

терапевтического профилей. Возникает острая потребность в разработке новых нормативов как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной помощи в условиях реформирования. Дифференциация между врачами в будущем будет расти.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** функция врача поликлиники, функция врача стационара, реформа здравоохранения.

## HEALTH CARE REFORM IN UKRAINE. STAFF PROBLEM II

A. M. Holiachenko, N. Ya. Panchyshyn, V. L. Smimova, A. A. Holiachenko, N. A. Terenda (Ternopil)

Implementation of medical position function in an out-patient's clinic and in permanent establishment is probed in its dynamics. Clear differentiating in implementation of this index among the doctors of the so-called surgical and therapeutic type is shown. There is acute need in development of new norms for both ambulatory-polyclinic and stationary care in the conditions of reformation. Differentiation between doctors will grow in the future.

**KEY WORDS:** function of an out-patient's clinic doctor, function of permanent establishment doctor, reform of public health.

*Рецензент д-р. мед. наук, проф. В. А. Кондратюк*

УДК 614.2:616-036.882

*Ю. І. МАРКОВ (Київ)*

# ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ РОБОТИ ПРОТИШОКОВОЇ ПАЛАТИ У ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика  
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Проаналізовано особливості надання невідкладної медичної допомоги у протишоковій палаті на прикладі її організації та роботи у Київській міській лікарні швидкої медичної допомоги. Організація якісного лікувального процесу у протишоковій палаті передбачає: високу виробничу інтенсивність праці, швидкість та якість діагностично-лікувальних заходів за принципом АВС, високі професійні вимоги до анестезіологічної бригади, зокрема до медичної сестри-анестезиста; функціональний зв'язок з іншими підрозділами лікарні, що забезпечує наступність між етапами надання медичної допомоги.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** протишокова палата, лікарня швидкої медичної допомоги, організаційні засади, невідкладна медична допомога.

Основна роль приймальних відділень в системі екстреної медичної допомоги полягає у необхідності забезпечення наступності допомоги між догоспітальним та госпітальним етапами. Виконання цього завдання неможливе без наявності у складі цих підрозділів відповідно оснащених діагностично-моніторинговим та реанімаційним обладнанням протишових палат (ПШП) [2]. Створені палати є винятково необхідною ланкою надання невідкладної медичної

допомоги. Проведені дослідження встановили ряд недоліків допомоги на догоспітальному етапі, як в кількісному, так і якісному аспектах, – неналежний рівень знеболювання, захисту дихальних шляхів, оксигенотерапії, інфузійної терапії тощо [4–6;10]. Доправлення хворих та постраждалих до ПШП дозволяє на ранньому госпітальному етапі (в перші хвилини та години) підвищити рівень ефективності лікувальних заходів за рахунок організації та тактики надання спеціалізованої медичної допомоги [3].

**Метою роботи** є аналіз особливостей організації надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги у протишоковій палаті лікарні швидкої медичної допомоги з метою забезпечення наступності допомоги між догоспітальним та раннім госпітальним етапами.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилося на прикладі роботи Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги (КМК ЛШМД) є комплексною науковою і лікувально-профілактичною установою для надання в стаціонарі цілодобової невідкладної медичної допомоги населенню при гострих захворюваннях, травмах, нещасних випадках та отруєннях [8]. Передумовою створення ПШП у КМК ЛШМД була необхідність покращення якості надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги вже на початку їхнього перебування у стаціонарі. У приймальному відділенні до проведення необхідних діагностичних заходів та надання допомоги клінічно тяжким хворим нерідко залучалися анестезіологи з відділень анестезіології або реанімації й інтенсивної терапії. Це призводило до певного виробничого напруження та дезорганізації виробничого процесу у зазначених відділеннях. Тому у лікарні (на той час – Науково-практичне об'єднання швидкої медичної допомоги та медицини катастроф, яке було реорганізовано в Науково-практичний центр швидкої медичної допомоги та медицини катастроф) наказом №211 від 14.09.1996 р. в приймальному відділенні була створена ПШП, до штату якої входили лікарі-анестезіологи. Але анестезіологічне забезпечення лікувально-діагностичних заходів лікарями приймального відділення не завжди організаційно відповідало вимогам забезпечення наступності надання невідкладної допомоги, особливо це стосувалося пацієнтів хірургічного профілю. Тому виникла необхідність передати повноваження анестезіологів приймального відділення тим лікарям, які в подальшому будуть здійснювати анестезіологічне забезпечення ургентних оперативних втручань або брати участь у підготовці до операції (у разі доправлення пацієнтів до відділення інтенсивної терапії). Згодом відділення реанімації і інтенсивної терапії та відділення анестезіології були об'єднані у відділення інтенсивної терапії загального профілю (ВІТ ЗП). Дотепер надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги у ПШП здійснюють лікарі-анестезіологи анестезіологічного підрозділу вищевказаного відділення.

Серед організаційних питань важливо відмітити: ПШП територіально знаходиться у приймальному відділенні КМК ЛШМД та стру-

турно входить до складу ВІТ ЗП. Вона наближена до входу лікарні, звідки поступають хворі й постраждали, та до ВІТ ЗП (реанімаційний підрозділ). У ПШП постійно знаходиться чергова сестра медична-анестезист та лікар-анестезіолог, які готові надавати невідкладну допомогу пацієнтам, що поступають до лікарні з порушенням життєвих функцій або загрозою їх виникнення. Усі питання забезпечення лікувально-діагностичних заходів узгоджуються з відповідальним анестезіологом (старший по зміні), відповідальним хірургом і/або черговим лікарем відповідного відділення, до якого прикріплений пацієнт.

Відповідно до "Інструкції по організації праці старшого чергового анестезіолога бригади", затвердженої головним лікарем КМК ЛШМД, 2001 р. (далі – Інструкція), старшим (відповідальним) черговим анестезіологом призначається висококваліфікований анестезіолог, який добре володіє питаннями невідкладної анестезії, хірургії, травматології, інтенсивної терапії та має організаторські здібності; старший черговий анестезіолог контролює якість, своєчасність лікувально-діагностичних заходів доставленим хворим в плані підготовки до операції. Старший черговий анестезіолог підпорядковується відповідальному хірургу по лікарні та узгоджує з ним свої дії. Професійний поділ праці обумовлений диференціацією та інтеграцією трудових процесів, необхідністю постійного покращення якості і результатів роботи [1]. Інструкція передбачає (серед інших) наступні обов'язки старшого чергового анестезіолога:

1. Перевірити готовність відділення, ПШП до ургентного чергування, проінструктувати членів бригади.
2. Забезпечити своєчасний огляд та надання спеціалізованої медичної допомоги хворим, що доставляються в ПШП.
3. Контролювати чітке оформлення медичної документації (журнал ПШП, історії хвороби та ін.).
4. У складних випадках своєчасно доповідати та викликати на консультацію відповідального хірурга по лікарні.
5. Слідкувати за своєчасним призначенням необхідних діагностичних досліджень та лікувальних заходів хворим, що готуються до операції.
6. Визначити ступінь ризику анестезії для проведення анестезії, склад анестезіологічної бригади. Послідовність проведення анестезій узгоджувати з відповідальним хірургом по лікарні.
7. Визначити спільно з хірургом тривалість та обсяг необхідної передопераційної підготовки та методу знеболювання.
8. Контролювати дотримання всіх встановлених у КМК ЛШМД положень з асептики та антисептики на робочих місцях.

Надання невідкладної допомоги у ПШП відбувається наступним чином. При поступленні пацієнта черговий лікар-анестезіолог оцінює його стан за принципом ABC [9], корегує за допомогою медичної сестри-анестезиста розлади вітальних функцій (здійснення оксигенотерапії, штучної вентиляції легень (ШВЛ), пункції-катетеризації центральної вени). У разі одночасного поступлення кількох пацієнтів або відсутності анестезіолога у ПШП (внаслідок виробничої напруженості) медична сестра-анестезист сповіщає по телефону про це старшого чергового (відповідального) анестезіолога, до прибуття якого самостійно надає допомогу. Після огляду хворого (постраждалого) спеціалістами відповідного клінічного профілю (хірург відділення політравми, нейрохірург, травматолог, токсиколог, терапевт та інші) визначають необхідні подальші діагностичні дослідження та лікувальну тактику. Перше передбачає, насамперед, забір венозної крові для дослідження (група, резус крові, загальний, токсикологічний аналіз, визначення глікемії) а також, за необхідності, здійснення рентгено-радіологічних досліджень. Після виконання останніх уточнюють діагноз та лікувальну тактику. Потім пацієнта доправляють або в операційну (про це попередньо сповіщають старшого чергового анестезіолога, а він в свою чергу – відповідального хірурга), або у відділення інтенсивної терапії (залежно від клінічного профілю пацієнта). Можливий короткий період підготовки до ургентного оперативного втручання у разі відсутності виробничої напруженості анестезіологічного підрозділу ВІТ ЗП. Підготовка хворого до операції може мати таке ж вирішальне значення, як і сама операція [11]. За необхідності проведення ургентного хірургічного втручання до операційної старшим (відповідальним) черговим анестезіологом направляється інша сестра медична-анестезист з числа тих, що чергують в анестезіологічному підрозділі ВІТ ЗП. Вона готує наркозно-дихальну апаратуру та інші необхідні складові компоненти анестезіологічного забезпечення оперативних втручань. Коли пацієнта доправлено в операційну, лікар-анестезіолог, що приймав його у ПШП (проводив лікувальні та діагностичні заходи), продовжує анестезіологічне забезпечення хірургічного втручання, а сестра медична-анестезист (яка у складі анестезіологічної бригади супроводжувала пацієнта до операційної) повертається до ПШП. Таким чином, сестра медична-анестезист у ПШП – одна і та ж сама під час усього чергування, а лікарі-анестезіологи змінюються. Статус анестезиста ПШП високий. Медична сестра-анестезист здійснює: професій-

ну діяльність під керівництвом лікаря або самостійно; проводить передстерилізаційну обробку анестезіологічного інструментарію та апаратури; проводить підготовку хворого до наркозу; спостерігає за діяльністю серця, мозку, диханням; володіє прийомами реанімації при гострій судинній, нирковій та печінковій недостатності, шоку, коматозних станах; вміє надати допомогу при травматичному ушкодженні, кровотечі, механічній асфіксії, утопленні, електротравмі, отруєнні, опіках, відмороженні, алергічних станах; забезпечує протиепідемічний режим у відділенні; дотримується принципів деонтології; веде документацію; постійно удосконалює свій професійний рівень, готує до роботи приладдя та відповідну апаратуру тощо [7].

Серед обладнання у ПШП – усі необхідні компоненти для надання пацієнтам невідкладної медичної допомоги з проведенням реанімаційних заходів: 2 апарати для здійснення ШВЛ, повітроводи, ларингоскоп, ендотрахеальні трубки (ЕТТ), централізована система подачі кисню, електровідсмоктувач, дефібрилятор, стерильний (одноразовий) інструментарій для пункції та катетеризації центральних вен. У штативах приготовлено дві заряджені системи для краплинного введення препаратів. Вони під'єднані до флаконів з ізотонічним розчином натрію хлориду, в які, за необхідності, можна додати гіпертонічний розчин натрію хлориду. В столику для медикаментів серед інших: адреналіну гідрохлорид, атропіну сульфат, сульфат магнію, дексаметазон, глюкоза 40%, м'язові релаксанти. Ведеться облік пацієнтів, які надходять до ПШП, з урахуванням їхніх паспортних даних, віку, статі, діагнозу, оцінкою свідомості за шкалою ком Глазго, відділення, за яким закріплений пацієнт, обсягу наданої невідкладної медичної допомоги із зазначенням, куди пацієнта доправлено після надання допомоги.

Анестезіологічне забезпечення хворого відображають на спеціальному бланку, який вкладають в історію хвороби пацієнта. Така форма ведення документації передбачає підкреслення надрукованих рядків із стислим записом проведених маніпуляцій, що значно економить витрати дорогоцінного часу анестезіолога, дозволяє йому більше уваги приділяти практичним аспектам лікування. Таким чином відображають: лікувальний заклад (КМК ЛШМД), дату, паспортні дані пацієнта (прізвище, ім'я по батькові (ПІБ)), його вік, орієнтовний зріст та масу тіла, номер історії хвороби), час поступлення до ПШП, прізвище анестезіолога. Далі вказують стислі дані об'єктивного обстеження: свідомість із зазначенням оцінки за шкалою ком Глазго, рівень

артеріального тиску, частоту серцевих скорочень та індекс Альговера (шоковий індекс). Підкреслюють відображену аускультативну картину з боку серця та легень: тони серця (гучні, ослаблені чи не вислуховуються), ритм серця – правильний чи аритмічний; дихання самостійне адекватне чи самостійне неефективне, відсутнє. Вказують частоту дихальних екскурсій за 1 хвилину та описують аускультативну картину легень. Зазначають сатурацію артеріальної крові (виміряну пульсоксиметром) –  $SpO_2$  та температуру тіла. Описують шкіру та видимі слизові оболонки (колір, їх вологість чи сухість). За можливості вербального контакту занотовують скарги пацієнта. Описують зіниці (праворуч (d) більше (>), менше (<) чи однакові (=) зліва (s)), широкі чи звужені, фотореакцію (збережена, пригнічена). Відображають зміни з боку живота: м'який, напружений, (не) симетричний, (не) доступний для глибокої пальпації, перистальтика (не) вислуховується. Вказують на етіологію та ступінь шоку (I, II, III, IV), що в ПШП хворий (а) оглянутий хірургом (вказують, яким саме – хірургом порожнинної (абдомінальної) хірургії, відділення політравми, нейрохірургом, травматологом). Описують також встановлені пошкодження та визначають орієнтовну (вираховану) крововтрату. Окремим пунктом відображають лікувальні заходи, виконані на догоспітальному етапі: іммобілізація кінцівок і/або шиї, центральний венозний катетер, периферичний венозний катетер, чи здійснювалася внутрішньовенна інфузія препаратів, знеболювання (седація), захист дихальних шляхів (повітроводи, інтубація трахеї). Далі відображають власне анестезіологічне забезпечення в ПШП, зокрема: дихальні шляхи (прохідні, звільнені від сторонніх тіл, слизу, крові тощо), венозний доступ (пункція-катетеризація периферичної чи центральної вени (вказують, якої саме), описують аускультативну картину після катетеризації центральної вени, обов'язково зазначають, що катетер фіксовано до шкіри шовковою лігатурою (чи ні) та початок інфузії теплим ізотонічним розчином натрію хлориду (38°C). Вказують рівень центрального венозного тиску та роблять відмітку про зроблений забір крові для аналізів. Також роблять познач-

ку стосовно зігрівання хворого у ПШП, вказують на проведення знеболювання, медикації, інфузійної терапії, інтубації трахеї (зазначають розмір ЕТТ, роздуття манжетки ЕТТ та початок ШВЛ). У разі встановлення шлункового зонда чи сечового катетера у ПШП про це роблять відповідний запис. Завершують документування анестезіологічного забезпечення у ПШП записом "Хворий направляється (вказують о котрій годині, в якому стані і в яке відділення)". Зазначають загальний час знаходження хворого у ПШП. У разі необхідності роблять примітки у відповідній графі. Далі лікар-анестезіолог ставить підпис і вкладиш заповненого бланку підклеюють в історію хвороби.

З метою покращення наступності надання невідкладної медичної допомоги між догоспітальним та раннім госпітальним етапами щодня зранку заступник головного лікаря КМК ЛШМД вручає представникам адміністрації станції швидкої медичної допомоги та медицини катастроф (СШМД та МК) заповнений бланк, підписаний відповідальним черговим анестезіологом анестезіологічної бригади, що змінюється, та завідувачем ВІТ ЗП. У ньому зазначаються наступні пункти: порядковий номер пацієнта ПШП, час, номер виклику бригади, номер підстанції та ПІБ лікаря СШМД та МК, ПІБ хворого, стать, відділення (за яким закріплений пацієнт), термін транспортування (до 1 години чи більше з моменту травми (хвороби)), дата і час поступлення у ПШП, рівень свідомості за шкалою ком Глазго. Також відмічають проведення: іммобілізації кісток та шийного відділу хребта, знеболювання, внутрішньовенної інфузії, захисту дихальних шляхів.

#### Висновки

Організація якісного лікувального процесу у протишоковій палаті лікарні швидкої медичної допомоги передбачає: високу виробничу інтенсивність праці, швидкість та якість діагностично-лікувальних заходів, високі професійні вимоги до анестезіологічної бригади, зокрема до медичної сестри-анестезиста, функціональний зв'язок з іншими підрозділами лікарні і зворотній зв'язок з адміністрацією станції швидкої медичної допомоги та медицини катастроф, що забезпечує наступність допомоги між етапами надання медичної допомоги.

#### Список літератури

1. Даценко В. Г. Організація роботи лікаря лікувального закладу / В. Г. Даценко, Б. Г. Веденко, Ф. В. Мельник; за ред. Б. Г. Веденка. – Вінниця : Держ. картографічна фабрика, 2009. – 256 с.
2. Князевич В. М. Оснащеність лікарень швидкої медичної допомоги України базовим діагностичним та реанімаційним обладнанням / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Вісн. проблем біології і медицини. – 2009. – № 1. – С. 8–12.

3. Малиш І. Р. Досвід роботи протишокової палати в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги / І. Р. Малиш, К. І. Цимбаленко // Матеріали симп. (V школи-семінару) [“Проблемні питання медицини невідкладних станів”], (Київ, 5–6 квіт. 2007 р.). – К., 2007. – С. 101–102.
4. Марков Ю. І. Захист дихальних шляхів на догоспітальному етапі / Ю. І. Марков, К. І. Цимбаленко // Матеріали наук. симп. [“Сучасні проблеми медицини невідкладних станів”], (Київ, 21–22 трав. 2009 р.). – К., 2009. – С. 117–119.
5. Марков Ю. І. Судинний доступ на догоспітальному етапі / Ю. І. Марков, К. І. Цимбаленко // Зб. наук. пр. НМАПО. – Вип. 18, Кн. 1. – 2009. – С. 80–83.
6. Марков Ю. І. Якість знеболювання на догоспітальному етапі / Ю. І. Марков // Матеріали II з'їзду ВГО [“Всеукраїнської Асоціації працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф”], (Київ, 22–23 квіт. 2008 р.). – К., 2008. – С. 94–96.
7. Посадова інструкція сестри медичної-анестезиста // Посадові інструкції. Охорона здоров'я / за ред. Є. К. Пашутинського. – К. : КНТ, 2005. – С. 228–231.
8. Ткаченко О. А. Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги – 25 років / О. А. Ткаченко, Н. Ф. Гайворонська // Матеріали наук. симп., присвяченого 25-річчю Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги [“Проблемні питання медицини невідкладних станів”], (Київ, 20–21 трав. 2010 р.). – К., 2010. – С. 3–12.
9. Тлумачний словник з невідкладної медичної допомоги / [авт.-уклад. Зозуля І. С., Марков Ю. І.]. – К., 2009. – 144 с.
10. Усенко Л. В. Проблема стандартизації інтенсивної терапії на догоспітальному і госпітальному етапах при політравмі / Л. В. Усенко, Г. В. Панченко, А. В. Царев [та ін.] // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2004. – № 2(д). – С. 375–376.
11. Шейн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии : пер. с англ. / М. Шейн. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2003. – 272 с.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ПРОТИВОШОКОВОЙ ПАЛАТЫ В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю.И. Марков (Киев)

Проведен анализ особенностей оказания неотложной медицинской помощи в противошоковой палате на примере ее организации и работы в Киевской городской больнице скорой медицинской помощи. Организация качественного лечебного процесса в противошоковой палате предполагает: высокий уровень производственной интенсивности труда, быстроту и качество диагностических и лечебных мероприятий по принципу АВС, высокие профессиональные требования к бригаде в сфере анестезиологии, в частности к медицинской сестре-анестезисту; функциональную связь с другими подразделениями больницы, что обеспечивает преемственность между этапами оказания медицинской помощи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** противошоковая палата, больница скорой медицинской помощи, организационные принципы, неотложная медицинская помощь.

## ORGANIZATIONAL PRINCIPLES OF WORK ANTISHOCK WARD IN THE HOSPITAL OF EMERGENCY CALL SERVICE

Yu. I. Markov (Kyiv)

Features of rendering of urgent medical aid in antishock ward have been analysed by the example of its organization and work in Kyiv state hospital of the emergency call center. The organization of qualitative treatment of process in antishock ward provides: high industrial intensity of work, speed and quality of diagnostic and medical actions by principle ABC, high professional requirements to brigade in the sphere of anesthesiology, in particular to the nurse - anaesthetist; functional connection with other subdivisions of hospital that provides continuity between stages of rendering of medical aid.

**KEY WORDS:** antishock ward, the hospital of emergency call service, organizational measures, urgent medical aid.

Рецензент: д.держ.упр., доц. Н. П. Кризина