

(ГНП), при цьому одним із тестів може бути застосування методів діагностики для визначення зв'язку між цитохімічним складом лейкоцитів та фагоцитарними показниками нейтрофільних гранулоцитів (НГ). Їх різнобічний ефекторний потенціал забезпечує реалізацію захисних функцій організму. Одна з найбільш вагомих функцій — антибактеріальна.

Мета дослідження: дослідити особливості показників функціонального стану нейтрофільних гранулоцитів крові при гострих некротичних панкреатитах.

Матеріали та методи. Оскільки нейтрофільні гранулоцити є одними з головних учасників ранньої реакції-відповіді на будь-які зміни в тканинах організму, ми дослідили особливості показників НГ крові при неінфікованих та інфікованих формах ГНП. Для вивчення особливостей кількісного та якісного складу лейкоцитів крові хворих на ГНП були сформовані три групи: 1-ша — основна група (104 хворих), пацієнти з інфікованим некротичним панкреатитом, 2-га — група порівняння (20 хворих), пацієнти з неінфікованим некротичним панкреатитом, 3-тя — група контролю (25 здорових донорів — мешканців даного регіону). Усього було 149 хворих. За статтю та віком визначені групи не відрізнялись.

Дослідження виконували в першу добу перебування у стаціонарі, перед операцією, надалі — протягом усього післяопераційного періоду: на 1-шу — 3-тю, 5-ту — 7-му добу, а також до кінця лікування. У хворих, які оперовані два і більше рази, додатково виконували дослідження напередодні повторних операцій. У групі контролю для встановлення норми цитохімічних показників обстеження проводили одноразово.

Результати та обговорення. У всіх хворих на ГНП при госпіталізації до стаціонару як в основній групі, так і в групі порівняння ми спостерігали підвищення кількості лейкоцитів у периферичній крові в 1,6 (2,1) рази ($p < 0,05$), а показника лейкоцитарного індексу інтоксикації — майже в 9 разів ($p < 0,001$) порівняно з контролем.

З цитохімічних показників ми досліджували в нейтрофільних гранулоцитах вміст глікогену (ГЛ), мієлопероксидази (МП), лужної фосфатази (ЛФ), хлорацетатестерази (ХЕ), фосфоліпідів (ФЛ) (табл. 1). Стан синтетичних та пластичних процесів у НГ крові відображає глікоген. Підвищений вміст глікогену в НГ крові хворих (обох досліджуваних груп) з деструктивними й набряковими формами ГП свідчив про значні потреби нейтрофілів у енергії, що відображає їх активну участь у розвитку та прогресуванні запального процесу. Помітну різницю у визначених групах хворих ми спостерігали серед цитохімічних показників вмісту ферментів ЛФ та МП.

Так, у хворих основної групи показник вмісту ферменту ЛФ у НГ крові у 2,9 рази перевищував аналогічний показник у групі порівняння ($p < 0,05$) і в 6,9 рази — у групі контролю ($p < 0,001$). У свою чергу, показник вмісту ферменту МП у хворих основної групи був в 1,9 рази нижчий, ніж аналогічний показник у групі порівняння ($p < 0,05$), і у 2,1 рази — ніж

у групі контролю ($p < 0,001$). Цей факт демонструє важливу діагностичну цінність визначення ферментів ЛФ та МП у НГ крові хворих на ГНП. Вміст ЛФ у НГ крові хворих основної групи не відрізнявся від такого в групі порівняння, на той час як у групі контролю цей показник був на 12,2 і 13,7 % меншим, ніж показники у хворих основної групи та групи порівняння відповідно ($p < 0,05$). Цей факт пов'язаний з активацією процесів перекисного окислення ліпідів унаслідок перебігу запального процесу в ПЗ у хворих із некротичними формами ГП.

Отже, отримані нами дані дозволяють стверджувати, що недостатня фагоцитарна активність мігруючих нейтрофільних лейкоцитів у вогнище запалення сприяє інфікуванню та поширенню інфекції в некротичних вогнищах самої залози й заочеревинній клітковині. Підвищена кількість «молодих» форм лейкоцитів з високою фосфатазною активністю й низькою активністю мієлопероксидази та хлорацетатестерази характеризує розвиток деструкції тканин у ПЗ і ЗК та прогресування інфікованого некротичного процесу у хворих на ГНП і визначається в периферичній крові. Низька активність мієлопероксидази та хлорацетатестерази в лейкоцитах периферичної крові у хворих на панкреонекроз свідчить про суттєві розлади в бактеріцидній системі цих клітин, що є одним з важливих факторів інфікування некротів.

Висновки. Визначення цитохімічних показників вмісту ферментів ЛФ, МП та ХЕ в НГ крові може бути надійним диференціально-діагностичним тестом наявності інфікованого некротичного процесу в ПЗ та ЗК, що дасть змогу запобігти інфікуванню та зупинити прогресування гнійно-некротичного процесу, а також вибрати раціональну лікувальну тактику.

Профілактика дислокації катетера Тенкоффа при проведенні перитонеального діалізу у хворих із термінальними стадіями хронічної хвороби нирок

Кебало А.Б.¹, Грянило В.В.¹, Парацій З.З.¹, Мінін Ю.Б.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Актуальність. Хронічна хвороба нирок є надзвичайно поширеним захворюванням, тому усунення ускладнень, що виникають при проведенні процедури перитонеального діалізу у хворих із термінальними стадіями хронічної хвороби нирок, є надзвичайно актуальним питанням сьогодення.

Мета дослідження: покращання результатів лікування хворих на хронічну хворобу нирок, що отримують замісну терапію методом перитонеального діалізу.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне та проспективне дослідження 83 пацієнтів з термінальними стадіями хронічної хвороби нирок, які отримували замісну терапію методом перитонеаль-

Таблиця 1. Цитохімічні показники лейкоцитів крові у хворих на гострий деструктивний панкреатит ($M \pm m$)

Групи хворих	Цитохімічні показники				
	ГЛ	ЛФ	МП	ХЕ	ФЛ
Основна група (n = 104)	2,18 ± 0,07*	2,22 ± 0,08*	1,34 ± 0,09*	1,67 ± 0,03*	2,84 ± 0,01**
Група порівняння (n = 20)	2,25 ± 0,14**	0,76 ± 0,14**	2,55 ± 0,13**	1,72 ± 0,05**	2,79 ± 0,01**
Група контролю (n = 25)	1,76 ± 0,07	0,32 ± 0,03	2,88 ± 0,01	1,79 ± 0,03	2,45 ± 0,10

Примітки: * — вірогідно щодо групи порівняння й групи контролю; ** — вірогідно щодо групи контролю.

ного діалізу з 2005 по 2016 рік. Основним ускладненням перитонеального діалізу є дислокація катетера Тенкоффа. Однією з причин дислокації катетера Тенкоффа є постановка його в черевну порожнину перпендикулярно до передньої черевної стінки (тобто під кутом 90°). Нами розроблено метод постановки та фіксації катетера Тенкоффа до парієтальної очеревини й передньої черевної стінки під кутом 45–50°, що дозволяє інтраабдомінальній частині катетера бути направленою до дна малого тазу. Окрім того, у малому тазі виконуємо фіксацію дистального відділу катетера Тенкоффа до парієтальної очеревини. Нами також запропоновано модифікацію самого катетера Тенкоффа. Суть модифікації полягає в наявності олов'яного тягача, що інтегрований у стінку катетера Тенкоффа, а саме в його інтраабдомінальний кінець. Це унеможливило дислокацію катетера від первинного його положення.

Результати та обговорення. У групу порівняння потрапили 83 хворих із хронічною хворобою нирок, яким проводилась замісна терапія методом перитонеального діалізу.

51 хворому було встановлено перитонеальний катетер Тенкоффа лапароскопічним методом, дислокація спостерігалась у 8 пацієнтів (15,6 %).

32 хворим встановлено катетер Тенкоффа лапароскопічним методом у нашій модифікації, дислокація спостерігалась в 1 пацієнта (3 %).

Висновки. Отже, значно знизилась кількість випадків дислокації катетера Тенкоффа у хворих на хронічну хворобу нирок, що отримували замісну терапію методом перитонеального діалізу. Розроблений нами метод профілактики дислокації катетера Тенкоффа дозволив зменшити її в 5 разів, що значно покращить якість проведення перитонеального діалізу у хворих на хронічну хворобу нирок.

Визначення самооцінки лікаря закладу ПМСД щодо якості медичної допомоги

Козодаєв С.П., Кузьмик В.М., Козодаєва М.П.

Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Актуальність. Прогресуючий розвиток активного ринку медичних послуг із чітким розмежуванням державної та приватної медицини, неспинним за-

гостренням конкуренції між ними, очікування інституту загальнодержавного страхування ставлять актуальні питання якості медичної допомоги на перше місце.

Мета дослідження: дослідити визначення порядку самооцінки роботи лікаря в лікувально-профілактичних закладах ПМСД.

Матеріали та методи. Матеріалами та інформаційною основою дослідження стали нормативно-правові акти Кабінету Міністрів та Міністерства охорони здоров'я України.

Результати та обговорення. Згідно з наказом МОЗ України «Про порядок контролю якості медичної допомоги» № 752 від 28.09.2012 «внутрішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється... шляхом... самооцінки медичних працівників...». При цьому не зазначений конкретно лікар, а також те, який вид самооцінки повинен виконуватись та в який спосіб (оцінка якості лікування, оцінка якості медичної допомоги, експертні оцінки медичної документації, експертні оцінки роботи лікаря тощо). Немає чіткого формулювання методу контролю якості медичної допомоги лікарем у Постанові КМУ № 285 від 02.03.2016 «Про затвердження ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» (п.13, пп.12) у розділі щодо вимог до ліцензіата. Наказ МОЗ України № 1116 від 20.12.2013 р. «Про вдосконалення державної акредитації закладів охорони здоров'я» пунктом 3.14 розділу 3 «Управління структурним підрозділом» покладає контроль якості медичної допомоги (не лікування!) на керівника структурного підрозділу. У розділі 10 цього ж наказу вимоги щодо аналізу роботи закладу (підрозділу? — п. 10.1) з якості надання медичної допомоги на лікаря не покладені. У Наказі МОЗ України № 69 від 24.02.2016 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» також немає свідчень про проведення самооцінки лікаря.

Висновки. На сьогодні не існує чіткого та однозначного визначення поняття «самооцінка лікаря». Отже, в обов'язок лікаря лікувально-профілактичного закладу ПМСД (при умові, що він не обіймає посаду керівника структурного підрозділу будь-якого рівня — від завідуючого і вище) не входить проведення оцінки якості здійсненої ним медичної допомоги. Вид самооцінки має бути визначений у кожному окремому випадку й затверджений наказом до посадової інструк-