



(Німеччина) з FiO_2 0,5-1,0. Для ЕКГ-моніторингу, визначення рівня насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем (SpO_2) і капнографії використовували дефібрилятор Zoll MSeries (ZOLL Medical, США). Нейнвазивне визначення рівня артеріального тиску (АТ) проводили з підрахунком середнього артеріального тиску (САТ). Рівень глікемії визначали глюкометрами.

Невідкладна допомога постраждалим із ТЧМТ на ДГЕ проводилася на підставі існуючих протоколів: Наказ МОЗ України № 34 від 15.01.14 року «Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги черепно-мозкова травма»; Наказ МОЗ України № 245 від 25.04.2006 «Протокол надання медичної допомоги хворим із забоєм головного мозку тяжкого ступеню, дифузним аксональним пошкодженням»; а також Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, 2007.

Результати та їх обговорення. Інтенсивна терапія ТЧМТ проводилася на основі єдиної лікувальної тактики, заснованої на профілактиці та лікуванні вторинної церебральної дисфункції та ішемії. Всім постраждалим з ТЧМТ проводилася обов'язкова іммобілізація шийного відділу хребта коміром Шанца.

З метою відновлення прохідності дихальних шляхів (ДШ) у пацієнтів з ТЧМТ на ДГЕ використовувався алгоритм екстреного відновлення прохідності ДШ, який був розроблений на кафедрі медицини невідкладних станів ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»:

Алгоритм екстреного відновлення прохідності дихальних шляхів

I. Оцінити ризик «важких дихальних шляхів» з використанням предикторів «важкої інтубації трахеї» на ДГЕ:

а) наявність у потерпілого «stiff man syndrome»;

б) оптимальне положення потерпілого під час екстреної інтубації трахеї (ІТ);

в) зменшення межрезоції відстані менше 4 см;

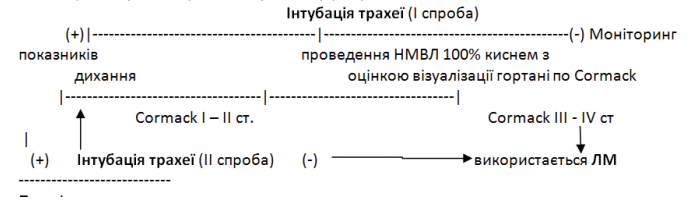
г) зменшення тіроментальної відстані менша 6 см;

д) наявність обструкції верхніх ДШ.

II. Вибрати метод відновлення прохідності ДШ:

• за відсутності предикторів «важкою інтубації трахеї» або високому ризику регургітації, рекомендується провести ІТ.

• за наявності 2 і більше предикторів «важкою інтубації трахеї» рекомендується використовувати ларінгеальну маску (ЛМ).



Примітка:

(-) – невдала спроба;

(+) – вдала спроба.

Всі постраждалі з ТЧМТ вимагали екстреного відновлення прохідності ДШ і респіраторної підтримки. З метою синхронізації дихання постраждалого з респіратором використовувалися тіопентал 2-3 мг/кг, тракріум 0,3-0,6 мг/кг. Інфузійна терапія складалася з малооб'ємної інфузії з використанням гіпертонічного розчину NaCl (5,8% – 100 мл) у поєднанні з Гекодезом або Гелофузіном. При необхідності підключалися вазопресори. Інфузійна терапія проводилася до досягнення САТ 95-100 мм рт. ст., з метою підтримки церебрального перфузійного тиску (ЦПТ) на рівні 70 мм рт. ст. (ЦПТ = САТ - ВЧТ).

З метою корекції інтракраніальної гіпертензії (ІКГ) застосовувалося:

1. Положення Фовлера (30-40 град).

2. Керована ШВЛ в режимі помірної гіпервентиляції.

3. Використання в індукцію тіопенталу натрію – 2-4 мг/кг.

4. Утримання САТ на рівні 95-100 мм рт. ст. шляхом швидкої інфузії 5,8% розчину хлориду натрію або використання вазопресорів.

5. Медикаментозна корекція: магнєзальна терапія (20 мл 25% розчину); введення цераксону (500 мг) або L-лізину есцинату (5-10мл).

Висновки.

1. Екстрена медична допомога постраждалим з ТЧМТ спеціалізованими бригадами Е(Ш)МД проводилася відповідно до протоколів надання невідкладної допомоги.

2. Всі постраждалі з ТЧМТ вимагали екстреного відновлення прохідності дихальних шляхів і респіраторної підтримки.

3. Інфузійна терапія проводиться в рестриктивному режимі з використанням гіпертонічного розчину NaCl (5,8% – 100мл) у поєднанні з Гекодезом або Гелофузіном з метою корекції ЦПД та зменшення церебральної ішемії.

4. З метою медикаментозної корекції ІКГ використовували магнєзальну терапію (20 мл 25% розчину); введення цераксону (500 мг) або L-лізину есцинату (5-10 мл).

СИМУЛЯЦІЙНІ ФОРМИ НАВЧАННЯ БРИГАД ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Льовкін О.А. ¹, Серіков К.В. ¹

¹ ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

Мета. Визначити базовий рівень теоретичних знань та практичних навиків працівників бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги (Е(Ш)МД) по проведенню серцево-легеневої реанімації (СЛР) на догоспітальному етапі (ДГЕ) з використанням сучасних пристроїв та апаратури; визначити ефективність симуляційних форм навчання.

Матеріал і методи дослідження. Нами був проведений проспективний аналіз навчання та підтримки засвоєних теоретичних знань та практичних навиків по проведенню СЛР бригадами Е(Ш)МД. Навчання працівників бригад Е(Ш)МД проводилося за симуляційною формою (в спеціально штучно створеній імітованій обстановці (або в машині Е(Ш)МД, або в приміщенні на підлозі) з використанням манекенів). Правильність проведення практичних навиків по СЛР оцінювалась у відповідності уніфікованому клінічному протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та Європейським рекомендаціям (European Resuscitation Council Guidelines, 2015).

Заняття проводились з використанням манекенів фірми Laerdal та бригадним оснащенням (монітор/дефібрилятор HeartStart MRx (Philips), апарату ШВЛ «Medumat Standard a» (Німеччина), з використанням супраглоточного повітропроводу i-gel або ларингеальної маски та мішка Ambu.

В дослідженні брали участь 86 бригад Е(Ш)МД. З них лікарських бригад (лікар невідкладних станів, фельдшер невідкладних станів, молодша медична сестра) – 36, фельдшерських бригад (фельдшер невідкладних станів, молодша медична сестра) – 50. Всього в дослідженні приймало участь: лікарів невідкладних станів – 36; фельдшерів невідкладних станів – 86; молодших медичних працівників – 86. Середній вік працівників бригад Е(Ш)МД склав 46,6±8,4 років, робочий стаж – 13,6±9,4 років. Статистична обробка результатів проведена з використанням пакету Statistica 6.0. Відмінності вважали статистично значущими при значеннях «р»<0,05.

Результати та обговорення. Цикл послідовного навчання складався з кількох етапів:

1) Визначення базового рівня знань та вмінь працівників бригад Е(Ш)МД.

2) Практичний заняття з освоєнням практичних навиків по проведенню СЛР згідно уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та Європейським рекомендаціям з обговоренням помилок (дебрифінг).

3) Проведення залікового заняття з оцінкою підсумкових теоретичних знань і практичних навиків.

Оцінка правильності проведення СЛР згідно уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» проводилася в спеціально штучно створеній імітованій обстановці (або машині Е(Ш)МД, або в приміщенні на підлозі) з використанням манекенів. Особливо акцентувалася увага на:

1. швидкість діагностування клінічної смерті (не більш 10 секунд);

2. початок проведення СЛР (з компресії грудної клітини – САВ);

3. якість проведення компресій грудної клітини (положення рук, глибини та частоти компресій);

4. контроль співвідношення компресій/дихання (30:2);

5. відновлення прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA);

6. ЕКГ-діагностика порушення серцевого ритму (shockable/non-shockable) з монітору;

7. навик роботи з монітором/дефібрилятором HeartStart MRx (Philips);

8. медикаментозна підтримка при різних видах порушень серцевого ритму;

9. визначення та усунення найчастіших зворотних причин зупинки кровообігу;

10. узгодженість роботи в бригаді (гучні зрозумілі командні накази; чіткий розподіл обов'язків у бригаді під час проведення СЛР; взаєморозуміння та чіткість алгоритму дії в бригаді Е(Ш)МД під час зміни та переходу членів бригади з компресії грудної клітини на вентиляцію легенів; зміна членів бригади кожні 2-3 хвилини; використання свідків як потенційних помічників в проведенні СЛР; питання в спроможності бути лідером у бригаді Е (Ш) МД, та інші).

Результати аналізу, свідчать про достатній базовий рівень теоретичних знань алгоритму проведення СЛР згідно уніфікованого клінічного протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та рекомендації ERC 2015 лікарів та фельдшерів бригад Е(Ш)МД. Недостатній базовий рівень теоретичних знань молодших медичних працівників (санітарів) пов'язаний з відсутністю постійних теоретичних та практичних занять з ними.

Також результати аналізу свідчать про низький базовий рівень практичних

навиків по відновленню прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) у лікарів (32,8±2,2%), у фельдшерів (18,3±2,1%) та санітарів (9±2,1%). Це, можливо, пов'язано з тим, що супраглоточними повітропроводами (i-gel, LMA) бригади Е(Ш)МД були укомплектовані нещодавно, тому медичний персонал не встиг отримати навички роботи з даними сучасними пристроями. Після 6 годин занять рівень практичного навичу по відновленню прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) статистично достовірно збільшувався до 76,4±3,2% у лікарів, до 68,5±1,8% у фельдшерів та до 34,4±2,3% у санітарів. Це свідчить про те, що методика відновлення прохідності дихальних шляхів за допомогою супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) дуже проста та може використовуватися бригадами Е(Ш)МД на ДГЕ.

Результати проведеного аналізу свідчать про низький базовий рівень практичних навиків роботи з монітором/дефібрилятором HeartStart MRx (Philips) у лікарів, фельдшерів та санітарів бригад Е(Ш)МД. Це також, можливо, пов'язано з тим, що монітором/дефібрилятором HeartStart MRx (Philips) бригади Е(Ш)МД були укомплектовані нещодавно, тому медичний персонал не встиг отримати навички роботи з даною сучасною апаратурою. Після 6 годин занять рівень практичного навичу по роботі з монітором/дефібрилятором HeartStart MRx (Philips) статистично достовірно збільшувався (з 38,5±3,0 до 79,8±2,4 % у лікарів, з 12,5±2,5 до 64,8±2,5% у фельдшерів та з 1,8±1,5 до 28,5±1,8% у санітарів).

Симуляційна форма навчання з використанням манекенів виявила деякі проблеми узгодженості роботи в бригаді Е(Ш)МД. Були зафіксовані такі проблеми як: відсутність гучних коротких зрозумілих командних наказів; відсутність взаєморозуміння та чіткого алгоритму дії в бригаді Е(Ш)МД під час зміни та переходу членів бригади з компресії грудної клітини на вентиляцію легенів; відсутність чіткого розподілу обов'язків у бригаді під час проведення СЛР; відсутність бажання лідера бригади використовувати свідків як потенційних помічників в проведенні СЛР (особливо коли СЛР проводиться двома членами бригади); відсутність можливості деяких лікарів або фельдшерів бути лідерами бригади та інші. Ці помилки були обговорені та усунені під час практичних занять.

Таким чином, зростаючі кваліфікаційні вимоги до якості надання екстреної (швидкої) медичної допомоги диктують необхідність включення симуляційних форм у програму навчання бригад Е(Ш)МД (лікар невідкладних станів, фельдшер невідкладних станів, молодша медична сестра, водій) та прийняття передатестаційних практичних навиків в навчально-тренувальних відділах.

Висновки:

1. У лікарів та фельдшерів бригад Е(Ш)МД достатній базовий рівень теоретичних знань алгоритму проведення СЛР згідно уніфікованому клінічному протоколу екстреної медичної допомоги «Раптова серцева смерть» та рекомендації ERC 2015.

2. У лікарів, фельдшерів та санітарів бригад Е(Ш)МД низький базовий рівень практичних навиків по відновленню прохідності дихальних шляхів за допомогою лицьової маски та супраглоточних повітропроводів (i-gel, LMA) та роботи з монітором/дефібрилятором HeartStart MRx (Philips).

3. Симуляційні форми навчання з використанням сучасних манекенів спроможні в короткі терміни підвищити рівень практичної підготовки медичного персоналу Е(Ш)МД.

4. Симуляційні форми навчання спроможні виявляти та усувати проблеми узгодженості роботи в бригаді Е(Ш)МД.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ МЕЗЕНТЕРІАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ

Максименко М.В., Тюлюкін І.О.

Національна медична академія післядипломної освіти

імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Мета. Покращити результати сонографічної діагностики у пацієнтів різних вікових груп госпіталізованих з підозрою на гостру судинну недостатність кишківника на ранньому госпітальному етапі.

Матеріали та методи. Дослідження кровотоку у стінці кишківника полягало у детальній оцінці, при проведенні кольорового доплерівського картування, магістральних та внутрішньостінкових судин тонкої кишки, що дозволяє інструментально доповнювати клінічне дослідження ступеня ураження органу. Для цього в період з 2013 по 2015 роки були досліджені 21 хворий віком від 30 до 50 років та 27 хворих віком від 60 до 89 років, враховано індивідуальні особливості перебігу гострих захворювань тонкої кишки, та вікові особливості регіонарної гемодинаміки пацієнтів без захворювань органів черевної порожнини.

Результати та обговорення. Отримані результати свідчать про вікові особливості стану як магістральної, так і регіонарної гемодинаміки, що

проявляється особливостями інтестиноангіоархітектоніки. Як наслідок цього, у пацієнтів похилого та старечого віку було виявлено значне зростання максимальної систолічної та мінімальної діастолічної швидкості, що склало відповідно 172,6±4,2 см/с та 46,9±2,11 см/с. Однак, дослідження регіонарної інтестинальної гемодинаміки встановили досить протилежні тенденції для цієї групи пацієнтів, котрим було притаманне значне зниження максимальної систолічної швидкості до 21,3±0,96 см/с та мінімальної діастолічної швидкості до 5,63±0,26 см/с.

Висновки. Виявлені закономірності потребують широкого клінічного впровадження для попередження діагностичних помилок та вчасного і патогенетично обгрунтованого вирішення тактичних питань лікувального процесу.

ДІАГНОСТИКО-ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРОЮ СУДИННОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ КИШКІВНИКА

Максименко М.В., Тюлюкін І.О.

Національна медична академія післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ, Україна

Мета. Дослідити зв'язок виникнення гострої судинної недостатності кишківника (далі – ГСНК) із наявністю супутньої патології та віком, визначення груп ризику. Оптимізувати діагностику та лікування на догоспітальному і ранньому госпітальному етапах.

Матеріали і методи дослідження. Пацієнти з ГСНК: перша група – ретроспективний аналіз хворих з традиційним алгоритмом лікування (N=60); друга група – аналіз хворих до яких було застосовано розроблений діагностично-лікувальний алгоритм (N=30).

Результати та обговорення. У пацієнтів з ГСНК було виявлено, що у жінок дана патологія виникає частіше; найбільше госпіталізується людей похилого та старечого віку; в структурі супутньої патології (на фоні поліморбідності) переважають захворювання серцево-судинної системи. Переважна більшість пацієнтів звернулися за допомогою у термін понад 12-24 години.

Розроблено діагностичний та лікувальний алгоритми в основу яких покладені настороженість з приводу ГСНК, оцінка стану тяжкості пацієнта за інтегрованими шкалами, оцінка ступеня зневоднення, ретельний збір анамнезу та об'єктивний огляд, встановлення «груп ризику», терміново госпіталізацію з проведенням кисневої підтримки, адекватної інфузійної терапії за умов обов'язкового транспортування на ношах, а також збереження принципів спадкоємності та динамічності на ранньому госпітальному етапі.

Висновки. Вдосконаливши лікувально-діагностичний алгоритм досягнуто покращення діагностики ГСНК на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах на 18% та 13%.

Розроблено маршрут хворого та досягнуто зменшення терміну перебування у приймальному відділенні, скорочено термін передопераційного періоду, та зниження післяопераційної летальності на 7%.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ КОМОРБІДНИХ (ПОЛІМОРБІДНИХ) СТАНІВ АСОЦІЙОВАНИХ З АЛКОГОЛЬНОЮ ІНТОКСИКАЦІЄЮ

Марков Ю.І., Орел В.В., Фенько К.В.

Національна медична академія післядипломної освіти

імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета. Оптимізувати організаційно-методичні, клінічні та діагностичні підходи у наданні допомоги пацієнтам з невідкладними станами асоційованими з алкогольною інтоксикацією на ранньому госпітальному етапі.

Матеріали і методи. Вивчали: карти стаціонарного хворого (форма 003/о), супровідні листки центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва, журнали токсикологічних досліджень токсикологічної лабораторії, журнали реєстрації аналізів хворих відділення спецтравми, журнали обліку померлих Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за 2012-2014 рр.

Результати та обговорення. Найбільш поширеними коморбідними (поліморбідними) станами асоційованими з алкогольною асоціацією серед пацієнтів, що були переведені з відділення спецтравми до профільних відділень та згодом одужали й були виписані з лікарні були (тут і далі вказано діагноз, кількість випадків та %): закрыта черепно-мозкова травма – 232 (59,5%), скелетна травма – 55 (14,1%), закрыта травма грудної клітки – 45 (11,5%), інші невідкладні стани – 58 (14,9%). Патологоанатомічні діагнози (судово-медична експертиза), госпіталізованих до профільних відділень: закрыта черепно-мозкова травма – 18 (37,5%), цироз печінки – 7 (14,6%), загальне переохолодження – 6 (12,5%), ІХС – 10 (20,8%), пневмония – 3 (6,3%), новоутворення та гостре порушення мозкового кровообігу – по одному (2,1%).