

УДК 614.88:616-089

УШКЕВИЧ О.А., НЕСТЕРЕНКО О.Л.

Комунальний заклад «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Рівненської обласної ради, Рівненська обласна клінічна лікарня

## ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

### Актуальність

Надання виїзної консультативної медичної допомоги фахівцями Комунального закладу «Обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» Рівненської обласної ради (далі — Центр) у лікувальних закладах області хворим із гострою хірургічною патологією є одним із пріоритетних напрямків сьогодення, оскільки за останні роки значно змінилася структура патології, лікувальна тактика, і необхідно активно змінювати принципи організації лікувального процесу.

**Мета** — оптимізувати систему організації надання екстреної хірургічної допомоги та поліпшити кінцеві результати лікування хворих із гострою хірургічною патологією на рівні спеціалізованих центрів обласних лікувальних закладів.

### Матеріали та дослідження

Нами проведений аналіз результатів лікування хворих із гострим панкреатитом та гострими кровотечами у просвіт травного тракту впродовж 2008–2012 років, яким була надана екстрена хірургічна допомога в лікувальних закладах Рівненської області із залученням лікарів Центру. Пацієнтів із гострим панкреатитом було 86, із гострими шлунково-кишковими кровотечами — 94. Середній вік хворих становив 57 років. Транспортовано до обласних лікувальних закладів 37 пацієнтів.

### Обговорення та результати

Зазначені нозологічні форми виділені в даній роботі не випадково, оскільки це категорія хворих, у яких тактика лікування вже багато років дискутується в літературі та наукових форумах різних рівнів. Дискутуються питання тривалості консервативного лікування, застосування середників і, особливо, хірургічних підходів. Останні тенденції зводяться до концентрації цієї категорії хворих у спеціалізованих центрах обласних лікувальних закладів із відповідним оснащенням та фаховою підготовкою лікарів. Проте показання до транспортування залишаються суб'єктивними і залежать від лікаря-консультанта особисто. Крім того, значно впливає на рішення тривалість транспортування та оснащення транспортного засобу, схилиючи лікаря до нетранспортувальності хворого. Усе це на кінцевому етапі

негативно впливає на остаточні результати лікування. У літературі не приділяється належної уваги до сьогодення важливій темі — показанням та особливостям транспортування тяжкохворих із медичних закладів вторинного рівня до спеціалізованих центрів. Вважаємо за доцільне акцентувати увагу на даному аспекті як на одному з ключових, що впливає на остаточний результат лікування.

Проведений порівняльний аналіз показників середнього перебування на стаціонарному ліжку в медичних закладах вторинного рівня хворих із вищевказаною патологією з результатами лікування в обласних спеціалізованих закладах. До категорії хворих, пролікованих на третинному рівні, належали і пацієнти, транспортовані з центральних районних лікарень (ЦРЛ) як окремими фахівцями, переважно хірургами, так і бригадами у складі кількох спеціалістів. Середні терміни перебування хворих на стаціонарному ліжку в ЦРЛ із гострими шлунково-кишковими кровотечами (ШКК) становили 23,2 ліжко-дня з показником післяопераційної летальності 9,6 %. В обласному центрі лікування хворих із ШКК тривало 16,2 ліжко-дня з показником післяопераційної летальності 3,2 %.

Серед пацієнтів із гострим панкреатитом на вторинному рівні ці показники становили 27,6 ліжко-дня з показником післяопераційної летальності 12,5 %. В обласному центрі середні терміни лікування хворих із гострими панкреатитами становили 19,2 ліжко-дня з показником післяопераційної летальності 7,3 %. Причому з року в рік відмічається така закономірність: при вищій оперативній активності лікування зазначеної категорії хворих нижчі показники летальності.

Із наведених результатів очевидним є факт, що таку категорію хворих необхідно транспортувати до обласних лікувальних закладів. Аналіз результатів консультативних викликів показав, що переважна більшість викликів здійснюється не за клінічними, а соціальними показаннями, а також на вимогу родичів до пацієнтів у вкрай тяжкому стані з ускладнени-

© Ушкевич О.А., Нестеренко О.Л., 2013

© «Медицина невідкладних станів», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

ми формами патологічного процесу, коли лікування на будь-якому рівні є неефективним.

На кінцеві результати лікування хворих у центрах значно вплинули пацієнти, які були несвоєчасно транспортовані з ЦРЛ у досить тяжкому стані. Тому вважаємо за доцільне визначити показання до викликів лікарів-консультантів Центру на вторинний рівень, терміни викликів, зважаючи на тяжкість стану хворого. Інформацію диспетчеру про стан пацієнтів необхідно надавати максимально детально із зазначенням об'єктивних даних, інструментальних та лабораторних показників, а також проведених лікувальних втручань. Це дасть змогу визначити оптимальний склад консультативної бригади, заздалегідь корегувати лікувальні заходи та раціонально врахувати особливості транспортування в конкретному випадку. Зупиняючись на вищезазначених нозологічних одиницях, вважаємо, що питання про виклик лікаря-консультанта необхідно вирішувати в перші години встановлення діагнозу гострого панкреатиту чи гострої ШКК, коли відсутні ускладнення, притаманні цій патології. Особливо це стосується хворих із гострим панкреатитом, у яких значно відрізняється хірургічна тактика залежно від етіологічного фактора, а також застосовуються методи екстракорпоральної детоксикації при ускладненому перебігу з явищами ниркової та/чи печінкової недостатності. Проте аналіз здійснених викликів показав досить невтішну картину: виклики здійснювалися при ускладнених формах, що супроводжувалися явищами поліорганної недостатності та в окремих випадках порушенням життєвих функцій.

У хворих із кровотечами показанням до виклику лікаря-консультанта є не ендоскопічна оцінка джерела геморагії з відповідним визначенням прогнозів, а неодноразовий рецидив кровотечі з вираженими гемодинамічними порушеннями та явищами тяжкої анемії. Пацієнтів із гострими панкреатитами

доцільно транспортувати в Центр до здійснення оперативного лікування. Хворих із гострими ШКК поділяємо на дві групи відповідно до ендоскопічної оцінки джерела кровотечі та стану хворого: пацієнти, які підлягають екстремому оперативному лікуванню, та хворі, які можуть бути транспортовані в Центр після короткотривалої підготовки із застосуванням ендоскопічних методів гемостазу та наступним моніторингом після транспортування.

Диференційований підхід у лікуванні та індивідуальну тактику можливо здійснити лише одним шляхом — транспортуванням та лікуванням хворих у спеціалізованих центрах.

До протипоказань транспортування варто віднести лише переагональний та агональний стан хворих. Пацієнти, які потребують перебування в реанімаційних відділеннях, після короткотривалої підготовки можуть бути транспортовані у спеціалізовані центри. У жодному випадку ускладнень, пов'язаних із транспортуванням, не спостерігали.

## Висновки

1. Лікування хворих із гострими кровотечами у просвіт травного тракту та гострим панкреатитом доцільно здійснювати у спеціалізованих центрах на третинному рівні надання допомоги.

2. Показання до виклику лікаря-консультанта Центру необхідно вирішувати відразу після встановлення діагнозу гострого панкреатиту чи шлунково-кишкової кровотечі.

3. Стан санітарного транспорту, матеріально-технічне забезпечення транспортування, рівень підготовки кадрів та стан автомобільних доріг дає змогу транспортувати до спеціалізованих центрів переважну більшість хворих із гострою хірургічною патологією.

Отримано 08.04.13 □