

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НОВЫХ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ МЕЖРАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ II УРОВНЯ

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE IN NEW EMERGENCY DEPARTMENTS OF INTERDISTRICT II LEVEL HOSPITALS

Бенян А.С. Benyan A.S.
Денчик А.В. Denchik A.V.
Чернуха Р.С. Chernukha R.S.
Бобров Е.А. Bobrov E.A.
Гаспарян Е.А. Gasparyan E.A.

ФГБУЗ «Самарская областная клиническая больница
им. В.Д. Середавина»,
ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
ОАО «Санаторий им. В.П. Чкалова»,
ГБУЗ «Медицинский информационный
аналитический центр»,
г. Самара, Россия

Samara Regional Clinical Hospital
n.a. V.D. Seredavin,
Samara State Medical University,
V.P. Chkalov Sanatorium,
Medical Information and Analytical Center,
Samara, Russia

Приемно-диагностическое отделение (ПДО) является мультифункциональным центром в системе оказания медицинской помощи, имеющим проблемы дисбаланса между высокими требованиями к качеству и доступности помощи и объективными ограничениями (переполненностью, нехваткой площадей). Решение этих задач — комплексный подход, сочетающий инфраструктурные, кадровые и инновационные организационно-технологические методы (цифровой трансформации и бережливого производства).

Цель исследования — провести оценку результатов деятельности вновь возведенных ПДО, учитывая существующую проблематику.

Материалы и методы. В рамках реализации федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения» на базе четырех центральных районных больниц второго уровня возведены новые ПДО, отвечающие современным требованиям оказания медицинской помощи. Определены и утверждены три группы качественных критериев: инфраструктурно-логистические, лечебно-диагностические, информационно-аналитические. Учитывая пандемию COVID-19 в 2020–2022 гг., сравнительную оценку проводили между 2018–2019 и 2023–2024 гг.

Результаты. Анализ данных проиллюстрирован в трех таблицах, получена статистическая значимость $p < 0,001$ (t-критерия Стьюдента для независимых выборок на основе представленных средних и стандартных отклонений при $\alpha = 0,05$) при оценке инфраструктурно-логистических и лечебно-диагностических критериев эффективности работы ПДО (критерий χ^2 для анализа долей при $\alpha = 0,05$).

Заключение. Отмечен значительный скачок в системной трансформации процессов при внедрении цифровых технологий. Соблюдение принципов бережливого производства в ПДО укрепляет устойчивость многопрофильного учреждения к повышенным нагрузкам, одновременно повышаются качество и доступность медицинской помощи.

The admission and diagnostic department (ADD) is a multifunctional center in the medical care system that faces the challenge of balancing high quality and accessibility requirements with objective limitations (overcrowding and lack of space). To address these challenges, a comprehensive approach is needed that combines infrastructure, personnel, and innovative organizational and technological methods (digital transformation and lean production).

Objective — to estimate the results of the newly constructed, taking into account the existing challenges.

Materials and methods. As part of the Federal Project "Modernization of the Primary Health Care System," new medical facilities have been built at four second-level central district hospitals that meet modern requirements for medical care. Three groups of quality criteria have been defined and approved: infrastructure and logistics, medical and diagnostic, and information and analytical. Given the Covid-19 pandemic in 2020–2022, a comparative assessment was conducted between 2018–2019 and 2023–2024.

Results. The data analysis is illustrated in three tables, and the statistical significance of $p < 0.001$ (Student's t-test for independent samples based on the presented means and standard deviations at $\alpha = 0.05$) was obtained when evaluating the infrastructure, logistics, and medical-diagnostic criteria for the effectiveness of ADD (χ -square test for analyzing proportions at $\alpha = 0.05$).

Conclusion. A significant leap in the systemic transformation of processes was observed with the introduction of digital technologies. Adherence to the principles of lean technologies in ADD strengthens the multidisciplinary institution's resilience to increased loads, while simultaneously improving the quality and accessibility of medical care.

Для цитирования: Бенян А.С., Денчик А.В., Чернуха Р.С., Бобров Е.А., Гаспарян Е.А. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НОВЫХ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ МЕЖРАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ II УРОВНЯ //ПОЛИТРАВМА / POLYTRAUMA. 2026. № 1. С. 6-11.

Режим доступа: <http://poly-trauma.ru/index.php/pt/article/view/659>

DOI: 10.24412/1819-1495-2026-1-6-11

Ключевые слова: приемно-диагностическое отделение; цифровая трансформация; сортировка; оказание медицинской помощи; бережливое производство

Keywords: admission and diagnostic department; digital transformation; triage; medical care; lean technologies

Деятельности приемно-диагностических отделений (ПДО) стационаров в настоящее время ключевыми составляющими являются оказание экстренной и неотложной помощи пациентам с острыми и жизнеугрожающими состояниями, медицинская сортировка по принципам триажа на пациентов красной, желтой, зеленой групп, обеспечение преемственности с госпитальной базой самого учреждения и областных центров по существующей в регионе маршрутизации, скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлиническому звену [1].

Доступность и качество медицинского обеспечения в ПДО определяются множеством критериев, включающих параметры ожидания пациентами начала оказания медицинской помощи, логистику движения пациентов внутри ПДО, достаточность материально-технической базы, профессиональные компетенции медицинского персонала, уровень коммуникаций внутри персонала, с пациентами и их родственниками, наличие технологий цифровой трансформации и бережливого производства [2–4]. При этом наиболее часто встречающимися объективными сложностями в оптимальной организации процессов в ПДО являются переполненность и недостаток функциональных площадей, которые обуславливают временные задержки в оказании медицинской помощи, повторную обращаемость, дискommunikации.

Основными путями улучшения доступности и качества медицинской помощи в ПДО, помимо решения инфраструктурных и логистических задач, наряду с подготовкой персонала, в настоящее время являются внедрение цифровой трансформации и технологий бережливого производства [5, 6]. Особенностям имплементации ключевых слагаемых организации работы ПДО посвящено настоящее исследование.

Цель исследования — провести оценку результатов деятельности вновь возведенных ПДО в межрайонных больницах II уровня, в которых были внедрены современные подходы к организации оказания медицинской помощи с использованием принципов

цифровой трансформации и бережливого производства.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В системе государственного здравоохранения Самарской области в настоящее время функционируют 114 медицинских организаций, в 27 муниципальных образованиях представленные центральными районными больницами (ЦРБ). Федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», начатый в 2021 г. в рамках Национального проекта «Здравоохранение», включал в себя модернизацию инфраструктуры, оборудования, автотранспорта учреждений первичного звена, в частности поликлиник и ЦРБ. Помимо ремонтов и дооснащений подразделений амбулаторно-поликлинического типа (поликлинических отделений, офисов врачей общей практики, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов) изменения коснулись и организации экстренной и неотложной помощи, а именно проведено обновление приемно-диагностических служб. На базе каждой из четырех крупных ЦРБ системы здравоохранения Самарской области (Кинель-Черкасской центральной районной больницы, Красноярской центральной районной больницы, Сергиевской центральной районной больницы, Похвистневской центральной больницы города и района), являющихся межрайонными центрами по оказанию помощи пациентам с жизнеугрожающими сердечно-сосудистыми заболеваниями и политравмой, в 2021–2022 гг. были возведены ПДО, отвечающие современным требованиям организации и оказания экстренной медицинской помощи по всем профилям.

В основу данной работы положен анализ деятельности этих ПДО в 2023–2024 гг. Для оценки доступности и качества медицинской помощи и производительности труда в новых ПДО были определены и утверждены три группы качественных критериев: инфраструктурно-логистические, лечебно-диагностические, информационно-аналитические. В сравнение первых двух групп критериев были

включены эквивалентные временные периоды до (взяты 2018–2019 гг., так как 2020–2022 гг. были охвачены пандемией COVID-19, что привносило известные изменения в структуре и логистике медицинской помощи) и после возведения новых ПДО. Следует отметить, что одновременно с проектом модернизации первичного звена проводили реализацию мероприятий еще одного федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе Единой государственной информационной системы здравоохранения», в рамках которого были внедрены основные элементы цифровой трансформации, в первую очередь коснувшиеся вновь возводимых подразделений. Поэтому сравнение результатов третьей группы критериев проводилось в едином временном периоде между лечебно-профилактическими учреждениями с вновь возведенными ПДО и сопоставимыми по мощности больницами без ПДО.

Дизайн исследования – ретроспективное, многоцентровое, нерандомизированное.

Критерии включения: медицинские учреждения, в которых были возведены новые ПДО. Критерии исключения: медицинские учреждения, в которых не возводились новые ПДО.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью методов описательной статистики: t-критерия Стьюдента для независимых выборок на основе представленных средних и стандартных отклонений при $\alpha = 0,05$, критерий χ^2 — для анализа долей при $\alpha = 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Совокупная коечная мощность четырех больниц составила 747 коек круглосуточного стационара. Общая численность прикрепленного населения равна 176 674 человека, к этому количеству соотносится и дополнительная маршрутизация 82 348 человек из соседних муниципалитетов области. Полезная площадь возведенных ПДО, основной конструкции которых стали быстровозводимые модульные технологии, составила от 721 до 938 м². Запланированная мощность — от 125 до 250

посещений в смену. В структуре каждого модуля предусмотрены 4 входные группы с целью разделения потоков пациентов, в том числе и реверсного, на случай экстренной ситуации у ранее госпитализированного больного. Все отделения оснащены современным медицинским высокотехнологичным оборудованием (компьютерным томографом, цифровой рентгенографической установкой, ультразвуковым и эндоскопическим оборудованием, лабораторными анализаторами), противошоковой операционной, изолятором и провизорными койками. Все поставленное оборудование подключено к Единой медицинской информационной аналитической системе Самарской области (ЕМИАС). Двойное прочтение в областных референс-центрах обеспечено путем подключения оборудования к Центральному архиву медицинских изображений.

В организации процессов работы в ПДО помимо классических принципов медицинской сортировки, оказания

экстренной помощи с приоритизацией по тяжести состояния были внедрены: рутинное использование оценочных шкал (qSOFA, AIS, ВАШ и др.), алгоритм ведения диагностически неясных пациентов, использование внутренних систем оповещения дежурных бригад, использование второго мнения и телемедицинских консультаций (ТМК).

Триаж, медицинскую сортировку, проводили на основе распределения обратившихся за медицинской помощью пациентов на группы, исходя из их клинического состояния и необходимого объема медицинских вмешательств (красный — неотложное состояние, желтый — срочная помощь, зеленый — несрочная помощь).

Закономерности, выявленные в группе инфраструктурно-логистических критериев в результате сравнительного анализа, представлены в таблице 1. Продолжительность времени, проведенного в ПДО, оценивали как промежуток времени между обращением в больницу до поступления в го-

спитальное отделение или выписки из ПДО.

Оценка качества лечебно-диагностических мероприятий включала в себя такие критерии, как доля госпитализаций на провизорную койку ПДО, процент госпитализаций в круглосуточный стационар, частота повторных обращений в ПДО по одному и тому же заболеванию/синдрому, а также количество проведенных диагностических исследований на одного пациента в сравнении с последующим объемом обследований на госпитальной койке (табл. 2).

Развитие цифровой трансформации здравоохранения дает возможность не только существенно влиять на процессы оказания медицинской помощи, но и путем ускорения и повышения качества обмена медицинской информацией оказывать положительное воздействие на приближение ресурсов узкоспециализированных и высокотехнологичных служб к этапу оказания первичной помощи. Отражение

Таблица 1

Анализ инфраструктурно-логистических критериев эффективности работы приемно-диагностических отделений (ПДО)

Table 1

Analysis of infrastructure and logistics performance criteria for admission and diagnostic departments (ADD)

Критерий Criterion	2018–2019	2023–2024	Динамика Dynamics	p-value*
Продолжительность времени от момента поступления до начала оказания медицинской помощи у пациентов «желтой» группы, мин, M ± SD Duration of time from the moment of admission to the beginning of medical care for patients in the «yellow» group, min, M ± SD	10.2 ± 1.5	7.7 ± 1.7	▼ 24.5 %	< 0.001
Продолжительность времени от момента поступления до начала оказания медицинской помощи у пациентов «зеленой» группы, мин, M ± SD Duration of time from the moment of admission to the beginning of medical care for patients in the «green» group, min, M ± SD	18.2 ± 3.9	14.0 ± 3.2	▼ 23.1 %	< 0.001
Протяженность маршрута пациента, метры Length of patient route, meters	230	105	▲ 120 %	< 0.001
Продолжительность времени, проведенного в ПДО пациентами «желтой» группы, мин, M ± SD Duration of time spent in ADD by patients of the «yellow» group, min, M ± SD	31.2 ± 1.8	20.8 ± 1.2	▼ 33.3 %	< 0.001
Продолжительность времени, проведенного в ПДО пациентами «зеленой» группы, мин, M ± SD Duration of time spent in ADD by patients of the «green» group, min, M ± SD	77.6 ± 23.4	51.7 ± 15.6	▼ 33.4 %	< 0.001
Количество пациентов, проходящих за сутки в ПДО, M ± SD Number of patients admitted to ADD per day, M ± SD	152.5 ± 12.4	178.3 ± 13.08	▲ 16.9 %	< 0.001

Примечание. (*) — статистическая значимость (p-value) рассчитана с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок на основе представленных средних и стандартных отклонений при $\alpha = 0,05$.

Note. (*) — statistical significance (p-value) was calculated using Student's t-test for independent samples based on the presented means and standard deviations at $\alpha = 0.05$.

основных разделов деятельности ПДО в ЕМИАС позволило создать аналитическую платформу с возможностью постоянного мониторинга ключевых событий и системных процессов (табл. 3).

Таким образом, установлено, что внедрение цифровых технологий в работу приемного отделения привело к системной трансформации ключевых процессов:

- достигнут качественный скачок в электронизации документооборота, доля электронных заявок выросла на 147 % ($p < 0,001$);
- создана эффективная система телемедицинских консультаций с охватом 84,7 % жизнеугрожающих состояний ($p < 0,001$);
- скорость получения диагностических заключений увеличена в 1,9 раза за счет интеграции с ЕМИАС;

- сформирована система контроля качества диагностики через референс-центры с охватом 30 % исследований ($p < 0,001$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Роль ПДО в функционировании госпитального звена определяется современным и качественным оказанием экстренной и неотложной помощи, полнотой подготовки к стационарному этапу лечения, маршрутизацией непрофильных пациентов. Это обеспечивается множеством факторов, среди которых есть и вопросы взаимодействия с другими учреждениями и службами [7, 8]. Очевидно, что в настоящее время достаточно сложным представляется достижение поставленных задач только одними инфраструктурными решениями или же, напротив, процессными

подходами [9]. Требуется проведение параллельных синхронных мероприятий по приведению в соответствие материально-технической базы, подготовке кадрового обеспечения, широкому внедрению цифровых технологий.

При многофакторном анализе деятельности вновь возведенных ПДО мы в первую очередь оценивали те критерии, значение которых прямым или косвенным образом влияет на показатели смертности населения, а в последующем — и на другие составляющие процессов демографии и работы системы здравоохранения. Доступность экстренных мероприятий в ПДО определяет выживаемость пациентов с жизнеугрожающими состояниями, соответственно, переполненность ПДО зачастую сопряжена с задержками в проведении качественной сортиров-

Таблица 2

Анализ лечебно-диагностических критериев эффективности работы приемно-диагностических отделений (ПДО)

Table 2

Analysis of treatment and diagnostic criteria for the effectiveness of admission and diagnostic departments (ADD)

Критерий Criterion	2018–2019	2023–2024	Динамика Dynamics	p-value*
Доля госпитализаций на провизорную койку ПДО, % The share of hospitalizations per temporary bed of ADD, %	15	23	▲ 8 %	< 0.001
Частота госпитализаций в круглосуточный стационар, % Frequency of hospitalizations in a 24-hour hospital, %	24.2	34.8	▲ 0,6 %	< 0.001
Соотношение диагностики: ПДО/стационар Diagnostic ratio: outpatient/hospital	1.5	1.2	▼ 0,3 %	–
Частота повторных обращений, % Frequency of repeat requests, %	12	7	▼ 5 %	< 0.001

Примечание. Здесь и в таблице 3: (*) — критерий χ^2 для анализа долей при $\alpha = 0,05$.

Note. Here and in table 3: (*) — χ^2 criterion for proportion analysis at $\alpha = 0.05$.

Таблица 3

Анализ информационно-аналитических критериев эффективности работы приемно-диагностических отделений (ПДО)

Table 3

Analysis of information and analytical criteria for the performance of admission and diagnostic departments (ADD)

Критерий Criterion	Лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) без ПДО Medical facilities without ADD	ЛПУ с ПДО Medical facilities with ADD	p-value*
Доля электронных заявок, % Share of electronic applications, %	17	42	< 0.001
Частота телемедицинских консультаций (ТМК) (без жизнеугрожающих состояний), % Frequency of telemedicine consultations (TMC) (without life-threatening conditions), %	5	24.6	< 0.001
Частота ТМК (с жизнеугрожающими состояниями), % Frequency of TMC (without life-threatening conditions), %	27	84.7	< 0.001
Исследования через референс-центры, % Research through reference centers, %	8	30	< 0.001

ки и начале проведения диагностики и интенсивной терапии [10]. Поэтому качественное и количественное изменение таких факторов, как расстояние и время, проведенное пациентами в ПДО, стали значимыми предпосылками для улучшений на следующих этапах стационарной помощи. Благодаря сосредоточению всех диагностических служб в одном периметре улучшилась логистика передвижения пациентов желтой и зеленой групп, что отразилось на уменьшении внутрикорпусных расстояний (с 230 до 105 м, $p < 0,001$) и сокращении времени пребывания в ПДО (с $31,2 \pm 1,8$ до $20,8 \pm 1,2$ мин до поступления в отделение, $p < 0,001$, и с $77,6 \pm 23,4$ до $51,7 \pm 15,6$ мин до выписки из ПДО, $p < 0,001$).

Что касается пациентов красной группы, то наличие передвижных рентген- и ультразвуковых комплексов также способствовало максимальной концентрации диагностических ресурсов в условиях противошоковой палаты или противошоковой операционной.

Возведение новых ПДО обусловило изменение подходов не только внутри учреждения, но и в целом по региону. Была проведена переоценка про-

фильности и уровня соответствия в прилегающих кустовых больницах, и внесены необходимые изменения в маршруты и порядки госпитализации. Сравнение показало, что в новых ПДО увеличилось не только количество обращений в целом, но и доля профильной госпитализации. При этом доля пациентов из соседних муниципальных образований области, получивших помощь в ПДО, выросла с 8,2 до 13,7 %. Важным критерием является также доля повторных обращений в ПДО [11]. На сельских территориях это свидетельствует о качестве мониторинга и наблюдения со стороны амбулаторно-поликлинического звена учреждения, а на территориях, которые входят в ответственность нескольких медицинских организаций, — об уровне внутриведомственного взаимодействия. Увеличение доли ТМК, проводимых на уровне ПДО, способствует оптимизации маршрутизации пациентов и снижению частоты переводов между стационарами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организация процессов приема, сортировки, оказания медицинской по-

мощи и дальнейшей маршрутизации пациентов в современных ПДО является сложной многокомпонентной задачей, достижение которой в большей степени определяется алгоритмизацией, внутриведомственным и внутриведомственным взаимодействием, новыми решениями в сфере цифровой трансформации здравоохранения. Регулярная оценка качества и доступности медицинской помощи в ПДО позволяет выявлять наиболее актуальные проблемные вопросы и планировать последовательность их устранения или приведения в соответствие. Обеспечение контроля ключевых показателей эффективности ПДО возможно путем расширения функционала существующих медицинских информационных систем, а также мониторинга исполнения локальных операционных процедур.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Miroshnichenko AG, Bagnenko SF, Parfenov VE, Alimov RR, Stozharov VV, Linets YuP, et al. Solving the Tasks of the State Program of the Russian Federation "Development of Healthcare" by Reorganizing the Hospital Stage of Emergency Medical Care. *Bulletin of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2013. 5(3): 113-118. Russian (Мирошниченко А. Г., Багненко С. Ф., Парфенов В. Е., Алимов Р. Р., Стожаров В. В., Линец Ю. П. и др. Решение задач государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за счет реорганизации госпитального этапа скорой медицинской помощи // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2013. Т. 5, № 3. С. 113-118.)
2. Bagnenko SF, Lobzhanidze AA, Razumny NV. Studying the opinion of medical workers of the central district hospitals of the Leningrad Region on the organization of work of the pre-hospital stage of emergency medical care and hospital reception departments. *Emergency Medical Care*. 2014; 15(2):13-18. Russian (Багненко С. Ф., Лобжанидзе А. А., Разумный Н. В. Изучение мнения медицинских работников центральных районных больниц Ленинградской области об организации работы догоспитального этапа скорой медицинской помощи и приемных отделений больниц // Скорая медицинская помощь. 2014. Т. 15, №2. С. 13-18.)
3. Teplov VM, Aleksanin SS, Tsebrovskaya EA, Kolomoitsev VV, Burykina VV, Lebedeva AA, et al. New in the professional competencies of the staff of the inpatient department of emergency medical care. *Medicine of disasters*. 2021; 2(114):59-64. Russian (Теплов В. М., Алексанин С. С., Цебровская Е. А., Коломойцев В. В., Бурыкина В. В., Лебедева А. А. и др. Новое в профессиональных компетенциях персонала стационарного отделения скорой медицинской помощи // Медицина катастроф. 2021. № 2(114). С. 59-64.)
4. Bagnenko SF, Miroshnichenko AG, Shlyafier SI, Alimov RR, Teplov VM, Razumny NV, et al. Results of the work of emergency medical care outside medical organizations and in inpatient conditions in the Russian Federation. *Medical, biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations*. 2020; (1): 5-11. Russian (Багненко С. Ф., Мирошниченко А. Г., Шляфер С. И., Алимов Р. Р., Теплов В. М., Разумный Н. В. и др. Результаты работы скорой медицинской помощи вне медицинских организаций и в стационарных условиях в Российской Федерации // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2020. № 1. С. 5-11.)
5. Dreisinger N, Zapolsky N. Ethics in the pediatric emergency department: when mistakes happen: an approach to the process, evaluation, and response to medical errors. *Pediatr Emerg Care*. 2017; 33(2):128-131.
6. Kenny JF, Chang BC, Hemmert KC. Factors affecting emergency department crowding. *Emerg Med Clin North Am*. 2020; 38(3):573-587.
7. Teplov VM, Karpova EA, Komedeve SS, Tsebrovskaya EA, Korobnikov EA, Saenko LF, et al. Information technologies in the work of a hospital emergency department. *Emergency Medical Care*. 2017; 18(3):17-21. Russian (Теплов В. М., Карпова Е. А., Комедев С. С., Цебровская Е. А., Коробников Е. А., Саенко Л. Ф. и др. Информационные технологии в работе стационарного отделения скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. 2017. Т. 18, № 3. С. 17-21.)
8. Gabayan GZ, Gould MK, Weiss RE, Derosé SF, Chiu VY, Sarkisian CA. Emergency department vital signs and outcomes after discharge. *Acad Emerg Med*. 2017; 24(7):846-854.

9. Kayden S, Anderson PD, Freitas R, Platz E. Emergency department leadership and management. Cambridge. 2015. P. 359.
10. Artyukhov SV, Zaitseva TE. Inpatient Department of Emergency Medical Care: Epidemiological Aspects and Nosology. In: *The Charisma of my surgery: proceedings of the All-Russian conference with international participation dedicated to the 160th anniversary of the N.A. Semashko City Hospital. Yaroslavl, December 28, 2018*. Edited by A.B. Larichev. Yaroslavl: ООО "Digital Printing House". 2018. P. 383-386. Russian (Артюхов, С. В., Зайцева Т. Е. Стационарное отделение скорой медицинской помощи: эпидемиологические аспекты и нозология // Харизма моей хирургии: материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященная 160-летию ГБУЗ ЯО «Городская больница имени Н.А. Семашко». Ярославль, 28 декабря 2018 года / под ред. А. Б. Ларичева. Ярославль: ООО «Цифровая типография». 2018. С. 383-386.)
11. Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: a synthesis. *Int Emerg Nurs*. 2017; 35: 51-55.

Сведения об авторах:

Бенян А.С., д.м.н., доцент, заместитель главного врача по науке ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», г. Самара, Россия. <https://orcid.org/0000-0003-4371-7426>

Денчик А.В., генеральный директор ОАО «Санаторий им. В.П. Чкалова», г. Самара, Россия. <https://orcid.org/0009-0004-9811-2728>.

Чернуха Р.С., ассистент кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия. <https://orcid.org/0000-0001-7108-4326>

Бобров Е.А., начальник отдела «Ситуационный центр» ГБУЗ «Медицинский информационный аналитический центр», г. Самара, Россия. <https://orcid.org/0009-0002-1736-4823>.

Гаспарян Е.А., студентка 6-го курса Института педиатрии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия. <https://orcid.org/0009-0000-2045-1210>

Адрес для переписки:

Денчик Антон Викторович, Барбошина поляна (Поляна им. Фрунзе), 9-я просека, 5-я линия, 1, г. Самара, Россия, 443031
E-mail: denchik.av@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 02.12.2025

Рецензирование пройдено 25.12.2025

Подписано в печать 30.01.2026

Information about authors:

Benyan A.S., MD, PhD, associate professor, deputy chief physician of science, Samara Regional Clinical Hospital n.a. V.D. Seredavin, Samara, Russia. <https://orcid.org/0000-0003-4371-7426>.

Denchik A.V., general director of JSC "V.P. Chkalov Sanatorium", Samara, Russia. <https://orcid.org/0009-0004-9811-2728>.

Chernukha R.S., assistant of department of anesthesiology, critical care medicine and emergency care, Samara State Medical University, Samara, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-7108-4326>.

Bobrov E.A., head of department Situation Center of Medical Information and Analytical Center, Samara, Russia. <https://orcid.org/0009-0002-1736-4823>.

Gasparyan E.A., student of 6th course of Institute of Pediatrics, Samara State Medical University, Samara, Russia. <https://orcid.org/0009-0000-2045-1210>.

Address for correspondence:

Denchik Anton Viktorovich, Barboshina Polyana (Polyana Frunze), 9th proseka, 5th line, 1, Samara, Russia, 443031
E-mail: denchik.av@yandex.ru

Received 02.12.2025

Review completed 25.12.2025

Passed for printing 30.01.2026