тковим харчуванням з урахуванням стану здоров'я пацієнта і необхідності відновлення втрачених функцій.

Зважаючи на значну увагу держави до реабілітації інвалідів в Україні, розробка таких критеріїв систематизує роботу з якісного складання індивідуальних програм реабілітації інвалідів фахівцями МСЕК, суттєво поліпшить взаємодію медико-соціальних експертних комісій з лікувально-профілактичними закладами та з Фондом соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України.

Література

1. Методические указания МУ 2001/127 «Обеспечение дополнительным питанием пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (утв. МЗО РФ 21.06.2001 г.). – [Электронный ресурс]/Режим доступа: http://www.fegsen.ru/13/documents/140703_Dop_pitanie.doc

2. «Про затвердження Порядку та Критеріїв встановлення медико-соціальними експертними комісіями ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках працівникам, яким заподіяно ушкодження здоров'я, пов'язане з виконанням трудових обов'язків»: наказ МОЗ України – № 420 05.06.2012 р.

3. Обеспечение дополнительным питанием пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (инструкция по применению), утверждено Министерством здравоохранения Республики Беларусь 16.01.2004 г. – [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.belmapo.by/downloads/gastroenterology.

4. Письмо Фонда социального страхования РФ от 19.05.05 № 02-18/ 11-4475. – [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.Fesmu.ru/elib/Article.aspx.

5. Положення про організацію, забезпечення та фінансування необхідних видів догляду за потерпілими внаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання від 12.01.2012 р. за № 30/20343, затверджено Постановою Правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України 03.11.2011 р. № 41.

6. Положення про забезпечення додатковим харчуванням потерпілих унаслідок нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, затверджене Постановою Правління Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України 03.11.2011 р. № 42.

7. Постанова КМУ від 03.12.2009 р. № 1317 «Положення про медико-соціальну експертизу».

8. Смычек В. Б. Медико-социальные критерии и показания для определения дополнительных видов ухода потерпевшим в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в практике работы медико-реабилитационных экспертных комиссий / В. Б. Смычек, Т. Т. Копать, Л. Г. Казак, И. Я. Чапко // Медицинские новости. – 2007. – № 11. – С. 43–48.

УДК 616-01:616-035

ВИВЧЕННЯ ДОДОБОВОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ

Ю. І. Марков [1], Є. В. Рибак [2]

[1] Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ,
[2] Київська міська клінічна лікарня № 1

Резюме

Надзвичайно важливим у лікуванні пацієнтів з невідкладними станами є завчасне вирішення організаційних питань. Узгодженість допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, взаємодія працівників служби швидкої медичної допомоги та приймального відділення лікарні впливають на кінцевий результат лікування. Про це свідчить відсутність венозного доступу, проведення фармакотерапії, оксигенотерапії, електрокардіографії на догоспітальному етапі у пацієнтів, що згодом померли додобово у багатопрофільному стаціонарі. Усунення вказаних недоліків покращить стан безпеки пацієнтів.

Ключові слова: *безпека пацієнтів, невідкладні стани, додобова летальність, вік, стать.*

Summary: *It is extremely important in the treatment of patients with urgent conditions is early organizational issues. Consistency of care in the prehospital and early hospital stages, the interaction of employees of emergency medical assistance and receiving ward affect the final outcome. This is evidenced by the lack of venous access, conducting therapy, oksyhennoterapiyi, ECG in the prehospital phase in patients who subsequently died dodobovo in multidisciplinary hospital. Elimination of these shortcomings will improve the state of patient safety.*

Keywords: *safety of patients, urgent conditions, mortality during first 24 hours.*

Вступ

Сучасна демографічна ситуація в країні характеризується набагато вищим, порівняно з розвинутими країнами світу, рівнем смертності. У зв'язку з цим надзвичайно важливим є вивчення незадовільних результатів лікування. Аналіз поширених причин летальних випадків є повчальним для фахівців усіх напрямків невідкладної медицини.

Вивчення смертності та інвалідності дозволяє вирішувати проблему безпеки пацієнтів в сучасній охороні здоров'я [1]. Аналіз лікарняної летальності, зокрема, розглядають, оцінюючи якість медичної допомоги. Надзвичайно важливо враховувати чинники виникнення летальних випадків під час надання медичної допомоги окремим контингентам пацієнтів, оскільки при цьому найчіткіше встановлюються причини помилок як у діагностиці та лікуванні, так і організації медичної допомоги [2]. Додобова летальність у стаціонарах міста відображає своєчасність доставки хворих до стаціонару, якість допомоги на догоспітальному етапі (ДГЕ) і наступність дій між бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги (ЕШМД) та відділеннями стаціонарів. Узгодженість догоспітальної та ранньої госпітальної допомоги, взаємодія працівників ЕШМД та приймального відділення (відділення невідкладної медичної допомоги), лікарень, дотримання принципів наступності є надзвичайно важливими [3].

Надзвичайно важливим у лікуванні пацієнтів з невідкладними станами є завчасне вирішення організаційних питань. Ефективність реанімаційної допомоги пораненим та постраждалим, у першу чергу, визначається її організацією. Це пов'язано з тим, що серед усіх можливих помилок організаційні – найдороговартісніші. Причина полягає у системному характері будь-якої організаційної помилки, оскільки вона, повторюючись день у день, порушує всю систему лікування, ініціюючи ятрогенію нарізнобічнішого характеру [4].

Матеріал та методи

З метою вивчення якості надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі вивчали додобову летальність у багатопрофільному стаціонарі. Проведено суцільний ретроспективний аналіз 110 випадків додобової летальності у Київській міській клінічній лікарні № 3 (КМК № 3) у 2009 р. У дослідженні проаналізовано історії хвороб померлих, що знаходилися в архіві КМК № 3, та супровідні талони бригад ЕШМД – форма 114/о (що знаходилися в історіях хвороб). Отримані дані підлягали статистичній обробці за допомогою програм STATISTICA 5,0 та Excel XP. Визначали такі статистичні показники: середньоарифметичні величини (M), похибки середніх величин (±m). Достовірність різниці двох порівнюваних величин оцінювали за критерієм Стьюдента (t) з визначенням значимості зрівнюваних груп (p). Критичне значення рівня значимості приймалося рівним 0,05.

Результати та їх обговорення

Летальні випадки аналізували за віком, статтю пацієнтів, госпіталізацією за направленням поліклініки за місцем проживання чи за направленням медичних працівників самої ж ЕШМД, кварталом року (в якому трапився летальний випадок). Також оцінювали ДГЕ за такими напрямками: чи був виконаний внутрішньовенний (в/в) доступ, чи здійснювалась фармакотерапія, оксигенотерапія та електрокардіографія (ЕКГ) пацієнтам, яким вони були показані у зв'язку з невідкладними станами. Випадки додобової летальності розглядали по відділеннях, в яких отримували лікування пацієнти та згодом померли додобово.

Відділення інтенсивної терапії. У відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) перебували на лікуванні й померли додобово 64 (58,18 %) хворих. Середній вік – 61,5±2,1 року. Серед пролікованих – 36 (56,25 %) осіб чоловічої та 28 (43,75 %) жіночої статі. Летальні наслідки наставали у такі терміни знаходження пацієнтів у лікарні: до 3-х год. – 18 випадків (28,13 %), від 3 до 6 год. – 11 випадків (17,19 %), від 6 до 12 год. – 14 випадків (21,87 %), з 12 до 24 год. – 21 випадок (32,81 %).

У 4-х (6,25 %) спостереженнях на ДГЕ було зроблено ЕКГ; у 60 (93,75 %) випадках подібне дослідження на ДГЕ не було виконано. Хворим, які згодом померли, додобово у 5 (7,81 %) випадках працівниками ШМД здійснювався в/в доступ з метою введення ліків чи здійснення інфузії. Такий доступ не було зроблено 59 (92,19 %) пацієнтам. На етапі ЕШМД у 26 (40,63 %) спостереженнях здійснювалась фармакотерапія та у 38 (59,37 %) випадках такого лікування на ДГЕ не було. Тільки у 2-х (3,13 %) випадках здійснювали на ДГЕ інгаляцію кисню та у 62 (96,87 %) спостереженнях кисневу терапію не виконували.

Інфарктне відділення. В інфарктному відділенні померло додобово 26 (23,64 %) хворих. Летальні випадки наставали у такі терміни знаходження пацієнтів у лікарні: до 3-х год. – 6 випадків (23,08 %), від 3 до 6 год. – 6 випадків (23,08 %), від 6 до 12 год. – 8 випадків (30,76 %), з 12 до 24 год. – 6 випадків (23,08 %).

Середній вік – 70,0±1,8 року. Серед пролікованих – 14 (53,85 %) осіб чоловічої та 12 (46,15%) жіночої статі.

У 16 (61,54 %) спостереженнях на ДГЕ було зроблено ЕКГ; у 10 (36,46 %) випадках подібне дослідження на ДГЕ не було виконано.

Хворим, які згодом померли, додобово у 10 (38,46 %) випадках працівниками ЕШМД здійснювався в/в доступ з метою в/в ліків чи здійснення

інфузії. Такий доступ не було зроблено 16 (61,54 %) пацієнтам.

На етапі ЕШМД у 22 (84,62 %) спостереженнях здійснювалась фармакотерапія та у 4 (15,38 %) випадках такого лікування на ДГЕ не було.

Тільки у 6 (23,08 %) випадках здійснювали на ДГЕ інгаляцію кисню та у 20 (76,92 %) спостереженнях кисневу терапію не виконували.

Відділення неврології. У відділеннях неврології перебувало на лікуванні і померло додобово 8 (7,27 %) хворих. Середній вік – 70,4±2,7 року. Серед пролікованих по 4 (50,00 %) випадки чоловічої та (50,00 %) жіночої статі.

Випадки додобової летальності наставали у такі терміни знаходження пацієнтів у лікарні: до 3-х год. – 0 спостережень (0,0 %), від 3 до 6 год. – 2 випадки (25,0 %), від 6 до 12 год. – 3 спостереження (37,50 %), з 12 до 24 год. – 3 випадки (37,50 %).

У 1 (12,50 %) спостереженні на ДГЕ було виконано ЕКГ; у 7 (87,50 %) випадках подібне дослідження не було виконано. Хворим, які згодом померли, додобово у всіх 8 (100,0 %) випадках працівниками ЕШМД не здійснювався в/в доступ.

На етапі ЕШМД у 4 (50,0 %) спостереженнях здійснювалась фармакотерапія та у 4 (50,0 %) випадках такого лікування на ДГЕ не проводили. У жодному випадку – 0 (0,0 %) на ДГЕ інгаляцію кисню не виконували.

Інші відділення. В інших відділеннях лікарні перебувало на лікуванні і померли додобово 12 (10,91 %) хворих. Середній вік – 64,7±4,1 року. Серед пролікованих – по 6 (50,0 %) осіб чоловічої та жіночої статі. Летальні випадки наставали у такі терміни знаходження пацієнтів у лікарні: до 3-х год. – 2 спостереження (16,67 %), від 3 до 6 год. – 1 спостереження (8,33 %), від 6 до 12 год. – 6 спостережень (50,0 %), з 12 до 24 год. – 3 спостереження (25,0 %).

В усіх 12 випадках (100,0 %) ЕКГ дослідження на ДГЕ не було виконано.

Хворим, які згодом померли, додобово в 1 (8,33 %) випадку працівниками ЕШМД був виконаний в/в доступ з метою введення ліків чи здійснення інфузії. Такий доступ не було здійснено 11 (91,67 %) пацієнтам.

На етапі ЕШМД у 3 (25,0 %) спостереженнях здійснювалась фармакотерапія та у 9 (75,0 %) випадках такого лікування на ДГЕ не було.

Тільки у 2 (16,67 %) випадках здійснювали на ДГЕ інгаляцію кисню та у 10 (83,33 %) спостереженнях кисневу терапію не виконували.

Наступним кроком вивчення додобової летальності було порівняння груп померлих пацієнтів за хворобами, що зумовили безпосередню причину смерті.

Хвороби системи кровообігу (77 спостережень) та захворювання сечовидільної системи (8 випадків). Середній вік померлих із захворюваннями системи кровообігу 69,9±1,2 р., із захворюваннями сечовидільної системи – 41,6±6,0 р. Відмінність за віком має достовірний характер (p>0,05).

Серед померлих осіб жіночої статі від хвороб системи кровообігу було 44,2±5,7 % (34) та 50,0±17,7 % (4) від захворювань сечовидільної системи (p>0,05). Чоловіків, які померли від хвороб системи кровообігу, було 55,8±5,7 % (43), від захворювань сечовидільної системи – 50,0±17,7 % (4) (p>0,05). Відмінність за такими показниками, як поступання хворих у кварталах року, час надходження хворих до стаціонару, тривалість знаходження у стаціонарі та здійснення госпіталізації за направленням (ЕШМД чи амбулаторно-поліклінічних закладів) серед померлих від хвороб системи кровообігу та сечовидільної системи відображено у таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика уражень системи кровообігу та сечовидільної системи
(як хвороб, що зумовили безпосередню причину смерті)

№ з/п	Показник	Померлі від хвороб системи кровообігу		Померлі від хвороб сечовидільної системи	
		абс. величина	%, M±m	абс. величина	%, M±m
1	Квартал року:				
	1	10	13,0±3,8	1	12,5±11,7
	2	23	29,9±5,2	1	12,5±11,7
	3	20	26,0±5,0	2	25,0±15,3
	4	24	31,2±5,3	4	50,0±17,7
2	Час надходження хворих до стаціонару:				
	I	8	10,4±3,5	2	25,0±15,3
	II	20	26,0±5,0	3	37,5±17,1
	III	19	24,7±4,9	1	12,5±11,7
	IV	12	15,6±4,1	0	0,0±0,0*
	V	10	13,0±3,8	2	25,0±15,3
	VI	8	10,4±3,5	0	0,0±0,0*

3	Тривалість перебування у стаціонарі:				
	до 3-х год.	16	20,8±4,6	1	12,5±11,7
	3–6 год.	17	22,1±4,7	1	12,5±11,7
	6–12 год.	24	31,2±5,3	3	37,5±17,1
	12–24 год.	20	26,0±5,0	3	37,5±17,1
4	Госпіталізація за направленням:				
	швидкої меддопомоги	57	74,0±5,0	1	12,5±11,7*
	поліклініки	20	26,0±5,0	7	87,5±11,7*

Примітка: * – відмінність за показником померлих від хвороб системи органів кровообігу та уражень сечовидільної системи має достовірний характер (p<0,05)

На ДГЕ ЕКГ-дослідження з метою уточнення діагнозу не було здійснено у 75,3±4,9 % (58) випадках пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 100,0±0,0 % (8) із захворюваннями сечовидільної системи (p<0,05). ЕКГ було зроблено на етапі ЕШМД у 24,7±4,9 % (19) пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 0,0±0,0 % (0) хворим із захворюваннями сечовидільної системи (p<0,05).

В/в доступ з метою введення лікарських препаратів на ДГЕ не було здійснено у 84,4 ±4,1 % (65) випадках пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 100,0±0,0 % (8) із захворюваннями сечовидільної системи (p<0,05). В/в доступ було зроблено на етапі ЕШМД 15,6±4,1 % (12) хворим із захворюваннями системи кровообігу та 0,0±0,0 % (0) із захворюваннями сечовидільної системи (p<0,05).

Фармакотерапія на ДГЕ не була здійснена у 42,9±5,6 % (33) випадках пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 87,5±11,7 % (7) із захворюваннями сечовидільної системи (p<0,05). Була здійснена фармакотерапія на етапі ШМД у 57,1±5,6 % (44) пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 12,5±11,7 % (1) хворим із захворюваннями сечовидільної системи (p<0,05).

Інгаляція кисню на ДГЕ не була здійснена у 89,6±3,5 % (69) випадках пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 100,0±0,0 % (8) із захворюваннями сечовидільної системи (p<0,05). Киснева терапія виконувалась на етапі ЕШМД 10,4±3,5 % (8) хворим із захворюваннями системи кровообігу та 0,0±0,0 % (0) із захворюваннями сечовидільної системи (p<0,05).

Хвороби системи кровообігу (77 спостережень) та інші захворювання (25 випадків). Середній вік померлих із захворюваннями системи кровообігу 69,9±1,2 р., із іншими захворюваннями – 55,2±2,8 р. Відмінність за віком має достовірний характер (p>0,05). Серед померлих осіб жіночої статі від хвороб системи кровообігу було 44,2±5,7 % (34) та 48,0±10,0 % (12) від інших захворювань (p>0,05). Чоловіків, які померли від хвороб системи кровообігу, було 55,8±5,7 % (43), від інших захворювань – 52,0±10,0 % (13) (p>0,05). Відмінність за такими показниками, як поступання хворих у кварталах року, час поступання хворих до стаціонару, тривалість перебування у стаціонарі та здійсненням госпіталізації за направленням (ЕШМД чи амбулаторно-поліклінічних закладів) серед померлих від хвороб системи кровообігу та інших захворювань відображено у таблиці 2.

Таблиця 2

Порівняльна характеристика уражень системи кровообігу та інших захворювань (як хвороб, що зумовили безпосередню причину смерті)

№ з/п	Показник	Пацієнти, які померли від хвороб системи кровообігу		Пацієнти, які померли від інших захворювань	
		абс. величина	%, M±m	абс. величина	%, M±m
1	Квартал року:				
	1	10	13,0±3,8	5	20,0±8,0
	2	23	29,9±5,2	6	24,0±8,5
	3	20	26,0±5,0	7	28,0±9,0
	4	24	31,2±5,3	7	28,0±9,0
2	Час надходження хворих до стаціонару:				
	I	8	10,4±3,5	3	12,0±6,5
	II	20	26,0±5,0	7	28,0±9,0
	III	19	24,7±4,9	8	32,0±9,3
	IV	12	15,6±4,1	6	24,0±8,5
	V	10	13,0±3,8	0	0,0±0,0*
	VI	8	10,4±3,5	1	4,0±3,9

3	Тривалість перебування у стаціонарі:				
	до 3-х год.	16	20,8±4,6	9	36,0±9,6
	3–6 год.	17	22,1±4,7	2	8,0±5,4*
	6–12 год.	24	31,2±5,3	4	16,0±7,3
	12–24 год.	20	26,0±5,0	10	40,0±9,8
4	Госпіталізація за направленням:				
	швидкої меддопомоги	57	74,0±5,0	16	64,0±9,6
	поліклініки	20	26,0±5,0	9	36,0±9,6

Примітка: * – відмінність за показником померлих від хвороб системи органів кровообігу та інших захворювань має достовірний характер (p<0,05)

На ДГЕ ЕКГ-дослідження з метою уточнення діагнозу не було здійснено у 75,3±4,9 % (58) випадках пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 92,0±5,4 % (23) із іншими захворюваннями (p<0,05). ЕКГ було зроблено на етапі ЕШМД 24,7±4,9 % (19) хворим із захворюваннями системи кровообігу та 8,0±5,4 % (5,4) з іншими захворюваннями (p<0,05).

В/в доступ з метою введення лікарських препаратів на ДГЕ не було здійснено у 84,4 ±4,1 % (65) випадках пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 84,0±7,3 % (21) хворим з іншими захворюваннями (p>0,05). В/в доступ було зроблено на етапі ЕШМД 15,6±4,1 % (12) хворим із захворюваннями системи кровообігу та 16,0±7,3 % (4) з іншими захворюваннями (p>0,05).

Фармакотерапія на ДГЕ не була здійснена у 42,9±5,6 % (33) випадках пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 60,0±9,8 % (15) з іншими захворюваннями (p>0,05). Була здійснена фармакотерапія на етапі ЕШМД у 57,1±5,6 % (44) пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 40,0±9,8 % (10) хворим з іншими захворюваннями (p>0,05).

Інгаляція кисню на ДГЕ не була здійснена у 89,6±3,5 % (69) випадках пацієнтам із захворюваннями системи кровообігу та 32,0±9,3 % (8) з іншими захворюваннями (p<0,05). Киснева терапія виконувалась на етапі ЕШМД 10,4±3,5 % (8) хворим із захворюваннями системи кровообігу та 0,0±0,0 % (0) з іншими захворюваннями (p<0,05).

Ураження сечовидільної системи (8 спостережень) та інші захворювання (25 випадків). Середній вік померлих із захворюваннями сечовидільної системи – 41,6±6,0 р., із іншими захворюваннями – 55,2±2,8 р. Відмінність за віком має достовірний характер (p>0,05). Серед померлих осіб жіночої статі від хвороб сечовидільної системи було 50,0±17,7 % (4) та 48,0±10,0 % (12) від інших захворювань (p>0,05). Чоловіків, які померли від хвороб сечовидільної системи було 50,0±17,7 % (4), від інших захворювань – 52,0±10,0 % (13) (p>0,05). Відмінність за такими показниками, як поступання хворих у кварталах року, час поступання хворих до стаціонару, тривалість знаходження у стаціонарі та здійснення госпіталізації за направленням (ЕШМД чи амбулаторно-поліклінічних закладів) серед померлих від хвороб системи кровообігу та інших захворювань відображена у таблиці 3.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика уражень сечовидільної системи та інших захворювань (як хвороб, що зумовили безпосередню причину смерті)

№ п/п	Показник	Померлі від хвороб сечовидільної системи		Померлі від інших захворювань	
		абс. величина	%, M±m	абс. величина	%, M±m
1	Квартал року:				
	1	1	12,5±11,7	5	20,0±8,0
	2	1	12,5±11,7	6	24,0±8,5
	3	2	25,0±15,3	7	28,0±9,0
	4	4	50,0±17,7	7	28,0±9,0
2	Час надходження хворих до стаціонару:				
	I	2	25,0±15,3	3	12,0±6,5
	II	3	37,5±17,1	7	28,0±9,0
	III	1	12,5±11,7	8	32,0±9,3
	IV	0	0,0±0,0	6	24,0±8,5*
	V	2	25,0±15,3	0	0,0±0,0
	VI	0	0,0±0,0	1	4,0%±3,9

3	Тривалість перебування у стаціонарі:				
	до 3-х год.	1	12,5±11,7	9	36,0±9,6
	3–6 год.	1	12,5±11,7	2	8,0±5,4
	6–12 год.	3	37,5±17,1	4	16,0±7,3
	12–24 год.	3	37,5±17,1	10	40,0±9,8
4	Госпіталізація за направленням:				
	швидкої допомоги	1	12,5±11,7	16	64,0±9,6*
	поліклініки	7	87,5±11,7	9	36,0±9,6*

Примітка: * – відмінність за показником померлих від хвороб сечовидільної системи та інших захворювань має достовірний характер (p<0,05)

На ДГЕ ЕКГ-дослідження з метою уточнення діагнозу не було здійснено у 100,0±0,0 % (8) випадках пацієнтам із ураженнями сечовидільної системи та 92,0±5,4 % (23) із іншими захворюваннями (p<0,05). ЕКГ було зроблено на етапі ЕШМД 8,0±5,4 % (5,4) з іншими захворюваннями (p<0,05).

В/в доступ з метою введення лікарських препаратів на ДГЕ не було здійснено у жодному випадку пацієнтам із захворюваннями сечовидільної системи (100,0±0,0 % (8)) та 84,0±7,3 % (21) хворим з іншими захворюваннями (p>0,05). В/в доступ було зроблено на етапі ЕШМД 0,0±0,0 % (0) хворим із ураженнями сечовидільної системи та 16,0±7,3 % (4) з іншими захворюваннями (p>0,05).

Фармакотерапія на ДГЕ не була здійснена у 87,5±11,7 % (7) випадках пацієнтам із ураженнями сечовидільної системи кровообігу та 60,0±9,8 % (15) з іншими захворюваннями (p>0,05). Була здійснена фармакотерапія на етапі ЕШМД у 12,5±11,7 % (1) пацієнтам із захворюваннями сечовидільної системи та 40,0±9,8 % (10) хворим з іншими захворюваннями (p>0,05).

Інгаляція кисню на ДГЕ не була здійснена у жодному випадку (100,0±0,0 % (69)) у пацієнтів із захворюваннями сечовидільної системи та 32,0±9,3 % (8) з іншими захворюваннями (p<0,05).

Дані проведеного дослідження встановили найвищий рівень додобової летальності у пацієнтів з хворобами системи кровообігу – 70 % спостережень з незначною перевагою серед осіб чоловічої статі.

Високий рівень додобової летальності від хвороб з ураженням системи кровообігу серед чоловіків корелює з даними інших джерел, що найбільшу проблему у структурі передчасної смертності становлять саме хвороби системи кровообігу, смертність від яких перевищує середньоєвропейський показник у 2 рази, а порівняно з окремими країнами – в 3,5 разу [5, 6]. Під час дослідження нами констатовано: найчастіше випадки додобової летальності виникали у чоловіків переважно у IV кварталі року, в період часу доби від 10.00 до 18.00. При цьому тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі частіше була від 12.00 до 24.00 год. Отримані результати підтверджують дані деяких дослідників, які вивчали залежність виникнення та перебігу гострого інфаркту міокарда від статі, пори та місяців року [7].

Таким чином, під час проведеного дослідження нами встановлено: найвищий рівень додобової летальності – у відділеннях інтенсивної терапії та інфарктному. Середній вік померлих до доби пацієнтів – старші 61,5 року (за винятком пацієнтів з ураженням сечовидільної системи, які були переважно молодими). Випадки додобової летальності частіше виникали у терміни перебування пацієнтів від 6 до 12 год. (у інфарктному, неврологічних та інших відділеннях), та з 12 до 24 год. (у відділеннях інтенсивної терапії та неврологічних відділеннях). Тривалість перебування у стаціонарі від 6 до 24 год. частіше спостерігали у пацієнтів, яких лікували від хвороб системи кровообігу та сечовидільної системи; у пацієнтів з «іншими» захворюваннями – до 3-х год. Частіше випадки додобової летальності реєстрували у 2–4 кварталах року (пацієнти із хворобами системи кровообігу) та у 3-4 кварталах (пацієнти з ураженнями сечовидільної системи). Найвищий рівень додобової летальності констатовано у період часу з 10.00 до 18.00 у пацієнтів з хворобами системи кровообігу та з 10.00 до 14.00. – у пацієнтів з ураженнями сечовидільної системи; з 14.00 до 18.00 – у пацієнтів з іншими захворюваннями. Госпіталізація пацієнтів, які згодом померли додобово, частіше здійснювалася за направленням бригад ЕШМД (у разі наявності хвороб системи кровообігу та «інших» захворювань). Пацієнти із захворюваннями сечовидільної системи були переважно госпіталізовані за направленням амбулаторно-поліклінічних закладів. На етапі надання ЕШМД пацієнтам з невідкладними станами недостатньо здійснюється ЕКГ-діагностика, фармакотерапія, в/в доступ, киснева терапія, що свідчить про недостатній рівень якості надання медичної допомоги на ДГЕ.

Висновки

1. Найвищий рівень додобової летальності – у відділенні інтенсивної терапії та інфарктному, які становлять відповідно – 58,18 % та 23,64 %.

2. Середній вік померлих додобово пацієнтів становить понад 61,5 року, лише пацієнти, в яких було ураження сечовидільної системи як хвороби, що зумовила безпосередню причину смерті, констатовано молодий вік.

3. Випадки додобової летальності частіше констатували у терміни перебування пацієнтів у лікарні: від 6.00 до 12.00 год. (у інфарктному, неврологічних та інших відділеннях) та з 12.00 до 24.00 год. (у відділенні інтенсивної терапії та неврологічних відділеннях).

4. На тривалість перебування у стаціонарі між 6.00 та 24.00 припадають найвищі значення додобової летальності пацієнтів із захворюваннями системи кровообігу та сечовидільної системи; у пацієнтів з іншими захворюваннями – найвищі значення подібних випадків припадають за тривалості знаходження до 3-х год.

5. Випадки додобової летальності частіше зареєстрували у 2–4 кварталах (у пацієнтів з хворобами системи кровообігу) та 3-4 кварталах (у пацієнтів з ураженням сечовидільної системи). У пацієнтів з іншими захворюваннями залежності виникнення додобової летальності від кварталу року не встановлено.

6. Найвищі значення випадків додобової летальності констатовано у період часу з 10.00 до 18.00 у пацієнтів з хворобами системи кровообігу, з 10.00 до 14.00 – у пацієнтів з ураженням сечовидільної системи, та з 14.00 до 18.00 – у пацієнтів з іншими захворюваннями.

7. Госпіталізація пацієнтів, які у подальшому померли додобово, здійснювалась частіше за направленням бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги у разі наявності хвороб системи кровообігу чи інших захворювань. Пацієнтів із захворюваннями сечовидільної системи переважно госпіталізували за направленням амбулаторно-поліклінічних закладів.

8. На етапі надання екстреної медичної допомоги бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги пацієнтам з невідкладними станами недостатньо здійснюється ЕКГ-діагностика, фармакотерапія, внутрішньовенний доступ, киснева терапія, що слід розцінювати як неналежну якість надання допомоги.

Література

1. Безопасность пациента /пер. с англ. под. ред. Е. Л. Никонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 184 с.

2. Щедренок В. В. Анализ больничной летальности у пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой в Санкт-Петербурге и вопросы качества медицинской помощи / В. В. Щедренок, О. В. Могучая, И. В. Яковенко, Г. А. Григорян [и др.] // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 2007. – Т. 166. – № 5. – С. 82–85.

3. Пацюрко Ю. Проблемні питання організаційних та медичних аспектів надання допомоги на догоспітальному етапі / Ю. Пацюрко, Л. Сирота, Я. Пилипець, Л. Гера, П. Римаренко // Медицина неотложных состояний. – 2011. – № 4 (35). – С. 123–125.

4. Гаврилин С. В. Организация анестезиологической и реаниматологической помощи раненым и пострадавшим в крупном специализированном стационаре / С. В. Гаврилин, Г. Л. Герасимов, В. В. Бояринцев, В. Н. Лопата // Анестезиология и реаниматология. – 2005. - № 4. – С. 67–70.

5. Слабкий Г. О. Фактори ризику передчасної смерті чоловіків працездатного віку від хвороб органів кровообігу (на прикладі Південного регіону) / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, О. М. Орда, М. В. Шевченко, Л. А. Карамзіна // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 4 (16). – С. 43–46.

6. Дудник С. В. Характеристика загальних тенденцій смертності населення працездатного віку м. Луганська та Луганської області / С. В. Дудник // Український медичний альманах. – 2012. – Т. 15. – № 1. – С. 39–41.

7. Manfredini R., Manfredini F., Boari et al. Seasonal and weekly patterns of hospital admissions for nonfatal and total myocardial infarction // Am. J. Emerg.Med. 2009. Nov.; 27 (9): 1097–1103.