

ВІДДІЛЕННЯ «EMERGENCY DEPARTMENT», ЯК КОМПОНЕНТ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА СТРУКТУРНИЙ ПІДРОЗДІЛ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

¹Іскра Н.І., ²Печиборщ В.П., ²Михайловський М.М., ¹Кузьмін В.Ю.,
Крилюк В.О. ²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

²ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»

Мета. З метою створення дієвої системи екстреної медичної допомоги настає нагальна необхідність створення в багатопрофільних лікарнях відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, як компонентів цієї системи та структурних підрозділів лікарень.

Матеріали та методи. У дослідженні використані матеріали наукових досліджень стосовно особливостей організації планування функції та структури «emergency department» у США та країнах з розвинутою ринковою економікою. Вказані матеріали опрацьовані за допомогою аналітичного методу.

Результати. В результаті вивчення досвіду діяльності системи екстреної медичної допомоги розвинених країн запропоновані конкретні шляхи її оптимізації в Україні.

Висновки. Тільки за умови створення повноцінних відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги як компонентів системи екстреної медичної допомоги та структурних підрозділів багатопрофільних лікарень можливе суттєве поліпшення діяльності всієї системи. Водночас створення оптимальної структури системи екстреної медичної допомоги передбачає достатнє бюджетне фінансування процесів реорганізації приймальних відділень лікарень у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги на основі досконалого вивчення потреби населення в екстреній (невідкладній) медичній допомозі за територіальним принципом.

Ключові слова: відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, система екстреної медичної допомоги, структурний підрозділ, багатопрофільна лікарня.

Вступ. Відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги (Е(Н)МД) багатопрофільних лікарень вперше створені в США під назвою «emergency department» («ED»). На даний час, вони використовуються в системах Е(Н)МД на ранньому госпітальному етапі більшості країн з розвинутою ринковою економікою, як у повсякденних умовах, так і за умов надзвичайних ситуацій (НС) в мирний час та в особливий період.

Статтями 5 та ст.10 Закону України «Про екстрену медичну допомогу», від 05.07.2012 р. передбачено введення до складу системи

екстреної медичної допомоги (ЕМД) України відділень Е(Н)МД у багатопрофільних лікарнях, в яких, у цілодобовому режимі повинно забезпечуватись надання ЕМД пацієнтам (хворим/постраждалим), доставленими бригадами швидкої медичної допомоги (ШМД) чи іншими особами та пацієнтам, які звернулися за наданням такої допомоги чи іншої невідкладної медичної допомоги особисто [1].

Першою країною, що запровадила систему «ED» вважають США. Ще в 60^x роках минулого століття у США, а пізніше у Великобританії, Австралії та інших економічно розвинених державах (в останні роки й в окремих державах СНД) у складі багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування відділення Е(Н)МД стають обов'язковими структурними підрозділами [3, 5-10, 13, 15-18]. Майже третина населення щорічно звертається з гострими та загостренням хронічних захворювань до «ED» у США.

Світовою практикою доведено необхідність створення певної структури відділень Е(Н)МД, що дозволяє надати відповідну медичну допомогу всім пацієнтам, які по неї звернулись.

Аналіз летальності та інвалідності внаслідок несвоєчасної і неякісної екстреної догоспітальної та ранньої госпітальної медичної допомоги в Україні перевищує в рази летальність та інвалідність з цих причин в порівнянні із більшістю економічно розвинених країн завдяки якості налагодженої у них принципово нової системи ЕМД. Це досягається завдяки налагодженій системі догоспітального етапу та принципово нової системи ранньої госпітальної допомоги у відділеннях Е(Н)МД багатопрофільних лікарень, а також якості підготовки медичного персоналу та узгодженої послідовності їх діяльності на кожному етапі [19].

Враховуючи це, вперше в Україні ст. 10 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» [1] сформулювала правові основи введення в багатопрофільних лікарнях, які забезпечують у цілодобовому режимі надання ЕМД пацієнтам у невідкладному стані, доставленим у лікарню бригадами ЕМД чи іншими засобами, відділень Е(Н)МД, як структурних елементів за зразком закордонних аналогів «ED».

Новоприйнятий Кодекс цивільного захисту України дещо по-новому сформулював питання організації надання ЕМД постраждалим при НС функціональною підсистемою цивільного захисту МОЗ України та з акцентував увагу на важливу роль в цьому напрямку відділень Е(Н)МД багатопрофільних лікарень [2, 4, 8].

Мета. З метою створення дієвої системи ЕМД в державі, настає нагальна необхідність створення в багатопрофільних лікарнях відділень Е(Н)МД, як компоненту цієї системи та структурних підрозділів лікарень.

Матеріали та методи. У дослідженні використані матеріали наукових досліджень стосовно особливостей організації планування функції та структури «ED» у США та країнах з розвиненою ринковою економікою. Вказані матеріали опрацьовані за допомогою аналітичного методу.

Результати дослідження та їх обговорення. Багаторічний досвід функціонування в лікарнях розвинених країн «ED» дозволяє стверджувати

про їх високу ефективність в системі ЕМД та оптимальне вирішення питань забезпечення всіх категорій пацієнтів території обслуговування необхідною медичною допомогою.

Слід відмітити, що успіх надання ЕМД не був зумовлений в США (а потім і в більшості країн з розвинутою ринковою економікою) тільки введенням «ЕД». Він базувався на сукупності реформування тріади технологій: догоспітального та раннього госпітального етапів, їх принципово нового кадрового забезпечення та унікальної сучасної диспетчеризації в комплексі системи зв'язку «911».

Утворення сучасної системи ЕМД у США починалось в 60-і роки минулого століття, коли в державі вже функціонувала могутня галузь охорони здоров'я і на лікування хворих витрачалось щорічно в середньому близько 6 % ВВП (біля 50 млрд. дол. по курсу того періоду) [17, 19].

Медики-науковці, аналізуючи велику летальність серед пацієнтів з невідкладними станами на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах, провели глобальні наукові дослідження. В доповіді НАН США «Захворюваність та інвалідність внаслідок нещасних випадків...» (1966 р.) були розкриті потенційні можливості щодо порятунку значної кількості осіб, які раптово захворіли вдома, на вулиці, в місцях загального користування чи постраждалих від нещасного випадку і запропоновані рекомендації щодо розвитку системи сучасної ЕМД. Рекомендації були покладені в основу прийнятого Акту щодо національної безпеки на автостадах, в якому на першому етапі Департаменту транспорту США доручалось обладнати машини ШМД сучасними засобами зв'язку, а медичній службі департаменту Охорони Здоров'я було доручено розробити програми підготовки медичних працівників ЕМД.

У 1973 р. був прийнятий федеральний закон про ЕМД [16-19]. Окремі складові системи ЕМД США фінансово та адміністративно незалежні та включають структури усіх форм власності. Їх робота направлена на надання медичної допомоги конкретним пацієнтам, тому вони взаємозалежні функціонально, що, насамперед, потребує узгодженого планування, стандартизації та взаємного корегування усіх видів діяльності.

Згідно з федеральним законом, – визначені правові засади ЕМД та розподіл повноважень між Федерацією та штатами. Федерація забезпечує уніфікацію функціонування системи (джерела фінансування, єдині протоколи рівня та обсягу медичної допомоги, вимоги щодо рівня підготовки фахівців, їх атестування та сертифікації, стандарти транспортних засобів та закладів ЕМД). Влада штатів та окремих регіонів утворює служби ЕМД, в основному, за власні кошти та на початковому етапі – надає субсидії Федерації.

На реалізацію концепції ЕМД було виділено із федерального бюджету за 1974-1982 р.р.: на наукові дослідження – 39 млн. дол., на підготовку кадрів – 59 млн. та на впровадження в практику наукових розробок ще 435 млн. [13].

Важливим початковим етапом розбудови нової системи ЕМД була уніфікація системи підготовки медичних працівників для кваліфікованого і

економічно оптимального забезпечення функціонування усіх етапів догоспітальної та ранньої госпітальної ЕМД. Головною організуючою ланкою системи стали лікарі за фахом «медицина невідкладних станів» («МНС») [19].

На вимогу Закону про ЕМД була введена спеціалізація «лікар МНС», на їх підготовку виділені значні асигнування та відкрита резидентура з цієї спеціалізації в 51 учбовому закладі, що дало змогу з 1972 р. по 1980 р. підготувати 740 лікарів «МНС». Означена категорія лікарів об'єдналась в Національну Асоціацію Лікарів Служби Швидкої Медичної Допомоги (National Association of Emergency Medical Services Physicians – NAEMSP), результати діяльності якої важко переоцінити, хоча безпосередньо в рухомий склад бригад ШМД лікарі не входять. Рухомий склад бригад ШМД складають парамедики («paramedics» – «PM») та медичні техніки з «МНС» («emergency medical technicians» – «EMT») [19]. Для підготовки «PM» та «EMT», – були утворені чисельні курси, що працювали за спеціальною єдиною програмою.

Однією з основних особливостей організації роботи системи ЕМД штату й округів є плановість, тобто попередня розробка планів діяльності цієї системи. В планах ставиться загальна мета, формулюються завдання для системи, наявні ресурси та короткострокові й довгострокові заходи щодо досягнення поставлених завдань, фінансові, технічні та політичні обов'язки кожного з учасників системи.

Одним з принципів, який закладається при плануванні, – є реалізація «ярусного реагування», суть якого полягає в тому, що до місця пригоди в першу чергу направляються бригади, що розміщені найближчі до нього (іноді з менш кваліфікованими фахівцями), які починають надавати ЕМД із стабілізації стану пацієнта (хворого/постраждалого) не чекаючи приїзду більш підготовлених, але більш віддалених спеціалістів. «Ярусне реагування» вимагає того, щоб усі, хто надає ЕМД, були підготовлені в єдиному стратегічному та тактичному напрямку і діяли за єдиною методикою (при цьому елементи інтенсивної терапії з підтримки життєдіяльності (ALS) наближаються до місця пригоди) [14, 15].

Для роботи в рухомому складі також організована унікальна система підготовки, атестації, реєстрації фахівців інших відомств для надання обов'язкової уніфікованої домедичної допомоги на місці пригоди: пожежників, поліціантів тощо.

Законодавець – держава сформулювала економічну (фінансову) і правову структуру взаємовідносин між учасниками реалізації ЕМД. Слід зазначити, що вся нормативна та спеціальна медична частина: протоколи, технологічні аспекти надання ЕМД, вимоги до медичного обладнання, стандарти конструкцій підрозділів «ED», підготовка медичного персоналу фахівців з надання ЕМД та домедичної допомоги, диспетчеризації та функціонування зв'язку при цьому ініціювалась NAEMSP та приймалась «Сумісною комісією з акредитації госпіталів» (СКАГ) [19].

«ED» у США, – це відділення багатопрофільної лікарні, яке забезпечує надання первинної екстреної госпітальної допомоги пацієнтам (хворим/постраждалим) у невідкладному стані з широким спектром гострих захворювань та пошкоджень. Ці відділення почали створюватись в лікарнях США в 1945-60 рр у відповідь на зростання санітарних втрат при неякісному наданні ЕМД на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі. Спочатку відділення були недостатньо оснащені та лише біля 5 % госпіталізованих в них були у критичному стані. Єдиного ланцюга: лікаря з «МНС» та його «рук» – середнього медичного персоналу і «РМ» на місці пригоди ще не було, як не було й концепції самого відділення [7].

З 1960 р. по 1970 роки сформувалося поняття невідкладної медицини, як окремої дисципліни, зазнали змін відділення стосовно їх архітектури – відділення почали умовно розподіляти на окремі зони.

З 1970 р. сформувалося поняття «ED» в сучасному розумінні. Основним принципом їх функціонування є якнайшвидша ефективна ЕМД з перших секунд госпіталізації.

При поступленні у «ED», всі пацієнти (хворі/постраждалі) підлягають швидкому сортуванню, опитуванню та обстеженню за стандартизованими протоколами з метою визначення характеру та тяжкості захворювання/пошкодження.

Пацієнти доставляються в «ED» машинами ШМД чи надходять за самозверненням. Особи в тяжкому стані негайно обстежуються лікарем, стабілізується їх загальний стан, при необхідності терміново направляються в реанімаційну зону відділення невідкладної допомоги, де на них очікує лікар з «МНС» та бригада фахівців. Водночас, пацієнти, що поступають за самозверненням, в залежності від тяжкості стану, – оглядаються медсестрою чи лікарем з «МНС». Всі пацієнти оглядаються лише в залежності від ургентних показань, незалежно від часу їх прибуття до відділення.

Звичайно, «ED» мають окремий вхід з холлом та кімнатою очікування для пацієнтів за само зверненням та окремий в'їзд для машин ШМД (посадки гелікоптерів). Після початкової оцінки та надання адекватної ЕМД, – пацієнтів госпіталізують в стаціонарні відділення або переводять до інших лікарень, чи після стабілізації стану – виписують з направленням на амбулаторне лікування [7, 10, 13].

Щорічно до «ED» лікарень у США в середньому звертається 321 особа з кожної 1 000 населення.

Структура та штати «ED» залежать від ліжко фонду і профілю клінічних відділень. Інколи це повноцінне відділення, інколи лише – кімната невідкладної допомоги («emergenci room» – «ER»).

Персонал «ED» комплектується з лікарів, помічників лікаря, медичних сестер, «РМ», «ЕМТ» та іншого допоміжного персоналу, лише після проходження спеціальної підготовки з «МНС». «ED» працюють цілодобово. Типове відділення ED має декілька зон, обладнаних сучасною медичною апаратурою.

Структура «ED», його обладнання та штати, режим роботи, функціональні обов'язки кожного працівника жорстко регламентовані стандартами СКАГ. Відділення функціонує і надає ЕМД, як при повсякденних умовах, так і за умов НС у мирний час та особливий період. Робота «ED», як і всієї лікарні за умов НС, проводиться згідно з планами надання ЕМД при НС мирного часу та в особливий період. При цьому передбачається організація медичного сортування та проведення деконтомінації, як на території лікарні, так і виїзними формуваннями лікарні біля осередку НС [7, 11-15].

При проектуванні «ED» використовують 2 типи архітектурних рішень: централізований або децентралізований.

Компонентами (зонами) відділення при типовому плануванні є:

1. Окремі входи:

- для пацієнтів, що ходять (як правило звертаються самостійно або госпіталізуються в плановому порядку);
- для пацієнтів, що госпіталізуються автомобілем ШМД чи гелікоптером;
- окремий вхід в ізоляційні бокси (інфекційні хвороби, при враженні хімічними чи радіаційними агентами).

2. Зона очікування для стабільних пацієнтів (кімнати для дітей, кафетерії та інші зручності).

3 Зона сортування, де пацієнти оглядаються медсестрою, яка проводить попередній їх огляд перед тим, як передати пацієнта в іншу зону «ED» чи до відділення лікарні (коли стан пацієнта є нестабільним, – він не оглядається в сортувальній зоні, а госпіталізується одразу в реанімаційну зону) [7, 17, 19].

4 Реанімаційна зона. Як правило, вона складається з одного чи декількох індивідуальних реанімаційних блоків (один блок спеціально обладнаний для педіатричної реанімації). Кожний блок обладнаний дефібрилятором, апаратами для штучної вентиляції легень, киснем, системами та розчинами для внутрішньовенного вливання, ліками для надання невідкладної допомоги. Реанімаційні зони можуть також мати ЕКГ-апарати, та можливість виконувати рентгенографічні дослідження. З іншого обладнання можуть бути наявні апаратура для проведення неінвазивної вентиляції та портативні апарати УЗД [7, 10].

5 Головна (загально-медична зона) – призначена для пацієнтів зі стабільним станом, але які потребують виконання певних медичних маніпуляцій (обробка ран, вправлення вивихів, накладання гіпсової пов'язки та інші) чи проведення додаткового обстеження (КТ, УЗД, лабораторні обстеження). Слід зазначити, що під «ліжком» у «ED» розуміють носії чи каталку, а не звичайне ліжко. Кількість ліжок може складати від 7 до 11 % від загальної кількості ліжкового фонду лікарні.

6 Педіатрична зона, де передбачені вихователі (няньки), які доглядають за дітьми під час знаходження дітей в «ED» та виконують їм діагностичні маніпуляції.

7 Іноді бувають акушерські зони.

8 Зона для персоналу «ED».

9 Зона для пацієнтів з інфекційними захворюваннями, що потребують ізоляції, а також в випадку враження радіаційними або хімічними агентами (обов'язково вхід в зону є окремим та розміщений поряд з входом для ургентних хворих).

У США і в Великобританії, законодавчо регламентовані нормативи штатів в залежності від кількості пацієнтів. Так, середнє навантаження лікаря на одну годину дорівнює 2,75 відвідування/год.. Для відділення на 30 тис. відвідувань і 1 920 год. роботи лікаря протягом року, – кількість ставок лікаря складає 4,56. Навантаження медичної сестри в середньому складає 0,82 год. на пацієнта (за 6 год. вона повинна доглянути 6,9 пацієнтів). Сумарний час роботи медичних сестер складає 107,97 год. за добу або 39416,35 год. за рік. Враховуючи перерву на обід, медичні сестри фактично працюють 90 % оплаченого часу. За таких умов виникає потреба в 21,05 ставок медичних сестер [13, 14].

«ED» створюються і працюють в лікувальних стаціонарах США усіх форм власності: державних, суспільних, приватних. Отримати право на створення «ED» може тільки заклад найвищого рівня сертифікації і це при тому, що кожний заклад створює і утримує «ED» за власний рахунок. Наявність «ED» в структурі медичного закладу свідчить про його елітарність і високий професіональний рівень.

Аналіз досвіду роботи відділень «ED» в США виявив дуже цікаву і несподівану її особливість, яку перейняли і впроваджують зараз десятки країн світу [19].

Однією з особливих функцій «ED», – це надання не екстреної медичної допомоги кожному громадянину, який звертається за медичною допомогою із любим загостренням хронічної хвороби, скаргами на стан здоров'я тощо.

Законодавство США, незважаючи на розвинену первинну медичну допомогу населенню, зобов'язує «ED» надавати цілодобово безоплатну не екстрену медичну допомогу та проводити обстеження кожного, хто звернувся в любий час доби при погіршенні стану здоров'я за нею.

Фактори, які сприяють зверненню громадян в «ED», а не до лікаря системи первинної медичної допомоги наступні:

- цілодобова робота «ED»;
- краще забезпечення «ED» медичним обладнанням для повноцінного проведення дослідження стану здоров'я кожного пацієнта згідно з обов'язковими протоколами та з рекомендацією подальшого лікування;
- наявність перекладачів для неангломовних пацієнтів.

Статистика свідчить, що наявність системи не екстреної медичної допомоги в «ED» суттєво покращила загальні показники лікування хворих та зменшила показники інвалідизації та смертність в державі.

Управління статистики амбулаторної та госпітальної медичної допомоги США опублікувало результати вибіркового дослідження щодо надання не екстреної медичної допомоги в «ED» 427 лікарень держави за 2010 р.. Всього було зафіксовано 129,843 тис. відвідувань пацієнтів, які звертались за амбулаторною допомогою (42,8 % від усіх пацієнтів у

невідкладному стані, що були доставлені бригадами ШМД та самі звернулись в «ED»). Тобто у перерахунку до всієї кількості звернень, 127 осіб з кожної тисячі громадян, що звернулись за ЕМД, – отримали амбулаторну допомогу в «ED» [16-18].

Хворі звертались зі скаргами на біль у шлунку, у грудній клітці, на лихоманку, головний біль, біль у попереку, кашель, блювоту тощо. Вони пройшли повне обстеження за протоколами «ED», після чого 17,249 тис. із них (13,3 %) – було госпіталізовано до тієї лікарні, куди вони звернулись, 2,003 тис. із них (1,5 %) – госпіталізовано в інші лікарні, а 240 осіб (0,2 %) – померли в «ED».

В усіх національних системах охорони здоров'я є безумовно певні відмінності. Зупиняючись на всіх них, слід відмітити досвід США. Особливо заслуговує на увагу досвід надання не екстреної медичної допомоги в «ED», який безперечно потребує впровадження в ЛШМД України, особливо в лікарнях з меншим за чисельністю населенням містах та в областях з більшою кількістю сільського населення [14, 18].

Особливої уваги для України заслуговують новації Австралії, де протягом 2 років на базі існуючого ліжкового фонду було розгорнуто 6 категорій «ED», які після втілення відповідної нормативно-правової бази щодо структури, функціонування та кадрів «ED», – створили умови для охоплення медичними послугами усіх жителів держави.

Разом з тим, враховуючи відмінності стану, структури, фінансування медичних закладів України та держав світу з розвиненою ринковою економікою, відмінності системи, рівня підготовки та спеціалізації медичного складу цих держав, лише механічне застосування діючих в цих державах нормативно-правових актів для реформування медичної галузі в Україні – неможливе. Потрібні розробки моделі впровадження системи «ED», технічного переоснащення приймальних відділень та перепідготовки значної частини медичних працівників для створення в Україні сучасної системи відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги по типу «emergency department».

Висновки.

Безперечним залишається факт, що створення всебічно збалансованої системи екстреної медичної допомоги неможливе без впровадження в діяльність багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування структурних підрозділів – відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги по типу «emergency department», що діють в багатьох розвинених країнах світу. Водночас, створення діючої системи екстреної медичної допомоги передбачає докорінне реформування сукупності тріади її компонентів: догоспітального та раннього госпітального етапів та створення сучасної диспетчерської служби на підставі принципово нових вимог до підготовки медичного персоналу бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги, оперативного-диспетчерської служби, комп'ютеризації та удосконалення її засобів зв'язку.

Не маловажне значення в процесі формування цієї системи відіграє позитивний досвід використання відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги в розвинених країнах світу, а також адаптована, з урахуванням усіх особливостей діяльності багатопрофільних лікарень України, методика індивідуального розрахунку їх штатних нормативів.

Необхідно зробити наголос на тому, що за умов економічної та соціальної кризи в країні під час ведення антитерористичної операції на сході України, при хронічному недофінансуванні системи охорони здоров'я провести заходи щодо створення повноцінної системи екстреної медичної допомоги буде складно тому, що весь комплекс цих заходів потребує значних державних коштів.

Література.

1. Закон України «Про екстрену медичну допомогу», від 5 липня 2012 р., № 5081-V, Київ, 2012.
2. «Кодекс цивільного захисту України», від 2.10.2012 р., № 5403-V1, Київ, 2012.
3. Гур'єв С.О. Особливості концепції створення відділень екстреної медичної допомоги в системі надання медичної допомоги населенню при надзвичайних ситуаціях в США та Великобританії / С.О. Гур'єв, Н.В. Гуселетова, В.О. Крилюк // Матеріали наукового симпозіуму з міжнародною участю «Актуальні питання медицини невідкладних станів». – Київ, 2014.
4. Гур'єв С.О., Гуселетова Н.В., Печиборщ В.П., Терентьєва А.В. Михайловський М.М. Відділення екстреної медичної допомоги лікарні швидкої медичної допомоги в структурі системи медичного захисту населення постраждалого внаслідок надзвичайної ситуації. // Матеріали 16^{-ї} Всеукраїнської науково-практичної конференції рятувальників. К. 2014. 85-86.
5. Комаров Б.Д. Основы организации экстренной специализированной медицинской помощи / Б.Д. Комаров, Т.Н. Богницкая, А.И. Арбаков [и др.]. – М.: Медицина, 1986. – 272 с.
6. Неотложная медицинская помощь / Под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза; пер. с англ. В.И. Кондрора. – М.: Медицина, 2001. – 879 с.
7. Рошін Г.Г. Система невідкладної медичної допомоги США. Особливості її організації та підготовки фахівців / Рошін Г.Г., Корнієнко М.М., Нацюк М.В. [та ін.]. – Київ: МОЗ України, УНПЦ ЕМД та МК, КМАПО ім. П.Л. Шупика, 2004. – 206 с.
8. Рошін Г.Г. Система невідкладної медичної допомоги та шляхи її удосконалення як ланки догоспітального етапу єдиної системи екстреної медичної допомоги в Україні / Г.Г. Рошін, Н.І. Іскра, В.М. Завальний, М.М. Михайловський, В.Ю. Кузьмін // Острые и неотложные состояния в практике врача . К. – 2010 – №3, – С.5-9.

9. Смайли Д.Р. Краткий обзор систем неотложной медицинской помощи / Д.Р. Смайли // Информационный сборник АМОЗ. – 2000. – № 1. – С. 1-26.
10. Смайлі Д.Р. Відділення невідкладної медичної допомоги – етапи розвитку та принципи функціонування / Д.Р. Смайлі, Г.Г. Роцін // Екстрена медицина: від науки до практики. – 2013. – № 1. – С. 74-81.
11. Юрченко В.Д. Деконтамінації постраждалих внаслідок дії хімічних, радіаційних чинників та біологічних агентів / В.Д. Юрченко, С.В. Синельник, В.О. Крилюк, В.Ю. Кузьмін, В.М. Падалка // Екстрена медицина. 2013 – №2, – С.97-107.
12. Юрченко В.Д. Організація роботи приймального відділення під час надзвичайних ситуацій: аналіз досвіду країн СНД / В.Д. Юрченко, В.О. Крилюк, В.Ю. Кузьмін, І.В. Кузьмінський, О.Є. Крилюк // Екстрена медицина: від науки до практики.. 2014 – №2 (08), – С.33-40.
13. Emergency Department Strategic Directions - Priorities and Planning Guidelines for the NSW Health System 1997-2000, NSW Health, 1997.
14. Emergency Departments Planning Model, Final Report, KPMG 2000.
15. Implementing the Emergency Medicine AMWAC Recommendations Report of the NSW Steering Committee on the Feasibility, Assessment and Implementation of the AMWAC Emergency Medicine Workforce Recommendations, February 2000.
16. Karen Hammad, Paul Arbon, Kristine Gebbie, Alison Hutton, How the Emergency Department Changes During a Disaster Response, Prehospital Disaster Med 2013;28(Suppl. 1):s159.
17. New South Wales Government (1997) Emergency department strategic directions: priorities and planning guidelines for the NSW health system 1997–2000? North Sydney: NSW Health, 25 pp.
18. Przemyslaw Gula, Robert Brzozowski, Krzysztof Karwan. How to Prepare an Emergency Department for a Mass Casualty Event. Could War Experience be Helpful. Prehospital Disaster Med 2013;28(Suppl. 1):s107.
19. Schafermeyer R.W., Asplin B. R.(2003) Hospital and emergency department crowding in the United States. Emergency Medicine, vol. 15, pp. 22-27.

ОТДЕЛЕНИЕ «EMERGENCY DEPARTMENT» КАК КОМПОНЕНТ СИСТЕМЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

¹Искра Н.И., ²Печиборщ В.П., ²Михайловский М.М., ¹Кузьмин В.Ю.,
Крылюк В.Е. ²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

²ДЗ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ Украины»

Цель. С целью создания действенной системы экстренной медицинской помощи наступает острая необходимость создания в многопрофильных больницах отделений экстренной (неотложной) медицинской помощи в качестве компонентов этой системы и структурных подразделений больницы.

Материалы и методы. В исследовании использованы материалы научных исследований, посвященные особенностям организации, планирования, функции и структуры «emergency department» в США и странах с развитой рыночной экономикой. Указанные материалы проработаны с помощью аналитического метода.

Результаты. В результате изучения опыта деятельности системы экстренной медицинской помощи развитых стран предложены конкретные пути ее оптимизации в Украине.

Выводы. Только при условии создания полноценных отделений экстренной (неотложной) медицинской помощи в качестве компонентов системы экстренной медицинской помощи и структурных подразделений многопрофильных больниц возможно существенное улучшение деятельности всей системы. В то же время создание оптимальной структуры системы экстренной медицинской помощи предусматривает достаточное бюджетное финансирование процессов реорганизации приемных отделений больниц в отделения экстренной (неотложной) медицинской помощи на основе досконального изучения потребности населения в экстренной (неотложной) медицинской помощи по территориальному принципу.

Ключевые слова: отделения экстренной (неотложной) медицинской помощи, система экстренной (неотложной) медицинской помощи, структурное подразделение, многопрофильная больница.

DEPARTMENT EMERGENCY DEPARTMENT DEVELOPED COUNTRIES AS SYSTEM COMPONENTS EMERGENCY MEDICAL SERVICE AND SUBDIVISIONS MULTI-FIELD HOSPITAL

¹Iskra N., ²Pechyborsch V., ²Michaylovskiy M., ¹Kuzmin V., Kryliuk V.

¹Natsionalna Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupika

²DZ «Ukrainian scientific-practical center of emergency medical care and disaster medicine Ministry of Health of Ukraine»

Goal. In order to create a system of emergency medical aid comes an urgent need for a multi- hospital emergency departments (emergency) medical care as a component of the system and structural units of the hospital.

Materials and methods. The study used US material scientific articles and countries with developed market economies . These materials are worked out with the help of an analytical method .

Results. A study of emergency medical system the experience of developed countries suggested specific ways to optimize it in Ukraine.

Conclusions. Only by creating a full-fledged emergency departments (emergency) medical care as components of emergency medical care system and structural subdivisions of general hospitals may significantly improve the performance of the entire system. At the same time the creation of optimal emergency medical system structure provides a sufficient budget financing restructuring processes receiving hospital departments in the emergency department (emergency) medical care on the basis of a thorough study of the needs of the population in an emergency ((emergency) medical aid on a territorial basis.

Keywords: emergency departments care, the system of emergency care, a structural unit, General Hospital.