

УДК 616-089.5-035.4:616-072.1

БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЕНДОСКОПІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

*Малицька А.П., Полінчук І.С., Арбузова В.О.,
Полінчук І.М., Авраменко Ю.Г.
КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня»*

В роботі проаналізовано структура ендоскопічних досліджень на базі міської клінічної лікарні, відображено основні умови, що необхідні для анестезіологічного забезпечення цих маніпуляцій, а також перспективи подальшого розвитку цього нового напрямлення. Ключові слова: анестезія, ендоскопічні дослідження, безпека пацієнта.

Ключові слова: *анестезія, ендоскопічні дослідження, безпека пацієнта.*

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 фіброгастродуоденоскопії (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 замислювався 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 і вперше бачить ендоскопи та 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 [1-5].

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 рр. у КЗ «ХМКЛ» всього було виконано 18343 ендоскопічних маніпуляцій, структура яких наведена у таблиці. Кількість ендоскопій залежить від структури пацієнтів за нозологіями та стану ендоскопічної техніки, яка періодично виходить з ладу та потребує ремонту.

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 ендоскопій. 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 інтубаціях трахеї. Також незамінною була методика ФБС в тих випадках, коли виникала необхідність виконувати оперативне втручання в умовах однолегеневої 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 седатії (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 ПФФ, які контролювалися психометричними методиками та показниками електроенцефалографії (ЕЕГ), після різних видів загальної анестезії вивчалось у відділенні глибоко і різносторонньо протягом 2007-2010 рр. 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 ПФФ, відновлення який відбувалось значно повільніше. За результатами

Таблиця

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

Рік	ФГДС		ЕРПХГ	ФКС		ФБС	Всього за рік
	Стаціонар	Поліклініка		Стаціонар	Поліклініка		
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

власних досліджень, була запропонована оригінальна методика прискорення відновлення ПФФ 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 ПФФ після ендоскопічних маніпуляцій під загальною анестезією є такими, якими можна ке-

рувати 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 цьому процесу немає.

Література

1. Виноградов В.Л., Лихванцев В.В., Алексеев А.А. Регулярный внутренний аудит и регистрация критических инцидентов как элементы поддержания безопасности анестезиологического обеспечения больных // Анест. и реанимат, 2004. Т.3. — С. 64-67.
2. Короткова О.М., Митякова О.Н., Гринченко С.А. Некоторые аспекты анестезиологического обеспечения в эндоскопической практике // Клиническая эндоскопия, 2009. — № 4. — С. 15-16.
3. Мустафаева М.Н., Мизиков В.М., Кочнева З.В. Медикаментозная седация в эндоскопии пищеварительного тракта: современные тенденции // Анестезиол. и реаниматол. 2009. — № 4. — С. 21-23.
4. Cacho G., Duecas C. Viability of colonoscopy without analgesia and conscious sedation / Gastroenterol. Hepatol. 2000. — Vol. 23 (9). — P. 407-411.
5. Lazzaroni M., Bianchi Porro G. Preparation, premedication and surveillance. Endoscopy. 2003. — Vol. 35 (2). — P. 103-111.

References

1. Vinogradov V.L., Lihvantsev V.V., Alekseev A.A. Regular internal audit and registration of critical incidents as elements of maintaining security of anesthetic management of patients // Anesthesiology and Reanimatology, 2004. V.3. - P. 64-67. [Rus.]
2. Korotkov O.M., Mityakova O.N., Hrinchenko S.A. Some aspects of anesthetic management in endoscopic practice // Clinical Endoscopy, 2009. - № 4. - P. 15-16. [Rus.]
3. Mustafayeva M.N., Mizikov V.M., Kochneva Z.V. Drug sedation in digestive tract endoscopy: current trends // Anesthesiology

- and Reanimatology, 2009. - № 4. - P. 21-23. [Rus.]
4. Cacho G., Duecas C. Viability of colonoscopy without analgesia and conscious sedation / Gastroenterol. Hepatol. 2000. — Vol. 23 (9). — P. 407-411.
 5. Lazzaroni M., Bianchi Porro G. Preparation, premedication and surveillance. Endoscopy. 2003. — Vol. 35 (2). — P. 103-111.

Резюме

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ СКВОЗЬ ПРИЗМУ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Малицкая А.П., Полинчук И.С.,
Арбузова В.А., Полинчук И.М.,
Авраменко Ю.Г.

КУ «Херсонская городская клиническая
больница»

В работе проведен анализ структуры эндоскопических исследований на базе городской клинической больницы, отображены основные условия, необходимые для анестезиологического обес-

печения этих манипуляций, а также перспективы дальнейшего развития этого нового направления.

Ключевые слова: анестезия, эндоскопические исследования, безопасность пациента.

Summary

PATIENT SAFETY DURING ENDOSCOPIC STUDIES THROUGH THE PRISM OF ANESTHETIC MANAGEMENT

Malitskaya A.P., Polinchuk I.S., Arbuzova
V.A., Polinchuk I.M., Avramenko Yu.G.

P.I. "Kherson Clinical City Hospital"

This work analyzes the structure of endoscopic studies at City Hospital, displays basic conditions which necessary for the anesthetic management of these manipulations and prospects for further development of this new direction.

Keywords: anesthesia, endoscopic studies, patient safety.

Впервые поступила в редакцию 08.12.2013 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616-057:656.2]-055.2-07-084

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТНИЦ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Тимофеева С.В.

Украинский НИИ медицины транспорта, г. Одесса; timasveta8@ukr.net

Цель: провести исследование отечественных и зарубежных научных литературных источников с целью систематизации социально-гигиенических и производственных факторов, вызывающих различные гинекологические заболевания.

Результаты. Среди неблагоприятных факторов выделяют психоэмоциональные и производственные нагрузки, стрессы, повышенный уровень микробного загрязнения воздуха и внутренних помещений поездов, резкие изменения температурного режима, шума и вибрации, необходимости работы в ночное время.

Установлено, что в группе повышенного риска по гинекологической патологии находятся диспетчеры, руководители и проводницы.

Выводы. Сформулированы основные направления лечебно-профилактической помощи при гинекологической патологии у работниц железнодорожного транспорта.

Ключевые слова: гинекологическая патология, работницы железнодорожного транспорта, профилактика, статистика