

Актуальні питання анестезіології та інтенсивної терапії

14–16 вересня 2017 р. в приміщенні конференц-центру Бізнес-центру «Парус» (Київ) відбувся конгрес Асоціації анестезіологів України (далі — Конгрес). Захід пройшов за підтримки Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Національної академії медичних наук (НАМН) України, Громадської організації (ГО) «Асоціація анестезіологів України», Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Відкриваючи Конгрес, голова ГО «Асоціація анестезіологів України» доктор медичних наук, професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця Сергій Дубров привітав його учасників та почесних гостей, серед яких в.о. міністра охорони здоров'я України Уляна Супрун, президент НАМН України академік Віталій Цимбалюк, та запросив до слова почесного голову асоціації Фелікса Глумчера.

Звертаючись до присутніх зі словами вітання, професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, почесний голова ГО «Асоціація анестезіологів України» **Ф. Глумчер** наголосив, що країна зараз переживає не найкращі часи, і галузь охорони здоров'я не виняток.

«Проте це не завадило нам усім зібратися. Така представницька громада, яку я бачу перед собою і щиро вітаю, — тому підтвердження. Представлена велика кількість різноманітних доповідей дає можливість обговорити широке коло нагальних питань. Хотілося б, щоб це також дало нам право поділитися особистим досвідом, аби робота пройшла незаангажованою і дала можливість ще й навчитися. На жаль чи на щастя, але вчитися потрібно постійно. Тому запрошую вас до плідної роботи у секціях.

Передаючи слово наступному доповідачу, головуєчий професор **С. Дубров** підкреслив, що, крім обговорення питань суто медичних, не можна залишити поза увагою тему реформування системи охорони здоров'я.

Виступаючий **Роман Крег**, лікар-анестезіолог Університетської клініки загального профілю (Лондон, Великобританія), дав детальну характеристику організації галузі системи охорони здоров'я у Великобританії, підкресливши, що цей досвід може бути корисним, оскільки Україна стоїть на початку серйозного етапу реформування медичної галузі. Як підкреслив доповідач, будучи державною, охорона здоров'я Великобританії за рахунок раціонального витрачання коштів має



досить хорошу медичну службу серед розвинених країн. Медична допомога у країні надається майже повністю безоплатно. Невелику частку медичної допомоги надають приватні медичні заклади, близько 10%, — це стоматологічні та офтальмологічні заклади, що суттєво не впливає на стан справ. Система охорони здоров'я в основному фінансується за рахунок загальних податкових надходжень, а не за рахунок медичного страхування і становить приблизно 5–6% валового внутрішнього продукту. Проте, попри відносно невисокі затрати, служба охорони здоров'я надає широкий спектр медичних послуг. Головним пріоритетом, за словами доповідача, є медична допомога особам працездатного віку, дітям та хворим онкологічного профілю. Особлива роль у наданні медичної допомоги належить сімейним лікарям. Лікар сімейної медицини відіграє неабияку роль у збереженні та відновленні здоров'я своїх пацієнтів, маючи не лише повагу від громадян, але й отримуючи пристойну платню за свою роботу. Відправляючи хворого до стаціонару, він має отримати погоджене рішення у правильності вибору тактики лікування ще трьох колег, що унеможливує хибний висновок та недобросовісне рішення і сприяє раціональному витрачання коштів. Раціональне використання коштів дає змогу надавати надсучасну медичну допомогу прак-

тично всім без винятку верствам населення, утримувати лікувальні заклади коштом держави та виплачувати гідну зарплату лікарям. Невідкладна допомога досить якісна і спрямована на швидке повернення хворого до праці. Швидке одужання і можливість приступити до роботи дає змогу одним платити податки — іншим отримувати кошти на розвиток галузі. Тут все збалансовано. Деяко гірші справи із надання допомоги хворим із хронічними недугами. Проте пацієнти і тут отримують якісне лікування, хоч і є нарікання. Вони здебільшого пов'язані із необхідністю довгого очікування госпіталізації та бажання швидкого одужання.

Управління медичним закладом здійснює менеджер, завданням якого, зокрема, є наповнення лікувального закладу хворими, всім необхідним для його функціонування та опікування умовами праці медичного персоналу. Його втручання у лікувальний процес мінімальні, оскільки він не є фахівцем лікувальної справи. Госпіталь також надає правову, професійну та юридичну підтримку лікарям і несе повністю відповідальність за дії лікаря.

Таким чином, лікар має всі гарантії від госпітальної та держави на спокійну роботу. Ведення документації займає мінімум часу, що також позитивно впливає на ефективність роботи. Надзвичайно великий вплив на підтримання належної фахової підготовки лікаря мають профільні професійні асоціації. Підтвердження фахової відповідності відбувається кожні 3–4 роки, що, крім фахового підтвердження, дає і моральне задоволення, оскільки асоціації недержавної й некомерційної структури. Такі основні позиції функціонування британської моделі охорони здоров'я представив доповідач.



Наступним доповідачем стала в.о. міністра охорони здоров'я **У. Супрун**. Оскільки не так часто ходять на з'їзди міністри, її виступ викликав живий інтерес. Доповідач наголосила, що реформи у галузі необхідні, з цим присутні погодились. Підкресливши, що вибираючи свій напрямок реформування охорони здоров'я, група українських лікарів, які брали участь у його підготовці, із відомих систем вибрала саме британську модель, про яку детально розповів попередній доповідач. Адже державне фінансування галузі за рахунок надходження податків, раціональне використання коштів та зміна менеджменту надання медичних послуг дозволять запровадити пристойну медичну допомогу для громадян України і забезпечити достойну зарплату лікарям. Далі пані міністр зупинилася на головних напрямках реформування.

Так, невідкладна медична допомога, наголосила в.о. міністра, надаватиметься безоплатно в лікарнях усім верствам населення. Вона має два виміри: на догоспітальному рівні та госпітальна медична допомога. Догоспітальна допомога, за словами в.о. міністра, має надаватися парамедиками — оскільки такий принцип добре зарекомендував себе у багатьох країнах. З часом планується машини швидкої допомоги базувати у лікарнях, що дасть змогу безпосередньо пов'язати їх із відділеннями невідкладної допомоги. Саме тут працюватимуть лікарі, які мають певний досвід надання допомоги у невідкладних станах. Така система невідкладної допомоги, за словами У. Супрун, добре зарекомендувала себе у всіх без винятку країнах, які мають пристойну медичну допомогу. Приймальні відділення лікарень будуть реорганізовані у відділення невідкладної допомоги. Це зменшить непродуктивні витрати часу

і дозволить раціонально використовувати обладнання та персонал, що врешті дасть змогу підвищити ефективність лікування.

Стосовно питання отримання медичної кваліфікаційної категорії та підвищення її рівня У. Супрун наголосила, що це питання в майбутньому має вирішуватися на рівні профільних асоціацій. Це дасть змогу підтримувати кваліфікацію на високому рівні. Недержавна, некомерційна структура здатна це зробити набагато ефективніше, ніж існуюча на сьогодні система післядипломної освіти. Підтвердження професійної придатності членами асоціації, враховуючи досвід, можна назвати головним мотивуючим чинником професійного зростання, підкреслила міністр.

«Асоціація також зможе керувати освітніми програмами на базі найпотужніших лікувальних закладів, де резидент чи лікар із певним стажем роботи зможе здобути або підвищити свій професійний рівень», — додала міністр.

Що стосується науки та її державної підтримки, то на переконання міністра, її фінансування має базуватися виключно на конкурсній основі та започаткованих державою грантах на дослідження. За необхідності держава зможе також фінансувати напрямки, які для неї на сьогодні важливі, що дасть змогу раціонально витратити кошти. На закінчення в.о. міністра подякувала за можливість донести до присутніх своє бачення реформ та звернулася до голови асоціації за пропозицією щодо ліцензування лікарів-анестезіологів.

Після бурхливого обговорення нагальних питань реформування учасники Конгресу приступили до обговорення суто медичних проблем. Представлені доповіді охоплювали різноманітний спектр проблемних питань анестезіології та інтенсивної терапії, серед яких застосування регіональної анестезії, безпеки в анестезіології та інтенсивній терапії, антибіотикорезистентності і сучасна антибактеріальна терапія сепсису та септичного шоку, впровадження епідеміологічного контролю в лікувальних закладах, нутритивна терапія невідкладних станів та питання визначення смерті мозку.



Жак Бергер, професор анестезіології, відділення анестезіології лікарні загального профілю, Лос-Анджелес, США, доповів про переваги та недоліки регіональної анестезії. На сьогодні, як наголосив доповідач, це досить ефективна і безпечна методика знеболення для підтримки анестезії як в періопераційний період, так і впродовж тривалого часу після її закінчення. Використання катетерів для введення анестетиків дає змогу значно знизити дозу та підвищити безпеку застосування зазначеної методики та значно зменшити потребу призначення анальгетиків. Поява анестетиків пролонго-

ваної дії дала змогу знизити частоту введень, що також є позитивним. Застосування анестетиків упродовж тривалого часу з метою знеболення дало змогу їх використання і на позагоспітальному етапі. Це розширило спектр їх застосування та сприяло скороченню госпітального періоду для хворих. Можливість тривалий час проводити анальгезію за рахунок довготривалого введення анестетика через катетер при дотриманні певних рекомендацій у домашніх умовах зменшило потребу в анальгетиках.

У продовження теми адекватного знеболення, підвищення безпеки оперативних втручань та зменшення застосування наркотичних анальгетиків виступив доктор медичних наук, професор **Є. Чумаченко** (аташе Університетських клінік Парижа, CLUD President, Франція). Головне, що хотів донести до слухачів доповідач — можливість проведення безпечного знеболення без застосування наркотичних анальгетиків. Як наголосив автор, гіперальгезія після оперативного втручання, потреба підвищення дози анальгетика з метою знеболення в післяопераційний період, триваліший період відчуття болю після операції — це головні чинники які змусили шукати заміну опіоїдній анальгезії.

Як підкреслив доповідач, доопераційна анальгезія та лікування при гіперальгезії із застосуванням таких препаратів, як парацетамол та дексаметазон, використання локоанестетів та нетравматичних доступів хірургами, а також застосування таких препаратів, як нефопам та кетамін, дало змогу набагато зменшити кількість опіоїдних засобів для знеболення під час операції (від 30 до 70%) або зовсім відмовитися від них. Чітке дотримання протоколу застосування препаратів різних фармакологічних груп у перерахунок на масу тіла хворого дозволяє ідеально провести знеболення при використанні опіоїдзберігаючих технологій та зменшити призначення синтетичних морфіноподібних анальгетиків.

Окрема секція була присвячена нутритивному забезпеченню пацієнтів у критичних станах.

Підтримання гомеостазу внутрішнього середовища пацієнта, забезпечення білково-мінерального балансу та відновлення енергетичних затрат неможливо без налагодження парентерального харчування. Налагодження нутритивної терапії у хворих, які перебувають у критичному стані, є запорукою успішного лікування та безпеки пацієнта. Воно також може стати запорукою зниження летальності та підвищення якості лікування в ургентних ситуаціях, наголосила **Олена Сорокіна**, завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини, заступник проректора з лікувальної роботи ДУ «Дніпровська державна медична академія МОЗ України», доктор медичних наук, доцент. А при тяжких формах панкреатиту ця стратегія значно знижує ризик формування фатальних ускладнень, підкреслив **Ярослав Підгірний**, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри анестезіології та інтен-



сивної терапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Головне, на чому наголошували автори, що нутритивну терапію необхідно розглядати як неодмінну процедуру для поповнення енергетичного субстрату в організмі при тяжких станах. Відновлення білкових втрат організмом при тяжких хворобах і травматичних станах на сьогодні не має альтернативи, підкреслили автори. Для зниження ризику розвитку жирового гепатозу при застосуванні харчових сумішей доцільніше використання тих, які містять жировий субстрат на базі оливкової олії, наголосили доповідачі.

Деякі актуальні доповіді, що прозвучали в рамках Конгресу, стосувалися антибактеріальної терапії септичних станів та антибіотикорезистентності. Зокрема йшлося про те, що тема антибіотикорезистентності, її подолання та лікування в сучасних умовах стоїть досить гостро. Лікування при гострих бактеріальних інфекціях частіше починається у відділеннях інтенсивної терапії. Тому не дивно, що ця тема викликає такий інтерес. Сепсис і септичний шок — найтяжчий патологічний стан, що потребує не лише загальних заходів інтенсивної терапії, а ще й грамотної та сучасної антибактеріальної терапії. Більшість із широко застосовуваних антибактеріальних препаратів виявляються або малоефективними, або неефективними взагалі. Ризик формування резистентної мікробної флори до багатьох антимікробних препаратів спонукав медичне товариство в усьому світі більш зважено ставитись до їх призначення, про що говорили практично всі доповідачі. Для подолання імовірних наслідків антибактеріальної резистентності в багатьох країнах (серед яких і наші найближчі сусіди — Чехія, Болгарія, Польща, Білорусь) проводять моніторинг антибактеріальної резистентності за програмою захисту антибіотиків CAESAR, запровадженою Європейським регіональним бюро ВОЗО, а також ведуть жорсткий епідеміологічний контроль поширення внутрішньолікарняних інфекцій та мають клінічні підрозділи епідеміологічного контролю.

Про що взагалі йдеться? Якщо коротко — то антибіотики мають призначатися лише відповідно до чутливості. Саме для цього існують клінічні підрозділи епідеміологічного контролю.



Про устрій і роботу такого підрозділу доповів **Василь Захаревич**, кандидат медичних наук, завідувач лабораторії епідеміологічного контролю (Мінськ, Білорусь). Як підкреслив доповідач, передусім необхідне визнання медичним товариством загрози формування антибіотикорезистентності. Епідеміологічний контроль має здійснюватися лабораторією неперервно і послідовно. Антибактеріальна терапія має призначатися лише після погодження зі спеціалістом лабораторії епідеміологічного контролю, наголосив доповідач. Лише невеликий перелік поширених антимікробних препаратів має право призначати лікар. Решту препаратів (особливо групи «резерву») призначає лікар лабораторії епідеміологічного контролю з урахуванням чутливості мікроорганізмів до препарату. У нічні часи та вихідні дні заміна призначення препарату виконується черговим лікарем після консультації зі службою епідеміологічного контролю.

Також необхідні повсякденні заходи, спрямовані на профілактику колонізації пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії грамнегативною флорою та повсякденний контроль стану інвазивних пристроїв — катетерів для довенної інфузії, сечових катетерів, інтубаційних трубок. Усе це дасть змогу знизити ризик формування бактеріальної резистентності та сприятиме швидшому одужанню пацієнтів.

Значно підвищити ефективність лікування і знизити ризик резистентності до антибіотиків можна, змінивши шлях їх введення. Так, інфузія антибіотиків за допомогою інфузомата вдвічі ефективніша, наголосив **О. Олійник**, лікар-анестезіолог із Бяля Пільська, Польща.

Продовженням розмови ефективного лікування пацієнтів із внутрішньолікарняними інфекціями стала доповідь професора **С. Дуброва**. Як наголосив доповідач, формування антибіотикорезистентності має різноманітні чинники, але серед основних — це бездумне (не за показаннями) призначення антибіотиків. Широке застосуван-

ня антибіотиків також не найкращим чином впливає на ситуацію. Відсутність лабораторій госпітального епідеміологічного контролю у нашій державі, а також призначення антибіотиків медичними працівниками, які такого права не мають, або у разі будь-якого підвищення температури тіла — короткий перелік причин, що впливають на формування антибіотикорезистентності. Тому дотримання принципів, проголошених у попередніх виступах, дасть змогу знизити ризик формування антибіотикорезистентності. Приєднання нашої країни до міжнародної програми стримання антибіотикорезистентності також було б доцільним, а запровадження відділів епідеміологічного контролю при лікувальних закладах та жорсткий контроль призначення антибіотиків — нагальна проблема, додав доповідач.



Запобігання секвестрації рідини у хворих із септичними станами, зумовленими руйнуванням глікокаліксу під час мікробної агресії, неможливе без відновлення водно-електролітного та білкового балансу. Актуальність цієї теми прозвучала у доповіді професора **Ф. Глумчера**.

Як наголосив доповідач, руйнування ендотелію при септичних станах як наслідок існуючої інфекції призводить до руйнування глікокаліксу, що спричиняє секвестрацію рідини в міжклітинний простір із формуванням гіповолемії. Тому першочерговим завданням є відновлення волемічного стану у хворого поряд з антибактеріальною терапією. Отже, мета інфузійної терапії відповідає завданням своєчасного та повного відновлення волемічних втрат і запобігання розвитку поліорганної недостатності. І чим швидше буде досягнуто мети відновлення внутрішньосудинного об'єму, тим вищого ефекту від лікування можна очікувати. На сьогодні рекомендовано агресивне болюсне введення рідини з розрахунку 30 мл/кг маси тіла в перші три години. Примітивний моніторинг — за станом артеріального тиску, кліренсу лактату і пульсоксиметрія — дадуть змогу уникнути гіперперфузії життєвоважливих органів та розвитку поліорганної недостатності. Дотримання розумних принципів інфузійної терапії та чітке розуміння патогенезу гіповолемії при септичному шоці — гарантія успіху лікування. Особливо, як підкреслив доповідач, необхідно контролювати гемодинамічні показники — середній артеріальний тиск та баланс рідини. Тому консервативна інфузійна терапія може бути запорукою успіху.

Вперше в програму Конгресу була включена секція, присвячена обговоренню питань розвитку та вдосконалення роботи медичних сестер відділень реанімації та інтенсивної терапії. У роботі Конгресу взяли участь 72 медичні сестри — анестезистки з усіх регіонів України. Всі витрати на їх участь взяла на себе асоціація.

Зазначимо, що вперше впроваджено грант у рамках секції наукових робіт молодих вчених. Із 34 робіт, представлених на розгляд, комітетом експертів було відібрано 15. Переможець Світлана Пашенко отримала грант у вигляді оплати членського внеску в ESA (Європейська асоціація анестезіологів) за 2018 р. та можливість взяти участь у Конгресі Euroanaesthesia-2018 у Копенгагені. Також на Конгресі відбувся добре спланований захід з демонстрації певних навчальних програм у формі майстер-класів. Заслугує на увагу, зокрема, майстер-клас «Специфіка неінвазивної/інвазивної вентиляції легень у домашніх умовах», в рамках якого були представлені доповіді:

- **Олег Ткачук**, завідувач відділення реанімаційно-консультативного центру Хмельницької обласної дитячої лікарні — демонстрація «Особливості вентиляції легень у дітей зі спінальною м'язовою атрофією».
- **Юрій Кучин**, доктор медичних наук, професор кафедри хірургії та анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця — демонстрація «Особливості вентиляції легень у пацієнтів із нейро-м'язовими захворюваннями».
- **Артеменко Валерій**, кандидат медичних наук, медичний директор Клініки «Into-Sana» — демонстрація «Особливості респіраторної підтримки в домашніх умовах».

Олександр Осадчий,
фото Сергія Бека