

УДК 616.831-005.4-036.11-083-98

ЧУЙКО Н.Я.

Івано-Франківський національний медичний
університет**Ішемічний інсульт — структурні основи розвитку при метаболічному синдромі**

Однією з причин смертності у світі є серцево-судинні захворювання, зокрема порушення мозкового кровообігу. Метаболічний синдром (МС) являє собою поєднання факторів (гіпертензія, гіперінсулінемія, дисліпідемія, ожиріння), що збільшують ризик виникнення серцево-судинних захворювань, сприяють більш ранньому їх розвитку, швидкому прогресуванню і більшій вірогідності виникнення серйозних ускладнень. Метаболічні порушення спричиняють дезорганізацію судинної стінки, що є основною причиною виникнення ішемічного інсульту. Однак патоморфологічні основи цієї поширеної патології залишаються мало вивченими. Тому метою нашого дослідження стало вивчення структурних змін церебральних судин у пацієнтів з ішемічним інсульту на фоні МС.

Проведено морфологічне дослідження мозкових судин у 60 померлих від ішемічного інсульту на фоні МС. Досліджували сонні артерії, середньомозкові артерії й артерії основи мозку, основною функцією яких є постачання крові, а також судини мікроциркуляторного русла, які забезпечують процеси обміну у речовині мозку. У стінці сонних артерій і артерій основи мозку були виявлені морфологічні зміни у вигляді проліферації клітин інтими. При гіперплазії інтими виникають умови для порушення перфузії плазми крові крізь судинну стінку, що сприяє розвитку ліпоїдозу інтими і медії судин. В артеріях середнього калібру виявлено розростання інтими у вигляді випинань у просвіт судини. У дрібних судинах спостерігалась проліферація окремих клітин ендотелію; мало місце набухання клітин. Внутрішня еластична мембрана була горбистою, стоншеною і фрагментованою. У ділянках розростання інтими розташовувалися макрофаги з ліпідними включеннями з пінистою цитоплазмою. Пошкоджений ендотелій бере активну участь в атерогенезі; на ділянках такого ендотелію відбувається адгезія лейкоцитів і тромбоцитів, відкладання фібрину; активація ендотелію супроводжується також продукцією факторів росту клітин, що стимулює проліферацію клітин сполучної тканини і призводить до потовщення судинної стінки. У стінці частини судин відмічали склероз усіх шарів, у тому числі й адвентиції. В просвіт судин виступали атеросклеротичні бляшки, поверхневий шар яких був представлений грубоволокнистою сполучною тканиною, глибокі частини — аморфними масами з ділянками звапнення. При дослідженні судин мікроциркуляторного русла

в частині випадків відмічалось збільшення їх кількості за рахунок неоангіоматозу, що пов'язане з гіпоксією тканини головного мозку.

У зв'язку з тим, що МС являє собою комплекс метаболічних порушень, патогенетично пов'язаних між собою, достатньо важко визначити причини і наслідки патологічних процесів, що відбуваються у судинних стінках. Враховуючи, що гіперінсулінемія для забезпечення збереження гомеостазу сприяє проникненню ліпідів у стінки артерій, тобто розвитку атероматозу, можна стверджувати, що МС є однією з провідних причин розвитку атеросклерозу, а атеросклероз є морфологічною основою виникнення ішемічного інсульту.

УДК 614.88-340.132.6

СОЛОВЬЕВ А.А., ГАЕВСКИЙ А.А., ФЕДАК Б.С.,
ЗАБАШТА В.Ф.Главное территориальное управление МЧС
Украины в Харьковской областиКУОЗ «Областная клиническая больница — центр
экстренной медицинской помощи и медицины
катастроф»**О реализации требований Законов Украины «О системе экстренной помощи населению по единому телефонному номеру 112» и «Об экстренной медицинской помощи»**

В связи с вступлением в действие Законов Украины «О системе экстренной помощи населению по единому телефонному номеру 112» и «Об экстренной медицинской помощи» на оперативнотрибунальные службы Государственной службы Украины по чрезвычайным ситуациям возложен прием сообщений по единому телефонному номеру экстренной помощи населению 112 об угрозе здоровью человека, а на пожарно-спасательные подразделения — оказание доврачебной помощи на месте ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Ежедневно обрабатывается около 350 подобных вызовов, что говорит о тесном взаимодействии наших структур в оказании экстренной помощи населению.

Исходя из этого Главное территориальное управление МЧС Украины в Харьковской области выступило инициатором проведения ряда организационно-технических мероприятий, основной целью которых является создание высокоэффективной и безотказной системы приема и обработки экстренных вызовов путем взаимодействия телекоммуникационных и информационных ресурсов служб 112 и 103. Проведение этих работ было поддержано Харьковской областной государственной

администрацией в лице заместителя председателя Харьковской ОГА И.М. Шурмы.

Был принят во внимание опыт, полученный в ходе подготовки к проведению в Харькове матчей Евро-2012. В оперативно-диспетчерской службе главного управления было организовано рабочее место диспетчера службы экстренной медицинской помощи, установлено необходимое телекоммуникационное оборудование и обеспечено круглосуточное дежурство сотрудника службы 103. Эти мероприятия позволили организовать тесное взаимодействие двух служб и свести к минимуму временные затраты на оказание медицинской помощи при обращении граждан по спецлиниям 112.

В продолжение работ в начале 2013 года Главное управление ГСЧС Украины в Харьковской области установило 2 рабочих места диспетчера службы 112 в диспетчерской службе областного центра экстренной медицинской помощи, а Главное управление охраны здоровья Харьковской ОГА — 2 рабочих места оператора службы 103 в центре 112. Сотрудники центра 112 прошли обучение порядку приема вызовов 103 на базе диспетчерской службы экстренной медицинской помощи, а диспетчеры службы 103 — порядку приема вызовов 112 в оперативно-диспетчерской службе главного управления.

Эти мероприятия обеспечили резервирование систем приема экстренных вызовов и позволили принимать экстренные вызовы 103 и 112 при возможном сбое или выходе из строя программно-аппаратных комплексов службы экстренной медицинской помощи либо центра 112. Так, при выходе из строя оборудования центра экстренной медицинской помощи его сотрудники переходят на вынесенные рабочие места диспетчеров службы 112 и принимают вызовы об оказании медицинской помощи, которые будут поступать по линиям 112 и переадресовываться на эти вынесенные рабочие места диспетчерами центра 112. Соответственно, при выходе из строя оборудования центра 112, используя вынесенные рабочие места операторов службы 103, наши сотрудники имеют возможность принять вызовы о возникновении чрезвычайных ситуаций и событий от диспетчеров службы 103.

Следующим шагом запланировано построение волоконно-оптического канала связи между главным управлением и центром экстренной медицинской помощи (пр. Правды, 13). Выполнение этого этапа позволит обеспечить 100% резервирование каналов приема экстренных вызовов на номера 103 и 112. Работы будут проводиться в тесном взаимодействии Главного управления ГСЧС Украины в Харьковской области и Главного управления охраны здоровья Харьковской ОГА. В дальнейшем заключительным этапом проводимых работ может стать интеграция информационных ресурсов наших служб с одновременной разработкой и введением в действие единого программного комплекса — системы оперативно-диспетчерского

управления силами гражданской защиты и экстренной медицинской помощи, основная задача которого — автоматизация приема экстренных вызовов, их обработки, высылки пожарно-спасательных подразделений и бригад экстренной медицинской помощи.

Опыт, полученный главным управлением при построении первой в Украине системы экстренной помощи населению 112 и Харьковской областной государственной администрацией по созданию самой эффективной среди всех областей службы экстренной медицинской помощи, дает возможность впервые в Украине начать работы по созданию полноценной интегрированной системы реагирования на чрезвычайные ситуации и оказания экстренной медицинской помощи. Эта система может гарантировать жителям региона удовлетворение их конституционного права на охрану жизни и здоровья со стороны государства.

УДК 614.88-057.21

*ЯЦЫНА Г.С., МУСТАФА В.И., ЗАГУРОВСКИЙ В.М.
Харьковская медицинская академия
последипломного образования*

Методы подготовки специалистов по оказанию экстренной медицинской помощи

Угрожающие жизни состояния являются одними из самых трудных и, несомненно, важных моментов в работе врача первого контакта. Таким 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 во многом зависят 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. В УТЦ проходят обучение 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

заняття були включені ситуаційні задачі і сценарії-симуляції з їх обговоренням в формі дискусії або мозгового штурму з подальшим закріпленням навичок на тренажерах. Практичні заняття проводяться з дистанційним оглядом хворих в відділенні політравми клінічної лікарни швидкої і неотложної медичної допомоги, а також з використанням нових тренажерів з комп'ютерним забезпеченням на базі центру. Інноваційні технології дають можливість використання трьох стилів навчання — аудіо-, візуального і кінестетичного, що дозволяє значно підвищити рівень підготовки і мотивацію слухачів.

В процесі опрацювання практичних навичок по наданню екстреної медичної допомоги постраждалим використовується підготовка в малих групах під керівництвом інструктора. Навчання передбачає опрацювання навичок проведення серцево-легочної реанімації в самотності, в парі і в складі бригади екстреної медичної допомоги. Центр оснащений веб-камерою, що дозволяє транслирувати проведення тренувального заняття в навчальну аудиторію і дає можливість продемонструвати навчальним рішенням поставлених завдань в реальному життєвому ситуації в ході роботи команди рятувальників. Такий вид навчання об'єднує в собі все разом — вміння слухати, бачити і робити, а крім того, дає можливість навчитися працювати в колективі. Головною метою занять є опрацювання автоматичного виконання необхідних дій і їх корекція в залежності від змінюваних умов за принципом «стимул — відповідь без втрати часу на роздуми».

УДК 613.24:616.22-008.4

НАУМЕНКО О.В., РУДЬ О.А.

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ

Досвід забезпечення прохідності дихальних шляхів у хворих із морбідним ожирінням

Вступ

Сучасний анестезіолог все частіше зустрічається з проблемою ожиріння у пацієнтів. За статистикою, 20 % чоловіків та близько 30 % жінок страждають від ожиріння, з них до 7 % становить морбідне ожиріння, коли ІМТ дорівнює 40 та більше. Для анестезіолога такі хворі мають додаткові проблеми, серед них важке забезпечення венозного доступу, важка інтубація, що часто поєднується з важкою масковою вентиляцією, збільшення ризику легеневої аспірації, зменшений кардіопульмональний резерв, хронічні гіпоксія та гіперкапінія.

Матеріали та методи

У центрі малоінвазивної хірургії за 3 роки було прооперовано 16 хворих із морбідним ожирінням

(ІМТ 40–66). Їм проводились операції як пов'язані з ожирінням (біліодигестивне шунтування; абдоменопластика), так і не пов'язані з такою патологією: урологічні, гінекологічні та загальнохірургічні операції.

Результати

Складна маскова вентиляція спостерігалась у 9 (56 %) пацієнтів ($SpO_2 < 90 \%$). З метою забезпечення адекватної вентиляції ми використовували різні види надгортанних повітропроводів. У 7 (44 %) випадках використовувалися ларингеальні маски I-Gel (№ 5). У 6 випадках ларингеальну маску було встановлено з першої спроби. В 1 випадку під час двох спроб не вдалося забезпечити адекватну вентиляцію через негерметичність маски, вентиляцію вдалося забезпечити встановленням ларингеальної маски ProSeal № 5 (LMA). У 2 (12,5 %) випадках після виявлення ознак важкої маскової вентиляції пацієнтам було встановлено ларингеальні маски ProSeal № 5 (LMA), обидва рази маску встановлено з першої спроби.

Складна інтубація спостерігалась у 3 (18,5 %) випадках. Після двох невдалих спроб інтубації трахеї пацієнтам знову встановлювали ларингеальну маску та після нормалізації показників SpO_2 здійснювали фіброоптичну інтубацію гнучким фіброbronхоскопом.

Висновки

Використання ларингеальних масок дає змогу запобігти складній масковій вентиляції та забезпечити адекватну вентиляцію легень у пацієнтів із морбідним ожирінням, що підвищує безпеку пацієнта.

УДК 616.21:614.23-88

ШКОРБОТУН Я.В., ЛАСИЦЯ Т.С., РИМАРЕНКО П.В.

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

Викладання питань невідкладної допомоги при захворюваннях вуха, горла та носа на циклі тематичного удосконалення «Актуальні питання медицини невідкладних станів»

Необхідність надання невідкладної медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями вуха, горла та носа виникає досить часто у медичній практиці лікарів усіх профілів та повсякденному житті. Зокрема носові кровотечі є найчастішою локалізацією серед усіх спонтанних кровотеч і є причиною госпіталізації у лор-стаціонари близько 3–5 % пацієнтів. Висока рефлексогенність указаних анатомічних утворень спричиняє досить виражений вплив на якість життя при розвитку больового синдрому, а кровотечі при неправильно обраній тактиці лікування можуть загрожувати життю пацієнта. При

цьому кваліфікована допомога має бути забезпечена лише при ознайомленні з окремими особливостями анатомії лор-органів, типом патологічного процесу та сучасними уявленнями про підходи до його лікування.

Зважаючи на вищезгадані особливості, було вирішено включити в навчальні плани і програми тематичного удосконалення всіх профілів модуль із невідкладної допомоги для лікарів та молодших спеціалістів із медичною освітою ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС. До модуля введено тематику з надання невідкладної медичної допомоги при захворюваннях вуха горла та носа. Відповідно передбачено висвітлення вказаної проблеми в межах лекції (2 аудиторні години) та закріплення з відпрацюванням практичних навичок на практичному занятті (4 аудиторні години). Підготовлено методичне забезпечення лекції та практичного заняття.

Окрім суто невідкладної допомоги, структура занять передбачає висвітлення проблем надання невідкладної допомоги при захворюваннях лор-органів за нозологічним принципом та синдромно. Висвітлюються такі нозології, як риносинусити та їх ускладнення, фурункул присінку носа, зовнішній та середній отити, ангіна, фарингіт, стенозуючий ларинготрахеобронхіт, сторонні тіла та травми вуха горла та носа, опіки та відмороження. Для кращого засвоєння матеріалу слухачами особлива увага приділяється причинно-наслідковим зв'язкам та закономірностям розвитку невідкладних станів при лор-патології. Зокрема, диференційований підхід до лікування больового синдрому при різних нозологіях. Особливості зупинки кровотечі з носової порожнини, слухового ходу та глотки.

Підготовлено мультимедійний супровід лекційних занять. Ілюстрації включають анатомічні особливості лор-органів, що мають значення при наданні невідкладної допомоги, дозволяють наочно оцінити патогенетичні ланки захворювань, які розглядаються, демонструють сучасні лікарські засоби та пристрої для надання невідкладної допомоги при носових кровотечах, травмах та сторонніх тілах лор-органів. Для контролю засвоєння знань розроблено тести, включені в загальну базу тестових запитань.

Проведення означеного модуля започатковане у 2007 році для молодших спеціалістів із медичною освітою та з 2008 року — для лікарів. При опитуванні слухачів після занять завжди отримуємо відгуки про актуальність висвітлених питань та побажання щодо розширення тематики лекцій.

УДК 614.888

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

²Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами

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: системний підхід та системний аналіз, історичний, індивідуальна та колективна експертна оцінка, статистичний, структурно-логічний.

Результати дослідження. Відомо, що організація медичного забезпечення визначається характером бойових дій військ (сил) та особливостями їх матеріального забезпечення, які, 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 і структуру санітарних втрат пораненими і 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, пальне 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 і особливостями клімату в даному районі.

Розрізняють чотири основні кліматичні зони в різних країнах світу:

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

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

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

4. Зона теплого вологого клімату із середньорічною температурою вище 20 °С (улітку більше 30 °С)

і відносною вологістю більше 60 % (Кувейт, Венесуела та ін.).

Фізичні фактори зовнішнього середовища (температура, вологість) необхідно враховувати при транспортуванні лікарських засобів, особливо залізничним 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 кілька місяців, в умовах тропічного клімату температура може досягати 65 °С, а відносна вологість повітря — знижуватися до 60 %. Ще більше коливання температури й вологи 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 у тій чи іншій кліматичній зоні.

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

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

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

УДК 341.33:616-08

ЦАНЬКО І.І.¹, СЕРЕБРЯКОВ О.М.²

¹Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

Державного управління справами, м. Київ

²Житомирський ордена Червоної Зірки військовий госпіталь Міністерства оборони України, м. Житомир

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 (далі — 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 (далі — ВГ).

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

Результати. Основними напрямками безперервного удосконалення лікувально-діагностичного процесу у ВГ в цілому і в його підрозділах зокрема є створення сучасної системи контролю якості медичної допомоги (далі — ЯМД) на основі стандартизації та вимірювання основних показників якості.

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

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

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

2. Етапну освіту 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 такі механізми: можливість підвищення кваліфікації та можливість кар'єрного росту, поліпшення умов праці.

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

6. Заміна лікарів-військовослужбовців лікарським цивільним персоналом, що, на наш погляд, дозволило б залучити у ВГ додатково кадри, у першу чергу молодих лікарів, стимулювати лікарів із числа цивільного персоналу до наукової роботи, підвищити професіоналізм 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 нашу думку, повинні частково оплачувати ме-

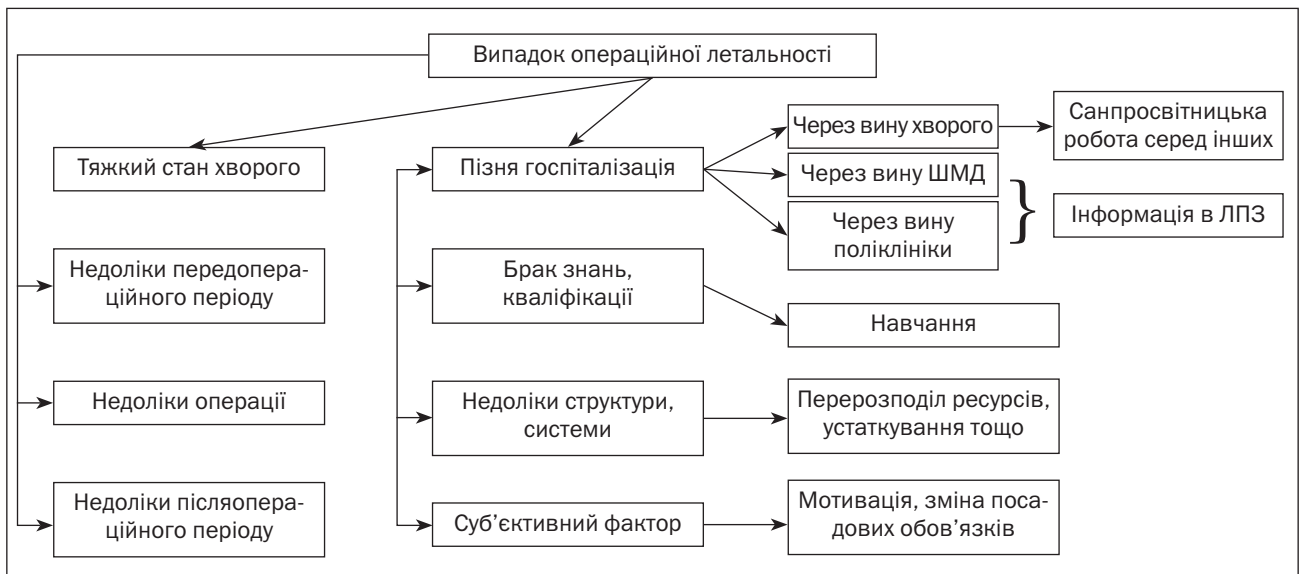


Рисунок 1

дичну 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 добової 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.

УДК 614.283

КОТУЗА А.С.¹, ІВЧУК В.Г.¹, ЦАНЬКО І.І.²,
ОТРОШКО А.А.³

¹Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами

²Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ

³Чернігівський міський військовий госпіталь

Проблема безпеки пацієнтів

Безпека пацієнтів є серйозною глобальною проблемою громадської охорони здоров'я. В останні роки країни все більше усвідомлюють 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 рядом помилок і побічних ефектів.

У країнах, що розвиваються, число пацієнтів, які постраждали у лікарнях, вище, ніж у промислово розвинених країнах. Ризик розвитку внутрішньолікарняних інфекцій у деяких країнах, що розвиваються, у 20 разів вищий, ніж у розвинених країнах.

У будь-який момент часу 1,4 млн 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 витратних матеріалів. І як наслідок діагностика або лікування не можуть бути проведені або призводять до неякісної чи небезпечної діагностики або лікування, що можуть становити загрозу для безпеки пацієнтів та призвести до серйозних травм або смерті.

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

Хірургічні втручання є одними з найскладніших. Понад 100 млн людей потребують хірургічного лікування щороку з різних медичних причин.

На проблеми, пов'язані з хірургічною безпекою, в 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 мільйону, що людина потрапить в авіаційну катастрофу. Для порівняння: у пацієнта є один шанс з 300 постраждати від системи охорони здоров'я.

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

Аналіз результатів дослідження свідчить, що порушення прав пацієнтів в Україні зумовлене комплексом 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 і не забезпечує стандартів якості медичного обслуговування;

— невизначені правові відносини 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.