

Розпорядження кабінету міністрів України від 30.11.11 р. № 1341-р Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки. - К., 2011. - С. 8.  
Фещенко Ю.І. Епідемія туберкульозу в

Україні відступає: історичні етапи її подолання та перспективи на майбутнє: [статистика захворюваності за 1990-2009 р.р. в областях України] /Ю.І.Фещенко, С.О.Черенько, О.П.Сакальська //Здоров'я України: Пульмонологія. Алергологія. Риноларин-

гологія. - 2010. - №1. - С. 16-18.

Ефективність стаціонарного етапу комплексного лікування взрослых больных туберкульозом легких /М.М.Азаматова, Х.К.Аминев, К.И.Гольянова [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2007. - №6. - С. 4-9.

**Лебедь Л.В., Киреев И.В., Ляшенко А.А.**

#### ЕФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЕТАПА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

**Резюме.** Изучена эффективность стационарного этапа лечения 411 больных туберкулезом в зависимости от клинической формы туберкулеза, наличия деструкции легочной ткани, бактериовыделения и устойчивости к противотуберкулезным препаратам.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, эффективность лечения, деструкция легочной ткани, бактериовыделение.

**Lebid L.V., Kireyev I.V., Lashenko A.A.**

#### EFFICIENCY OF A STATIONARY STAGE OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH A TUBERCULOSIS OF THE LUNGS

**Summary.** The efficiency of a stationary stage of treatment of 411 patients with a tuberculosis depending on the clinical form of a tuberculosis, presence of destructive processes in lungs and drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* is studied.

**Key words:** tuberculosis of lungs, efficiency of treatment, destructive processes in lungs, drug-resistant *Mycobacterium tuberculosis*.

Стаття надійшла до редакції 03.10.2012 р.

---

© Нагайчук В.І.

УДК: 616-001.17-089:616-082

**Нагайчук В.І.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра загальної хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## РІВНІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОБПЕЧЕНИМ ТА ЇЇ ОБ'ЄМ В УМОВАХ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ

**Резюме.** В статті висвітлена актуальна проблема надання медичної допомоги обпеченим на первинному, вторинному та третинному рівнях і її об'єм в умовах пілотного проекту. Доведена пряма залежність кінцевих результатів лікування від термінів надання спеціалізованої допомоги.

**Ключові слова:** опіки, рівні надання медичної допомоги, пілотний проект, некректомія, ксенодермоімпланти, аутодермотрансплантати.

### Вступ

Опіки займають третє, а в деяких країнах і друге місце в структурі загального травматизму, що є серйозною медичною, економічною та соціальною проблемою [Вихриєв та др., 1986].

Актуальність цієї проблеми визначається не так частотою, як ступенем тяжкості ураження, складністю та тривалістю лікування, місцевих і генералізованих ускладнень, незадовільними функціональними і естетичними результатами, високою інвалідністю та летальністю [Бігуняк та ін., 2003; Nyakusoku et al., 2010; Spence, 2008].

Забезпечення раннього відновлення шкірного покриву у хворих з критичними та надкритичними опіками і дотепер залишається недостатньо вирішеною проблемою [Гусак та ін., 2012].

Можливість спасти життя потерпілим існує тільки при швидкому наданні їм кваліфікованої та спеціалізованої допомоги [Герасимова та др., 1996].

Метою нашого дослідження було покращити результати лікування хворих з опіками шляхом удосконалення організації надання медичної допомоги на I-II-III рівнях в умовах пілотного проекту.

### Матеріали та методи

Для покращення результатів лікування хворих з опіками в умовах пілотного проекту нами розпрацьований та поданий в Департамент охорони здоров'я та курортів наказ по "Регламентатії діяльності комбустіологічної служби у Вінницькій області", згідно якого обумовлені об'єм та терміни надання допомоги обпеченим на первинному, вторинному та третинному рівнях.

*Первинний рівень надання медичної допомоги* (ФАП, лікарська амбулаторія, дільнична лікарня).

Об'єм допомоги: винести потерпілого з небезпечної зони; загасити палаючий одяг; зняти каблучки з пальців; при необхідності відновити прохідність дихальних шляхів та провести штучну вентиляцію легень і непрямий масаж серця; провести швидку нейтралізацію травмуючої дії екзо-, ендогенних чинників ураження звичайною водою; по закінченню нейтралізації зігріти хворого всіма доступними методами (вжити велику кількість теплового питва, використати фени, інфрачервоні лампи і т.д.); забезпечити якнайшвидшу госпіталізацію потерпілих в найближчий лікувальний заклад.

*Вторинний рівень надання медичної допомоги* (реанімаційні, травматологічні та хірургічні відділення цент-

ральних районних чи міських лікарень).

Об'єм допомоги: нейтралізація травмуючої дії екзо-, ендогенних чинників ураження в ділянках опікових ран; знеболюючі препарати; закриття опікових ран полівінілхлоридною плівкою з фіксацією її на тілі людини липким пластиром та марлевими бинтами; вживання великої кількості теплого питва; катетеризація центральних чи периферичних вен; катетеризація сечового міхура при тяжких опіках; зонд у шлунок при тяжких опіках; адекватна як по об'єму рідини, так і по необхідності препаратів різноманітних фармацевтичних груп (антикоагулянти, антиагреганти, інгібітори протеолізу, гепатопротектори, мембранопротектори, антибіотики і т.д.) інфузійно-трансфузійна терапія, направлена на корекцію гомеостазу при опіковій хворобі; декомпресійні розтини, в тому числі і фасціотомія при необхідності; тяжким хворим терміново визначити загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, ЕКГ та проводити моніторинг центрального венозного тиску, артеріального тиску, пульсу, кількості дихань, кількості рідини введеної внутрішньовенно та випитої, кількості сечі; інформувати по телефону керівника Центру термічної травми та пластичної хірургії про тяжкість стану хворого; скоротити терміни переведення хворих, які потребують спеціалізованого лікування в Центрі термічної травми та пластичної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова для дорослих до 1 доби та для дітей до 12-16 годин; тяжких хворих транспортувати в Центр термічної травми та пластичної хірургії під крапельницею в супроводі лікаря-анестезіолога та анестезистки; у випадках нетранспортабельності потерпілого - організувати консультативний виклик спеціалістів.

*Третинний рівень надання медичної допомоги* (Центр термічної травми та пластичної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова).

Об'єм допомоги: нейтралізація травмуючої дії екзо-, ендогенних чинників ураження в ділянках опікових ран; знеболюючі препарати; закриття опікових ран полівінілхлоридною плівкою з фіксацією її на тілі людини липким пластиром та марлевими бинтами; вживання великої кількості теплого питва; катетеризація центральних чи периферичних вен; катетеризація сечового міхура при тяжких опіках; зонд у шлунок при тяжких опіках; адекватна як по об'єму рідини, так і по необхідності препаратів різноманітних фармацевтичних груп (антикоагулянти, антиагреганти, інгібітори протеолізу, гепатопротектори, мембранопротектори, антибіотики і т.д.) інфузійно-трансфузійна терапія, направлена на корекцію гомеостазу при опіковій хворобі; профілактика та лікування системної запальної відповіді організму, сепсису та поліорганної недостатності; декомпресійні розтини, в тому числі і фасціотомія при необхідності; хворим з опіковою хворобою проводити моніторинг загальних аналізів крові і сечі, загального білка крові, білірубіну, сечовини, електролітів, ЕКГ, показників центрального венозного тиску, артеріального тиску, пульсу

та кількості дихань, рідини введеної внутрішньовенно і випитої, сечі; раннє хірургічне лікування хворих (некректомія на 2-3 добу після травми із закриттям післяопераційних ран ліофілізованими ксенодермоімплантатами, аутодермотрансплантатами чи в їх комбінації, мікроаутодермопластика); реабілітація та диспансерний облік опікових реконвалесцентів.

Порівняльному аналізу були піддані результати лікування 430 хворих з опіками, які лікувались на третинному рівні. Раннє переведення хворих та рання некректомія (на 1-2-3 добу після травми) з одномоментним закриттям післяопераційних ран ліофілізованими ксенодермоімплантатами, аутодермотрансплантатами чи в їх комбінації проведена 290 хворим (основна група). Групу порівняння склали 140 хворих, які були госпіталізовані в опікове відділення на 6-8 добу, лікування яким проводили традиційним методом - пересадка шкіри на грануючі рани після самостійного відшаровування опікового некрозу.

В процесі лікування хворим проводилось лабораторне обстеження та клінічне спостереження. Хворі обох груп отримували прийнятну медикаментозну терапію. Аналізували доопераційний період, перебування хворого на ліжку, мікробну контамінацію опікових ран, відсоток септичних ускладнень, частоту повторних операцій, естетичні та функціональні результати.

### Результати. Обговорення

Аналіз результатів лікування показав, що доопераційний період в основній групі був у 3,7 рази коротшим ( $p < 0,001$ ), ніж у групі порівняння. Хворі основної групи на 14,9 л/дня виписувались швидше ( $20,8 \pm 2,4$  проти  $35,7 \pm 3,8$  -  $p < 0,05$ ). Мікробна контамінація опікових ран в основній групі була достовірно нижчою, порівняно з групою порівняння ( $2 \cdot 10^2$ /г проти  $2 \cdot 10^4$ /г тканини -  $p < 0,05$ ). Відсоток септичних ускладнень знижено в основній групі в 2,4 рази, порівняно з групою порівняння (1,8% проти 4,3%). Кількість повторно оперованих в основній групі знижено у 5,8 рази (9,3% хворих основної групи проти 53,6% хворих групи порівняння). Естетичні та функціональні результати були значно кращі в основній групі.

При транспортуванні тяжкохворих на третинний рівень надання допомоги ми дотримувались наступної тактики: 1. Медична експертиза стану потерпілого: оцінка загального стану хворого; діагностика наявності та ступеню тяжкості опікового шоку; оцінка сполучних, комбінованих уражень та супутніх захворювань; оцінка ефективності проведеної терапії. 2. Визначення показань для переведення хворих на третинний рівень надання допомоги: необхідність у проведенні спеціалізованої інтенсивної терапії та профілактики поліорганних порушень при опіковому шоку з впровадженням сучасних технологій; необхідність у спеціалізованій хірургічній допомозі. 3. Визначення протипоказань для міжлікарняного перевезення: порушення гемодинаміки, які не піддаються корекції; супутні важкі травми (ЧМТ, переломи, гемоторакс), набряк мозку, набряк горлянки із загрозою прохідності

дихальних шляхів, порушення мозкового кровообігу. 4. Визначення ступеня ризику транспортування: похилий вік потерпілого при критичній та надкритичній опіковій травмі; час супроводу хворого до місця призначення; ступінь тяжкості гострої ниркової недостатності; ступінь тяжкості гострої печінкової недостатності; ступінь тяжкості гострої церебральної недостатності. 5. Отримання добровільної згоди на транспортування хворого на спеціалізований рівень надання медичної допомоги з боку хворого або його родичів. 6. Отримання згоди головного спеціаліста МОЗ України, головного спеціаліста Департаменту охорони здоров'я та курортів Вінницької облдержадміністрації зі спеціальності "Комбустиологія", головного лікаря обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова для перевезення хворого на високоспеціалізований рівень надання медичної допомоги (Київський міський Центр термічної травми та пластичної хірургії). 7. Визначення об'єму інтенсивної терапії при транспортуванні. 8. Транспортування хворого з критичними чи

надкритичними опіками проводити спеціалізованим транспортом - реанімобілем або транспортом санітарної авіації в супроводі реанімаційної бригади.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Чітка організація та терміни надання медичної допомоги обпеченим на первинному, вторинному та третинному рівнях дозволяє перервати або значно покращити розвиток опікової хвороби, профілакувати інфекційні ускладнення, скоротити терміни лікування, покращити естетичні й функціональні результати.

2. Отримані результати лікування хворих з опіками підтверджують доцільність впровадження стандартів лікування на первинному, вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги.

Перспективним, на наш погляд, є подальший аналіз результатів лікування обпечених в умовах пілотного проекту.

### Список літератури

- Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів у комбустиології: метод. рек. / [Бігуняк В.В., Повстанний М.Ю., Волков К.С. та ін.]. - Тернопіль, 2003. - 22 с.
- Вихриєв Б.С. Ожоги: рук. для лікарів / Б.С.Вихриєв, В.М.Бурмистров. - [2-е изд., перераб. и доп.]. - Л.: Медицина, 1986. - 272 с.
- Герасимова Л.И. Термические и радиационные ожоги / Л.И.Герасимова, В.Н.Жижин. - М.: Медицина, 1996. - 246 с.
- Термические субфасциальные поражения / [Гусак В.К., Фисталь Э.Я., Баринов Э.Ф., Штутин А.А.]. - [2-е изд.]. - Донецк: Библиотека "Фитофарм", 2012. - 276 с.
- Color atlas of burn reconstructive surgery / [Hyakusoku H., Orgill D., Teot L. et al.]. - Springer, 2010. - 499 p.
- Spence P.J. The challenge of reconstruction for severe facial burn deformity / P.J.Spence //Plast. Surg. Nurs. - 2008. - Vol.28, №2. - P. 71-76.

Нагайчук В.И.

### УРОВНИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ И ЕЁ ОБЪЕМ В УСЛОВИЯХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

**Резюме.** В статье освещена актуальная проблема оказания медицинской помощи обожженным на первичном, вторичном и третичном уровнях и её объем в условиях пилотного проекта. Доказана прямая зависимость конечных результатов лечения от сроков оказания специализированной помощи.

**Ключевые слова:** ожоги, уровни оказания медицинской помощи, пилотный проект, некрэктомия, ксенодермоимплантаты, аутодермотрансплантаты.

Nagaichuk V.I.

### LEVELS OF RENDERING MEDICAL AID TO BURNED PEOPLE AND ITS VOLUME IN THE CONDITIONS OF PILOT PROJECT

**Summary.** In the article the actual problem of rendering medical aid to the burned people on the primary, secondary and third levels and its volume in the conditions of pilot project is light up. The direct dependence of the ends results of treatment depending on the time of the rendering specialized medical aid is proved.

**Key words:** burned people, levels of rendering medical aid, pilot project, necrectomy, xenodermoids, autodermotransplants.

Стаття надійшла до редакції 19.11. 2012р.

© Турна Є.Ю., Крючкова О.М.

УДК: 616.12-008.331.1:616.831-005.4:616.89-07-004.12-08

Турна Є.Ю., Крючкова О.М.

ДУ "Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського", кафедра терапії і сімейної медицини ФПО (бульвар Леніна, 5/7, м. Сімферополь, Україна, 95006)

### ОЦІНКА ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ І ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, НА ФОНІ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ

**Резюме.** Мета дослідження - вивчення динаміки показників якості життя і психологічного профілю у пацієнтів з АГ, що