

УДК 616-036.882-08:614.23/.25-085

ЗЮЗЬКО В.В., ЗАГУРОВСКИЙ В.М.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Психоэмоциональное сопровождение обучения и применения сердечно-легочной реанимации

Целью настоящего исследования было изучение эмоционального и чувственного сопровождения обучения и реализации приемов сердечно-легочной реанимации. Комплекс лечебных мероприятий сердечно-легочной реанимации предполагает нахождение больного или пострадавшего, как правило, в состоянии клинической смерти. Это условие приводит к возникновению интенсивных психоэмоциональных переживаний (острая стрессорная реакция) со стороны проводящих реанимацию, не всегда способствующих эффективности и качеству реанимации. Уровень стрессорной реакции зависит от специальной подготовки лица, проводящего реанимацию, его психических особенностей.

Материал и методы исследования. Обследовано 52 обучающихся немедицинских специальностей, 49 врачей-интернистов, 53 врача бригад экстренной медицинской помощи. Исследованы: эмоциональное состояние (базовые эмоции — радость, горе (печаль), страх, гнев, удивление, отвращение) и чувственные переживания (растерянность, беспомощность, заинтересованность, уверенность) во время обучения приемам сердечно-легочной реанимации на симуляторах. У интернистов и врачей экстренной медицинской помощи, принимавших участие в реальных событиях сердечно-легочной реанимации, — катанестическое исследование тех же параметров. Нами использована 10-балльная шкала самооценки интенсивности эмоциональных и чувственных переживаний с дальнейшей обработкой данных методами статистических исследований.

Результаты исследования. У группы слушателей немедицинских специальностей во время обучения преобладали эмоции страха — 62 %, удивления — 48 %; чувства растерянности — 83 %, беспомощности — 71 %. В условиях, максимально приближенных к естественным (крики, плач, имитация агрессии и т.д.), преобладали эмоции страха 69 %, гнева — 31 %; с переживанием чувства растерянности — 41 %, беспомощности — 38 %. Изменения эмоциональных проявлений у врачей-интернистов были достоверно менее выражены и менее значимы. При имитации реальных ситуаций эти показатели также были достоверно ниже, чем у слушателей немедицинских специальностей, но более высоки в сравнении с началом обучения. У врачей экстренной медицинской помощи отмечались достоверно более низкие уровни страха при отсутствии переживаний беспомощности. При моделировании реальных событий отклонения

в этой группе отсутствовали, преобладали эмоции радости, удивления с переживанием чувств заинтересованности — 79 % и уверенности — 64 %. Можно утверждать: а) медицинское образование уменьшает число и интенсивность деструктивно направленных эмоций и переживаний при обучении приемам сердечно-легочной реанимации; б) формируется конструктивное и толерантное реагирование обучающихся на пути реализации полученных навыков. При катанестическом исследовании у врачей экстренной медицинской помощи, проводивших реанимационные мероприятия, преобладали эмоции тревоги, немотивированного напряжения — 90 % случаев, отвращения — 46 %, переживания растерянности — 31 %, обреченности — 58 % с психоэмоциональным возбуждением. Следует отметить, что интенсивность и частота проявлений достоверно снижается при увеличении числа проведенных реанимационных мероприятий независимо от их исхода.

Выводы: 1) на эффективность обучения приемам сердечно-легочной реанимации оказывает влияние уровень специальной медицинской подготовки; 2) в процессе обретения опыта применения сердечно-легочной реанимации значительно снижается уровень и частота деструктивных проявлений стрессорной реакции при реанимационных мероприятиях; 3) проведение мастер-классов при обучении приемам сердечно-легочной реанимации позволяет значительно уменьшить стрессорную реакцию при практическом применении.

УДК 616-083.2:614.23

ЯЦЫНА Г.С., МУСТАФА В.И., ЗАГУРОВСКИЙ В.М.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Особенности подготовки специалистов по оказанию экстренной медицинской помощи

Угрожающие жизни состояния являются одними из самых трудных и, несомненно, важных моментов в работе врача первого контакта. Таковым может быть не только врач или фельдшер экстренной медицинской помощи, но и любой другой медицинский работник, по той или иной причине оказавшийся первым на месте чрезвычайной ситуации. Жизнь и сохранение здоровья пострадавших зависят во многом от их решительных и умелых действий. В 2007 году на базе кафедры медицины неотложных состояний и медицины катастроф ХМАПО был создан Учебно-тренировочный центр (УТЦ) для отработки практических навыков оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Обучение в УТЦ проходят врачи — слушатели основных и смежных циклов; отрабатываются

практические навыки на мастер-классах для врачей и фельдшеров бригад экстренной медицинской помощи. Кроме этого в Центре по специальной унифицированной программе «Медицинская подготовка спасателей и других специалистов, которые принимают участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и не имеют медицинского образования» проводилась подготовка данных категорий. В рамках подготовки к Чемпионату ЕВРО-2012 обучение оказанию экстренной медицинской помощи при разных видах повреждений проводилось по утвержденным Минздравом Украины программам.

В УТЦ для более качественного усвоения материала сотрудниками кафедры в практические занятия были включены ситуационные задачи и сценарии-симуляции с их обсуждением в виде дискуссии или «мозгового штурма» с дальнейшим закреплением навыков на тренажерах. Практические занятия проводятся с дистанционным осмотром больных в отделении политравмы клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи, а также новых тренажеров с компьютерным обеспечением на базе Центра. Инновационные технологии дают возможности использования трех стилей обучения — аудит-визуальное и кинестетическое, что позволяет значительно повысить уровень подготовки и мотивацию слушателей.

В процессе отработки практических навыков по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим используется подготовка в малых группах под руководством инструктора. Обучение предполагает отработку навыков проведения сердечно-легочной реанимации в одиночку, в паре и в составе бригад экстренной медицинской помощи. Центр оснащен web-камерой, что позволяет транслировать проведение тренировочного занятия в учебную аудиторию, и это дает возможность продемонстрировать обучающимся решение поставленных задач в реальной жизненной ситуации в ходе работы команды спасателей. Такой вид обучения соединяет в себя все вместе — умение слушать, видеть и делать, а кроме того, дает возможность научиться работать в коллективе. Основной целью занятий является отработка автоматического выполнения необходимых мероприятий и их коррекция в зависимости от меняющихся условий по принципу: стил — ответ без траты времени на раздумья.

УДК 616-009.12-06:616.831-005.1-085-07

БИЧКО М.В., РІШКО М.В., КОГУТИЧ І.І., ЧЕНДЕЙ Т.В.,
БИЧКА Я.М., КУЦІН О.О., РІШКО О.В.
Ужгородський національний університет

Прогностичне моделювання ішемічного інсульту у хворих на артеріальну гіпертензію, асоційовану з ІХС при застосуванні антагоністів кальцію

Матеріали і методи. Обстежено 570 хворих на АГ, асоційовану з ІХС, 50 із яких перенесли

ішемічний інсульт (ІІ). 410 хворих отримували терапію антагоністами кальцію (АК), упродовж якої у 22 із них виник ІІ. Протягом 1,5-річного спостереження хворим призначались леркамен, амлодипін, фелодипін, дилтіазем, ніфедипін. Хворі в групах були порівнянні за віком, статтю, факторами ризику розвитку ускладнень. Статистичний аналіз результатів проведений з використанням електронних таблиць Microsoft Excel 2000 та пакета програм статистичної обробки SISA та Statistica 6.0.

Результати і обговорення. Покроковий багатфакторний регресійний аналіз прогностичного моделювання клінічного перебігу ІІ у групі хворих на АГ із ІХС, які отримували АК, встановив однаково низькі щодо виникнення первинної кінцевої точки ІІ відношення шансів — відповідно $OR = 0,19$ при 95 % ДІ 0,09–0,43 ($p = 0,001$) і $OR = 0,39$ при 95 % ДІ 0,17–0,95 ($p = 0,001$) — у хворих як молодших, так і старших за 60 років (чутливість 35 і 54 % відповідно).

Якщо враховувати тривалість АГ понад 10 років та наявність стенокардії в анамнезі понад 5 років, відношення шансів щодо вищезазначеної несприятливої події були майже однаковими і становили $OR = 0,42$ при 95 % ДІ 0,22–0,83 ($p = 0,01$) і $OR = 0,41$ при 95 % ДІ 0,2–0,82 ($p = 0,01$), і це на 60 % зменшувало ризик порівняно з тими хворими, які отримували стандартну терапію (СТ). Їх позитивна передбачувана цінність (ППЦ) становила 45 %. У хворих, які отримували АК, і на фоні СТ не відмічено істотної преференції жодного з них на клінічний прогноз.

У тих пацієнтів, які отримували АК, куріння, ожиріння та гіперхолестеринемія мали наполовину менший вплив на ризик подій порівняно з групою СТ. Так, відношення шансів становило $OR = 0,5$ при 95 % ДІ 0,26–0,97 ($p = 0,04$) та $OR = 0,46$ при 95 % ДІ 0,22–0,98 ($p = 0,04$) за умов застосування АК. У той час як хворих, які отримували СТ і курили, а також мали надмірну вагу і гіперхолестеринемію, був удвічі вищий шанс розвитку ІІ. Хворі з дебютом гіпертензивного кризу з розвитком ІІ, які до цього отримували АК, мали менший ризик події в майбутньому на 50 % при 95 % ДІ 0,26–0,96 ($p = 0,04$), у той час як хворі, які не отримували АК, мали удвічі вищий ризик цереброваскулярної події. Подібна закономірність стосувалась фібриляції передсердь, як пароксизмальної її форми, так і персистуючої, проте у тих хворих, які отримували АК, ризик ІІ внаслідок цих причин був на 60 % меншим, одночасно стандартне лікування збільшувало шанс ризику події відповідно в 2,6 і 2,5 рази. Несподіваними видались результати, які показали, що ризик ІІ приблизно однаковою мірою збільшується на 20 % у хворих із варикозною хворобою, які отримували АК, натомість за СТ він зменшується на 17 %. У хворих із гіперкоагуляційним синдромом відмічено підвищення комбінованого показника частоти розвитку

цереброваскулярних інцидентів у 3,2 і 3,9 раза за умов застосування СТ, у той час як на тлі застосування АК статистично значущий ризик таких подій на 70 % був меншим. Так, OR становив 0,31 при 95 % ДІ 0,16–3,18 ($p = 0,01$).

При підвищенні систолічного АТ понад 180 мм рт.ст. збільшується ризик ішемічних цереброваскулярних подій на 17 % за умов СТ, у той час як прийом АК на 38 % зменшував такий ризик. При фракції викиду лівого шлуночка < 50 % на 30 % зменшується шанс подій при застосуванні АК і на 45 % збільшується при прийомі СТ. Під час аналізу даних прогнозу несприятливих подій встановлено, що прийом СТ при пороговій потужності < 50 Вт статистично значуще в 5,4 раза збільшував потенційний ризик ІІ, у той час як АК на 80 % ($p = 0,01$) зменшували його.

Висновки. Використання сучасних статистичних програм надає можливість моделювання клінічних ситуацій, імовірності розвитку первинних кінцевих точок. Так, проведений багатофакторний регресійний аналіз встановив переваги застосування АК у хворих на АГ із ІХС порівняно зі стандартною терапією щодо віддаленого прогнозу та нівелювання і мінімізації впливу факторів ризику, таких як куріння, ожиріння, гіперхолестеринемія, на кінцевий прогноз.

УДК 616-053.2:616.85

ЗОЗУЛЯ І.С., ЗОЗУЛЯ А.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Екстрена медична допомога при невідкладних станах у неврології

Надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги є актуальним, оскільки збільшується кількість пацієнтів із травмами, отруєннями, інсультами, інфарктами, психічними захворюваннями, іншими гострими станами, що потребують невідкладної медичної допомоги.

Метою роботи було з'ясування причин виникнення невідкладних станів у неврології, а також клініка, діагностика, надання невідкладної допомоги.

Матеріал та методи. Основою роботи було спостереження за 402 хворими різного профілю (інсульт, черепно-мозкові травми, епістатус та інше), які доставлені бригадою швидкої медичної допомоги (ШМД) у нейросудинне відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Використані клінічні методи дослідження, лабораторні, сучасні міжнародні шкали, методи нейровізуалізації.

Результати. Від якості надання екстреної медичної допомоги часто залежить життя хворого або постраждалого, тому значення діагностики та вміння надавати кваліфіковану медичну допомогу є

обов'язковим для лікаря будь-якого фаху, і особливо ШМД.

Гострі порушення мозкового кровообігу: причиною є раптове припинення локального мозкового кровообігу, клініка залежить від того, яка артерія і яка ділянка мозку уражається. Ішемічний інсульт становить 80 %, геморагічний — 15 %, субарахноїдальні крововиливи — 5 %. Екстрена медична допомога включає реанімаційні заходи за системою ABCD, тромболітичну терапію, по можливості — гіпотензивну, якщо артеріальний тиск (АТ) вище 220/115 мм рт.ст. При гіперглікемії вводять інсулін, гіпертермії — жарознижувальні препарати.

Субарахноїдальні і внутрішньомозкові крововиливи виникають на тлі артеріальної гіпертензії, артеріовенозних мальформацій, аневризми, хвороби моя-моя, серпоподібноклітинної анемії. У клініці виражені менінгеальні симптоми. Підтвердження за допомогою лямбдальної пункції. Проводять базові реанімаційні заходи (ABC), при судомних — фенітоїн, при підвищенні внутрішньочерепного тиску забезпечують підняте положення голови, помірну гіпервентиляція, підтримку нормальних значень АТ. Усіх хворих госпіталізують у нейрохірургічне відділення.

Субдуральна та епідуральна гематома: виникає внаслідок тяжкої травми голови, гостра та підгостра субдуральна гематома виникає через 1–10 діб, може бути «світлий проміжок», особливо при епідуральній гематомі, після чого настає кома. Необхідна термінова госпіталізація в нейрохірургічне відділення на тлі забезпечення достатньої вентиляції (ABC) і циркуляції крові, протисудомна терапія, штучна вентиляція легень (за необхідності).

Судомні напади: епілепсія — синдром рецидивних, нічим не спровокованих судомних нападів. Можуть бути генералізовані або парціальні судомні напади, епілептичний статус. При наданні екстреної медичної допомоги проводяться базові реанімаційні заходи, достатня вентиляція, пульсоксиметрія. Як препарати першого ряду використовують бензодіазепіни (в/в, в/м), при епістатусі — в/в фенобарбітал або інфузію пропофолу чи бензодіазепінів.

Синдром компресії спинного мозку: причинами можуть бути захворювання опорно-рухового апарату, травми, пухлини, епідуральний абсцес. У клініці — біль, моторний сенсорний дефіцит, симптоми радикулопатії. Хворого необхідно терміново госпіталізувати в нейрохірургічне відділення. Чим раніше діагностовано компресію спинного мозку, тим сприятливіший прогноз.

Висновок. В екстремальних ситуаціях, при раптових захворюваннях чи травмах, що загрожують життю постраждалого, в кінцевій стадії багатьох хвороб або в разі їх тяжкого перебігу може виникнути необхідність невідкладної медичної допомоги, що повинна надаватись терміново або в межах «терапевтичного вікна». Необхідне термінове транспортування до стаціонару.

УДК 616.379-008.64:616-009.12-06-085

КОРСАК Ю.В., КИШКО М.М., ПІЧКАР Й.І.,
ГОЛУБКА Т.В., СТРИЖАК В.В.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Динаміка артеріального тиску у хворих на цукровий діабет 2-го типу з м'якою артеріальною гіпертензією на тлі лікування метформіном

Мета. Вивчити динаміку рівня артеріального тиску (АТ) у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу з м'якою артеріальною гіпертензією (АГ) на тлі лікування метформіном.

Методи дослідження. Обстежено 65 хворих із уперше виявленим ЦД 2-го типу, у яких на момент діагнозу визначено м'яку АГ, віком від 41 до 62 років (середній вік $51,2 \pm 2,45$ року), серед них 35 жінок і 30 чоловіків. АТ вимірювали за аускультативним методом за допомогою анероїдного сфігмоманометра згідно з рекомендованою процедурою. Діагноз м'якої АГ встановлювали при рівні АТ 140/90 мм рт.ст. і вище, але менше 160/100 мм рт.ст. Діагноз ЦД 2-го типу встановлювали за наявності гіперглікемії натще $6,1$ ммоль/л та вище, постпрандіальної гіперглікемії $11,1$ ммоль/л і вище, при рівні глікозилюваного гемоглобіну (HbA_{1c}) $\geq 6,0$ % і значеннях індексу НОМА $> 2,7$. Хворим призначено корекцію харчування, способу життя, монотерапію метформіном у дозі 1500–2000 мг/добу (із титруванням дози протягом двох тижнів). Рівень АТ, глікемії натще та HbA_{1c} визначали на початку та через три місяці після початку лікування метформіном.

Результати. Рівень глікемії натще статистично значуще зменшився від $7,4 \pm 0,67$ ммоль/л перед лікуванням до $6,4 \pm 0,43$ ммоль/л після трьох місяців лікування ($p = 0,00001$), рівень HbA_{1c} — від $7,10 \pm 0,49$ % до $6,90 \pm 0,41$ % відповідно ($p = 0,0009$). Компенсація ЦД настала у 22 хворих ($HbA_{1c} \leq 6,5$ %) — 33,8 % (згідно з рекомендаціями Європейського товариства ендокринологів), або у 46 хворих ($HbA_{1c} \leq 7$ %) — 70,8 % (згідно з рекомендаціями Американської діабетичної асоціації). Середній рівень АТ статистично значуще зменшився від $111,70 \pm 3,09$ мм рт.ст. перед лікуванням до $108,20 \pm 2,74$ мм рт.ст. після 3 місяців лікування ($p = 0,0003$), систолічний АТ — від $147,40 \pm 4,95$ мм рт.ст. до $145,30 \pm 4,57$ мм рт.ст. відповідно ($p = 0,014$), діастолічний АТ — від $93,90 \pm 3,15$ мм рт.ст. до $92,30 \pm 3,04$ мм рт.ст. відповідно ($p = 0,0006$). Водночас зниження АТ до нормальних показників відбулося всього у 3 пацієнтів (4,6 %), у жодного пацієнта АТ не досяг рекомендованого рівня (менше 130/80 мм рт.ст.).

Висновки

1. Лікування метформіном хворих із уперше виявленим ЦД 2-го типу протягом трьох місяців дозволяє досягти компенсації у двох третин пацієнтів.
2. Під впливом лікування метформіном у хворих на ЦД 2-го типу із м'якою АГ протягом трьох місяців

відбувається статистично значуще зниження систолічного, діастолічного та середнього АТ, однак їх рівень зберігається вище рекомендованого рівня і, отже, вимагає додаткового призначення антигіпертензивної терапії.

УДК 616-08-035.74

ЛЬОВКІН О.А., ГОЛДОВСЬКИЙ Б.М., КОНАКОВ С.Ю.,
СЕРІКОВ К.В., ПОТАЛОВ С.О., ВАСИЛЕНКО В.М.
Кафедра медицини невідкладних станів ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», м. Запоріжжя

Використання ларингеальної маски на догоспітальному етапі

Своєчасне відновлення прохідності дихальних шляхів є одним із пріоритетних заходів у практиці лікарів швидкої медичної допомоги, оскільки має велике значення в зниженні летальності в перші години після травмування або нещасного випадку і позитивно впливає на своєчасне усунення ускладнень, прогноз і тривалість перебування в стаціонарі тяжких хворих.

Мета. Золотим стандартом вирішення проблеми відновлення прохідності дихальних шляхів (ДШ) є інтубація трахеї. Однак труднощі маніпуляції для лікарів невідкладних станів, ускладнення, неуклоплектованість бригад швидкої медичної допомоги ускладнюють використання даного методу на догоспітальному етапі.

Матеріали і методи дослідження. У проспективне клінічне дослідження, що проводилося на базі Запорізької міської клінічної лікарні екстреної і швидкої медичної допомоги, були включені 80 хворих. Залежно від методу відновлення прохідності ДШ хворі були розподілені на дві групи. В основній групі відновлення та підтримка прохідності ДШ проводилось за допомогою ларингеальної маски, у контрольній — методом інтубації трахеї. Хворі та постраждалі основної і контрольної груп були порівнянні за віком, статтю, тяжкістю стану, основною нозологією та наявністю супутньої патології.

Усім пацієнтам у критичному стані на догоспітальному етапі проводили анестезіологічне забезпечення з відновленням та підтримкою прохідності ДШ і проведенням штучної вентиляції легень за протоколом.

Результати та їх обговорення. Зміни показників механіки дихання, газообміну та гемодинаміки у пацієнтів обох груп на етапах дослідження відображені у табл. 1.

Так, показники ХОД, ДО, ЧДР, P_{peak} свідчили про однакову ефективність методів відновлення прохідності ДШ у пацієнтів обох груп. Показник SpO_2 у пацієнтів контрольної групи статистично значуще знижувався на другому етапі, що було пов'язано з багаторазовими спробами екстреної інтубації трахеї та свідчить про складність цієї маніпуляції. Порівняльна динаміка показників гемодинаміки у пацієнтів обох груп дослідження на

Таблиця 1. Динаміка змін показників механіки дихання, газообміну та гемодинаміки у пацієнтів основної та контрольної груп на етапах дослідження

Показник, одиниця вимірювання	Основна група			Контрольна група		
	Етапи дослідження					
	До відновл. ДШ	Під час відновл.	Під час транспорт.	До відновл. ДШ	Під час відновл.	Під час транспорт.
ЧДР, хв ⁻¹	9,1 ± 0,5	15,8 ± 0,1*	12,1 ± 0,1*	9,4 ± 0,3	16,1 ± 0,1*	12,3 ± 0,1*
ХОД, л/хв	3,1 ± 0,2	9,0 ± 0,1*	7,1 ± 0,1*	3,3 ± 0,3	9,3 ± 0,2*	7,4 ± 0,1*
P _{реакт} , см вод.ст.	–	18,3 ± 0,2	12,9 ± 0,2*	–	23,8 ± 0,4#	20,9 ± 0,3*#
PetCO ₂ , мм рт.ст.	–	61,5 ± 0,4	39,7 ± 0,3*	–	61,9 ± 0,6	42,2 ± 0,5*
SpO ₂ , %	85,1 ± 0,3	85,0 ± 0,3	93,1 ± 0,2*	84,8 ± 0,2	81,6 ± 0,3*#	93,0 ± 0,2*
ЧСС, хв ⁻¹	82,5 ± 1,4	83,1 ± 1,3	80,5 ± 1,0*	83,7 ± 1,2	90,9 ± 1,8*#	86,5 ± 1,2*
Атс, мм рт.ст.	143,3 ± 2,1	144,2 ± 2,0	142,3 ± 1,6*	140,3 ± 1,9	147,8 ± 2,2*	141,3 ± 1,7*
АТд, мм рт.ст.	92,0 ± 1,5	92,8 ± 1,1	90,5 ± 0,9*	88,0 ± 1,1	92,4 ± 1,1*#	89,3 ± 0,9*
САТ, мм рт.ст.	109,3 ± 1,7	109,9 ± 1,4	107,8 ± 1,1*	105,4 ± 1,3	110,9 ± 1,4*	106,9 ± 1,1*

Примітка: * – статистична значущість відмінностей з попереднім етапом ($p < 0,05$); # – статистична значущість відмінностей між методами ($p < 0,05$).

етапах надання допомоги свідчить, що у пацієнтів контрольної групи були зафіксовані статистично значущі зміни гемодинамічної реакції, чого не було у пацієнтів основної групи.

Висновки

1. Порівняльний аналіз змін показників механіки дихання та газообміну в пацієнтів у критичному стані свідчить, що ларингеальна маска забезпечувала ефективне відновлення і підтримку прохідності верхніх ДШ і адекватний газообмін у критичних пацієнтів на догоспітальному етапі.

2. Зниження SpO₂ у пацієнтів контрольної групи на другому етапі пов'язано з багаторазовими спробами екстреної інтубації трахеї та свідчить про складність цієї маніпуляції.

3. Інтубація трахеї на догоспітальному етапі супроводжується гемодинамічною реакцією.

УДК 617.714/.716-08.74

ЛЕВКИН О.А., КОНАКОВ С.Ю., ГОЛДОВСКИЙ Б.М.,
ВАСИЛЕНКО В.Н., ПОТАЛОВ С.А., СЕРИКОВ К.В.,
СИДЬ Е.В.

Кафедра медицини неотложных состояний
ГУ «ЗМАПО МЗУ», г. Запорожье

Тактика ведения пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе

Цель. Анализ оказания экстренной помощи пациентам с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) на догоспитальном этапе (ДГЭ).

Материал и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ 88 выездных карт специализированных бригад скорой медицинской помощи (СМП) г. Запорожье для изучения оказания экстренной помощи пациентам с ТЧМТ за 2012 год. Средний возраст пострадавших составил $38,6 \pm 5,0$ года. 72 % пострадавших — мужчины. Тяжесть па-

циентов оценивалась по шкале комы Глазго (ШКГ). ТЧМТ оценивалась при уровне сознания 8 баллов и ниже по ШКГ.

Всем пациентам с ТЧМТ проводился общий и неврологический осмотр. Из дополнительных исследований проводились: пульсоксиметрия, определение уровня глюкозы крови (глюкометром), ЭКГ-контроль, мониторинг артериального давления с определением среднего артериального давления (САД). Управляемая искусственная вентиляция легких (ИВЛ) проводилась респиратором Oxylog ARBC фирмы Draeger (Германия).

Результаты и их обсуждение. Экстренная помощь пострадавшим с ТЧМТ проводилась на основании существующих протоколов и единой лечебной доктрины — профилактики и лечения вторичных церебральных ишемических атак. Оказание экстренной помощи осуществлялось по следующему алгоритму:

1. Проходимость дыхательных путей (ДП) восстанавливалась с использованием алгоритма экстренного восстановления проходимости ДП на ДГЭ:

I. Оценка риска «трудной интубации трахеи» с использованием предикторов «трудной интубации трахеи» для ДГЭ:

А. При наличии 2 и более предикторов — используется ларингеальная маска (ЛМ).

В. При отсутствии предикторов — экстренная интубация трахеи (первая попытка).

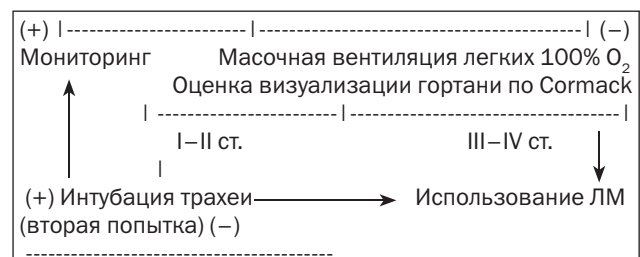


Рисунок 1

Примечания: (-) — неудачная попытка; (+) — удачная попытка.

2. Респираторная терапия пострадавших с ТЧМТ включала оксигенотерапию с F_iO_2 0,5 (подача кислорода через ЛМ или интубационную трубку) с управляемой ИВЛ. Синхронизация больного с аппаратом (Oxylog ARBC, Draeger) проводилась миорелаксантами (тракриум 0,3–0,6 мг/кг/час), тиопенталом (3–6 мг/кг/час). Параметры вентиляционных показателей: ДО (4–6 мл/кг должной массы больного), P_{peak} не более 30 см вод.ст., ЧДД — 12–14, SpO_2 — 93–95 %) (табл. 1).

3. Инфузионная терапия включала малообъемную инфузию гипертонического раствора NaCl (5,8 % — 100 мл) в сочетании с производными гидроксипропилированного крахмала (гекодез 400 мл) с подключением вазопрессоров (мезатон). Цель инфузионной терапии заключалась в поддержании церебрального перфузионного давления (ЦПД) на уровне 70 мм рт.ст., что могло быть достигнуто при уровне САД 100–110 мм рт.ст. (ЦПД = САД — внутричерепное давление (ВЧД)), так как известно, что при уровне сознания 8 баллов и меньше по шкале комы Глазго ВЧД составляет 30 мм рт.ст. и выше (табл. 2).

4. С целью коррекции интракраниальной гипертензии (ИКГ) применялось:

1. Пострадавшему придавали положение Фовлера (30–40°).

2. Назначение тиопентала натрия — 2–4 мг/кг в/в болюсом.

3. Быстрая инфузия 7,5% раствора NaCl 4 мл/кг.

4. Поддержание САД > 100 мм рт.ст.

5. Нейропротективная терапия включала: в/в введение 500–1000 мг цераксона, 5–10 мл L-лизина эсцината, сернокислой магнелии 20 мл 25% раствора.

Выводы

1. Экстренная помощь пострадавшим с ТЧМТ проводилась на основании существующих протоколов.

2. Алгоритм экстренного восстановления проходимости ДП эффективен и применим на догоспитальном этапе.

3. Малообъемная инфузионная терапия в респираторном режиме способствовала достижению уровня САД 100–110 мм рт.ст. и поддержанию протективного уровня ЦПД.

УДК 616-083.98:614.8-084

НАЗАРЕНКО І.І.

Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»

Вплив сучасних методів навчання на рівні готовності рятувальників до екстремальних умов діяльності

Робота рятувальників часто пов'язана з небезпечною, що вимагає від них наявності високого рівня психологічної готовності.

Результат психологічної підготовки повинен сприяти готовності рятувальника до ефективних і безпомилкових дій в умовах професійного стресу та ризику з мінімальними витратами життєвих ресурсів. Готовність до професійної діяльності — запорука успішного виконання професійних функцій.

Мета. Визначення рівня психологічної готовності рятувальників у процесі професійної підготовки до екстремальних умов діяльності.

Матеріали та методи. Нами були досліджені представники ризиконебезпечних професій: 108 осіб — 61 рятувальник водолазної служби «Плесо» (контрольна група) та 47 рятувальників державного підприємства «Мобільний рятувальний центр МНС України» (експериментальна група) віком від 25 до 45 років. Обстеження проводилось у динаміці до початку навчання та після його завершення. Для визначення рівня психологічної готовності використовували методики: тест на самооцінку стресостійкості, особистий опитувальник Айзенка (EPI), опитувальник Спілбергера —

Таблица 1. Динамика изменения вентиляционных показателей

Показатели	Этапы оказания помощи		
	До восстановления проходимости ДП	Во время восстановления проходимости ДП	Во время транспортировки
ЧДД, мин ⁻¹	9,1 ± 0,5	15,8 ± 0,1*	12,1 ± 0,1*
МОД, л/мин	3,1 ± 0,2	9,0 ± 0,1*	7,1 ± 0,1*
P_{peak} , см вод.ст.	—	18,3 ± 0,2	12,9 ± 0,2*
SpO_2 , %	85,1 ± 0,3	85,0 ± 0,3	93,1 ± 0,2*

Примечание: * — статистическая значимость различия с предыдущим этапом ($p < 0,05$).

Таблица 2

Показатели	До восстановления проходимости ДП	Во время восстановления проходимости ДП	Во время транспортировки
АДс, мм рт.ст.	143,3 ± 2,1	142,3 ± 1,6	147,8 ± 2,2*
АДд, мм рт.ст.	90,0 ± 1,5	90,5 ± 0,9	92,4 ± 1,1*
САД, мм рт.ст.	100,3 ± 1,7	107,8 ± 1,1	110,9 ± 1,4*

Примечание: * — статистическая значимость различия с предыдущим этапом ($p < 0,05$).

Ханіна для оцінки реактивної та особистісної тривожності.

Результати. Наші дослідження показали, що низький рівень психологічної готовності у досліджуваних до початку навчання у контрольній групі становив 2,5 % порівняно з експериментальною групою, що мала 1,4 %. Середній рівень психологічної готовності виявився характерним для 87,1 % респондентів контрольної групи та 89,5 % — експериментальної. Високий рівень готовності показали 7,3 % рятувальників контрольної групи та 8,3 % — експериментальної. Обидві групи займалися належною професійною підготовкою згідно з затвердженим планом навчання, але представники експериментальної групи порівняно з контрольною були задіяні в практичних навчаннях, в яких використовували метод муляжування (відтворення травматичних пошкоджень та проявів гострих захворювань за допомогою косметичних засобів або використання готових штучних імітаторів). Подальші результати дослідження вказали на те, що низький рівень психологічної готовності був характерним для 2,6 % представників контрольної групи, а в експериментальній цього рівня виявлено не було. Середній рівень психологічної готовності виявився у 84,7 % учасників контрольної групи та у 49,3 % експериментальної, високий рівень виявився властивим для 9,7 % представників контрольної групи та значно підвищилися показники у експериментальній — 21,5 %.

Висновки. Проведені дослідження свідчать про те, що розподіл рівнів психологічної готовності представників експериментальної групи, в підготовці яких застосовували метод муляжування, значно підвищився в процесі професійної підготовки із застосуванням методу муляжування порівняно з такими у контрольній, результати в яких змінилися несуттєво.

УДК 616.001-07:616-009.12

РІШКО М.В., БИЧКО М.В., КУЦИН О.О.,
ЛІНЧЕВСЬКА С.О., ЧЕНДЕЙ Т.В., КОГУТИЧ І.І.,
ДЕМКО Н.М.

Ужгородський національний університет

Перебіг інфаркту міокарда на фоні супутньої артеріальної гіпертензії у жителів Закарпаття з інтактними вінцевими артеріями

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) — одна з найбільш актуальних медичних та соціальних проблем в Україні, оскільки є головною причиною інвалідизації та становить 65 % у структурі смертності від хвороб системи кровообігу працездатного населення. В основі ІХС лежить порушення співвідношення між потребою міокарда у кисні та рівнем його доставки, обумовлене структурними змінами вінцевих артерій (ВА) внаслідок атеросклеротичного ураження. Різноманітність клінічних

проявів та варіанти перебігу ІХС визначаються не тільки ступенем звуження ВА, тривалістю стенозів та кількістю залучених в атеросклеротичний процес судин, але і розміром ліпідного ядра бляшки, станом її покривки, а також агрегаційною здатністю тромбоцитів та коагуляційним потенціалом крові. Разом із тим частка пацієнтів з інфарктом міокарда (ІМ) із інтактними коронарними артеріями або наявністю гемодинамічно незначущих стенозів, згідно з різними джерелами, становить від 1 до 12 %.

Мета. Дослідити поширеність ІМ з ангіографічно інтактними коронарними артеріями (ІМАІКА) серед жителів Закарпаття та особливості його перебігу залежно від наявності супутньої артеріальної гіпертензії (АГ).

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 29 пацієнтів із ІМ в анамнезі, що перебували на лікуванні у Закарпатському обласному клінічному кардіологічному диспансері (ЗОККД), у яких під час коронароангіографії були виявлені інтактні ВА. Діагноз ІМ був підтверджений за допомогою маркерної діагностики ІМ, ЕКГ-змін та виявлення порушення руху стінок лівого шлуночка на ехокардіограмі (ЕхоКГ). Оцінювали такі показники: місце проживання (висота над рівнем моря та статус населеного пункту), вік хворого, складові діагнозу (наявність АГ, стадія серцевої недостатності та супутня патологія), наявність та тривалість стенокардії, показники артеріального тиску та пульсу. При аналізі електрокардіограми враховували наявність рубцевих змін (патологічні зубці Q) та ознак ішемії міокарда (депресія чи елевація сегмента ST, інверсія зубця T) та тривалість основних інтервалів. Усім пацієнтам проводили ЕхоКГ дослідження у М- та В-режимах за стандартною методикою на апараті Philips EnVisor C, при якому враховували показники фракції викиду, товщину міжшлуночкової перегородки, задньої стінки лівого шлуночка, розміри лівого передсердя, правого шлуночка та відношення Е/А. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми Microsoft Excel 2007.

Результати та їх обговорення. В обстежених хворих із ІМАІКА отримали такі показники: вік на момент ІМ — $46,84 \pm 2,18$ року, тривалість стенокардитичних проявів до ІМ — $2,58 \pm 0,88$ року, тривалість АГ — $5,53 \pm 1,14$ року.

На момент госпіталізації в ЗОККД тривалість АГ серед жителів міста була у 2 рази коротшою за тривалість АГ серед селян — $3,21 \pm 1,71$ року проти $7,07 \pm 1,62$ року ($p < 0,05$).

Тривалість АГ у жінок ($8,10 \pm 1,78$ року) була у 2 рази довшою порівняно з групою чоловіків ($3,51 \pm 1,28$ року; $p = 0,05$).

Середній вік хворих, які перенесли ІМ та мали в анамнезі АГ, був статистично значущо більшим ($50,95 \pm 1,88$ року) порівняно з віком хворих без АГ ($33,83 \pm 3,22$ року; $p = 0,01$). Ці групи відрізнялися і за статевим складом: у групі з АГ було 42,1 % чоловіків та 57,9 % жінок, у групі без АГ всі 100 %

пацієнтів були чоловіками ($p < 0,001$). ЦД траплявся лише у групі хворих на АГ (у 18 %) і не спостерігався серед пацієнтів без АГ ($p < 0,05$).

Висновки

1. Хворі з ІМАІКА, які мали в анамнезі АГ, на момент ІМ були старшими за пацієнтів без АГ. Тривалість АГ серед селян та жінок становила у середньому 7 років і була у 2 рази довшою порівняно з городянами та чоловіками.

2. Серед хворих на ІМАІКА, які мали в анамнезі АГ, було 57,9 % жінок, у той час як серед хворих, які не мали АГ, осіб жіночої статі не було.

УДК 611.1:612312-008.331.1:615,015,32

ЧЕНДЕЙ Т.В., РІШКО М.В., БИЧКО М.В.,
ЛІНЧЕВСЬКА С.О., КОГУТИЧ І.І.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Вплив споживання кропиви (*Urtica dioica*) та сидериту (*Sideritis scardica*) на ендотеліальну функцію у хворих з артеріальною гіпертензією та високим серцево-судинним ризиком

Вступ. Дієта з високим споживанням овочів і фруктів корисна для здоров'я, зокрема здатна знижувати ризик серцево-судинних захворювань. Вважають, що сприятливі ефекти такої дієти можуть бути опосередковані поліфенольними сполуками, що містяться у багатьох продуктах рослинного походження. Існує значна кількість наукових даних про сприятливий вплив рослинних поліфенолів на функцію ендотелію, артеріальний тиск, ліпідний профіль та чутливість тканин до інсуліну. Чимало традиційних страв країн басейну Чорного моря містять рослини — джерела біологічно активних поліфенолів. Рослини роду *Sideritis* та *Urtica* містять флавонольні та похідні флавонолу, що потенційно здатні впливати на функцію ендотелію.

Матеріали та методи. Ми провели відкрите рандомізоване клінічне дослідження у паралельних групах (3 групи, $n = 27$ у кожній), в якому оцінювали вплив споживання «гірського чаю» (*Sideritis scardica*) та «чаю» з кропиви (*Urtica dioica*) на ендотелій-залежну вазодилатацію у хворих із артеріальною гіпертензією та підвищеним рівнем серцево-судинного ризику, які отримували стабільне базисне лікування. Пацієнтів рандомізували на прийом 2 грамів висушеної трави *S. scardica* (настояної у 200 мл окропу) два рази на день, або 3 грамів висушеної трави кропиви (*U. dioica*) (настояної у 200 мл окропу) два рази на день, або 200 мл окропу перорально двічі на день як плацебо-контроль. Потік-залежну вазодилатацію (ПЗВ) вимірювали на початку дослідження та через 6 тижнів спостереження.

Результати. На початку дослідження групи не відрізнялися за показниками ПЗВ. Через 6 тижнів лікування жодне з досліджуваних втручань не покращило ПЗВ порівняно з контрольною групою. Середні

показники ПЗВ були істотно нижчими після 6 тижнів споживання кропиви ($5,9 \pm 2,33$ % через 6 тижнів, $7,62 \pm 3,92$ % на початку; $p = 0,037$), але порівняно з контрольною групою відмінність не була суттєвою. Також не було виявлено сприятливих ефектів лікування на рівні офісного артеріального тиску.

Висновки. Регулярне споживання *Sideritis Scardica* та кропиви у формі водного настою протягом 6 тижнів не впливає на ПЗВ та рівні офісного артеріального тиску в хворих із артеріальною гіпертензією та підвищеним рівнем серцево-судинного ризику.

Примітка. Дана робота виконана у рамках Сьомої Рамкової програми ЄС (FP7 2007–2013) відповідно до грантової угоди № 227118.

УДК 615.099:615.31-616-083.98

КУРДІЛЬ Н.В.

Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

Гострі отруєння хімічної етіології в осіб старших вікових груп — актуальна проблема екстреної медичної допомоги

Актуальність проблеми. Визначне місце у сфері сучасної токсикології займають проблеми вікової токсикології. Останні десятиріччя вітчизняні токсикологи велику увагу приділяють фундаментальним дослідженням, що спрямовані на вивчення вікових особливостей формування компенсаторно-адаптаційних механізмів до токсичного впливу ксенобіотиків (І.М. Трахтенберг із співавт., 2010; Л.І. Владик, 2011). Збільшення кількості гострих отруєнь серед населення похилого віку обумовило розвиток окремого напрямку в сучасній медицині невідкладних станів, а саме — Geriatric Emergency Medicine (англ.), де окремі розділи безпосередньо присвячені особливостям перебігу гострих отруєнь хімічної етіології у пацієнтів старших вікових груп (> 65 років), методам діагностики та лікування пацієнтів із урахуванням вікових адаптаційно-компенсаторних змін та особливостей біотрансформації ксенобіотиків.

Матеріал та методи дослідження. Проаналізовані дані періодичних вітчизняних та світових наукових медичних видань з актуальних питань вікової токсикології за останні 20 років. Проведений ретроспективний аналіз випадків гострих отруєнь хімічної етіології у пацієнтів старших вікових груп (> 65 років), що проходили лікування на базі токсикологічного відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період 2007–2012 рр. Результати досліджень опрацьовані за допомогою комп'ютерної програми Excel.

Результати дослідження. Було обстежено 86 пацієнтів віком від 65 до 86 років. Серед пацієнтів жі-

нок було 56 осіб (65,1 %), чоловіків — 30 (34,9 %). У 37 випадках (43,0 %) отруєння було спричинено прийомом двох та більше медикаментів. Основні показники летальності та результатів лікування порівнювали із загальними річними показниками серед усіх пролікованих хворих. Летальність у віковій групі становила 8,1 % (загальна летальність — 3,5 %), тривалість лікування — 11,2 ліжко-дня (загальна тривалість лікування — 4,2 ліжко-дня). Більшість пацієнтів (76,7 %) надходили до стаціонару через 12 годин та більше після прийому отрути, 86,0 % пацієнтів перебували при надходженні у стані токсичної коми. Суїцидальні спроби становили 43,0 %, передозування — 10,4 %, кримінальні — 3,5 %, невідома причина — 27,8 %, інші причини — 15,3 %. Серед медикаментів, що стали причиною отруєння, переважали: бензодіазепіни, барбітурати, нейрорепетики, трициклічні антидепресанти, клофелін, β-адреноблокатори, нітрати, в тому числі поєднання вищезазначених препаратів із етиловим алкоголем.

Ускладнювала діагностику та лікування даної категорії хворих наявність супутньої патології органів серцево-судинної (66,2 %) та дихальної систем (41,8 %). Налагодження інтенсивного моніторингу пацієнтів у першу добу після надходження до стаціонару було важливим елементом інтенсивного лікування. Особливо приділяли увагу процесам теплообміну і терморегуляції. У пацієнтів старших вікових груп ступінь гіпотермії визначався характерною клінічною симптоматикою з боку центральної нервової системи і системи кровообігу. Особливо важливо відзначити, що ризик швидкого розвитку гіпотермії зростає при отруєнні психотропними речовинами (опіоїдами, барбітуратами, бензодіазепінами, клонідином тощо). Гіпотермія проявлялася пригніченням свідомості різного ступеня, розвитком коматозного стану і судом, розладами координації рухів (атаксією), появою патологічних рефлексів, м'язовою гіпотонією. Клінічна діагностика гострих отруєнь ускладнювалась тим, що пацієнти старшого віку були схильні несвідомо приховувати скарги. Ослаблення розумових функцій іноді робило скарги неадекватними, ускладнювало встановлення лікарем-токсикологом правильного діагнозу. Патологічні стани часто розвивалися нетипово. Спостерігалися такі ускладнення як: нічні порушення свідомості, раптові падіння, переломи при відсутності ознак наявної травми, швидка поява пролежнів, копростаз і затримка сечі, швидкий розвиток госпітальної інфекції та повільне видужування.

В умовах стаціонару на фоні тимчасової втрати родини і звичного оточення літні пацієнти часто відчували себе жертвами діагностичних та лікувальних заходів, відмовлялися від лікувальних процедур і прийому лікарських препаратів, що потребувало особливої уваги з боку середнього медичного персоналу та близького оточення.

Висновки. Регулярний аналіз гострих отруєнь хімічної етіології в осіб літнього віку, вивчення

етіологічних чинників отруєнь значною мірою допомагають формуванню ефективних принципів профілактики та своєчасної діагностики отруєнь. Проблеми стаціонарного сестринського догляду за пацієнтами старших вікових груп є одним із найважливіших елементів лікування. Обізнаність спеціалістів про спектр токсичних речовин, що найчастіше стають причинами передозувань та отруєнь, допомагає швидко та адекватно реагувати у невідкладній ситуації, своєчасно та обґрунтовано спрямовувати лабораторний пошук токсичної речовини та застосовувати заходи антидотної та симптоматичної терапії.

УДК 616-001.3:617.844

КОБЕЛЯЦКИЙ Ю.Ю., ЙОВЕНКО И.А., ЦАРЕВ А.В., КУЗЬМОВА Е.А., КЛИМЕНКО К.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

КУ «Областная клиническая больница им. И.И. Мечникова», г. Днепропетровск

Реанимационная стратегия damage control при политравме

Реанимационная стратегия damage control направлена на борьбу с компонентами «летальной триады» — коагулопатией, гипотермией и ацидозом, возникающими на фоне травматической кровопотери и способствующими ее продолжению. Развивающаяся гипоперфузия приводит к снижению доставки кислорода, переходу на анаэробный метаболизм, накоплению лактата, метаболическому ацидозу. Анаэробный метаболизм ограничивает образование эндогенного тепла, усиливая гипотермию. Возникает порочный патогенетический круг. Температура ядра тела менее 35 °С является независимым предиктором смерти при тяжелой травме (R.S. Martin et al., 2005).

Основными компонентами реанимационной стратегии damage control являются:

1) допустимая (преднамеренная) гипотензия с ограничением объема инфузии до формирования надежного гемостаза;

2) гемостатическая реанимационная стратегия, включающая максимально раннее использование компонентов крови в качестве первичной инфузионной терапии и назначение гемостатических фармакологических средств;

3) хирургический контроль повреждений.

Гипотензивная реанимационная стратегия (с учетом субоптимальных потребностей в перфузии органов-мишеней) предполагает отсрочку или ограничение объема инфузии коллоидов и кристаллоидов до обеспечения надежного гемостаза и направлена на предотвращение коагулопатии разведения. Так, в исследовании было показано, что среднее артериальное давление (САД), равное 40 мм рт.ст. на протяжении 2 часов, приводило к развитию фатальной гипоперфузии, и наоборот, гипертензия, когда

САД было более чем на 80 % выше нормы, приводила к развитию фатального повторного кровотечения (Т. Li et al., 2011). В другом исследовании было отмечено, что систолическое АД (АДсист.) на уровне 80 мм рт.ст. в сравнении с группой пациентов с АДсист. > 100 мм рт.ст. обеспечивало эффективный контроль над кровотечением. В связи с чем у пациентов с активным кровотечением рекомендуется поддержание целевого АДсист. менее чем 100 мм рт.ст. Эффективность такого подхода подтверждена также рядом других исследований (R.P. Dutton et al., 2012), хотя все еще остается предметом дискуссий. Рекомендации по допустимой гипотензии включены в военно-медицинскую доктрину США (Т.Т. Hodgetts et al., 2007) и в 8-е издание Advanced Trauma Life Support (ATLS, 2008). Допустимая гипотензия противопоказана при ЧМТ в связи с необходимостью поддержания церебрального перфузионного давления.

Гемостатическая реанимационная стратегия направлена на быстрое и активное лечение острой посттравматической коагулопатии и признается в качестве важного фактора улучшения исхода терапии (Е. Kirkman et al., 2008). Она включает в себя использование свежзамороженной плазмы, тромбоцитов, криопреципитата, фибриногена, рекомбинантного фактора VIIa, транексамовой кислоты, концентрата протромбинового комплекса, восполнение дефицита кальция. Для контроля состояния системы гемостаза не достаточно использования только общедоступных диагностических тестов (протромбинового времени, активированного частичного тромбопластинового времени) из-за их низкой чувствительности и длительности получения результатов, а рекомендуется методика «прикроватной» тромбоэластографии.

Принятие решения о необходимости проведения массивной гемотрансфузии основано на клинической оценке (визуально массивное кровотечение; двухсторонние проксимальные травматические ампутации конечностей; кровотечение в области туловища и односторонняя проксимальная травматическая ампутация), а также наличии таких клинических признаков, как снижение температуры тела ниже 35 °С, АДсист. менее 90 мм рт.ст. и лабораторных сдвигов (МНО > 1,5; дефицит оснований (ВЕ > -6); гемоглобин < 110 г/л). При этом необходимо отметить, что лабораторные данные не являются обязательным требованием для активации протокола массивной трансфузии (J. Mark et al., 2011). В случае использования протокола массивной гемотрансфузии рекомендуется соблюдение соотношения свежзамороженной плазмы и эритроцитарной массы 1 : 1, которое способствует снижению летальности (М.А. Borgman, 2007; J.C. Duchesne et al., 2008), а также трансфузия тромбоцитов в соотношении 1 : 1 с препаратами крови (O.L. Gunter et al., 2008; J.V. Holcomb et al., 2008) или по крайней мере одной дозы тромбоцитов на каждые пять доз эритроцитарной массы. Не рекомендуют применение эритроцитарной массы со сроком хранения бо-

лее двух недель, так как это связано с увеличением частоты инфекционных осложнений и полиорганной недостаточности.

Коррекция метаболического ацидоза требует восстановления нормальной перфузии органов и лишь изредка — использование буферных растворов (Boyd J.H. et al., 2008).

Хирургический контроль повреждений является важным компонентом противошоковой терапии и предполагает первоочередное восстановление нормальных физиологических параметров, а не анатомической целостности: остановку кровотечения, первичную хирургическую обработку ран, предотвращение компартмент-синдрома, первичный (чаще внеочаговый) металлоостеосинтез переломов костей. Восстановительные и реконструктивные операции проводятся после восстановления у пациента нормальных физиологических показателей (Shapiro M.B. et al., 2000).

Таким образом, формирование и продолжающееся развитие стратегии «damage control» при проведении интенсивной терапии пациентам с политравмой, позволяет воздействовать на компоненты «летальной триады» и является основой улучшения результатов лечения и повышения выживаемости пациентов как в мирное время, так и во время военных действий (Holcomb J.V., 2007; Jansen J.O. et al., 2009).

УДК 616.001-005.1-08

ЦАРЕВ А.В., КОБЕЛЯЦКИЙ Ю.Ю., ПАНЧЕНКО Г.В.,
ЙОВЕНКО И.А., КУЗЬМОВА Е.А., КЛИМЕНКО К.А.,
БЕЛОЦЕРКОВЕЦ О.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины»

КУ «Областная клиническая больница
им. И.И. Мечникова», г. Днепропетровск

Травма, кровопотеря, гемостаз

Резюме. В статье обсуждаются вопросы развития травматической коагулопатии и современные подходы интенсивной терапии у пациентов с политравмой.

Ключевые слова: политравма, коагулопатия, кровопотеря, интенсивная терапия.

Неконтролируемое кровотечение является второй основной причиной смерти и одновременно прямой причиной 40 % всех ассоциированных с травмой летальных исходов (А. Sauaia et al., 1995). Как показало исследование (К. Brohi et al., 2007), индуцированная травмой коагулопатия была ассоциирована с четырехкратным увеличением летальности. В основе патофизиологических сдвигов лежит тот факт, что геморрагический шок, вызванный повреждением тканей и сосудов при политравме, активирует эндогенные антикоагулянтные пути. При шоке характерно высокое содержание тканевого активатора плазминогена, активируемого эндотелиоцитами и тромбомодулином, экспрес-

сированным на их поверхности. Так, гиперфибринолиз у больных с политравмой был зафиксирован при проведении тромбоэластографии или тромбоэластометрии в 2,5 и 8,7 % случаях соответственно и был ассоциирован с плохим прогнозом (R.C. Carroll et al., 2009). Необходимо отметить, что в процессе потребления факторов свертывания при политравме отмечается снижение уровня фибриногена. Фибриноген является не только прекурсором фибрина, но также выступает в роли лиганда между активированными тромбоцитами, играя, таким образом, первостепенную роль в процессе коагуляции. Снижение уровня фибриногена при политравме снижает стабильность сгустков и увеличивает кровоточивость, что имеет большое клиническое значение, поскольку влияет на исход заболевания. Так, у пациентов с политравмой было отмечено снижение уровня фибриногена с 1,6 г/л на догоспитальном этапе до 0,95 г/л в момент поступления в приемное отделение (A. Levrat et al., 2008). В другом исследовании было показано, что у 11 % больных с политравмой на момент поступления в приемное отделение концентрация фибриногена была ниже 1 г/л, и у этих пациентов в 31 % случаев был отмечен летальный исход (R.C. Carroll et al., 2009). В целом, критическим считается уровень фибриногена 1,5–2 г/л.

Одним из важнейших дискуссионных вопросов ведения политравмы в острейшем периоде стал в последнее время вопрос о связи количественного и качественного состава инфузионной терапии и риском развития коагуляционных нарушений. Так, согласно данным регистра травмы Германии, у 34 % пациентов с политравмой было отмечено развитие тяжелой травматической коагулопатии в момент поступления в приемное отделение. При этом в ряде случаев была отмечена связь между травматической коагулопатией и агрессивной инфузионной терапией, проведенной на догоспитальном этапе. Так, средний объем инфузионной терапии на догоспитальном этапе составил 2,2 л, а у 50 % пострадавших объем инфузии составил более 3 л. Было показано, что многообъемная волевическая нагрузка кристаллоидами может привести к развитию дилуционной коагулопатии, оказывая, таким образом, существенное влияние на исход заболевания (M. Maegeler et al., 2007). Исследование P. Chappell и соавт. (2008) продемонстрировало, что болюсное введение кристаллоидов ассоциировано с дезинтеграцией эндотелиального гликокаликса, снижением плотности клеточных мембран и развитием клеточного и внеклеточного отека. Целый ряд исследований показали, что использование коллоидов может привести к нарушению полимеризации фибрина.

В связи с вышеизложенным стратегия интенсивной терапии должна строиться на следующих принципах:

1. Воздействие на звенья «триады смерти» при политравме, в частности на гипотермию и ацидоз, которые индуцируют и поддерживают развитие травматической коагулопатии.

2. При массивной кровопотере рекомендуется соотношение: свежезамороженная плазма (СЗП) : эритромаасса : тромбоконцентрат — 1 : 1 : 1. Такое соотношение позволяет быстро обеспечивать восполнение факторов свертывания крови и тромбоцитов без необходимости ожидать результатов проб коагуляции, в то время как развивается посттравматическая коагулопатия.

3. Проведение целевой коагуляционной терапии: а) улучшение качества сгустка за счет повышения уровня фибриногена путем трансфузии достаточного объема СЗП, криопреципитата или концентрата фибриногена; б) поддержание уровня тромбоцитов выше 50 000/мкл; в) улучшение стабильности сгустка — в случае гиперфибринолиза раннее использование антифибринолитиков, таких как транексамовая кислота, имеет важнейшее значение при травматическом кровотечении, обеспечивая уменьшение объема кровопотери. Данные мультицентрового клинического испытания CRASH-2, включавшего 20 000 пациентов с травматическим шоком, показали, что назначение транексамовой кислоты в течение первых 3 часов с момента получения травмы достоверно снижало уровень летальности (I. Roberts et al., 2011).

4. Коррекция дефицита кальция рекомендуется при его плазменной концентрации менее 0,9 ммоль/л (гемостаз нарушается при уровне кальция < 0,6–0,7 ммоль/л) (H. Lier et al., 2011). Профилактика и лечение гипотермии путем инфузии теплых растворов и применения физических методов согревания. Применение рекомбинантного фактора VIIa и концентрата протромбинового комплекса при травматическом кровотечении не общепризнано и не является терапией первой линии (Rossaint et al., 2010).

УДК 616-083.98:685.184/185

ШЕВЧЕНКО Р.А., ЦАРЕВ А.В., ГАВРИЛЬЧЕНКО Я.Л.,
ЙОВЕНКО И.А., КРИШТАФОР А.А., КАЛИЧ А.В.,
ЧЕРНОВ А.И., ГРИНЧИШИН И.Р.

КУ «Областной центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф»

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск

Современные принципы длительной межгоспитальной транспортировки пациентов в критических состояниях

Резюме. В работе обсуждаются вопросы транспортировки пациентов в критических состояниях и пути снижения возможных осложнений.

Ключевые слова: критические состояния, межгоспитальная транспортировка, интенсивная терапия.

Любое критическое состояние предполагает нарушение витальных функций и необходимость их искусственного замещения, что, в свою очередь, обуславливает высокие риски при транс-

портировке таких пациентов, особенно на большие расстояния. Поэтому подготовка пациента к транспортировке и оптимизация непосредственного обеспечения транспортировки нацелены на достижение минимизации риска для пациента. Все риски при транспортировке подразделяются на 4 категории: пациент-ассоциированные, технико-ассоциированные, персонал-ассоциированные (человеческий фактор) и организационные (P.G. Brindley, T. O'Leart, 2011). По данным канадских исследователей, из 19 000 urgently транспортированных пациентов в условиях вертолета у 5 % отмечались в процессе транспортировки критические инциденты с ухудшением состояния, а 0,1 % умерли в основном от развития кардиореспираторных нарушений (J.M. Singh et al., 2009). Независимыми факторами риска выступают исходная вентиляция легких (ИВЛ), длительность транспортировки, тип бригад (специализированные или общего профиля). E. Fan et al. (2006) выделили основные проблемы, возникающие во время транспортировки: вентиляционные нарушения — 5–28 %, отсоединение венозного доступа — 8–34 %, отсоединение монитора — 15–74 %. Одним из осложнений со стороны дыхательных путей в процессе транспортировки является непреднамеренная экстубация либо дислокация эндотрахеальной трубки в правый бронх, особенно в случаях развития у пациента психомоторного возбуждения. Гипоксемия или снижение сатурации кислорода (SpO_2) было отмечено в 86 % случаев при транспортировке (C. Waydhas et al., 1995). При этом необходимо подчеркнуть, что гипоксия вызывает хеморецептор-индуцируемую гипервентиляцию и компенсируется увеличением сердечного выброса, что клинически отражается развитием тахикардии. Гипоксия стимулирует развитие аритмий и снижение сократительной способности миокарда, что особенно опасно у пациентов с нестабильной гемодинамикой и сердечной недостаточностью за счет очень низкой толерантности к ишемии. У пациентов с травматическими и нетравматическими повреждениями головного мозга гипоксия приводит к развитию внутричерепной гипертензии, которая, в конечном итоге, может вызвать критическое нарастание отека головного мозга (наиболее характерно для пациентов с геморрагическими инсультами, в том числе за счет стремительного нарастания вазоспазма).

Днепропетровский ОЦЭМП и МК имеет в своем составе 17 современных реанимобилей на базе автомобилей «мерседес-бенц», «фольксваген», «рено», «форд», каждый из которых оснащен респиратором, кардиомонитором, дефибриллятором, перфузорами, отсосом. Транспортировку пациентов осуществляют врачи анестезиологи-реаниматологи вместе с фельдшером-анестезистом. Важным моментом транспортировки критических пациентов является оценка их транспортабельности и в случае положительного решения — проведение подготовки к транспортировке с учетом

предполагаемых рисков и осложнений, исходя из нозологии заболевания, приведшего к критическому состоянию. Необходимо оценить адекватность внешнего дыхания и степень неврологического дефицита и, если пациент не был интубирован, при наличии показаний произвести интубацию трахеи и перевод на ИВЛ. Мы считаем крайне важным проводить транспортировку в ОРИТ в реанимобиле пациентов, находящихся на ИВЛ, только в условиях респираторной поддержки транспортными переносными аппаратами ИВЛ, что особенно является критичным при низкой толерантности к гипоксии (кислородозависимости). Проведение седации в процессе транспортировки (при помощи перфузора) и, в случае необходимости, введение миорелаксантов позволяет значительно снизить риск экстубации или дислокации эндотрахеальной трубки. Важным аспектом является обеспечение адекватной анальгезии у травмированных пациентов. Использование пневматических матрасов является обязательным условием транспортировки пациентов с политравмой или нестабильной гемодинамикой. Мониторинг должен включать пульсоксиметрию, непрерывный кардиомониторинг ЭКГ, неинвазивное измерение АД, мониторинг показателей вентиляции. При тяжелых травматических и нетравматических повреждениях головного мозга обязательным является клиническая оценка неврологического статуса по ходу транспортировки и, в случае ухудшения до комы, проведение интубации трахеи, перевод на ИВЛ, коррекция внутричерепной гипертензии введением маннитола. При транспортировке пациентов с нестабильной гемодинамикой золотым стандартом вазопрессорной поддержки мы считаем использование норадреналина, который вводится посредством перфузора, что облегчает дозирование препарата для поддержания целевого АД. В заключение необходимо отметить, что выполнение вышеуказанных принципов, а также регулярные тренировки возможных критических инцидентов, проверка технического состояния аппаратуры и проведение рутинного аудита обеспечивают повышение качества и безопасности транспортировки пациентов в критических состояниях.

УДК 617.714/.716-085

ПОЛТОРАЦЬКИЙ В.Г., ЧЕРНОВ О.Л., ЯКОВЦОВ І.З.
Харківська медична академія післядипломної освіти

Тактика та результати лікування поєднаної черепно-мозкової травми

Мета. Виявлення факторів ризику несприятливих результатів лікування черепно-мозкової травми різної тяжкості й травм великих кісток нижніх кінцівок.

Матеріали і методи. Виконано кореляційний аналіз залежності результатів лікування краніо-скелетної травми від тактики лікування переломів

та окремих показників тяжкості травми у 118 хворих із черепно-мозковою травмою та переломами стегна та гомілки, які знаходились на лікуванні у відділенні політравми Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мещанінова протягом 2010–2012 рр. Основними підходами при лікуванні поєднаних краніоскелетних травм є ургентна стабілізація переломів у перші години після надходження потерпілого у стаціонар та відстрочений остеосинтез через 5–7 діб після стабілізації стану хворого.

Результати. Під час кореляційного аналізу встановлено, що при легкій черепно-мозковій травмі найбільший зв'язок з результатами лікування мав ступінь шоку під час госпіталізації ($r = 0,662$), менший — вік постраждалих ($r = 0,270$) та ISS ($r = 0,270$). При ударах мозку середньої тяжкості найбільш сильна кореляція відмічалася з величиною ISS ($r = 0,873$), із тяжкістю шоку під час госпіталізації ($r = 0,665$) та з наявністю торакальної травми ($r = 0,602$). У цій групі також відмічена кореляція з тактикою лікування ($r = 0,532$). При тяжкій нейротравмі зберігалась вірогідна кореляція з величиною ISS ($r = 0,539$), із тяжкістю шоку під час госпіталізації ($r = 0,717$) та значно зростала сила зв'язку з тактикою лікування ($r = 0,704$). Таким чином, вірогідність летального наслідку у постраждалих із черепно-мозковою травмою збільшувалася зі зростанням тяжкості травми та ступеня шоку під час госпіталізації. Позитивна кореляція з тактикою лікування свідчить про зростання вірогідності летального наслідку при відстроченому остеосинтезі.

Висновки: 1) головним фактором ризику летальних наслідків постраждалих із легкою черепно-мозковою травмою є ступінь шоку, при середній і тяжкій — величина ISS та ступінь шоку; 2) при черепно-мозковій травмі середньої тяжкості та при тяжкій нейротравмі відстрочений остеосинтез є додатковим фактором ризику летального наслідку, що свідчить про необхідність ургентної стабілізації переломів у перші години після надходження потерпілого у стаціонар.

УДК 614.21

КОТУЗА А.С., ІВЧУК В.Г.

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ

ЦАНЬКО І.І.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

Державного управління справами, м. Київ

ОТРОШКО А.А.

Чернігівський міський військовий госпіталь

Проблема безпеки пацієнтів

Безпека пацієнтів є серйозною глобальною проблемою громадської охорони здоров'я. В останні

роки країни стали все більше усвідомлювати важливість поліпшення безпеки пацієнтів. У 2002 році держави-члени ВООЗ домовилися про резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я з безпеки пацієнтів.

Оцінки показують, що в розвинених країнах як мінімум один із 10 пацієнтів постраждав при отриманні стаціонарної допомоги. Шкода може бути викликана цілим рядом помилок і побічних ефектів.

У країнах, що розвиваються, число пацієнтів, постраждалих у лікарнях, вище, ніж у промислово розвинених країнах. Ризик розвитку внутрішньо-лікарняних інфекцій у деяких країнах, що розвиваються, у 20 разів вище, ніж у розвинених країнах.

У будь-який момент часу 1,4 мільйона осіб у всьому світі страждають від інфекцій, набутих у лікарнях. Принаймні 50 % медичного обладнання в країнах, що розвиваються, є непридатним для використання (часткове використання). Інколи обладнання не використовується через відсутність навичок або розхідних матеріалів. І, як наслідок, діагностика або лікування не можуть бути виконані або будуть неякісними або небезпечними, що може становити загрозу для безпеки пацієнтів та призвести до серйозних травм або смерті.

У деяких країнах частка ін'єкцій шприцами або голками повторно без стерилізації досягає 70 %. Це піддає мільйони людей ризику інфікування. Кожен рік небезпечні ін'єкції призводять до 1,3 мільйона випадків смерті, в основному за рахунок передачі через кров патогенів, таких як вірус гепатиту В, вірус гепатиту С і ВІЛ.

Хірургічні втручання є одними із найскладніших. Понад 100 мільйонів людей потребують хірургічного лікування щороку з різних медичних причин. На проблеми, пов'язані з хірургічною безпекою, у розвинених країнах припадає половина несприятливих подій, що призводять до смерті або інвалідності.

Економічні вигоди від поліпшення безпеки пацієнтів є переконливими. Дослідження показують, що додаткова госпіталізація, судові витрати, інфекції, набуті в лікарнях, втрачені доходи, інвалідність та медичні витрати коштують деяким країнам від 6 до 29 млрд доларів на рік.

Вважається, що галузі з надзвичайно високим ризиком, такі як авіація й атомна енергетика, знаходяться у більшій безпеці, ніж охорона здоров'я. Існує один шанс з мільйона, що людина потрапить у авіаційну катастрофу. Для порівняння: у пацієнта є один шанс із 300 постраждати від системи охорони здоров'я.

В Україні поінформованість населення про безпеку пацієнтів та їх права можна вважати досить низькою.

Аналіз результатів дослідження свідчить, що порушення прав пацієнтів в Україні зумовлює комплекс причин, що мають системний характер, а саме:

— брак фінансування системи охорони здоров'я, що призводить до відсутності гарантій держави

щодо забезпечення громадян України медичною допомогою;

— організація надання медичної допомоги не відповідає сучасним вимогам та не забезпечує стандартів якості медичного обслуговування;

— невизначені правові відношення між медичним закладом/лікарем та пацієнтом, відсутність механізмів регуляції правових стосунків між ними;

— низька правова культура як медичних працівників, так і пацієнтів.

Наше дослідження має на меті сприяти покращенню захисту прав та безпеки пацієнтів у системі охорони здоров'я України шляхом створення механізму контролю через моніторинг дотримання прав пацієнтів. Для досягнення цієї мети поставлені такі завдання:

— створення методики дослідження шляхом розробки індикаторів порушення прав пацієнтів на підставі опитувань громадської думки та цільових груп;

— апробація нової методики під час польових досліджень;

— аналіз отриманих даних, розробка рекомендацій щодо створення системи моніторингу прав та безпеки пацієнтів.

УДК 623:614.21

ЦАНЬКО І.І.¹, КОТУЗА А.С.², ГАЛУШКА А.М.³,
РИМАРЕНКО П.В.¹

¹Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

²Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ

³Українська військово-медична академія, м. Київ

Зберігання медичного майна для надання екстреної медичної допомоги в різних умовах

Мета: удосконалення організації медичного забезпечення військ (сил) у різних умовах.

Матеріали дослідження: керівні документи з організації медичного забезпечення Збройних Сил України; наукові публікації за тематикою роботи; результати досліджень на польових навчаннях із застосуванням військових мобільних госпіталів.

Методи дослідження: системного підходу та системного аналізу, історичний, індивідуальної та колективної експертної оцінки, статистичний, структурно-логічний.

Результати дослідження. Відомо, що організація медичного забезпечення визначається характером бойових дій військ (сил) і особливостями їх матеріального забезпечення, що, у свою чергу, значною мірою залежать від військових медико-географічних умов території. Також слід мати на увазі, що природні та соціально-економічні умови в поєднанні з особливостями бойових дій військ (сил) суттєво впливають на величину й структуру санітарних

втрат пораненими й ураженими. Цю обставину завжди доводиться враховувати при плануванні та організації медичного забезпечення бойових дій військ (сил).

Велике значення для медичної служби мають місцеві ресурси (медичне майно та техніка, приміщення для розгортання етапів медичної евакуації, будівельний та підстилковий матеріал, меблі, вода, паливо тощо). Обмеженість ресурсів потребує завчасної заготівлі різного нетабельного майна та збільшення ємності транспортних засобів для його переміщення.

Збереженість медичного майна в різних кліматичних районах забезпечується в першу чергу суворим дотриманням гідротермічного режиму та інших умов зберігання, зазначених у нормативно-правовій документації на медичне майно. Можливість зберігання різних видів медичного майна визначається властивостями медичного майна й особливостями клімату в даному районі.

Розрізняють чотири основні кліматичні зони в різних країнах світу:

1. Зона помірної клімату із середньорічною температурою до 15 °С (влітку до 22 °С) і відносною вологістю до 100 % (США, Німеччина, Швейцарія та ін.).

2. Субтропічна зона із середньорічною температурою до 22 °С (влітку до 30 °С) і відносною вологістю до 100 % (Португалія, Туреччина та ін.).

3. Зона жаркого сухого клімату із середньорічною температурою вище 22 °С (влітку до 33 °С) і відносною вологістю до 60 % (Алжир, Аргентина, Перу, Ліван та ін.).

4. Зона теплого вологого клімату із середньорічною температурою понад 20 °С (влітку понад 30 °С) і відносною вологістю понад 60 % (Кувейт, Венесуела та ін.).

Фізичні фактори зовнішнього середовища (температура, вологість) необхідно враховувати при транспортуванні лікарських засобів, особливо залізничним транспортом і морським (річковим) транспортом. Залежно від пори року під час перевезення, наприклад, залізничним транспортом транспортуються лікарські засоби, що піддаються впливу максимально високих або, навпаки, низьких температур. У пароплавних трюмах, де лікарські засоби транспортуються по декілька місяців, в умовах тропічного клімату температура може досягати 65 °С, а відносна вологість повітря — знижуватися до 60 %. Ще більше коливання температури й вологості відбувається при зберіганні лікарських засобів, що транспортуються, у портах, розташованих у різних кліматичних зонах. Коливання температур при цьому досягає декількох десятків градусів.

Термін зберігання та стабільність ліків залежать від температури, вологості повітря в тій чи іншій кліматичній зоні.

Залежно від фізичних і фізико-хімічних властивостей, а також від впливу різних факторів зовнішнього середовища лікарські засоби розподіляють на ті, що потребують захисту:

- від світла;
- впливу вологи;
- вивітрювання;
- підвищеної та зниженої температури;
- газів, що знаходяться в навколишньому середовищі.

Висновки. Використання результатів дослідження дозволить ефективно надавати медичну допомогу у миротворчих місіях, на польових навчаннях, в умовах надзвичайних ситуацій природного, техногенного та соціально-політичного характеру тощо.

УДК 614.21-057.36

ЦАНЬКО І.І.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

Державного управління справами, м. Київ

СЕРЕБРЯКОВ О.М.

Житомирський Ордена Червоної зірки військовий госпіталь Міністерства оборони України

Наукове обґрунтування сучасної системи контролю якості медичної допомоги у військовому госпіталі

Мета. Удосконалення системи контролю якості медичної допомоги у закладі охорони здоров'я Збройних Сил (ЗС) України.

Матеріали дослідження: дані звітів за ЗС України за формою 2/Мед та 3/Мед, а також спеціально розроблені анкети для опитування медичного персоналу та пацієнтів військових госпіталів (ВГ).

Методи: системного аналізу, статистичний, соціологічний, економічний, експертних оцінок.

Результати. Основними напрямками безперервного удосконалення лікувально-діагностич-

ного процесу у ВГ в цілому і в його підрозділах зокрема є створення сучасної системи контролю якості медичної допомоги (ЯМД) на основі стандартизації та вимірювання основних показників якості.

За результатами експертного опитування фахівців військово-медичної служби, основними причинами недосконалості лікувально-профілактичного забезпечення в ЗС України в аспекті ЯМД є багаторівневе жорстко централізоване управління лікувально-профілактичним забезпеченням; недосконалість нормативно-правової бази та відсутність функціональних структур в органах управління медичною службою ЗС України, що опікувалися б питаннями ЯМД; невизначеність завдань та функцій системи ЯМД на всіх рівнях.

Результати аналізу організації лікувально-діагностичного процесу у 409 ВГ дозволили розробити та впровадити наступні складові системи контролю ЯМД:

1. Організація роботи на основі стандартизації клінічних та діагностичних відділень, постійне вдосконалення стандартів і протоколів.

2. Етапна освіта співробітників госпіталю з питань ЯМД і залучення співробітників ВГ до управління якістю, у тому числі через участь максимального числа лікарів до роботи в ролі лікарів-експертів при проведенні відомчої експертизи.

3. Проведення оцінки якості роботи відділень за сукупністю показників, що відображають медичну, економічну і соціальну результативність, з подальшим складанням рейтингу відділень і застосуванням системи матеріального стимулювання для відділень за досягнуті результати.

4. Планування на довгостроковий період кадрової політики. Удосконалення системи мотивації через наступні механізми: можливість підвищення

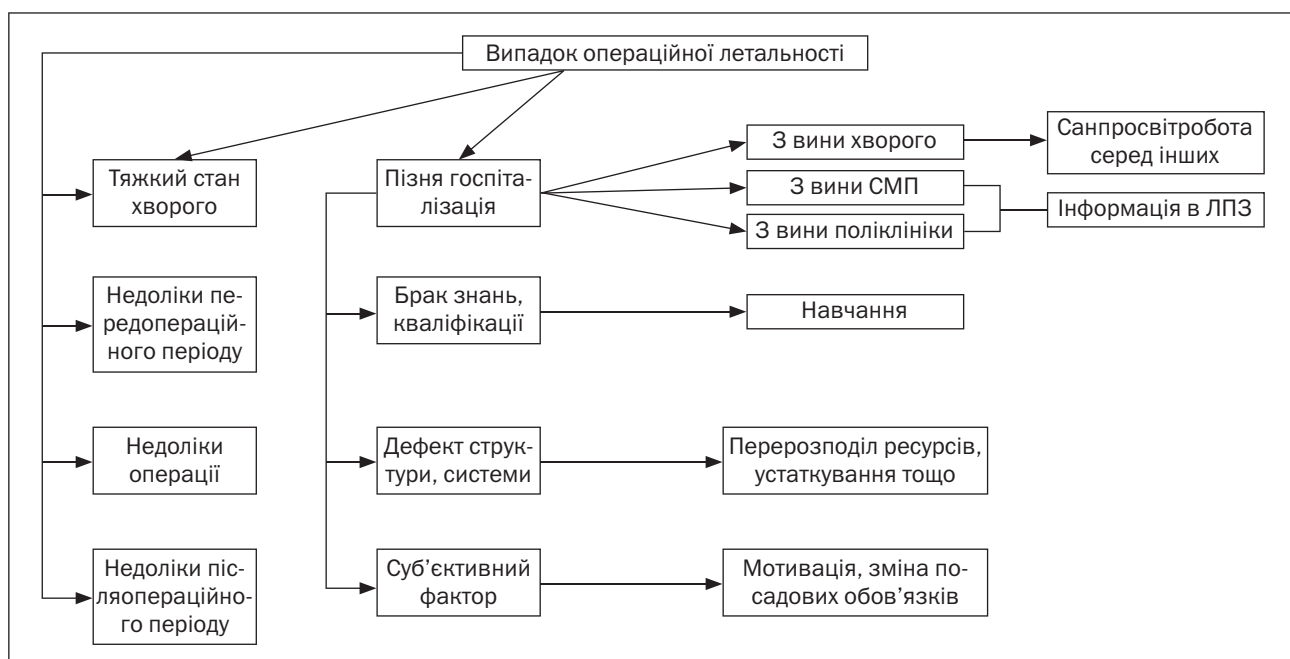


Рисунок 1

кваліфікації та можливість кар'єрного росту, поліпшення умов праці.

5. Активне залучення економічної служби до участі у підвищенні економічної ефективності роботи госпіталю, до розробки дієвих механізмів матеріальної мотивації співробітників і зацікавленості в кінцевих результатах своєї праці.

6. Заміна лікарів-військовослужбовців лікарським цивільним персоналом, що, на наш погляд, дозволило б залучити у ВГ додаткові кадри, у першу чергу молодих лікарів, стимулювати лікарів із числа цивільного персоналу до наукової роботи, підвищенню професіоналізму через можливість кар'єрного росту.

7. Для підвищення економічності роботи закладу охорони здоров'я ЗС України і залучення до такої роботи пацієнта необхідна, на наш погляд, розробка на законодавчому рівні механізмів такої участі. Пацієнти з числа цивільного контингенту, на наш погляд, повинні частково оплачувати медичну допомогу. Виняток повинна становити вся невідкладна допомога, медична допомога при соціально значимих захворюваннях. В іншому випадку

при оплаті медичної допомоги з бюджету та інших колективних джерел пацієнт завжди буде зацікавлений отримати максимум, і при відсутності такої часткової оплати завжди буде відбуватися нерівномірний і часто несправедливий розподіл обмежених бюджетних коштів через суб'єктивізм того чи іншого лікаря.

У системі забезпечення ЯМД нами розроблені стандартні алгоритми контролю ЯМД за основними напрямками виявлених дефектів. Для 409 ВГ такими напрямками є: 1) внутрішньолікарняні інфекції; 2) випадки розбіжності клінічного і патологоанатомічного діагнозів; 3) випадки дододової летальності; 4) випадки операційної летальності та ускладнень; 5) дефекти оформлення документації.

Наводимо приклад такого алгоритму контролю випадків післяопераційної летальності (рис. 1).

Висновки. Впровадження сучасної системи контролю якості медичної допомоги у 409 ВГ (м. Житомир) дозволило отримати стабільну частку «задоволених» пацієнтів — 90,1%; знизити кількість необґрунтованих госпіталізацій та середні терміни лікування пацієнтів з 10,54 до 9,76 ліжко-дня. □