

УДК 616-082.4

Особливості організації медичного персоналу приймального відділення під час масового надходження хворих і потерпілих на базі Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова

Мельник І. В.¹, Мокрий І. Л.²

¹Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Львів, Україна

²КП ЛОР «Львівська станція швидкої медичної меддопомоги», м. Львів, Україна

Резюме. У статті висвітлено особливості організації медичного персоналу приймального відділення КМКЛШМД м. Львова під час масового надходження хворих і потерпілих, наведено план реагування структурних підрозділів лікарні та алгоритм надання екстреної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі.

Ключові слова: ранній госпітальний етап, масове надходження, невідкладна меддопомога, алгоритм, план реагування підрозділів.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначити основні принципи організації медичного персоналу під час масових випадків на ранньому госпітальному етапі.

АКТУАЛЬНІСТЬ

У наш час, коли техногенні, екологічні катастрофи, дорожньо-транспортні пригоди, нещасні випадки, різноманітні травми, наслідки вибухів, вогнепальні поранення частішають щороку, актуальною залишається проблема прийому масових випадків у лікарні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Об'єктом дослідження було приймальне відділення в багатопрофільній лікарні вищого рівня акредитації у м. Львові. Щопівроку для персоналу приймального відділення (а для всієї лікарні щороку) проводяться тренінги з фіксацією часу на проведення прийому різної кількості хворих і потерпілих (від 10 та більше одночасно). Враховуючи досвід попередніх масових випадків, які приймала лікарня (різноманітні ДТП, руйнація старих будівель, аварії на будівництві, вибух у житловому будинку, Сквиливська трагедія на летовищі, масові отруєння чадним газом, наслідки вірусних інфекцій), з 2000 року були розроблені плани реагування структурних підрозділів у випадку масових надходжень з місць надзвичайних ситуацій. Плани реагування з роками вдосконалювались і доповнювались.

Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги – один з потужних лікувально-профілактичних медичних закладів Львова, розгорнутий на 920 ліжок (рисунок 1). Усі відділення знаходяться в одному корпусі та функціонують як один комплекс. КМКЛШМД – це багатопрофільна лікарня з перевагою ліжок хірургічного профілю (3 хірургічних відділення, 2 травматології, урологія, 2 гінекології, нейрохірургія, центр травми ока, щелепно-лицева хірургія) та 6 відділень

терапевтичного профілю (2 терапії, 2 кардіології, 2 неврології). Відділення реанімації та інтенсивної терапії розгорнуто на 24 ліжка та блоки інтенсивної терапії неврології та кардіології інфарктного відділення.



Рисунок 1
Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова

Приймальне відділення лікарні та травматологічний пункт – це ранній госпітальний етап надання невідкладної медичної допомоги. Особливість роботи медичного персоналу цих підрозділів під час надходження великої кількості хворих і потерпілих – це невідкладна допомога в короткий час, розподіл хворих і потерпілих на потоки (для реанімаційних заходів, скерування в операційний блок, на діагностичні заходи, у профільні відділення) [1, 3].

Від раціональної організації роботи медперсоналу залежить оперативність, взаємодія та синхронізація дій із забезпеченням своєчасної госпіталізації.

Основні заходи, які належить виконати у короткий час, – це організація та управління медперсоналом, вивільнення шляхів під'їзду до лікарні, встановлення відповідних вказівок, розгортання сортувального майданчика, огляд конвеєрним методом згідно TRIAG, інструктаж інших відділень зі співпраці, оповіщення і виклик додатково спеціалістів та медичного персоналу за необхідності, підготовка операційних, ВРІТ до роботи у надзвичайному режимі, підготовка до відкриття резервів, підготовка засобів зв'язку, взаємоінформування [2].

Готовність медперсоналу – це один з найважливіших факторів якісного надання невідкладної медичної допомоги. Важливим компонентом невідкладної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі є діагностичний, і необхідні невідкладні діагностичні відділення знаходяться на I поверсі лікарні: лабораторія, комп'ютерна томографія, рентгенологія, агіографія, фіброгастродуоденоскопія, ультрасонографія.

По всій Україні відбувається формування відділень невідкладної медичної допомоги на базі багатoproфільних лікарень. Наше приймальне відділення від приймально-діагностичного поступово формується у відділення невідкладної меддопомоги. Територія відділення дозволяє розгорнути вторинне сортування на ранньому госпітальному етапі для 20 і більше хворих і потерпілих з різною патологією та різними ушкодженнями одночасно (рисунок 2) [1, 4].



Рисунок 2
Частина території холу приймального відділення

За 2013 рік через приймальне відділення та травматологічний пункт надійшло більше 54 тисяч хворих і потерпілих – це більше 150 хворих і потерпілих у середньому за добу. Згідно зі штатним розкладом і загально-лікарняним графіком цілодобово передбачено чергування лікаря приймального відділення, травматолога травм пункту, лікарів анестезіологів ВРІТ і бригад лікарів хірургічного профілю. На сьогодні ефективний мультидисциплінарний принцип невідкладної медичної допомоги. І бригадний або командний підхід ефективний не тільки у приймальному відділенні, а й на всіх етапах стаціонарного лікування. Важкого хворого/потерпілого за короткий час можуть оглянути близько 6 спеціалістів (рисунок 3).



Рисунок 3. Надходження травмованих через травм пункт

За масового надходження вторинне сортування відбувається на території приймального відділення та травматологічного пункту. Зональність скерування хворих і потерпілих зображена на рисунку 4. Сортування проходить за системою START. Коли пацієнт у критичному стані, діагностичні та лікувальні заходи виконуються одночасно.

Концепція завершеного циклу надання невідкладної меддопомоги, наступність від бригад швидкої меддопомоги дозволяє надати будь-який вид невідкладної допомоги в багатопрофільній лікарні цілодобово.



Рисунок 4
Зональність приймального відділення КМКЛШМД

Основними організаційними заходами по лікарні у випадках масового надходження є затверджений план дій для кожної ланки працівників. Для того, щоб вчасно й оперативно діяти в умовах надзвичайних ситуацій і масових надходжень, використовуються сумісні тренінги з бригадами швидкої меддопомоги, центру медицини катастроф і працівниками приймального відділення та травматологічного пункту.

У лікарні розроблено алгоритми дій персоналу під час надходження пацієнтів у приймальне відділення (рисунки 5, 6).

Від диспетчера станції швидкої меддопомоги надходить інформація до реєстратури приймального відділення про надзвичайну ситуацію (рисунки 7), приблизну кількість потерпілих, характер нещасного випадку, потребу у вузьких спеціалістах, операційній тощо. Черговий лікар приймального повідомляє керівництву лікарні, відповідальному хірургу, повідомляються керівники підрозділів. Після отримання повідомлення про масовий випадок створюються бригади (групи) спеціалістів: для сортування потерпілих, для роботи в операційному блоці, для роботи в анестезіолого-реанімаційному відділенні, група медикаментозного забезпечення, група зв'язку та інформації, група медичних реєстраторів, група психологічної підтримки. Керівником штабу за надзвичайної ситуації – головним лікарем – призначається людина для зв'язку з мас-медіа.

Бригади збираються у приймальному відділенні та в травмпункті, у відділеннях для прийому потерпілих вивільняються палати. В оперблоці готують додаткові набори інструментів, білизну. Відкривається новий запас медикаментів. Усі чинні ліфти опускаються на I поверх, у відділеннях терапевтичного профілю готують каталки, молодші медсестри опускають їх на I поверх у приймальне відділення та травмпункт.

Працівники охорони звільняють територію навпроти лікарні від автотранспорту. За значного надходження потерпілих каталки можуть бути розміщені в коридорах і холі приймального відділення. Реєстрація потерпілих може проводитись у відділеннях і не може бути причиною затримки пацієнтів.

Алгоритми дій медперсоналу під час надходження хворих у приймальне відділення

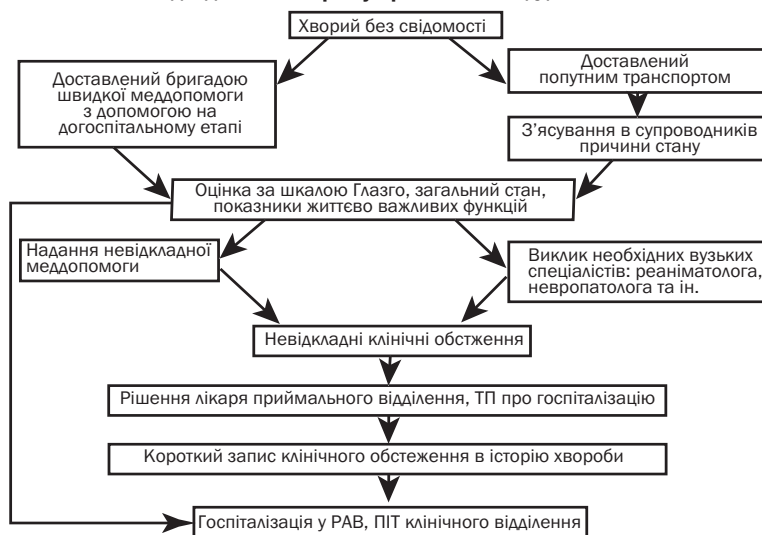


Рисунок 5. Алгоритм 1

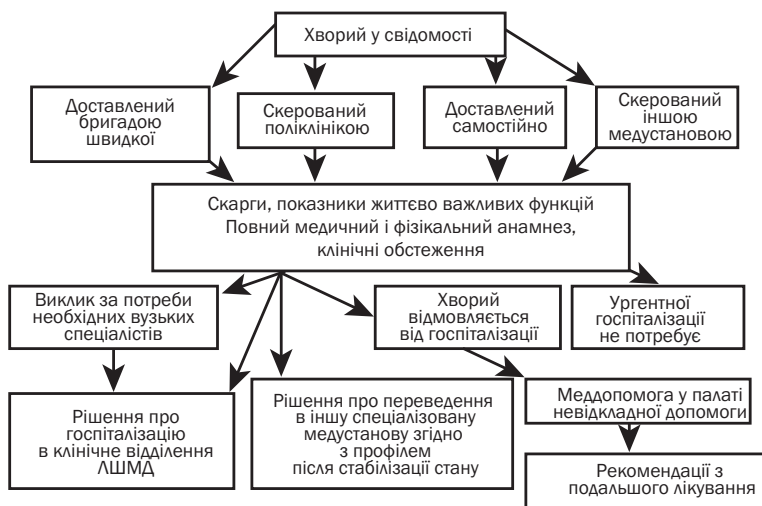


Рисунок 6. Алгоритм 2

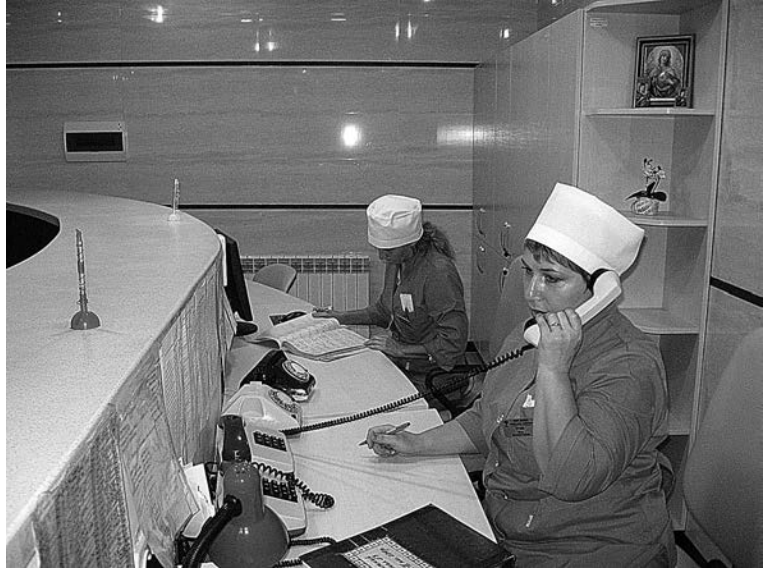


Рисунок 7
Реєстратура приймального відділення

Також розроблено детальний план реагування структурних підрозділів КМКЛШМД у випадку масових надходжень (рисунок 8).



Рисунок 8
Алгоритм взаємодії медперсоналу при масовому випадку

I. Повідомлення та виклик спеціалістів

Належний постійний зв'язок (прямий внутрішній і корпоративний мобільний) з диспетчером центральної станції швидкої медичної допомоги дозволяє підготувати роботу медперсоналу лікарні до прийому хворих і потерпілих при масових випадках.

1.1. Станція швидкої медичної допомоги інформує телефоном лікаря приймального відділення про транспортування потерпілих, їх кількість, характер травм.

1.2. Черговий лікар приймального відділення через медреєстратора інформує про масове надходження відповідального хірурга, чергового хірурга з поєднаної травми, відповідального анестезіолога, чергових травматолога та нейрохірурга для створення бригади із сортування та розподілу потерпілих за відділеннями.

1.3. Інформують про масове надходження:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Лікар приймального відділення інформує керівництво лікарні	Лікар приймального відділення інформує керівництво лікарні, МНС, «гарячу лінію» ЛМР
Головний лікар/заступник з хірургічної роботи інформує про масове надходження управління охорони здоров'я міста, МНС, «гарячу лінію» ЛМР	

1.4. Приймають рішення про виклик спеціалістів з дому (анестезіологів, анестезистів, операційних медсестер, хірургів, нейрохірургів, травматологів, працівників відділення трансфузіології, центральної стерилізаційної, рентгенологічної служби, провізора лікарні, аптеки, адміністративно-господарської служби):

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Головний лікар/заступник з хірургічної роботи	Відповідальний хірург

1.5. Першочергово повідомляються керівники підрозділів.

Безпосередній виклик завідувачів відділень, керівників служб:

Робочий час	Керівники відділень, служб	Нічний час (вих./святк. дні)
Секретар головного лікаря	Завідувачі відділень хірургічного профілю, КДЛ, патанатомії	Медреєстратор приймального відділення
Працівники канцелярії/відділу кадрів	Головний інженер, завгосп, працівники господарської служби	Чергова медсестра 2-го поста 1 терапевтичного відділення
Головна медсестра лікарні	Старші медсестри відділень хірургічного профілю, ЦСВ, трансфузіології, РАВ, операційного та рентгенологічного відділень	Чергова медсестра відділення КТ

Виклик спеціалістів здійснюється завідувачами або працівниками цих відділень чи служб.

1.6. В ординаторських у чергового лікаря або на цілодобовому посту медичної сестри відділень повинні знаходитися номери телефонів і адреси працівників; в приймальному відділенні – телефони адміністрації лікарні, керівників відділень і служб, управління охорони здоров'я міста.

Бажано мати номери мобільних телефонів указаних працівників.

1.7. Після отримання повідомлення про масове надходження травмованих РВВС і охорону лікарні інформують:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Завідувач приймального відділення	Черговий лікар приймального відділення

II. Підготовка до надходження травмованих

II.1. Після отримання повідомлення про масове надходження травмованих у лікарні створюються бригади (групи) спеціалістів. Порядок призначення керівників бригад (груп) і їх склад такі: керівників указаних бригад (груп) спеціалістів назначає:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Головний лікар/заступник з хірургічної роботи	Відповідальний хірург

Склад бригад (груп)

Робочий час		Нічний час (вихідні, святкові дні)
Заст. головного лікаря з хірургічної роботи	Сортування	Відповідальний хірург
Зав. операційним відділенням	Роботи в операційному відділенні	Резервіст відповідального хірурга
Завідувач РАВ	Роботи в РАВ	Відповідальний анестезіолог
Керівники: завідувачі відділеннями	Роботи в задіяних відділеннях	Керівник: черговий лікар неургентного (2-го або 3-го) хірургічного відділення
Керівник: провізор лікарні	Група медикаментозного забезпечення	Черговий лікар гінекологічного відділення (не відповідальний)
Черговий терапевт приймального відділення	Група медичних реєстраторів	Черговий терапевт неургентного відділення (не відповідальний)
Черговий лікар ЩЛХ	Група зв'язку та інформації	Черговий лікар нічного стоматологічного кабінету

II.2.Завідувач приймального відділення/черговий терапевт приймального відділення забезпечує медичного реєстратора «червоної зони» достатньою кількістю жетонів для медичного сортування.

II.3. Бригада (група) для сортування потерпілих та їх розподілу за відділеннями збирається у приймальному відділенні (травмпункті) одразу після отримання інформації про масове надходження травмованих. Вона повинна містити таких лікарів:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Заступник головного лікаря з хірургічної роботи, відповідальний хірург, хірург центру торако-абдомінальної травми, відповідальний анестезіолог, нейрохірург, травматолог	Відповідальний хірург, хірург центру торако-абдомінальної травми, відповідальний анестезіолог, нейрохірург, травматолог

II.4. У відділеннях хірургічного профілю (1 хірургія, 1–2 травматологія, нейрохірургія, щелепно-лицева хірургія, ООТЦ) для прийому потерпілих вивільняються окремі великі палати (№№ 1–2–3) на «чистій» половині з метою можливої концентрації потерпілих у функціонально вигідних місцях.

II.5. У ВРІТ (РАВ) проводиться максимальне вивільнення ліжок шляхом переводу хворих у профільні відділення.

II.5.1. У випадку обмежених можливостей переводу хворих у відділення:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові)
<p>Завідувач РАВ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - припиняє проведення нерозпочатих планових операцій; - розгортає функціональні ліжка з відділень в ізоляторі 2 поверху РАВ, в палаті № 2 другого поверху РАВ та у ремзалі 1 поверху РАВ; - викликає з дому лікарів і медичних сестер-анестезисток 	<p>Відповідальний анестезіолог:</p> <ul style="list-style-type: none"> - відтермінує нерозпочаті ургентні операції раніше госпіталізованих пацієнтів (окрім реанімаційних і за життєвими показами); - розгортає функціональні ліжка з відділень в ізоляторі 2 поверху РАВ, в палаті № 2 другого поверху РАВ та у ремзалі 1 поверху РАВ; - викликає з дому лікарів і медичних сестер-анестезисток

II.6. За розпорядженням завідувача операційним відділенням/відповідального хірурга/старшої медичної сестри операційного відділення/відповідальної операційної медсестри «планові»/чергові операційні медсестри готують додаткові набори інструментів і операційну білизну, викликають персонал ЦСВ; за необхідності – відкривають операційні зали іншого поверху оперблоку.

Для організації медичного забезпечення хворих і потерпілих на момент виникнення надзвичайної ситуації в лікарні створений резерв лікарських засобів, перев'язувальних матеріалів та інших предметів медичного призначення.

II.7. Провізор лікарні/відповідальна медична сестра РАВ за розпорядженням головного лікаря/відповідального анестезіолога відкриває недоторканий запас медикаментів, створений на випадок масового надходження хворих/потерпілих.

II.8. Маніпуляційні сестри 2-го та 3-го хірургічних відділень готують заповнені системи для переливання препаратів крові (з фільтром).

II.9. Уточнюють наявний запас крові у відділенні трансфузіології та в РАВ:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Завідувач відділенням трансфузіології	Призначений палатний лікар РАВ

За необхідності подається заявка в обласну станцію переливання крові.

II.10. Керівництво роботою ліфтів:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Інженер з експлуатації ліфтів	Черговий лікар приймального відділення (черговий адміністратор)/інженер з експлуатації ліфтів
<p>Усі ліфти опускаються на 1-й поверх. Ліфтери припиняють транспортування відвідувачів. У відділеннях готують катаки: 1 «лежачу» та 1 «сидячу» для можливого транспортування потерпілих з приймального відділення. Катаки приймального відділення працівники цього відділення зосереджують у спеціально відведеному місці біля ліфтів травмпункті.</p>	

II.11. Керівництво охороною та господарською службою:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Завідувач господарством	Черговий лікар приймального відділення/завідувач господарством
Працівники охорони та міліції звільняють територію навпроти лікарні від приватного автомобільного транспорту та підтримують порядок навколо лікарні.	
Охорона лікарні припиняє доступ відвідувачів на 1-й поверх лікарні. Вихід відвідувачів здійснюється через хол 2-го поверху.	

III. Шляхи надходження травмованих

III.1. Травмовані, медичне сортування яких відбулося на місці події або в процесі евакуації (з сортувальними браслетами).

III.1.1. Варіант приймального відділення:

Колір сортувального браслета	Місце під'їзду машин бригаад ШМД
«Червоний»	з вул. І. Миколайчука до в'їзду в травматологічний пункт
«Фіолетовий»	
«Жовтий»	з вул. П. Орлика навколо лікарні до пішохідного входу
«Зелений»	

Потерпілі з «червоними» сортувальними браслетами на ношах-катачках бригад ШМД транспортуються у відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ).

Діагностично-лікувальну тактику визначає сортувальна група.

III.1.1.1. Початкове сортування на вході потерпілих з «жовтими» та «зеленими» сортувальними браслетами проводить черговий лікар травм пункту (ТП).

Супровідники/родичі потерпілих працівниками охорони та господарської служби максимально відокремлюються і в подальшому будуть спілкуватись з психологами та представником від адміністрації лікарні:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Скеровуються сходами в хол 2 поверху	

III.1.1.2. «Зелені» браслети – через праві двері входу «зеленої зони» (бік ТП) скеровуються в коридор ТП.

III.1.1.3. «Жовті» браслети – через ліві двері входу «зеленої зони» скеровуються в хол – очікувальну ресепшн на ношах-катачках БШМД. За мірою заповнення – ноші-катачки переміщати в оглядові терапевтичної та хірургічної сторін приймального відділення/«зеленої зони».

III.1.1.4. «Чорні» браслети – з місця події (в лікарню не завозити!):

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Санітарний транспорт (БШМД) одразу доставляє до відділення патанатомії/судово-медичної експертизи	

III.1.1.4.1. «Чорний» браслет у ході медавакуації (у машині БШМД):

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Констатація смерті в машині БШМД – зав. приймальним відділенням/черговим терапевтом приймального відділення*. БШМД доставляє до відділення паталогічної анатомії/судово-медичної експертизи	

Примітка. *Черговий терапевт приймального відділення повідомляє патанатомію.

III.1.1.4.2. «Фіолетовий» => «чорний» в КМК ЛШМД:

Робочий час	Нічний час (вихідні, святкові дні)
Констатація смерті – зав. приймальним відділенням, черговим ВРІТ, черговим терапевтом приймального відділення: - тіло залишається ≥ 2 години в підвалі (кімната покійних); - заявка на транспорт для перевезення тіл	

III.1.2. Варіант відділення невідкладної медичної допомоги (ВНМД):

Колір сортувального браслета	Місце під'їзду машин БШМД
«Червоний»	з вул. П. Орлика до під'їзду «червоної зони»
«Фіолетовий»	
«Жовтий»	
«Зелений»	з вул. І. Миколайчука до пішохідного входу (від фонтану)
Контаміновані пацієнти	через ізолятор «жовтої зони» ВНМД

IV. Прийом і сортування потерпілих

IV.1. Потерпілих транспортують у спеціально виділені приміщення (огядові) на каталках бригад швидкої медичної допомоги. За значного надходження потерпілих каталки можуть бути розміщені в коридорах і холах приймального відділення та травм пункту.

IV.2. Сортування травмованих проводиться створеною бригадою (групою) спеціалістів і передбачає розподіл потерпілих на три групи:

- 1) група, яких скеровують у операційне відділення (не більше 8 осіб);
- 2) група, яких госпіталізують у РАВ (не більше 15 осіб);
- 3) група, яких скеровують у профільні відділення в залежності від характеру пошкоджень.

IV.3. Для сортування використовують маркування кожного потерпілого.

IV.4. У першу чергу транспортують потерпілих у операційну та ВРІТ. Транспортування потерпілих у операційні та РАВ здійснюється на тих же каталках, на яких їх було доставлено в лікарню. Транспортування травмованих у відділення здійснюється каталками з відділень.

IV.5. Потерпілих, які не підлягають госпіталізації, концентрують у холі 2 поверху. За значного надходження таких травмованих, вони можуть бути тимчасового зосереджені в будь-якому непрофільному відділі (2–3 хірургія, урологія, терапія). Необхідна допомога їм надається в останню чергу.

Супровідники та родичі травмованих, що скеровані в операційні та РАВ, очікують у холі 2 поверху/конференцзалі.

IV.6. На всіх госпіталізованих заводиться медична карта стаціонарного хворого. Для цього створюється мобільна група медичних реєстраторів з 5–7 осіб на чолі з завідувачем приймального відділення/черговим терапевтом приймального відділення. До цієї роботи можуть залучатися

медичні сестри незадіяних відділень: чергова медсестра посту № 2 2-го терапевтичного відділення, чергова медсестра посту № 2 неургентного гінекологічного відділення, чергова медсестра посту № 2 кардіологічного відділення. Реєстрація потерпілих за необхідності може проводитися у відділеннях і не може бути причиною затримки пацієнтів у приймальню відділенні або травмпункті.

V. Організація спеціалізованої медичної допомоги

V.1. Залежно від кількості травмованих і характеру пошкоджень формується кількісний і якісний склад лікарських бригад (груп) для роботи в операційних, ПАВ і відділеннях.

1 бригада – для роботи в операційному відділенні (зупинка кровотечі, ПХО ран, видалення внутрішньочерепних гематом, дренування плевральної порожнини при гемопневмотораксі, стабілізація переломів і т. п.). Керівник цієї бригади лікарів (черговість операцій, порядок роботи, відкриття додаткових операційних, забезпечення наборами інструментів і білизною, медикаментами та препаратами крові, виклик спеціалістів з відділень, зв'язок з ПАВ і керівництвом лікарні) – завідувач операційним відділенням/відповідальний хірург. До роботи в операційній за необхідності залучають лікарів незадіяних відділень (2 та 3 хірургії, 1 та 2 гінекології, урології, ШЛХ, лікарів-інтернів хірургічного профілю).

2 бригада – для роботи у ВРІТ. У цю групу спеціалістів, крім реаніматологів, обов'язково входять хірург (бажано з 1 хірургії) та нейрохірург, які здійснюють постійний моніторинг за потерпілими, виконують діагностичні та лікувальні маніпуляції (пункції порожнин, лапароцентез, торакоцентез, блокади, М-ехо, люмбальні пункції тощо). Керівник цієї бригади спеціалістів – завідувач ВРІТ/відповідальний анестезіолог. Травмованих після стабілізації загального стану подають з ПАВ у операційне відділення. Рішення про це приймається консилярно за участі відповідального анестезіолога та відповідального хірурга. Останній безпосередньої участі в операціях не бере.

3 бригада – для роботи у відповідних відділеннях (1 хірургія, нейрохірургія, 1–2 травматологія, ШЛХ, офтальмологічний центр травми). Задіюються вільні від роботи в ПАВ і операційній лікарі відділень хірургічного профілю. За їх недостатньої кількості можуть залучатися для допомоги лікарі відділень терапевтичного профілю. Координатором роботи цієї бригади призначається кваліфікований лікар-хірург з 2 або 3 хірургічного відділення.

V.2. Рентгенологічні обстеження потерпілих, як правило, проводяться у відділеннях. Після стабілізації загального стану потерпілих і наявності відповідних умов можливе проведення рентгенологічних обстежень у рентгенкабінетах №№ 8, 11, 13 (5 поверх).

V.3. Медикаментозне забезпечення здійснюється препаратами, наявними у відділеннях, з запасу резервного складу (травмпункт, ПАВ), а також шляхом отримання необхідних ліків з лікарняної аптеки та комерційних аптек. Для отримання медикаментів з аптек і передання їх у відділення створюється група медикаментозного забезпечення у складі 5–7 осіб на чолі з провізором/не відповідальним лікарем гінекологом ургентної бригади, який має право залучити до роботи групи будь-якого вільного працівника.

V.4. Забезпечення препаратами крові здійснюють працівники відділення трансфузіології (а за їх відсутності – призначений черговий лікар ПАВ і відповідальна медсестра реанімації) з наявного резерву крові.

V.5. За необхідності організовується цілодобова робота централізованого стерилізаційного відділення та аптеки.

VI. Зв'язок між відділеннями, отримання та надання інформації

Особливого значення для прийняття оперативних рішень набуває наявність постійного зв'язку між відділеннями та керівництвом лікарні.

VI.1. Зв'язок забезпечується телефоном, а також групою спеціалістів з 3–4 осіб на чолі з черговим лікарем ЩЛХ/нічного стоматологічного кабінету.

VI.2. У функції інформаційної групи входить постійний збір інформації в РАВ, операційному блоці та у відділеннях про проблеми організаційного, матеріально-технічного та лікувально-діагностичного характеру. Уся інформація негайно надається керівництву лікарні.

VI.3. Після закінчення госпіталізації потерпілих і надання їм невідкладної допомоги керівники відділень або особи, які їх замінюють, подають в адміністрацію лікарні список потерпілих за розробленою формою.

VI.4. Повторний огляд усіх травмованих у відділеннях, як оперованих, так і не оперованих, проводиться визначеними лікарями 1-го, 2-го та 3-го хірургічних відділень на предмет виявлення первинно не діагностованих пошкоджень ОГК, органів черевної порожнини, ознак внутрішньої кровотечі, контролю адекватності просякань пов'язок, функціонування дренажних систем, адекватності знечулення та іммобілізації, периферійних чутливості, шкірної температури та пульсації. Про результати повторного огляду травмованих пацієнтів, необхідність додаткових УЗД, Rtd, КТ та інших обстежень лікарі, що провели триаж, відразу інформують черговий персонал відповідних відділень.

VI.5. Встановлюється постійний зв'язок між керівництвом лікарні, станцією швидкої медичної допомоги та управлінням охорони здоров'я. У випадку відсутності адміністрації цей обов'язок покладається на чергового терапевта приймального відділення.

VI.6. Надання інформації про масове надходження травмованих у різноманітні організації, установи та в засоби масової інформації покладається на керівництво лікарні, надання інформації рідним потерпілих – на завідувачів відповідних відділень.

VII. Відповідальність за виконання цього плану організаційних заходів покладається на головного лікаря та його заступника з хірургічної роботи, у випадку їх відсутності – на відповідального хірурга та чергового терапевта приймального відділення (чергового адміністратора).

Під час надання невідкладної медичної допомоги медперсонал дотримується медико-технологічних стандартів (протоколів).

У медичних працівників необхідно закріпити практичний алгоритм у разі екстреної ситуації, тоді регулярні повторювання практичних дій будуть запорукою готовності медперсоналу до надзвичайних подій, якими є ситуації за масового надходження хворих і потерпілих.

Тренінги для персоналу лікарні згідно з алгоритмами суттєво допомагають медперсоналу травмпункту та приймального відділень злагоджено, вміло й оперативно в екстремальних умовах працювати (рисунок 9), про що нагадують випадки аварії двоповерхового автобуса при ДТП, на летищі Сквили і низка інших випадків, при яких дії персоналу всієї лікарні забезпечили виживання потерпілих на ранньому госпітальному етапі, правильний розподіл потоків потерпілих, вчасні оперативні втручання, що попередили передчасну інвалідизацію пацієнтів. Наша лікарня була однією з базових лікарень під час проведення чемпіонату з футболу Євро-2012, і згідно з проектом приймального відділення продовжує вдосконалюватись до відповідності сучасним вимогам надання невідкладної меддопомоги.



а



б



в

Рисунок 9
Тренінги медперсоналу при віртуальному масовому випадку

Як показує аналіз дій після регулярних тренувальних занять і в умовах реальних екстремальних ситуацій, під час масових випадків ефективніше «спрацюють» дії згідно з алгоритмами та планами реагування, тоді медперсонал без зайвої метушні чітко та швидко виконує розпорядження лікарів, необхідні підготовчі заходи, маніпуляції, є співпраця між бригадами у лікарні, є зв'язувальний інформаційний ланцюжок і, як наслідок, чітка робота між усіма структурами лікарні, що покращує якість надання невідкладної медичної допомоги хворим і потерпілим.

Можливо, наш досвід організації медперсоналу в масових випадках дасть поштовх для розробки подібних алгоритмів і планів реагування у випадку масових надходжень іншим лікарням. На сьогодні система надання невідкладної меддопомоги далека від ідеалу. Подальша реструктуризація приймального відділення та травм пункту лікарні, забезпечення відповідним сучасним оснащенням, штатами, підготовкою медичних кадрів дозволять ефективно використовувати наявні ресурси, загальний ліжковий фонд лікарні, покращити якість діагностики та лікування хворих і потерпілих.

Практичні рекомендації

1. Під час тренувальних занять враховувати час надходження до відділення реанімації та інтенсивної терапії, операційних, діагностичних кабінетів.

2. Під час залучення інших структурних підрозділів знайомити з алгоритмами та схемами всіх вузьких спеціалістів, у тому числі працівників кафедр медуніверситету.

3. Під час підготовки до тренувань залучати станції швидкої меддопомоги, центр медицини катастроф, МНС. Забезпечити координацію сумісної діяльності.

4. Практичні тренування проводити після нагадування медичному персоналу алгоритмів і плану реагування.

5. Віддавати перевагу наданню медичної допомоги, а не візитам високопоставлених осіб.

6. Обмінюватись досвідом з аналогічними медичними закладами.

Але існують проблеми, які ми зможемо подолати разом, втілюючи нові сучасні моделі невідкладної меддопомоги:

- розрізненість і недосконалість співпраці служб невідкладної меддопомоги;
- невідповідність матеріально-технічного, кадрового забезпечення вимогам сьогодення;
- недоліки фінансового та матеріального забезпечення;
- неадекватні стимули до підвищення якості медичних послуг (немає критеріїв до об'єму та якості виконаної роботи);
- ігнорування перевірених практикою європейських та ін. підходів, форм і методів перетворення структур невідкладної меддопомоги;
- часті неузгодженості спадкоємності дошпитального та раннього госпітального етапів невідкладної меддопомоги;
- недосконала та необов'язкова система тренінгів медичного персоналу всіх рівнів.

ВИСНОВКИ

1. Ранній госпітальний етап – це логістична схема технологічних етапів екстреної медичної допомоги в багатопрофільному стаціонарі.

2. Завдяки алгоритмам і схемам, плану реагування персоналу лікарні за масових випадків можливе покращання екстреної медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі.

3. Завдяки практичним регулярним тренінгам є готовність до дій за масових випадків медичних працівників приймального відділення та травматологічного пункту, знижується стрес-фактор і психоемоційне навантаження, що підвищує готовність установи до надзвичайних ситуацій, забезпечує наступність, своєчасну невідкладну медичну допомогу хворим і постраждалим, знижує смертність від нещасних випадків під час масових уражень.

Peculiarities of medical staff in emergency department organizer under the circumstances of sick and injured people mass admission on the basis of municipal clinical hospital of emergency medical assistance

Melnyk I.¹, Mokryi I.²

¹Municipal clinical hospital of emergency medical assistance, Lviv, Ukraine

²Municipal enterprise of Lviv regional council ambulance station, Lviv, Ukraine

Summary. The article highlights the features of emergency room medical personnel organization of Lviv Emergency medical services of municipal clinical hospital in case of mass admission of ill and injured patients. The plan of hospital structure subdivisions reaction and algorithm for emergency medical care at early hospital stages are given.

Keywords: early stage of hospital, mass flow of victims, emergency medical care, algorithms, plan for responding units.

ЛІТЕРАТУРА

1. Наказ МОЗ України № 370 від 01.06.2009 р. «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги».
2. Наказ МОЗ України № 366 від 18.05.2012 р. «Про затвердження загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації».
3. Закон України «Про екстрену медичну допомогу», 05.07.2012 р. №5081-VI.
4. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф». – Тернопіль. – 2010.

Рецензент: Гудима А. А., д. м. н., професор, завідувач кафедри медицини катастроф та військово-медичної підготовки Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського

Стаття надійшла в редакцію 28.04.2014 р.