

УДК 616-072.1-089.5

І. С. Полінчук, В. О. Арбузова, І. М. Полінчук, Ю. Г. Авраменко

АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ – ЗАПОРУКА БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ

КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня»

Реферат. І. С. Полінчук, В. О. Арбузова, І. М. Полінчук, Ю. Г. Авраменко **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ – ЗАЛОГ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА.** Авторы проанализировали уровень анестезиологического обеспечения эндоскопических вмешательств в КУ «Херсонская городская клиническая больница» и нашли его недостаточным. По мнению авторов, изучение проблемы следует продолжить путем анкетирования пациентов и, тем самым, установить истинную потребность в анестезиологическом обеспечении эндоскопических манипуляций.

Ключевые слова: анестезиологическое обеспечение, эндоскопическая манипуляция.

Реферат. І. С. Полінчук, В. О. Арбузова, І. М. Полінчук, Ю. Г. Авраменко **АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ – ЗАПОРУКА БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ.** Проаналізовано рівень анестезіологічного супроводу ендоскопічних втручань в КЗ «ХМКЛ», який є низьким. Вивчення проблеми слід продовжити, шляхом анкетування пацієнтів визначити істинну потребу в анестезіологічному забезпеченні ендоскопічних маніпуляцій. Це буде своєрідним визначенням рівня соціального замовлення громади по забезпеченню якості та безпеки медичної допомоги. Безпека пацієнта – основа якісного анестезіологічного забезпечення, яке можливе за умови повноцінного медикаментозного та технологічного забезпечення, а також кваліфікованих фахівців. Створені всі організаційно-методологічні умови для покращення якості лікувально-діагностичного процесу в контексті анестезіологічного супроводу ендоскопічних втручань. Альтернативи цьому процесу немає.

Ключові слова: анестезіологічний супровід, ендоскопічне втручання.

Summary. I. S. Polinchuck, V. O. Arbuzova, I. M. Polinchuck, Yu. G. Avramenko. **ANESTHESIOLOGIC ASSISTANCE OF ENDOSCOPIC MANIPULATIONS - BASIS OF A PATIENT'S SAFETY.** A successful population-based gastroenterological endoscopy screening requires efficient practices that incorporate high throughput, safety, and patient satisfaction. There are several different modalities of anesthesiologist-administered sedation currently available and in development that may fulfill these requirements. Modern-day gastroenterology endoscopic procedures are complex and demand the full attention of the attending gastroenterologist and the complete cooperation of the patient. Many of these procedures will also require the anesthesiologist's knowledge, skills, abilities, and experience to ensure optimal procedure results and good patient outcomes. The goal of this article is to provide perspective on the use of anesthesiology in gastroenterology endoscopic practice, and to specify GI endoscopy procedures that gastroenterologists perform that might involve anesthesiologists.

Key words: endoscopy procedure, gastroenterological anesthesiology.

Актуальність теми. Розвиток медичної науки на основі доказової медицини, нові вимоги до лікувально-діагностичного процесу, які ґрунтуються на затверджених МОЗ України клінічних протоколах, призвели до більш широкого використання діагностичних та лікувальних маніпуляцій, виконання яких супроводжується неприємними і навіть болючими відчуттями. З названих причин пацієнти часто відмовляються від виконання фіброгастроуденоскопії (ФГДС), ендоскопічної ретроградної папілохолангіографії (ЕРПХГ), фіброколоноскопії (ФКС), фібробронхоскопії (ФБС). До появи технологій з використанням фіброволоконної оптики усі названі маніпуляції виконувались жорсткими ендоскопами під загальною анестезією з м'язовою релаксацією. Впровадження «гнучких» ендоскопів та використання сучасних фармацевтичних засобів для місцевої (аплікаційної) анестезії у нашій країні (але не в країнах Європи) звели анестезіологічний супровід ендоскопій до мінімуму. На жаль, при дійсно масивному потоці ендоскопічних маніпуляцій, мало хто задумувався над питаннями безпеки пацієнтів під час виконання вказаних втручань. Мова не йде про психологічний стрес, який отримує пацієнт при тому, коли заходить в діагностичний кабінет та вперше бачить ендоскопи і інше медичне обладнання, очікуючи майбутній фізичний дискомфорт (історія змовчує про те, скільки ендоскопів було «покусано», читай – знищено, пацієнтами під час дослідження). Мова йде про «істинний», фізичний компонент стресу, який супроводжується наступними негативними патофізіологічними ефектами: а) виділенням катехоламінів, що викликає спазм судин (також і коронарних) і призводить до підвищення системного артеріального тиску, а також до ішемії кишечника; б) компресією хребців внаслідок спазму коротких м'язів хребта; в) інтоксикацією за рахунок надлишку травних соків та тлі ішемізованого кишечника; г) зниженням імунітету. Застосування загальної анестезії при виконанні ендоскопічних досліджень знімає напругу та негативні явища стресу у пацієнтів, що викликається фізичним та психоемоційним дискомфортом.

Мета дослідження: підвищення якості та безпеки діагностичних або лікувальних ендоскопічних маніпуляцій шляхом більш широкого використання анестезіологічного супроводу вказаних маніпуляцій.

Для досягнення цієї мети поставлені наступні завдання: 1) вивчити структуру ендоскопічних досліджень у комунальному закладі «Херсонська міська клінічна лікарня» (КЗ «ХМКЛ»), рівень анестезіологічного супроводу вказаних маніпуляцій; 2) вивчити особливості відновлення фізичного стану пацієнтів та стану психофізіологічних функцій (ПФФ) після ендоскопічних маніпуляцій під загальною анестезією; 3) визначити організаційні та технологічні умови для виконання загальної анестезії при ендоскопічних дослідженнях.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтується на матеріалах роботи відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ), ендоскопічної служби стаціонару та поліклініки для дорослих №1 КЗ «ХМКЛ». При виконанні дослідження були використані загальноклінічні, біохімічні, клініко-фізіологічні, психофізіологічні, статистичні методи.

Результати та їх обговорення. За період 2009-2012 р.р. у КЗ «ХМКЛ» всього було виконано 18343 ендоскопічних маніпуляцій, структура яких наведена у табл. 1. Кількість ендоскопій залежить від структури пацієнтів за нозологіями та стану ендоскопічної техніки, яка періодично виходить з ладу та потребує ремонту.

Таблиця 1

Структура ендоскопічних втручань у КЗ «ХМКЛ»
за період 2009-2012 р.р.

Рік	ФГДС		ЕРПХГ	ФКС		ФБС	Всього за рік
	Стаціо-ар	Полі-клініка		Стаціо-нар	Поліклі-ніка		
2009	1411	1752	49	503	349	335	4399
2010	1716	1821	65	626	169	308	4705
2011	1635	1623	40	738	102	254	4392
2012	1768	1863	15	684	249	268	4847

Аналіз роботи за вказаний період показав вкрай низький рівень

анестезіологічного супроводу ендоскопічних втручань. Цей висновок абсолютно емпіричний оскільки не існує в нашій державі жодного нормативного акту, який би регламентував рівень питомої ваги анестезіологічного супроводу ендоскопії. Тим не менше, ситуація наступна: в умовах поліклініки абсолютно усі ендоскопії виконуються під аплікаційною анестезією. В умовах стаціонару питома вага анестезіологічного супроводу ФГДС, ЕРПХГ, ФКС була вкрай низькою, становила не більше 30 анестезій на рік (менше 1%).

Усі 1165 ФБС виконувались у ВАІТ або операційних. Основну частину, 1098 (94,25%), становили санаційні (лікувальні) ФБС, діагностичні маніпуляції виконувались у 51 випадку (4,38%), 16 разів (1,37%) можливості методики використовувались в операційних при складних інкубаціях трахеї. Також незамінною була методика ФБС в тих випадках, коли виникала необхідність виконувати оперативне втручання в умовах одноклегенової штучної вентиляції легень (ШВЛ). Абсолютно усі діагностичні ФБС, а також ті випадки, коли ендоскоп використовувався в операційних, мали анестезіологічний супровід у вигляді загальної анестезії з м'язовою релаксацією. Санаційні ФБС виконувались в палатах ВАІТ через ендотрахеальну або трахеостомічну трубки в тих випадках, коли пацієнтам виконувалась штучна вентиляція легень (ШВЛ). Глибина анестезії була різною: від седації (357 випадків, що становили 32,51%) до загальної анестезії з м'язовою релаксацією (741 випадків – 67,49%) у пацієнтів, яким проводилась ШВЛ.

Питання відновлення фізичного стану та стану ПДФ, які контролювалися психометричними методиками та показниками електроенцефалографії (ЕЕГ), після різних видів загальної анестезії вивчалось у відділенні глибоко і різносторонньо протягом 2007-2010 р.р. Було доведено, що після короткотривалих (до 1 години) оперативних втручань або маніпуляцій фізичний стан пацієнтів, який контролювався загальноклінічними, біохімічними, клініко-фізіологічними маркерами, відновлювався до передопераційного рівня протягом 6 годин. Гірше було з ПДФ, відновлення який відбувалось значно повільніше. За результатами власних досліджень, була запропонована оригінальна методика прискорення відновлення ПДФ після загальної анестезії (Патенти України №41023, №45910).

Враховуючи глибину втручання в гомеостаз пацієнта при проведенні загальної анестезії, питання безпеки в анестезіології є найголовнішим. Знову ж таки, через відсутність єдиного уніфікованого протоколу МОЗ України, який би регламентував питання безпеки пацієнта в періопераційному періоді, нами був розроблений локальний клінічний протокол, що відображає питання обсягів передопераційного обстеження, лікування пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді. Анестезіологічне забезпечення відноситься до медичних технологій, які в найбільшій мірі залежать від наявності та стану медичної апаратури та обладнання. На жаль, усі великі проблеми в анестезіології трапляються саме на «малих» анестезіях. Тому анестезіологічний супровід ендоскопічних операцій, маніпуляцій, досліджень можливий за наступних умов: наявності кваліфікованої анестезіологічної бригади, кисневої мережі, апарату ШВЛ, електроаспіратора, дефібрилятора, монітора по контролю основних функцій організму пацієнта, набору для інкубації трахеї, надійного венозного доступу, фармакологічних засобів та всього необхідного для термінового проведення заходів серцево-легеневої реанімації.

Висновки

1. Рівень анестезіологічного супроводу ендоскопічних втручань в КЗ «ХМКЛ» є низьким. Вивчення проблеми слід продовжити, шляхом анкетування пацієнтів визначити істинну потребу в анестезіологічному забезпеченні ендоскопічних маніпуляцій. Це буде своєрідним визначенням рівня соціального замовлення громади по забезпеченню якості та безпеки медичної допомоги.

2. Власні науково-методичні розробки та дослідження переконливо доводять, що процеси відновлення фізичного стану пацієнтів та стану ПДФ після ендоскопічних маніпуляцій під загальною анестезією є такими, якими можна керувати та прискорювати як в умовах стаціонару, так і в амбулаторних умовах.

3. Безпека пацієнта – основа якісного анестезіологічного забезпечення, яке можливе за умови повноцінного медикаментозного та технологічного забезпечення, а також кваліфікованих фахівців.

4. Створені всі організаційно-методологічні умови для покращення якості лікувально-діагностичного процесу в контексті анестезіологічного супроводу ендоскопічних втручань. Альтернативи 46цьому процесу немає.

Литература

1. Кулаков В. И., Серов В. Н., Абубакирова А. М., Чернуха Е. А., Баранов И. И., Федорова Т. А.. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии // *Анестезиолог.* – 2012. - № 6. - С. 11-17

1. Лихванцев В.В., Субботин В.В., Ситников А.В., Журавлев С.В., Казанникова А.Н. Некоторые этические и клиничко-финансовые аспекты современной анестезиологии // *Вестник интенсивной терапии.* – 1999.- №1.- С. 12 - 16.

2. Бабаев Б.Д., Пивоваров С.А. Шишков М.В. и др. Диприван, как компонент анестезии при экстренных оперативных вмешательствах у детей // *Анестезиология и реаниматология.* - 1998 - №1. - С. 15-16.

3. Godsiff L., Magee L., Park G.R. Protolol versus protolol with medazolam for laryngeal mask insertion // *European Journal of Anesthesiology.* - 1995. - Vol 12. – Suppl.12. – P. 35 - 40.

4. Харченко В.П., Синев Ю.В., Наседкин Г.К. Эндоскопическое удаление полипов желудка с помощью радиоволновой хирургии // *Эндоскопическая хирургия.* - 2003.- № 3.- С. 19 - 22

5. Иншаков Л.Н., Хурцилава О.Г., Кузьмин-Крутецкий М.И., Зубовский Ю.Ю. Возможности оперативной эндоскопии желудочно-кишечного тракта. /В сб. *Диагностическая и лечебная эндоскопия в хирургической практике.* - С-Пб., 1996. – С. 85 - 93.

6 de Villiers WJ. Anesthesiology and gastroenterology // *Anesthesiol. Clin.* – 2009. – Mar. 27.- №1. – P. 57 – 70

Работа поступила в редакцию 10.01.2014 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.71.2-001.5-089.84

*Ю. В. Сухин, В. В. Сердюк, В. П. Топор, Мен Синь (Китай), А. В. Гуриенко,
А. И. Попов, О. Д. Харитонов*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОДЕССКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)

Одесский национальный медицинский университет,
Городская больница № 11, Одесса.

Реферат. Ю. В. Сухин, В. В. Сердюк, В. П. Топор, Мен Синь, А. В. Гуриенко, А. И. Попов, О. Д. Харитонов. **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОДЕССКОГО ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА).** Изучен опыт лечения 130 больных с переломами ключицы, перенесших оперативное лечение в Одесском травматологическом центре - клинической базе кафедры травматологии, ортопедии с детской хирургией ОНМедУ с 2011 по 2013 г.г. Установлено, что при оскольчатых переломах ключицы наиболее целесообразно использование малеольного винта, при поперечных и косых переломах - стержня Богданова с замком по Луневу, а также пластины с винтами.

Ключевые слова: перелом ключицы, металлоостеосинтез.