритетов медицинской сортировки было недоступно постоянной медсестре у 5 пациентов и



медсестре-исследователю у 15 пациентов. Следовательно, для анализа были доступны 180 случаев с пациентами, включая 20 постоянных медсестер и четырех медсестер-исследователей. Мы использовали смешанную линейную модель с оценкой приоритета медицинской сортировки (красный – 1, оранжевый – 2, желтый – 3, зеленый – 4) в качестве зависимой переменной, пациента и медсестру – в качестве перекрестных случайных факторов и фиксированный эффект медсестры-исследователя (по отношению к постоянной медсестре). Межэкспертная надежность, измеренная как внутриклассовый коэффициент корреляции (ВКК), в данной модели оценивалась как [16]:

$$ВКК = \frac{\text{Дисперсия (пациенты)}}{\text{Дисперсия (пациенты)} + \text{Дисперсия (оценки)} + \text{Остаток}}$$

Этот ВКК является эквивалентом квадратной взвешенной каппы Коэна [17], что также отмечено ван Вееном и соавт. [7]. ВКК был рассчитан с помощью программы Stata 11, а другие анализы выполнены в SPSS 22.

Результаты

Исследование 1

Согласованность среди медсестер, сортирующих письменные случаи с пациентами

Согласованность в итоговой оценке приоритета сортировки между медсестрами, отсортировавшими 20 письменных реалистических случаев с пациентами в исследовании 1, измерялась отдельно в волнах А и В. Коэффициент конкордации Кендалла W для волн А и В составлял 0,822 и 0,844 соответственно. Данные включали в себя все 603 наблюдения, когда 19 медсестер в первой волне и 12 медсестер во второй волне независимо друг от друга сортировали письменные случаи. В линейной модели со смешанным эффектом волны В предполагаемое среднее значение оценки в волне А составило 2,148, а средняя оценка в волне В была выше 0,0439

($p=0,168$). Поскольку это значение далеко от значимого, мы удалили волну из модели. Средняя оценка усеченной модели составляла 2,208, а общая дисперсия $0,769=0,8772$, включая дисперсию между оцененными пациентами ($0,627=0,7922$), плюс дисперсия из-за оценок ($0,00212=0,0462$), а также остаточная дисперсия ($0,139=0,3732$). Оценка межэкспертной надежности (ВКК) составляла 0,816.

Соотношение оценок, давших «правильный» уровень сортировки

Среди 603 оценок в целом в волнах А и В 513 (85,1%) дали «правильный» уровень сортировки по сравнению с консенсусом, 597 (99%) – правильный или один близкий уровень приоритета сортировки, а 6 оценок были на два уровня приоритета выше, чем консенсус (табл. 1–3).

Таблица 1. Оценки приоритета медицинской сортировки, данные медсестрами, по сравнению с консенсусными оценками приоритета*

Оценки приоритета медицинской сортировки, данные медсестрой	Консенсусные оценки приоритета медицинской сортировки				
	Красный	Оранжевый	Желтый	Зеленый	Всего
Красный	88	36	0	0	124
Оранжевый	2	249	19	6	276
Желтый	0	15	129	9	153
Зеленый	0	0	3	47	50
Всего	90	300	151	62	603

* В исследовании 1 волна А ($n=367$ оценок) и волна В ($n=236$ оценок) объединены.

Таблица 2. Оценки приоритета медицинской сортировки 20 фиктивных случаев^а, данные медсестрой

Номер фиктивного случая с пациентом	Оценки приоритета медицинской сортировки, данные медсестрами				
	Красный	Оранжевый	Желтый	Зеленый	Всего оценок
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i>
1	1 (3)	29 (94) ^б	1 (3)	0	31
2	12 (40)	18 (60) ^б	0	0	30
3	0	0	3 (10)	28 (90) ^б	30
4	29 (97) ^б	1 (3)	0	0	30
5	10 (32)	19 (62) ^б	2 (6)	0	31
6	5 (17)	24 (83) ^б	0	0	29
7	2 (6)	29 (94) ^б	0	0	31
8	0	27 (90) ^б	3 (10)	0	30
9	30 (100) ^б	0	0	0	30
10	0	1 (3)	29 (94) ^б	1 (3)	31
11	1 (3)	26 (90) ^б	2 (7)	0	29
12	0	22 (76) ^б	7 (24)	0	29
13	0	11 (37)	19 (63) ^б	0	30
14	1 (3)	28 (97) ^б	0	0	29
15	0	2 (7)	28 (93) ^б	0	30
16	0	0	29 (94) ^б	2 (6)	31
17	0	6 (19)	6 (19)	19 (62) ^б	31
18	4 (13)	27 (87) ^б	0	0	31
19	0	5 (17)	24 (83) ^б	0	29
20	29 (97) ^б	1 (3)	0	0	30
Всего	124 (21)	276 (46)	153 (25)	50 (8)	603

^а В исследовании волна А ($n=367$ оценок) и волна В ($n=236$ оценок) объединены.

^б Правильное назначение приоритета, определенное исследовательской группой.

Таблица 3. Правильные и неправильные оценки приоритета, данные каждой медсестрой ^а			
Медсестра	Консенсусные оценки ^б	Неконсенсусные оценки	Всего оценок
	n (%)	n (%)	
1	17 (85)	3 (15)	20
2	17 (85)	3 (15)	20
3	33 (83)	7 (17)	40
4	26 (67)	13 (33)	39
5	36 (92)	3 (8)	39
6	34 (87)	5 (13)	39
7	17 (85)	3 (15)	20
8	28 (72)	11 (28)	39
9	14 (78)	4 (22)	18
10	33 (83)	7 (17)	40
11	37 (95)	2 (5)	39
12	32 (94)	2 (6)	34
13	18 (100)	0	18
14	38 (95)	2 (5)	40
15	35 (88)	5 (12)	40
16	18 (90)	2 (10)	20
17	39 (98)	1 (2)	40
18	27 (69)	12 (31)	39
19	14 (74)	5 (26)	19
Всего	513 (85,1)	90 (14,9)	603

^а В исследовании 1 волна А (n=367 оценок) и волна В (n=236 оценок) объединены.
^б Как определено исследовательской группой.

Предполагаемый коэффициент на основе смешанной логистической модели, включая фиксированный эффект волны В, составлял 2,015 для волны А и 1,862 ($p=0,58$) для волны В. После удаления из модели незначительного эффекта волны окончательная модель дала следующие оценки (по шкале логарифма отношения шансов): дисперсия между пациентами 0,9988 ($p<0,001$) и дисперсия между медсестрами 0,5272 ($p<0,001$). Следовательно, мы видим, что вероятность назначения правильного уровня приоритета медицинской

сортировки значительно отличалась между случаями с пациентом и между медсестрами, а среди них отличие между случаями с пациентом было самым большим. В действительности только случай № 9 был правильно отсортирован всеми медсестрами (см. табл. 2). В случае № 2 только 18 из 30 оценок медсестер (60%) были равны консенсусному уровню, а 12 оценок были на один уровень выше него (см. табл. 2). В случае № 17 6 медсестер оценили один уровень приоритета, а 6 — дали на два уровня приоритет выше, чем консенсусный (см. табл. 2). В совокупности переоценка тяжести состояния больного проявилась в 63 (11,6%) оценках, среди которых 57 составляли на один, а 6 — на два уровня выше, чем консенсус, а недооценка тяжести состояния больного проявилась в 20 оценках (3,3%), все из которых составляли на один уровень ниже, чем консенсус (см. табл. 1 и 2). Что касается медсестер, то правильно оценила все случаи 1 медсестра, 13 правильно оценили 83–98%, а 5 дали правильную оценку только 67–78% случаев (см. табл. 3).

Исследование 2

Направленные пациенты педиатрического профиля: согласованность между постоянными медсестрами и медсестрами-исследователями

В исследование 2 были включены 200 пациентов, поступивших в ПОНП. Из 20 постоянных медсестер каждая оценила в среднем 9 пациентов, диапазон 1–30, а 4 медсестры-исследователя оценили 25, 44, 55 и 56 пациентов соответственно. Результаты оценок представлены в табл. 4. Оцененные компоненты дисперсии в модели составляли: дисперсия между оцененными пациентами ($0,5185=0,7201^2$), дисперсия из-за оценщиков [$4,13 \times 10^{-18}$ ($2,03 \times 10^{-9}$)²] и остаточная дисперсия ($0,1683=0,4102^2$). Оценка межэкспертной надежности (ВКК) составляла 0,762. ВКК медсестер-исследователей оказался выше на 0,0889 (95% ДИ 0,0042–0,1736, $p=0,040$), чем у постоянных медсестер; значит, они имели склонность назначать пациентам более низкий уровень приоритета. Более внимательное рассмотрение распределений для постоянных медсестер против медсестер-исследователей

Оценки приоритета медицинской сортировки, данные постоянными медсестрами	Оценки приоритета медицинской сортировки, данные медсестрами-исследователями				
	Красный	Оранжевый	Желтый	Зеленый	Всего
Красный	6	5	1	0	12
Оранжевый	1	55	4	3	63
Желтый	1	8	52	17	78
Зеленый	0	0	7	20	27
Всего	8	68	64	40	180

^а В исследовании 2 (n=180 наблюдений).



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
ЦЕНТР

- ✓ Научно-организационная работа по созданию модели непрерывного образования в системе здравоохранения Москвы
- ✓ Подготовка нормативной и методической базы для проведения аккредитации специалистов
- ✓ Проведение широкого спектра конгрессно-выставочных мероприятий, семинаров и обучающих программ как под патронатом ДЗМ, так и в рамках сотрудничества с другими организациями
- ✓ Координация направлений сотрудников ДЗМ на стажировки в ведущие зарубежные клиники



+7 (495) 951-20-54
E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru
Москва, Шарикоподшипниковская, 9

в табл. 4 обнаруживает, что оценки отличались на нескольких уровнях, а наибольшее различие наблюдалось при назначении «зеленого» приоритета: постоянные медсестры и медсестры-исследователи назначили «зеленый» уровень приоритета 27 и 40 из 180 пациентов соответственно.

Итоговое назначение приоритета по СЭСЛД против уровней приоритета на основании измерений ЖВП и алгоритмов ПСНС

Итоговое назначение приоритета медицинской сортировки по СЭСЛД определяется как наивысший из уровней приоритета измерений ЖВП и выбранного алгоритма ПСНС. Из 595 оценок в первом исследовании ЖВП и ПСНС одинаково оценили 279 (46,9%); в 96 (16,1%) оценках уровни приоритета ЖВП были выше, чем ПСНС, тогда как в 220 (37%) уровни приоритета ПСНС были самыми высокими (табл. 5). В исследовании 2 среди 176 оценок, данных постоянными медсестрами, ЖВП и ПСНС оценивались одинаково в 67 (38,1%); ЖВП был самым высоким в 60 (34,1%) оценках, а ПСНС получил самую высокую оценку в 49 случаях (27,8%) (табл. 6). Среди 180 оценок, данных медсестрами-исследователями, соответствующие показатели составляли 84 (46,7%), 55 (30,6%) и 41 (22,7%) (табл. 7).

Обсуждение

Мы обнаружили очень высокую межэкспертную и интраэкспертную надежность скандинавской системы медицинской сортировки больных для детей – СЭСЛД; то есть между медсестрами существовала высокая степень согласованности, когда они оценивали то, как быстро направленных детей должен осмотреть врач. Медсестры оценили 85% письменных реалистических случаев педиатрического профиля правильным уровнем приоритета, и почти всем (99%) была дана правильная оценка или в пределах одного пограничного уровня. Недооценка тяжести состояния больного на одном уровне проявилась только в 3,3% случаев и с частотой, в 3 раза меньшей, чем переоценка тяжести состояния, что играет важную роль в перспективе идентификации экстренных пациентов. Результаты теоретического исследования с моделированием ситуаций получили широкое подтверждение в реальном триаже детей, направленных с педиатрическими (терапевтическими) и хирургическими жалобами. Наши результаты соответствуют данным из недавнего шведского исследования, в котором медсестры в смешанном ОНП для взрослых и детей в больнице общего профиля распределяли 40 вымышленных случаев педиатрического профиля, но они дают надежду, что сейчас мы подтвердили воспроизводимость СЭСЛД при реальной медицинской сортировке больных детей в ПОНП.

Популяция нашего ПОНП включает относительно немного детей с опасными для жизни заболеваниями, а так как в Норвегии почти все случаи направляются после оценки

Таблица 5. Итоговая медицинская сортировка по уровням приоритета^а ЖВП и алгоритмов ПСНС

Уровни приоритета медицинской сортировки ЖВП	Уровни приоритета медицинской сортировки алгоритмов ПСНС				
	Красный	Оранжевый	Желтый	Зеленый	Всего
Красный	10	3	0	1	14
Оранжевый	53	137	30	12	232
Желтый	51	50	75	50	226
Зеленый	1	39	26	57	123
Всего	115	229	131	120	595 ^б

^а В исследовании 1 с 19 медсестрами в волне А (n=367 оценок) и 12 медсестрами в волне В (n=236 оценок).
^б Отсутствуют 8 ЖВП или ПСНС оценок.

Таблица 6. Итоговая медицинская сортировка по уровням приоритета (постоянными медсестрами)^а ЖВП и алгоритмов ПСНС

Уровни приоритета медицинской сортировки ЖВП	Уровни приоритета медицинской сортировки алгоритмов ПСНС				
	Красный	Оранжевый	Желтый	Зеленый	Всего
Красный	2	4	1	0	7
Оранжевый	2	16	16	11	45
Желтый	1	11	25	28	65
Зеленый	0	9	26	24	59
Всего	5	40	68	63	176 ^б

^а В 180 оценках в исследовании 2, данных постоянными медсестрами.
^б Отсутствуют 4 ЖВП или ПСНС оценки.

Таблица 7. Итоговая медицинская сортировка по уровням приоритета (медсестрами-исследователями)^а ЖВП и алгоритмов ПСНС

Уровни приоритета медицинской сортировки ЖВП	Уровни приоритета медицинской сортировки алгоритмов ПСНС				
	Красный	Оранжевый	Желтый	Зеленый	Всего
Красный	1	2	2	0	5
Оранжевый	1	25	11	14	51
Желтый	1	11	17	26	55
Зеленый	0	7	21	41	69
Всего	3	45	51	81	180

^а В 180 оценках в исследовании 2, данных медсестрами-исследователями.

в системе первичной медико-санитарной помощи, мы не получили многих заболеваний легкой степени. Медицинская сортировка этой группы пациентов может быть самым легкой. Поэтому важно отметить, что в двух настоящих исследованиях дисперсии в оценках приоритета сортировки между пациентами были больше, чем дисперсии между оценщиками (медсестры). Кажется, что некоторых пациентов куда сложнее сортировать, чем других, независимо от опыта медсестры. С другой стороны, в исследовании вымышленных случаев некоторые медсестры сортировали более точно, чем другие, а взятые из реальной жизни данные показали, что медсестры-исследователи, которые были более опытными, были склонны при триаже назначать многим пациентам более низкий уровень приоритета. Следовательно, меньший опыт может объяснить какую-то дисперсию в оценке между медсестрами.

Все медсестры ПОНП прошли практическое и теоретическое изучение СЭСЛД перед ее внедрением, а в исследовании 2 новые медсестры, начавшие работать в период проведения исследования, прошли то же обучение. В обоих исследованиях мы обнаружили очень высокое межэкспертное соглашение, а посредством двукратного тестирования в исследовании вымышленного случая выявили также высокое интраэкспертное соглашение, но никакого эффекта обучения в 9-месячный период, когда медсестры получили больше опыта в работе с системой. Исходя из этих результатов, мы предполагаем, что СЭСЛД может быть эффективной и надежной системой сортировки больных, которой медсестры быстро обучаются. В настоящее время нет никакой информационной поддержки по использованию одной системы медицинской сортировки больных педиатрического профиля вместо другой [5], но характеристики испытания в настоящих исследованиях были



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



АНАЛИТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР

- ✓ Сбор и системный анализ данных, характеризующих деятельность медицинских организаций
- ✓ Функциональное, ресурсное и финансовое моделирование деятельности как отдельных медицинских организаций, так и целых служб
- ✓ Формирование методов и технологий непрерывного мониторинга системы здравоохранения и программ развития и модернизации отдельных служб



+7 (495) 951-20-54
E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru
Москва, Шарикоподшипниковская, 9

не ниже, чем в исследованиях других систем медицинской сортировки больных педиатрического профиля [5]. СЭСЛД была разработана для скандинавских стран, но доступные англоязычные версии позволят использовать ее за границей. Для назначения уровня приоритетов детям медицинская сортировка по СЭСЛД использует как измерения ЖВП, так и клинические признаки (симптомы). В настоящих исследованиях мы обнаружили, что итоговое назначение приоритета медицинской сортировки основывалось на подобном уровне приоритета ЖВП и ПНСС приблизительно в половине случаев, тогда как в остальных итоговое назначение приоритета медицинской сортировки происходило из-за уровней приоритета ЖВП или ПНСС, что может способствовать преимуществу включения в оценки как физиологических измерений, так и клинических проявлений. Однако неотложность потребности в помощи не всегда равняется тяжести заболевания, и поэтому оценку по СЭСЛД следует дополнить исследованиями обоснованности; то есть необходимо исследовать, связаны ли оценки приоритета медицинской сортировки по СЭСЛД с маркерами тяжести заболевания в ПОНП.

Могут существовать некоторые ограничения исследования. Поскольку в Норвегии большинство детей направляются в ПОНП больницы после начальной оценки состояния в системе первичной медико-санитарной помощи, популяция исследования отбиралась, в том числе некоторые случаи с состояниями умеренной тяжести. Кроме того, были включены только некоторые пациенты с опасными для жизни состояниями, потому что с ними обычно занимаются в нашем ОНП для взрослых. Обе группы пациентов с большой долей вероятности будут легче всего сортироваться, оставляя в популяциях нашего исследования перевес за теми, медицинская сортировка которых может вызвать наибольшую сложность. Исследования были выполнены в едином центре в относительно крупном ПОНП университетской клиники в Норвегии, а клинические данные включенных пациентов не сравнивались со всей популяцией ПОНП. Все эти факторы могут ограничивать обобщение полученных нами результатов. В исследовании 1 ограничением может выступать тот факт, что только 12 из 19 медсестер были включены в волну В и оценку интраэкспертного соглашения. Однако, исходя из своего опыта, мы полагаем, что в больницах может быть значительная сменяемость медсестер (например, в связи с беременностью и прохождением курсов повышения квалификации). Из-за того, что в исследовании 2 мы включили тех медсестер, которые работали в отделении в течение 9-месячного периода, возможно утверждение, что слишком многие медсестры не имели опыта в работе с СЭСЛД, несмотря на тот факт, что все они прошли стандартное обучение. С другой стороны, можно утверждать, что оба условия могут быть скорее преимуществами, чем ограничениями, потому что СЭСЛД изучалась в ПОНП при реалистических, повседневных обстоятельствах.

Заключение

Скандинавская СЭСЛД была легко внедрена в большом норвежском ПОНП, а мы обнаружили очень высокую степень согласованности между медсестрами, использовавшими СЭСЛД для назначения уровня приоритета в смоделированных случаях больных детей, а также в реальной их медицинской сортировке. СЭСЛД может быть эффективной и надежной системой для осуществления медицинской сортировки больных детей в ПОНП.

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что у них нет конфликта интересов. Исследование финансировалось согласительным комитетом

между университетской больницей св. Олафа и медицинским факультетом Норвежского университета науки и здоровья, Тронхейм, Норвегия, грант № 12/9996.

Сокращения	
ОНП	отделение неотложной помощи
ПСНС	признаки (симптомы) неотложного состояния
ВКК	внутриклассовый коэффициент корреляции
СЭСЛД	система экстренной сортировки и лечения детей
ЖВП	жизненно важный параметр

Литература

1. Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Kappelhof J, Luitse JS. Comparison of an informally structured triage system, the emergency severity index, and the Manchester triage system to distinguish patient priority in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2011;18:822-9. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01122.x. [PubMed] [CrossRef]
2. Parenti N, Reggiani ML, Iannone P, Percudani D, Dowding D. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *Int J Nurs Stud.* 2014;51:1062-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.013. [PubMed] [CrossRef]
3. Gravel J, Fitzpatrick E, Gouin S, Millar K, Curtis S, Joubert G, et al. Performance of the Canadian triage and acuity scale for children: a multicenter database study. *Ann Emerg Med.* 2013;61:27-32. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.05.024. [PubMed] [CrossRef]
4. Green NA, Durani Y, Brecher D, DePiero A, Loiselle J, Attia M. Emergency severity index version 4: a valid and reliable tool in pediatric emergency department triage. *Pediatr Emerg Care.* 2012;28:753-7. doi: 10.1097/PEC.0b013e3182621813. [PubMed] [CrossRef]
5. van Veen M, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2009;17:38. doi: 10.1186/1757-7241-17-38. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
6. van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, van Meurs AH, Roukema J, van der Lei J, et al. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ.* 2008;337:a1501. doi: 10.1136/bmj.a1501. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
7. van Veen M, der Walle VFT-v, Steyerberg EW, van Meurs AH, Ruige M, Strout TD, et al. Repeatability of the Manchester triage system for children. *Emerg Med J.* 2010;27:512-6. doi: 10.1136/emj.2009.077750. [PubMed] [CrossRef]
8. Widgren BR, Jourak M. Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS): a new protocol in primary triage and secondary priority decision in emergency medicine. *J Emerg Med.* 2011;40:623-8. doi: 10.1016/j.jemermed.2008.04.003. [PubMed] [CrossRef]
9. Farrokhnia N, Goransson KE. Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011;19:72. doi: 10.1186/1757-7241-19-72. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
10. Nissen L, Kirkegaard H, Perez N, Horlyk U, Larsen LP. Inter-rater agreement of the triage system RETTS-HEV. *Eur J Emerg Med.* 2014;21:37-41. [PubMed]
11. RETTS. <http://predicare.se/> Accessed date 9 Nov. 2015. http://predicare.se/content/uploads/retts-p_v.1.1_exempel.se.
12. Warren DW, Jarvis A, LeBlanc L, Gravel J. Revisions to the Canadian triage and acuity scale paediatric guidelines (PaedCTAS) CJEM. 2008;10:224-43. [PubMed]
13. Fleming S, Thompson M, Stevens R, Heneghan C, Pluddemann A, Maconochio I, et al. Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies. *Lancet.* 2011;377:1011-8. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62226-X. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]
14. Westergren H, Ferm M, Haggstrom P. First evaluation of the paediatric version of the Swedish rapid emergency triage and treatment system shows good reliability. *Acta Paediatr.* 2014;103:305-8. doi: 10.1111/apa.12491. [PubMed] [CrossRef]
15. Gwet KL. Handbook of inter-rater reliability. 4. Gaithersburg: Advanced Analytics, LLC; 2014.
16. Rabe-Hesketh S, Skrondal A. Multilevel and longitudinal modeling using Stata. 3. College Station, Texas: Stata Press Publication; 2012.
17. Fleiss JL, Cohen J. The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educ Psychol Meas.* 1973;33:613-9. doi: 10.1177/001316447303300309. [CrossRef]



ПРАВОВЫЕ ОСНОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ С КРУГЛОСУТОЧНЫМ СТАЦИОНАРОМ



Т.И. Курносова,
заместитель директора
ГБУ «Научно-практический
центр клинических
исследований и оценки
медицинских технологий
ДЗМ»

Приемное отделение представляет собой структурное подразделение медицинской организации с круглосуточным стационаром, состоящее из лечебных помещений и административно-хозяйственной части. Оно предназначено для регистрации, первичного осмотра, антропометрии, санитарно-гигиенической обработки поступивших пациентов и оказания квалифицированной (неотложной) медицинской помощи.

Основные функции приемного отделения медицинской организации с круглосуточным стационаром:

- оказание медицинской помощи пациентам в экстренной и неотложной формах в соответствии с порядками ее оказания на основе стандартов и клинических рекомендаций (протоколов лечения), включая проведение диагностических исследований, необходимых для постановки пациенту диагноза, консультаций специалистов, консилиумов;
- прием и регистрация пациентов;
- врачебный осмотр пациентов;
- определение отделений стационара для госпитализации пациентов;
- госпитализация пациентов в отделения стационара;
- санитарно-гигиеническая обработка пациентов;
- оформление соответствующей медицинской документации;
- транспортировка пациентов;
- информирование об обращении пациентов в приемное отделение и состоянии их здоровья;
- передача специальных сообщений об обращении пациентов в случаях, предусмотренных законодательством;
- оформление документов в случае смерти пациентов в приемном отделении и организация транспортировки тел умерших в патологоанатомическое отделение;
- временное хранение имущества пациентов с момента их обращения в приемное отделение до передачи материально-ответственному должностному лицу отделения, в которое госпитализируется пациент, либо выдачи собственнику пациенту или его представителю (наследнику).

Организация работы приемного отделения медицинской организации с круглосуточным стационаром

Набор помещений и их расположение в приемном отделении медицинской организации зависит от профиля стационара, но, как правило, это следующие кабинеты и зоны:

- Зал ожидания. В нем находятся пациенты, не нуждающиеся в постельном режиме, и сопровождающие их лица. Здесь должны стоять стол и достаточное количество стульев. В холле в доступном для пациентов и посетителей месте размещается информационный стенд, содержащий следующую информацию:
1. копию лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности;
 2. информацию о часах приема плановых пациентов, порядке госпитализации пациентов;
 3. информацию о днях и часах посещения пациентов, днях и часах приема лечащим врачом;
 4. правила внутреннего распорядка медицинской организации;

5. перечень продуктов, разрешенных для передачи пациентам;
6. территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на текущий год;
7. Федеральный закон от 21.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
9. список телефонных номеров отделений медицинской организации (телефонный номер главного врача должен быть указан отдельно с указанием фамилии, имени, отчества);
10. список телефонных номеров Министерства здравоохранения Российской Федерации, Департамента здравоохранения города Москвы, страховых медицинских организаций, Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и иных курирующих организаций и надзорных органов;
11. если в холле ведется видеонаблюдение, то перед входом в приемное отделение (приемный покой) либо на входной двери размещается информационная табличка: «Внимание! В помещении ведется видеонаблюдение!» Табличка должна быть выполнена крупным разборчивым шрифтом.

НАБОР ПОМЕЩЕНИЙ И ИХ РАСПОЛОЖЕНИЕ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗАВИСИТ ОТ ПРОФИЛЯ СТАЦИОНАРА

- Регистратура. В этом помещении проводят регистрацию поступающих пациентов и оформление необходимой документации.
- Смотровой кабинет (один или несколько). Он предназначен для врачебного осмотра больных, постановки предварительного диагноза и определения вида санитарно-гигиенической обработки, антропометрии, термометрии и при необходимости других исследований, например, электрокардиографии (ЭКГ).
- Санпропускник с душевой (ванной) комнатой для переодевания.
- Диагностический кабинет для пациентов с неустановленным диагнозом.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru

МЫ БЕРЕМ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ



ЦЕНТР
МЕДИЦИНСКОЙ
СТАТИСТИКИ

- ✓ Организация и управление системой медицинской статистической отчетности в учреждениях ДЗМ
- ✓ Организация сбора и обработки медико-статистических данных о сети, кадрах и ресурсном обеспечении медицинских организаций и их деятельности, заболеваемости населения
- ✓ Курирование федеральных регистров медицинских организаций и медицинских работников
- ✓ Ведение геоинформационной системы и Национального радиационно-эпидемиологического регистра
- ✓ Подготовка сводных государственных и отраслевых медицинских отчетов
- ✓ Внедрение новых технологий обработки медико-статистических данных



+7 (495) 951-20-54
E-mail: niozmm@zdrav.mos.ru
www.nioz.ru
Москва, Шарикоподшипниковская, 9

- Изолятор для пациентов, у которых подозревается инфекционное заболевание.
- Процедурный кабинет для оказания экстренной помощи.
- Операционная (перевязочная) для оказания экстренной помощи.
- Рентгенологический кабинет.
- Лаборатория.
- Кабинет дежурного врача.
- Кабинет заведующего приемным отделением.
- Туалетная комната.
- Помещение для хранения одежды поступивших больных.

В многопрофильных медицинских организациях с круглосуточным стационаром в приемном отделении могут быть также другие кабинеты и зоны, например, травматологическая, реанимационная, кардиологическая (для больных инфарктом миокарда) и др.

Помещения приемного отделения, их количество, состав и состояние должны соответствовать:

- Санитарным правилам и нормам (СанПиН) 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58);
- СанПиН 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней» (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 16.12.2013 № 65);
- СанПиН 1.1.1058-01 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» (постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 13.07.2001 № 18).

Штатное расписание и структура приемного отделения

Штатное расписание и структура приемного отделения медицинской организации с круглосуточным стационаром устанавливаются руководителем медицинской организации исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения, рекомендуемых штатных нормативов.

Обязанности врачей и медицинских сестер приемного отделения медицинской организации с круглосуточным стационаром устанавливаются должностными инструкциями, профессиональными стандартами. Приемное отделение медицинской организации с круглосуточным стационаром возглавляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от должности приказом руководителя медицинской организации.

Основная медицинская документация приемного отделения

1. Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у).
2. В журнале медицинская сестра фиксирует: фамилию, имя, отчество пациента, год рождения, данные паспорта и страхового полиса, домашний адрес, место работы и должность, телефоны (домашний, служебный, близких родственников), дату и время поступления, откуда и кем он доставлен, характер госпитализации (плановый, экстренный, «самотек»), диагноз направившего учреждения, диагноз приемного отделения, в какое отделение направлен пациент.
3. При отказе в госпитализации в журнал заносятся сведения о причине отказа и оказанной помощи: медицинская помощь, направление в другой стационар, отсутствие показаний к госпитализации и прочее.
4. Медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у). Медицинская сестра оформляет титульный лист истории болезни, а также заполняет паспортную часть и левую половину Статистической карты вышедшего из стационара (форма № 066/у).
5. Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (форма № 002/у).
6. История родов (форма № 096/у).
7. Журнал записи родов в стационаре (форма № 010/у).
8. Медицинская карта прерывания беременности (форма № 010/у).
9. Лист первичного (консультативного) осмотра по форме, утверждаемой приказом медицинской организации.
10. Справка о нахождении в медицинской организации.
11. Журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у). Каждый случай выявленного педикулеза вносится в журнал.
12. Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (форма № 007/у) формируется отделениями стационара и представляется в приемное отделение.
13. Журнал учета экстренной профилактики столбняка при травмах. (Методические указания Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека МУ 3.1.2436-09 «Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиологический надзор за столбняком».)
14. Журнал регистрации специальных сообщений.
15. Экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую станцию (для направления в санитарно-эпидемиологическую станцию по месту выявления) заполняют при наличии у больного инфекционного заболевания, пищевого отравления, педикулеза.
16. Журнал телефонограмм. Медицинская сестра фиксирует в журнале текст телефонограммы, дату, время ее передачи, кем она принята.
17. Алфавитный журнал поступивших больных (для справочной службы).

Требования по квалификации персонала приемного отделения медицинской организации с круглосуточным стационаром устанавливаются соответствующими профессиональными стандартами и приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н (ред. от 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения"».

Прием, оформление и регистрация пациентов в приемном отделении медицинской организации с круглосуточным стационаром

В приемное отделение пациенты могут поступать следующим образом.

Машиной скорой медицинской помощи при несчастных случаях, травмах, острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний.

По направлению участкового врача в случае неэффективности лечения в амбулаторных условиях, перед проведением экспертизы медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК), а также по направлению военкомата.

Переводом из других медицинских организаций (по договоренности с администрацией).

«Самотеком» – при самостоятельном обращении пациентов.

В зависимости от способа доставки больного в больницу и его состояния различают три вида госпитализации пациентов:

- плановая госпитализация;
- экстренная госпитализация;
- госпитализация «самотеком».

В соответствии с пунктом 3 Порядка выдачи листков нетрудоспособности, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н (ред. от 28.11.2017) «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности», медицинские работники приемных отделений стационаров не выдают листки нетрудоспособности.

Особенности оформления отказа в госпитализации пациента из приемного отделения в стационар

Решение об отказе в госпитализации пациента принимается в случае:

- отсутствия у пациента медицинских показаний для госпитализации;
- невозможности оказания медицинской помощи пациенту в условиях данной медицинской организации (наличия у пациента заболевания, подлежащего лечению в специализированном отделении другого стационара).

В случае отказа пациента (его законного представителя) от медицинского вмешательства (госпитализации) врач приемного отделения:

- оформляет данный отказ с внесением информации в Журнал приема пациентов и отказов в госпитализации и информационную систему медицинской организации;
- разъясняет пациенту (его законному представителю) возможные последствия такого отказа;

- оформляет лист первичного (консультативного) осмотра пациента;
- выдает пациенту (его законному представителю) справку о нахождении в медицинской организации с указанием диагноза пациента, результатов оказанных ему медицинских исследований и консультаций, рекомендаций по лечению, образу жизни и труду.

Если пациент (его законный представитель) отказывается от медицинского вмешательства (госпитализации), но при этом отказывается оформить отказ в соответствии с требованиями законодательства, врач приемного отделения фиксирует такой отказ путем составления акта с уведомлением в течение 1 рабочего дня заведующего приемным отделением.

В акте указываются:

- дата и время составления акта;
- фамилии, имена, отчества и должности лиц, составивших акт;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения пациента;
- фамилия, имя, отчество законного представителя пациента (если отказ дан законным представителем);
- указание на отказ от медицинского вмешательства (госпитализации);
- причины отказа от медицинского вмешательства (госпитализации) со слов лица, его давшего (при наличии);
- указание на разъяснение пациенту (его законному представителю) возможных последствий отказа от медицинского вмешательства (госпитализации);
- подписи лиц, составивших акт.

Акт приобщается к медицинской документации пациента. В случае отказа от медицинского вмешательства (госпитализации) беременной женщины, несовершеннолетнего пациента информация об обращении в приемное отделение (приемный покой) и состоянии здоровья передается соответственно в женскую консультацию, детскую поликлинику по месту прикрепления в течение 1 рабочего дня с даты обращения. В случае принятия решения об отказе в госпитализации пациента врач приемного отделения:

- вносит информацию о принятом решении в Журнал приема пациентов и отказов в госпитализации и информационную систему медицинской организации;
- оформляет лист первичного (консультативного) осмотра пациента;
- выдает пациенту (его законному представителю) справку о нахождении в медицинской организации с указанием диагноза пациента, результатов оказанных ему медицинских исследований и консультаций, рекомендаций по лечению, образу жизни и труду.





Передача специальных сообщений об обращении пациентов в приемное отделение

Передача специальных сообщений осуществляется в следующие организации.

■ В территориальное подразделение Министерства внутренних дел Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации – в каждом случае обращения пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий, а также в каждом случае обращения ребенка с травмой вне зависимости от причины и обстоятельств получения травмы.

Передача данного сообщения осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 565н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий».

■ В территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека – в каждом случае обращения пациента с признаками инфекционного (паразитарного) заболевания, пациента, являющегося носителем возбудителя инфекционного (паразитарного) заболевания, пациента, которому установлен диагноз инфекционного (паразитарного) заболевания, пациента, умершего от инфекционного (паразитарного) заболевания, с острыми отравлениями химическими веществами.

Передача данного сообщения осуществляется в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного

врача Российской Федерации от 16.12.2013 № 65 «Об утверждении СанПиН 3.1/3.2.3146-13. Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней. Санитарно-эпидемиологические правила», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2000 № 460 «Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга».

■ В подразделение пожарной охраны, на территории обслуживания (выезда) которого расположена медицинская организация – о количестве находящихся в помещениях медицинской организации граждан (персонала и пациентов).

Передача специальных сообщений осуществляется врачом приемного отделения.

Информация о передаче специального сообщения вносится лицом, направившим сообщение, в

Журнал регистрации специальных сообщений.

Информирование об обращении пациента и состоянии его здоровья

Врач приемного отделения извещает законного представителя несовершеннолетнего пациента об обращении такого пациента в медицинскую организацию и состоянии его здоровья в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 15 лет включительно или больному наркоманией несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 16 лет включительно. Извещение осуществляется в день обращения пациента посредством телефонного звонка.

Врач приемного отделения извещает лицо, указанное пациентом, об обращении пациента в медицинскую организацию и состоянии его здоровья по просьбе пациента.

В случае смерти пациента в приемном отделении врач приемного отделения извещает его супруга, при его отсутствии – одного из близких родственников (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушку, бабушку), при их отсутствии – иных родственников или законных представителей. Извещение осуществляется в день смерти пациента, за исключением периода с 24 часов 00 минут до 06 часов 00 минут, если представление информации не оговорено с получателем заранее. Информация об извещении о смерти пациента с указанием времени разговора, номера телефона и фамилии, инициалов и степени родства лица, которому была предоставлена информация, фиксируется в медицинской карте стационара умершего пациента. Содержание извещения должно быть кратким и корректным, более подробная информация предоставляется заведующим приемным отделением либо лечащим врачом пациента при личной встрече.



Департамент
здравоохранения
города Москвы



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА
www.nioz.ru



ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ОСНОВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно – исследовательский институт Организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» в рамках имеющейся лицензии на образовательную деятельность

ПРОВОДИТ ОБУЧАЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Вид обучения	Наименование программы	Продолжительность обучения, часы, форма обучения	Целевая аудитория
Профессиональная переподготовка	Организация здравоохранения и общественное здоровье	504 Очная	<ul style="list-style-type: none"> • Главные врачи • Заместители главного врача • Заведующие структурными подразделениями • Врачи-статистики • Врачи-методисты
Повышение квалификации	Организация здравоохранения и общественное здоровье	144 Очная	<ul style="list-style-type: none"> • Заведующие структурными подразделениями (отделов, отделений лабораторий, кабинетов) медицинских организаций – врачи-специалисты
Повышение квалификации	Экспертиза временной нетрудоспособности	72 Очная	<ul style="list-style-type: none"> • Главные врачи • Заместители главного врача • Заведующие структурными подразделениями • Врачи-специалисты
Повышение квалификации	Организация здравоохранения. Заполнение форм федерального статистического наблюдения	72 Очная	<ul style="list-style-type: none"> • Заведующие структурными подразделениями • Врачи-статистики
Повышение квалификации	Организация здравоохранения. Правила кодирования заболеваемости и смертности населения. МКБ-10	72 Очная	<ul style="list-style-type: none"> • Врачи-специалисты



ПО ЗАЯВКАМ ВЕДУЩИХ
МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ
ПРОВОДЯТСЯ
ВЫЕЗДНЫЕ ЦИКЛЫ



НАШИ ЛЕКТОРЫ: ДОКТОРА И КАНДИДАТЫ НАУК,
ПРАКТИКУЮЩИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ, ВЕДУЩИЕ ЭКСПЕРТЫ
ОТРАСЛИ – **ВЛЯЮТСЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ В ОБЛАСТИ
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИМЕЮТ БОЛЬШОЙ
ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

ЗАЯВКИ И ВОПРОСЫ ПО ОБУЧЕНИЮ НАПРАВЛЯТЬ ПО АДРЕСУ: dponiozmm@gmail.com



НИКОЛАЙ ПИРОГОВ:

«НЕОБХОДИМА НЕ СТОЛЬКО НАУЧНАЯ ХИРУРГИЯ И ВРАЧЕБНОЕ ИСКУССТВО, СКОЛЬКО ДЕЛЬНАЯ И ХОРОШО УЧРЕЖДЕННАЯ АДМИНИСТРАЦИЯ»

АВТОР: ТАТЬЯНА БЕСКАРАВАЙНАЯ

Среди бесчисленных достижений великого русского хирурга Николая Ивановича Пирогова особо стоит выделить его вклад в развитие военно-полевой хирургии. Великий врач не только придумал этот термин, но и сделал ряд важнейших открытий, повлиявших на развитие медицины в целом. К главным его открытиям, связанным с медицинской помощью в военных условиях, относится разработанный им знаменитый принцип сортировки раненых, из которого впоследствии выросла вся лечебно-эвакуационная служба армии. Более того, этот принцип является основополагающим в отделениях экстренной помощи большинства больниц мира.



ПИРГОВСКАЯ НАБЕРЕЖНАЯ. ЗДАНИЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Военная сортировка по Пирогову

С конца XVII века медицинские работники находились в составе войскового обоза, раненые следовали самостоятельно или доставлялись к обозу с поля боя и оставались в нем на лечение. Негодные к дальнейшей службе сразу отпускались по домам, а остальные следовали в обозе за войсками до окончания боевых действий. Согласно Положению о врачебных заведениях, армия во время войны обеспечивалась следующими видами медицинских учреждений:

- войсковыми лазаретами, состоящими при полках, за счет которых во время боя развертывались передовые перевязочные пункты;
- дивизионными лазаретами, состоявшими из двух отделений, которые во время боя развертывали главный перевязочный пункт и имели штатную роту носильщиков для выноса раненых;
- военно-временными госпиталями, состоявшими из трех отделений на 210 мест каждое; постоянными военными госпиталями, существовавшими и в мирное время.

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ
СОРТИРОВКИ БЫЛ ВПЕРВЫЕ
ПРИМЕНЕН ВО ВРЕМЯ КРЫМСКОЙ
ВОЙНЫ 1853–1856 ГГ.**

В 1832 г. Николай Пирогов защитил докторскую диссертацию на тему «О перевязке брюшной аорты», в 1833–1836 гг. посетил хирургические клиники Германии и Франции, а в

1841 г. начал преподавать в медико-хирургической академии Санкт-Петербурга, где по его инициативе была создана клиника госпитальной хирургии и патологической анатомии. Пришлось ему поработать и военным врачом. Он был участником четырех войн: Кавказской (в 1847 г.), Крымской (1854–1855 гг.), Франко-Прусской (в 1870 г. по просьбе Красного Креста проводил там инспекцию госпиталей), Русско-Турецкой (1877 г.).

Свой огромный опыт военного врача ученый изложил в трудах, посвященных военно-полевой хирургии: «Начала общей военно-полевой хирургии» и «Военно-врачебное дело». Впоследствии они составили основу системы всей современной врачебной помощи раненым на поле боя. По мнению Николая Ивановича, «к достижению благих результатов в военно-полевых госпиталях необходима не столько научная хирургия и врачебное искусство, сколько дельная и хорошо учрежденная администрация», а каждый военный врач должен, умело распоряжаясь, уметь правильно организовать помощь раненым. «Мысль о сортировании раненых мне пришла именно тогда, когда пришлось иметь дело с тысячами раненых... Польза, приносимая в известных случаях ранними операциями, не окупает вреда, происходящего от неравномерного распределения помощи для большей части случаев», – писал Пирогов.

Метод медицинской сортировки им был впервые применен во время Севастопольской военной кампании в Крымской войне 1853–1856 гг. Описывая картину переполненных ранеными перевязочных пунктов в Севастополе, он писал: «Если врач в этих случаях не предположит себе главной целью прежде действовать административно, а потом уже врачебно, то он совсем растеряется, и ни голова его, ни руки не окажут помощи». По Пирогову, сортировка состояла из



ПИРОГОВСКИЙ ЗАЛ В ЭКСПОЗИЦИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО МУЗЕЯ

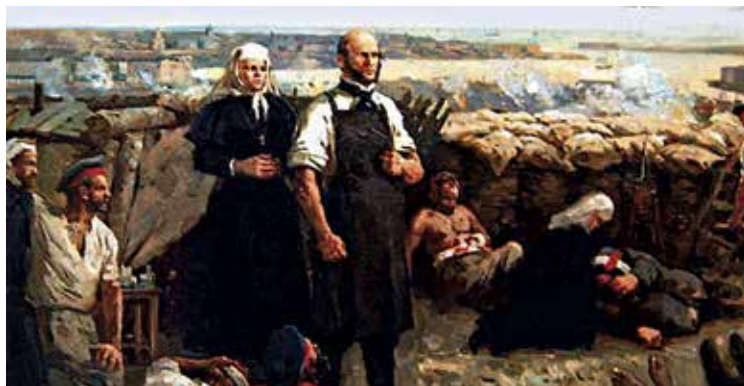
пяти категорий:

- безнадежные и смертельно раненые;
- тяжело и опасно раненые, которым необходима безотлагательная помощь;
- тяжелораненые, требующие также неотлагательного, но более предохранительного лечения;
- раненые, для которых непосредственное оперативное лечение необходимо для того, чтобы сделать возможной их транспортировку в тыл;
- легкораненые, у которых первое лечение ограничивается наложением легкой перевязки или извлечением поверхностно сидящей пули.



Развитие пироговского метода

В начале XX века, после смерти Николая Пирогова, дренажная система лечебно-эвакуационных мероприятий уступила место предложенной им системе рассеивания раненых. К началу Русско-Японской войны (1904–1905 гг.) система организации лечебно-эвакуационных мероприятий продолжала



развиваться. Интенсивность огня, активность боевых действий, маневренность и мобильность войск определяли необходимость разделения раненых и сосредоточения наиболее тяжелых из них в укрытиях, так называемых «гнездах раненых». Перевязки, наложение шин и неотложные операции проводились на передовой в перевязочных пунктах. Там проводилась

и медицинская сортировка раненых, которых в зависимости от обстановки направляли в главные перевязочные пункты, полевые госпитали или в военно-санитарные поезда – еще одно изобретение Николая Пирогова.

Кроме медицинской сортировки, Николай Пирогов внес в военно-полевую хирургию массу других открытий. Во время Кавказской войны он впервые применил неподвижные повязки (крахмальную, гипсовую), что позволило сократить количество ранних ампутаций, использовал эфир для наркоза, полагая, что «анестезия играет самую важную роль при оказании



оперативных пособий» и должна применяться не только при операциях, но и как болеутоляющее средство. Это позволило снизить смертность от болевого шока и дало хирургам больше времени для проведения оперативных вмешательств. Написал первый подробный анатомический атлас, подготовленный за счет анатомических исследований экспериментов на замороженных трупах, и первым дал классическое определение шока, которое до сих пор цитируется во всех руководствах. Раньше Л. Пастера и Д. Листера сделал гениальное предположение о возбудителях гнойных процессов и начал использование антисептиков для лечения ран, что позволило снизить количество ампутаций.

Подвижные госпитали развертывали в крупных населенных пунктах и железнодорожных узлах, образуя путем объединения так называемые сводные госпитали. Во время Русско-Японской войны впервые появились специализированные госпитали, укомплектованные 12 врачами-специалистами, располагающие специальным оснащением и предназначенные для оказания специализированной медицинской помощи и лечения определенных категорий раненых и больных. Эти госпитали были организованы в тылу – в Харбине, являвшемся тогда по своему положению центральным распределителем, и в Чите. В них были хирургическое, инфекционное, психиатрическое, венерологическое, офтальмологическое и отоларингологическое отделения.

Опыт Русско-Японской войны показал необходимость развития системы медицинского обеспечения и улучшения организации лечебно-эвакуационных мероприятий. В 1916 г. профессор Владимир Оппель впервые предложил усовершенствованную систему лечебно-эвакуационных мероприятий, получившую название «этапное лечение». Основным ее принципом стало максимально возможное приближение квалифицированной помощи к раненому и сочетание лечения с эвакуацией. При этом важнейшая особенность системы этапного лечения состояла в том, что лечебные мероприятия проводились с учетом дальнейшей эвакуации, а эвакуация осуществлялась с учетом фактического состояния раненых и их потребности в лечебных мероприятиях.

Возврат к дренажной системе

После революции 1917 г. этапное лечение в Красной Армии вернулось к дренажному типу, когда раненые и больные последовательно перемещались общим потоком через все этапы медицинской эвакуации вне зависимости от характера оказанной медицинской помощи, в которой они нуждались. Затем развитие медицинской науки обогатило военно-медицинскую службу новыми методами диагностики, оказания помощи и лечения раненых, что повлекло за собой техническое переоснащение частей и

учреждений медицинской службы и привело к существенным изменениям в дальнейшем развитии системы лечебно-эвакуационных мероприятий. Потребовалась организация операционных и перевязочных по всем правилам асептики и антисептики, противошоковых и реанимационных палат, госпитальных отделений для оперированных, изоляторов для инфицированных больных, диагностических лабораторий и физиотерапевтических кабинетов в госпиталях.

Эти перемены подчеркивали необходимость перестройки всей системы этапного лечения на основе эвакуации раненых и больных по назначению и создания специализированных госпиталей или отделений, начиная с армейских лечебных учреждений. В 1933 г. при разработке «Устава военно-санитарной службы РККА» была сделана первая попытка к изменению порядка проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках и к построению этапного лечения с эвакуацией в соответствии с медицинскими показаниями, т.е. по назначению. Однако провозглашенный в этом уставе принцип эвакуации по назначению не был тогда еще должным образом реализован.

Сейчас гениально простой принцип «пироговской» сортировки применяется практически во всех армиях мира. Он полностью сохраняет свое значение не только в военное время, но применяется в мирное время при чрезвычайных ситуациях с одномоментным массовым поступлением пострадавших в медицинские организации. Практически во всех развитых странах приемные отделения госпиталей осуществляют медицинскую сортировку пациентов и разделение их на потоки, используя методы, изначально созданные Н.И. Пироговым. В России, несмотря на то, что именем великого врача названы десятки больниц, медицинская сортировка пациентов практически не применяется. Впрочем, сейчас ей стали уделять повышенное внимание, и со временем число клиник, применяющих медицинскую сортировку, будет расти.

При подготовке материала использовалась книга «Военно-полевая хирургия. Руководство к практическим занятиям». (под редакцией профессора М.В. Лысенко, 2010 г.)