

**ДОДОБОВА ЛЕТАЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ З НЕВІДКЛАДНИМИ
СТАНАМИ У БАГАТОПРОФІЛЬНОМУ СТАЦІОНАРІ**

¹Рибак С.В., ²Паламар Б.І., ³Марков Ю.І.

¹Київська міська клінічна лікарня № 1

²Київська міська клінічна лікарня № 3

*³ Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика*

Резюме. У статті було проаналізовано додобову летальність в Київській міській лікарні №3. Проведений ретроспективний аналіз медичних карт стаціонарного хворого, супровідних талонів швидкої медичної допомоги 110 хворих, що померли в перші 24 години після надходження в Київську міську клінічну лікарню №3 у 2009 році. Більшість пацієнтів госпіталізовані бригадами швидкої допомоги. Недостатня якість надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, можливо, є фактором ризику додобової летальності в багатoproфільній лікарні.

Ключові слова: багатoproфільна лікарня, додобова летальність, догоспітальний етап, швидка медична допомога.

Вступ. Сучасна демографічна ситуація в Україні 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 [1]. Вивчення летальності та інвалідності дозволяє вирішувати проблему безпеки пацієнтів в сучасній охороні здоров'я. Дотримання наступності у наданні екстреної медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах зберігає свою актуальність [2, 3]. Своєчасність та повнота діагностичних лікувальних заходів на догоспітальному етапі (ДГЕ) є визначальними факторами, що впливають на кінцевий результат лікування пацієнтів [4, 5, 6].

Мета дослідження - вивчення якості надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі шляхом вивчення додобової летальності у багатoproфільному стаціонарі.

Матеріал та методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз 110 випадків додобової летальності у Київській міській клінічній лікарні № 3 (КМКЛ № 3) у 2009 р. Досліджували якість надання екстреної медичної допомоги на ДГЕ шляхом встановлення чинників, які впливають на кінцевий результат лікування.

Результати дослідження та їх обговорення. Летальні випадки аналізували за віком, статтю пацієнтів, кварталом року (в якому трапився

летальний наслідок), як проводилась госпіталізація (за направленням поліклініки за місцем проживання чи за направленням медичних працівників самої ж екстреної (швидкої) медичної допомоги (ЕШМД)). Також оцінювали ДГЕ за такими напрямками: чи був виконаним внутрішньовенний (в/в) доступ, чи здійснювалась фармакотерапія, оксигенотерапія та електрокардіографія (ЕКГ) пацієнтам, яким вони були показані у зв'язку з наявністю невідкладного стану.

У відділенні інтенсивної терапії перебувало на лікуванні і померли додобово 64 (58,18%) хворих, середній вік яких складав $61,5 \pm 2,1$ рік. Серед пролікованих 36 (56,25%) осіб чоловічої та 28 (43,75%) жіночої статі.

Кількість випадків додобової летальності у відділеннях стаціонару представлена у таблиці 1.

Таблиця 1

Випадки додобової летальності у відділеннях стаціонару

Показники	Квартали року							
	1		2		3		4	
Відділення	n=16	%, M±m	n=30	%, M±m	n=29	%, M±m	n=35	%, M±m
Інтенсивна терапія	9	56,3±12,4	22	73,3±8,1	18	62,1±9,0	15	42,9±8,4?
Інфарктне	5	31,3±11,6	5	16,7±6,8	6	20,7±7,5	10	28,6±7,6
Неврологія	0	0,0±0,0	1	3,3±3,3	2	6,9±4,7	5	14,3±5,9*
Інші	2	12,5±8,3	2	6,7±4,6	3	10,3±5,7	5	14,3±5,9
Перебування в стаціонарі								
до 3-х год.	6	37,5±12,1	6	20,0±7,3	5	17,2±7,0	9	25,7±7,4
від 3 до 6 год.	2	12,5±8,3	7	23,3±7,2	4	13,8±6,4	7	20,0±6,8
від 6 до 12 год.	5	31,3±11,6	8	26,7±8,1	8	27,6±8,3	10	28,6±7,6
від 12 до 24 год.	3	18,8±9,8	9	30,0±8,4	12	41,4±9,1	9	25,7±7,4

Примітки:

3 “ різниця показників пацієнтів, які поступали у 2-му та 4-му кварталах мають достовірний характер ($p < 0,05$),

*” різниця показників пацієнтів, які поступали у 1-му та 4-му кварталах мають достовірний характер ($p < 0,05$).

На до госпітальному етапі тільки у 4-х (6,25%) випадках було зроблено ЕКГ; у 60 (93,75%) - подібне дослідження на ДГЕ не було виконано. Лише у 5 (7,81%) випадках працівниками ШМД здійснювався в/в доступ з метою введення ліків чи здійснення інфузії.

На етапі ЕШМД у 26 (40,63%) випадках здійснювалась фармакотерапія та у 2-х (3,13%) - інгаляція кисню.

У інфарктному відділенні померло додобово 26 (23,64%) хворих. Летальні випадки наступали у наступні 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 хворих склав 70,0±1,8 рік, з них 14 (53,85%) осіб чоловічої та 12 (46,15%) жіночої статі. У 16 (61,54%) випадках на ДГЕ було зроблено ЕКГ, у 10 (38,46%) - в/в доступ. На етапі ШМД у 22 (84,62%) випадках здійснювались фармакотерапія та тільки у 6 (23,08%) - інгаляцію кисню.

У відділеннях неврології померло додобово 8 (7,27%) хворих (середній вік 70,4±2,7 рік, серед яких 4 (50,00%) хворих чоловічої та 4 (50,00%) жіночої статі). Терміни знаходження пацієнтів у лікарні: до 3-х год. – 0, від 3 до 6 год. – 2 (25,00%), від 6 до 12 год. – 3 (37,50%), з 12 до 24 год. – 3 (37,50%). Тільки 1 (12,50%) хворому на ДГЕ було виконано ЕКГ. У всіх 8 (100,00%) випадках працівниками ЕШМД не здійснювався в/в доступ. На етапі ЕШМД у 4 (50,00%) випадках здійснювалась фармакотерапія, у жодному випадку на ДГЕ інгаляцію кисню не виконували.

У інших відділеннях додобово померли 12 (10,91%) хворих. Середній вік хворих 64,7±4,1 рік, із них 50,00% осіб чоловічої та 50,00% жіночої статі. Летальні випадки наступали у наступні терміни знаходження пацієнтів у лікарні: до 3-х год. – 2 випадки (16,67%), від 3 до 6 год. – 1 (8,33%), від 6 до 12 год. – 6 (50,00%), з 12 до 24 год. – 3 (25,00%). В усіх 12 випадках (100,00%) ЕКГ дослідження на ДГЕ не було виконано. Хворим, що згодом померли додобово в 1 (8,33%) випадку працівниками ЕШМД був виконаний в/в доступ з метою введення ліків чи здійснення інфузії. На етапі ЕШМД у 3 (25,00%) спостереженнях здійснювалась фармакотерапія та тільки у 2 (16,67%) випадках здійснювали на ДГЕ інгаляцію кисню.

Таким чином, отримані дані дозволяють погодитись з позицією Л.В.Усенко і співавторами (2004р.), які стверджують, що принциповим питання є надання якісної медичної допомоги як на ДГЕ, так і на ранньому госпітальному етапах, оскільки вона багато у чому буде визначати перебіг та результат захворювання [5].

Висновки

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

Середній вік померлих додобово пацієнтів становить понад 61,5 рік, лише пацієнти, в яких було ураження сечовидільної системи констатовано молодий вік.

Бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги пацієнтам з невідкладними станами на ДГЕ недостатньо здійснюється ЕКГ-діагностика, фармакотерапія, внутрішньовенний доступ, киснева терапія, що слід розцінювати як неналежну якість надання допомоги. Усунення вказаних недоліків покращить стан безпеки пацієнтів.

Література

1. Верткин А.Л. Досуточная летальность в стационаре при внебольничной пневмонии /А.Л. Верткин, А.В. Наумов, Е.И. Вовк и др. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2003. – Т. 5. – С. 380-388.
2. Неотложные состояния в анестезиологии / под ред. К. Олмана, Э. МакИндоу, А. Уилсона; пер. з англ. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2013. – 367 с.
3. Братищев И.В Опыт и пути повышения безопасности транспортировки больных в тяжелом состоянии / И.В Братищев, К.П. Каверина, В.Н. Яковлев, А.В Шабунин / Медицинский алфавит. Неотложная медицина. – 2010. - №4. – С. 34-36.
4. Корячкин В.А. Диагностика в анестезиологии и интенсивной терапии: руководство для врачей / В. А. Корячкин, В.Л. Эмануэль, В. И. Страшнов. – СПб.: СпецЛит., 2011. – 414 с.
5. Усенко Л.В. Проблема стандартизації інтенсивної терапії на догоспітальному та госпітальному етапах при політравмі / Л.В Усенко, Г.В. Панченко, А. В Царєв та ін. // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія.- 2004.- №2(д.)– С.375-376.
6. Bernhard M. Emergency anesthesia, airway management and ventilation in major trauma. Background and key messages of the interdisciplinary S3 guidelines for major trauma patients / M. Bernhard, G. Matthes, K.G. Kanz et al. / Anaesthesist - 2011. – Vol 60., № 11. – P. 1027 – 1040.

Резюме. В статтє було проаналізована досуточна летальність в Київській городській больниці № 3. Это ретроспективний аналіз медичнських карт стаціонарного больноґо, сопроводительних талонов скорой медичнської помоци 110 больноґих, умерших в первые 24 часа после поступления в Киевскую городскую клиническую больницу №3 в 2009 г. Большинство пациентов госпитализированы бригадами скорой помоци. Недостаточное качество оказания медичнської помоци на догоспитальном этапе, возможно, является фактором риска досуточной летальности в многопрофильной больнице.

Ключевые слова: *многопрофильная больница, досуточная летальность, догоспитальный этап, скорая медицинская помощь.*

Summary . *In the article was analyzed pre-day mortality in Kiev City Hospital №3. This is a retrospective analysis of medical records of in-patients, accompanying coupons ambulance of 110 patients who died in the first 24 hours after admission to the Kyiv City Clinical Hospital №3 within the period*

from 2009. Most patients were hospitalized by ambulance. Poor quality of health care in the prehospital phase may be a risk factor of mortality in pre-day multidisciplinary hospital.

Keywords: *multidisciplinary hospital pre-day mortality, prehospital, emergency medical assistance.*

УДК 355.415.6

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ
ФАХІВЦІВ ЗА ПОСАДАМИ СЕРЖАНТСЬКОГО (СТАРШИНСЬКОГО)
СКЛАДУ “САНІТАРНИЙ ІНСТРУКТОР” ТА “ВІЙСЬКОВИЙ
ФЕЛЬДШЕР” ДЛЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

О.В.Рудинський, О.Ю.Косинський

Військово-медичний департамент Міністерства оборони України

Резюме. *В статті розглядається складова частина системи військово-медичної освіти держави – підготовка санітарних інструкторів та військових фельдшерів (помічників лікаря) для Збройних Сил України.*

Ключові слова: *навчальні підрозділи, санітарний інструктор, військовий фельдшер (помічник лікаря), підготовка.*

Успішне виконання військово-медичною службою завдань в умовах застосування Збройних Сил України (бойові дії на території України) досягається, у тому числі, якісними і кількісними показниками функціонування всебічно збалансованої системи медичного забезпечення військ (сил).

Загальновідомо [1], що для досягнення найкращих результатів щодо порятунку поранених на полі бою, медичний персонал повинен бути відповідно підготовлений, оснащений та навчений і що високий рівень медичного забезпечення не тільки сприяє збереженню життя військовослужбовців, але і позитивно впливає на бойовий дух особового складу військ (сил).

Зазначена стаття присвячена аналізу системи підготовки військово-медичних фахівців, а саме: санітарних інструкторів та військових фельдшерів для потреб Збройних Сил України

Метою дослідження є аналіз історичних подій і матеріалів, що стосуються системи підготовки військово-медичних фахівців, а саме: санітарних інструкторів та військових фельдшерів для потреб Збройних Сил України.

Матеріал та методи дослідження. Матеріалом для видання даної статті слугували історичні події, нормативно-правові документи тощо.