

10. Romashov O., Yakovlev S., Siborenko S. et al. Clinical effectiveness of cefepime in case of third-generation cephalosporins treatment failure in nosocomial infections caused by Enterobacteriaceae producing extended-spectrum beta-lactamases. 14th Eur Congr Clin Microb Infect Dis. Prague, 2004; Abstr P751

Резюме

ГОСТРА НИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ І ОСОБЛИВОСТІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ

Харченко Л.А., Якуб А.А., Іванчинов І.Г.

Проведений аналіз лікування 26 хворих з синдромом позиційного стискання у відділенні екстракорпоральної детоксикації лікарні №3 м. Києва.

Виходячи з практики останніх років, одним з самих широко вживаних антибіотиків в практиці лікування інфекції у хворих з гострою нирковою недостатністю і синдромом позиційного стискання є цефепим і клиндомицин.

Проте, цефалоспорини IV покоління

почали превалювати при виборі призначення антибіотиків враховуючи їх широкий спектр дії низьку нефротоксичність, а також вживану фармако-економіку.

Summary

ACUTE RENAL INSUFFICIENCY AND SOME FEATURES OF THERAPY WITH ANTIBIOTICS

Harchenko L.A., Yacub A.A., Ivanchinov I.G.

The analysis of treatment of 26 patients with syndrome of compression (SC) in the unit of extracorporeal detoxication of hospitals №3 (Kiev) is carried out.

Proceeding from practice of last years one of the most widely used antibiotics in practice of treatment of an infection at patients with acute renal insufficiency and syndrome of positional compression is cefepime and clindomycine.

However, cefalosporines of IV generations prevail at a choice of antibiotics prescribed, taking into account their wide spectrum of action, low nephrotoxicity and also used pharmacological economy.

УДК: 614.2:616.61/63 - 002

ПРОГРАМА КЛІНІКО-ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ, СПРЯМОВАНИХ НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІНФЕКЦІЇ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Шіфріс І.М.

Інститут нефрології АМН України, Київ.

Міська поліклініка № 2, м. Вінниця

Введення.

Щорічне зростання кількості хворих на інфекції сечової системи (ІСС), зменшення рівня захворюваності на фоні зростання поширеності, випередження темпу зменшення диспансеризації темпу зменшення госпіталізації, низький рівень санітарно-освітньої роботи серед населення свідчать не тільки про не відповідність сучасним вимогам якості надання медичної допомоги хворим із зазначеною патологією а й вказують шляхи, які сприятимуть зміні ситуації на краще [2, 3, 5].

Об'єкти. Інфекції сечової системи.

Контингенти. Дорослі амбулаторні пацієнти.

Методи дослідження. Описове моделювання.

Результати та обговорення

В реалізації основної мети завдання провідне місце належить розробці її широкому впровадженню в практику системи організаційних та лікувально-діагностичних заходів, основаних на чітких стандартах та алгоритмах, як ключової ланки реформування медичної допомоги. Використання алгоритмів і стандартів обумовлює необхідність покращення якості лікування конкретного хворого на інфекції сечової системи, а також зменшення вартості діагностики та лікування за рахунок уніфікації діагностичних і лікувальних маніпуляцій.

Стандарти та алгоритми – складові єдиного технологічного процесу, що передбачає використання найбільш ефективних й економічних методів діагностики й ліку-

вання з врахуванням всіх відомих індивідуальних особливостей пацієнта, перебігу захворювання, кадрових, матеріально-технічних та інших можливостей медичних закладів. Обов'язковою умовою є також можливість інтерпретації їх лікарем-користувачем в кожній конкретній ситуації.

На наведених вище принципах ґрунтується розроблена структурована система клініко-організаційних заходів по оптимізації медичної допомоги хворим на інфекції сечової системи в амбулаторних умовах, що є особливо важливим в умовах реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини, коли найраціональніший варіант надання медичної допомоги й найоптимальніший маршрут просування пацієнта в системі медичного обслуговування буде визначати лише сімейний лікар, що має забезпечити економічно доцільну та медично ефективну діяльність всієї первинної ланки системи охорони здоров'я. На підставі досвіду надання допомоги хворим на інфекції сечової системи, даних літератури та керуючись Наказом МОЗ України від 23.02.2001р. № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини», була розроблена система клініко-організаційних заходів, спрямованих на підвищення ефективності комплексу методів профілактики, ранньої діагностики та оптимізації обрання маршруту, за яким хворий може своєчасно отримати найбільш повну та кваліфіковану допомогу в умовах існуючої системи надання медичної допомоги зазначеним контингентам хворих. [1, 3, 7]

Для підвищення результативності діяльності лікаря загальної практики/сімейного лікаря необхідним є чітке визначення меж його компетенції та стандартизація медичної практики за допомогою застосування клінічних алгоритмів з використанням принципів доказової медицини й досвіду практики. Саме ця складова роботи первинної медико-санітарної допомоги стала підґрунтям для складення алгоритму координації медичних маршрутів пацієнтів з наявністю змін у загальному аналізі сечі, який представлений на мал. 1.

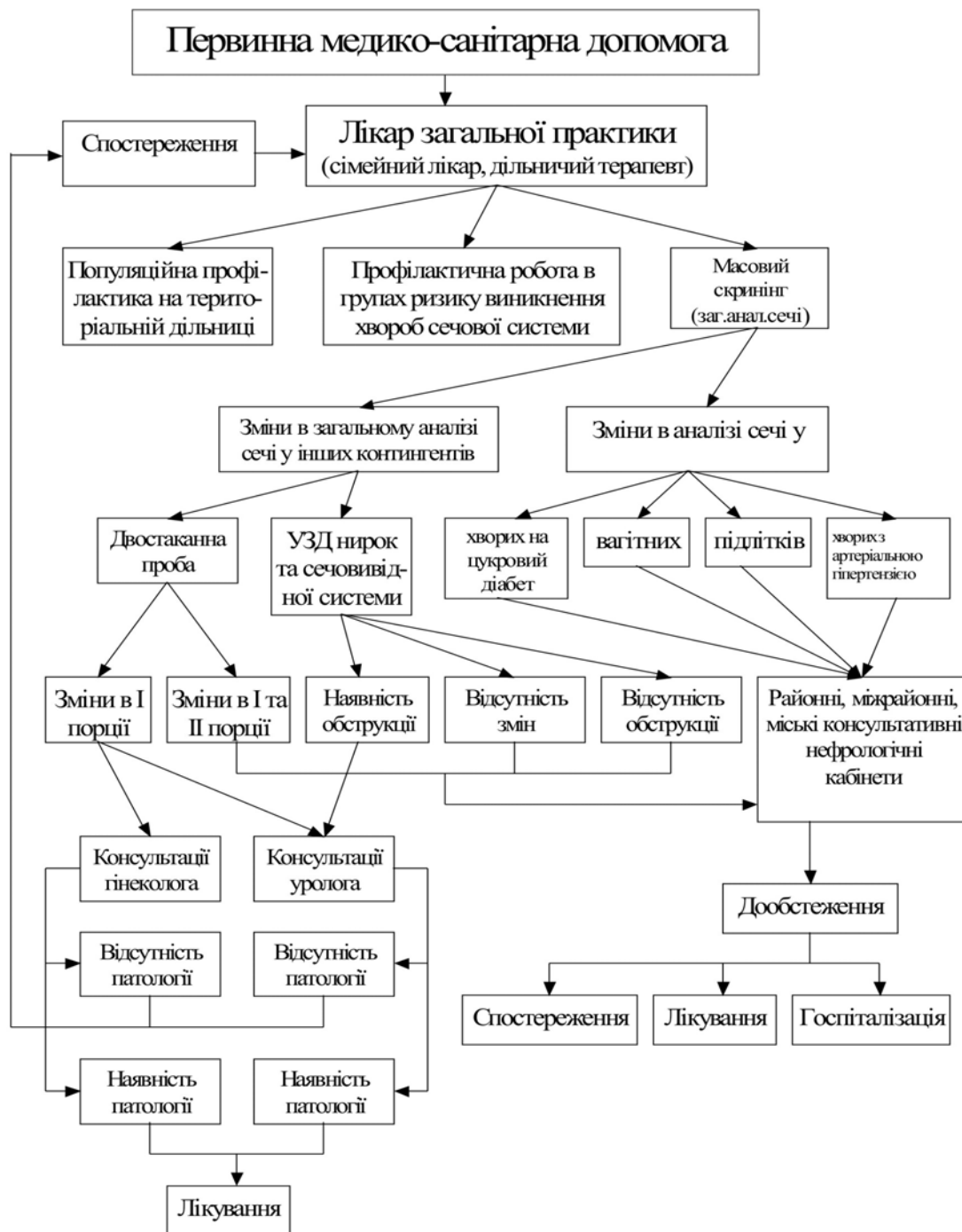
Першочерговими завданнями лікаря загальної практики є проведення заходів

первинної та вторинної профілактики на територіальній дільниці [4, 7].

Зважаючи на те, що темою поглибленого дослідження було покращення надання медичної допомоги хворим на інфекції нирок та сечовивідних шляхів на амбулаторному етапі було складено алгоритм діагностики та лікування хворих із зазначеною патологією. Він є провідним в системі заходів щодо оптимізації спеціалізованої допомоги визначеній категорії хворих і представлений на мал. 2. З метою можливості широкого використання в загальній практиці, передбачене застосування тих із загальноклінічних та лабораторних методів діагностики, що є достатньо доступними, інформативними, економічними і використовуються в лікувальних закладах всіх рівнів. Термін виконання комплексу зазначених діагностичних заходів, обсяг яких достатній для прийняття відповідальних рішень, рекомендовано намагатись реалізувати впродовж 3 – 5 годин з моменту звернення хворого.

Вузловим моментом діагностики на етапі первинної ланки є диференціація між ускладненою та неускладненою інфекцією сечової системи. Топічна діагностика та подальша тактика і стратегія ведення хворого з ускладненою ІСС визначаються лікарем-нефрологом.

Програма інформаційно-просвітницької діяльності, як складова системи, наведена на мал.3. і головна мета її полягає в необхідності усвідомлення узгодженості дій, спрямованих на раннє виявлення інфекцій сечової системи. При розробці інформаційних заходів виходили з даних, отриманих в ході соціологічного дослідження серед хворих з зазначеною патологією. Переважна кількість респондентів виявила потребу в отриманні кваліфікованих порад щодо ефективних профілактичних заходів при безпосередньому спілкуванні з лікарем [6]. На цьому етапі значне місце приділяється лікарям загальної практики/сімейним лікарям, від належного проведення ними заходів профілактики та своєчасного спрямування хворих з ІСС до нефролога в багатьох випадках залежить кінцевий результат. Це обумовлює необхідність проведення серед них комплексу організаційних заходів, направлених на удосконалення знань про етіопатогенез, діагностику та

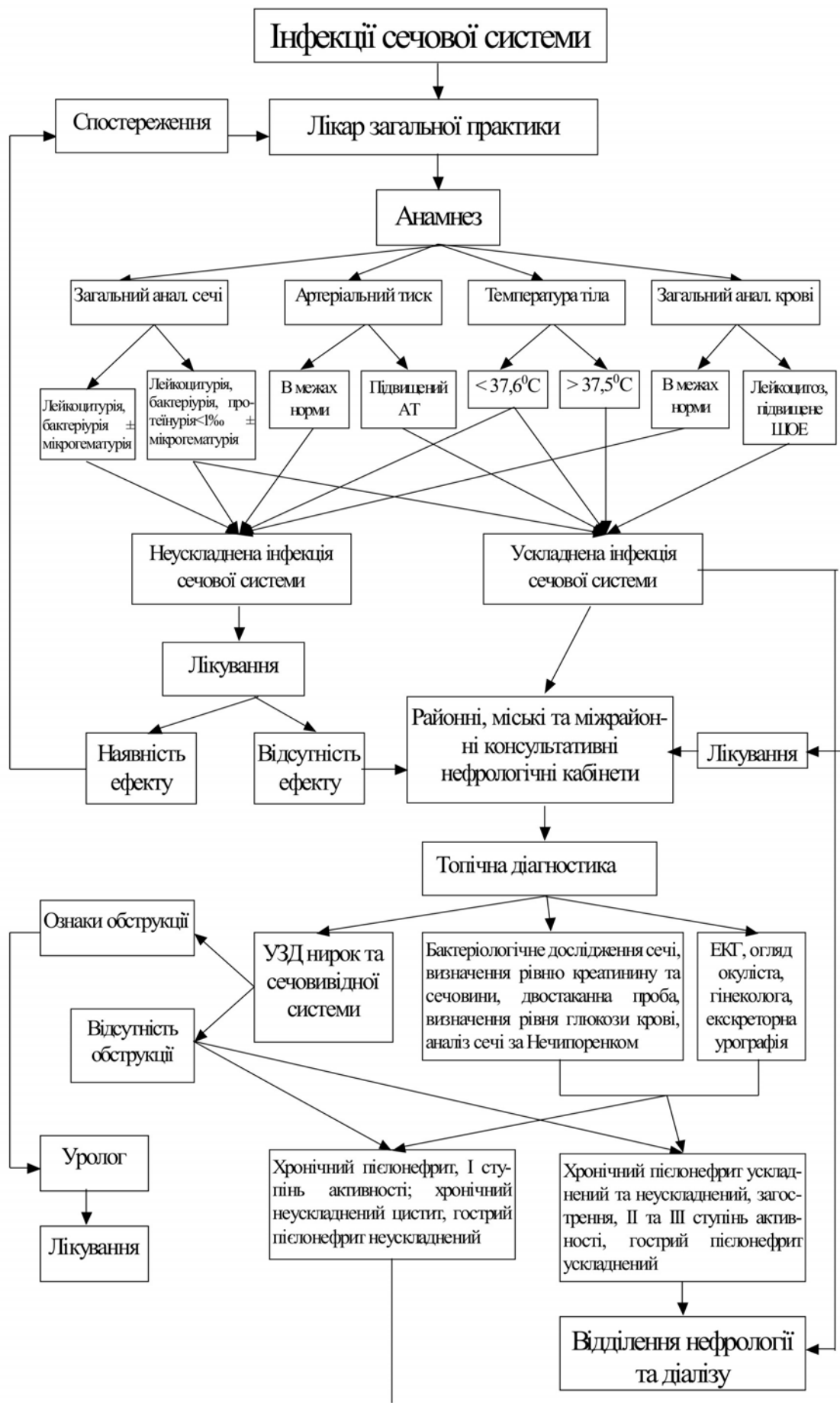


Мал.1. Алгоритм маршрутизації потоку хворих з наявністю змін в загальному аналізі сечі.

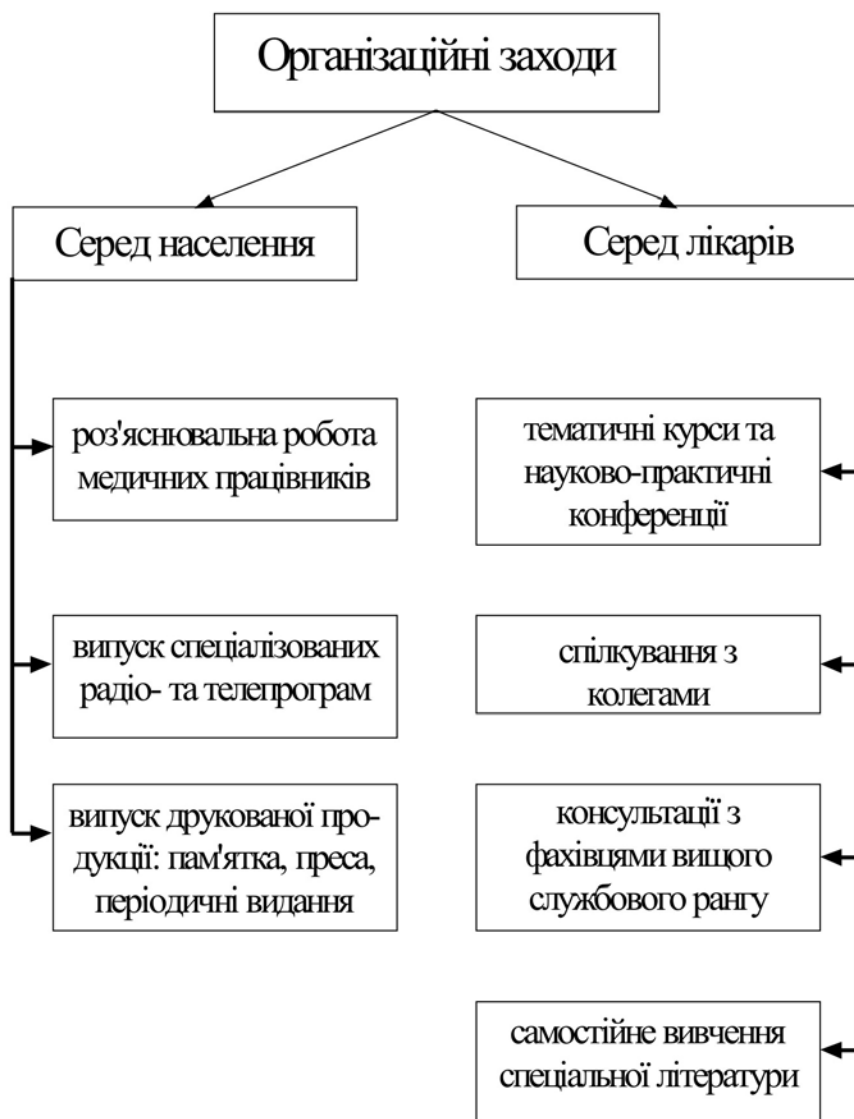
лікування ІСС, врегулювання суб'єктивно-етичних відносин між лікарями та пацієнтом і лікарем, вироблення мотивації до просвітницької діяльності з пацієнтами 3 групи ризику на ІСС3 .

Попереднє визначення результативності розробленої системи клініко-організаційних заходів проводилось на базі міської поліклініки №2 міста Вінниці, структурним підрозділом якої є міський нефро-

логічний кабінет, протягом другого півріччя 2005 року. Порівняння показників медико-статистичної звітності проводилось з аналогічним періодом 2004 року. Завдяки впровадженню комплексу запропонованих заходів кількість відвідувань хворих на ІСС в нефрологічному кабінеті за період, який підлягав вивченню, збільшилась на 10,6 %, кількість випадків тимчасової непрацездатності зменшилось в 2,6 рази (П півріччя



Мал.2. Алгоритм діагностики та лікування ІСС в амбулаторних умовах.



Мал.3. Програма інформаційно-просвітницької діяльності

2005 року – 23 випадки, П півріччя 2004 року – 61 випадок), кількість днів тимчасової непрацездатності зменшилось на 269 днів (П півріччя 2005 року – 223 дні, П півріччя 2004 року – 429 днів), що склало 62,7%.

Висновки:

- Основою оптимізації якості надання медичної допомоги хворим на ІСС в умовах реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики – сімейної медицини є розробка та впровадження в практику комплексу клініко-організаційних заходів, оснований на чітких стандартах та алгоритмах, провідним з яких є запропонований алгоритм діагностики та лікування зазначених контингентів;

- маршрутизація потоку хворих базується на поетапному виконанні заходів первинної і вторинної профілактики та спрямована на забезпечення необхідного рівня медичної допомоги згідно розробленим стандартам та алгоритмам;

- організаційні заходи передбачають проведення на всіх етапах програм інформаційно-просвітницької діяльності.

Література:

1. Дядык А.И., Колесник Н.А . Инфекции почек и мочевыводящих путей. –Донецк: КП «Регион», 2004, — 400с.
2. Колесник М.О. Специализована допомога хворим нефрологічного профілю та шляхи її удосконалення //Актуальні проблеми нефрології: Зб. наук. праць. – (Вип.9). – Київ: Задруга, 2003. – С.38-46.
3. Колесник М.О., Сайдакова Н.О., Специализована медична допомога дорослим хворим нефрологічного профілю в Україні за 2004 рік // Український журнал нефрології та діалізу. – 2005. – №2. – С.26-32.

4. Лисенко Г., Хіміон Л. Профілактичні програми в практиці сімейного лікаря. // Ліки України. – 2005.-№ 1. – С. 5 – 8.
5. Шіфріс І.М. Поширеність та захворюваність на інфекції нирок та сечовивідних шляхів //Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2003. – Т.7. – №2. — С.756-758.
6. Шіфріс І.М. Роль соціологічного дослідження в оцінці стану медичної допомоги хворим на інфекції нирок та сечовивідних шляхів //Вісник Вінницького

державного медичного університету. – 2005. – Т.9. – №1. — С.172-174

7. Наказ МОЗ України від 23.02.2001р. № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини».

Резюме

ПРОГРАММА КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ БОЛЬНЫМ С ИНФЕКЦИЯМИ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Шифрис И.М.

В статье представлена комплексная программа клинико-организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности оказания медицинской по-

мощи больным с инфекциями мочевой системы в условиях реформирования медицинской отрасли.

Summary

THE PROGRAM OF THE CLINICAL & ORGANIZATIONAL FACILITIES FOCUSED ON THE INCREASE OF EFFICIENCY OF PROVIDING MEDICAL CARE TO THE PATIENTS WITH THE INFECTIONS OF THE URINARY TRACTS IN THE CONDITIONS

Shifris I.M.

The complex program of the clinical & organizational facilities focused on the increase of efficiency of providing medical care to the patients with the infections of the urinary tracts in the conditions of reformation of health care system is presented in the article.

УДК 616.61-008.64:616-099

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗА ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ

Федорук О.С., Владиченко К.А.

Кафедра анестезіології, реаніматології та урології Буковинського державного медичного університету

Вступ

Відомо, що нирки досить часто уражуються при токсичних впливах на організм людини. В літературі широко описані нефропатії, що виникають під впливом нефротоксичних речовин. В останні роки, інтенсифікація хімічного виробництва, погіршення екологічних умов проживання людини, вживання великої кількості нових лікарських препаратів призвели до значного зростання частоти виникнення ГНН токсичного генезу як під впливом речовин або ліків, що мають прямий негативний вплив на паренхіму нирок, так і тих, що не мають прямої нефротоксичної дії. При цьому, враження нирок з супутніми порушеннями гомеостазу організму часто закінчується летальністю. Тому вивчення причин та особливостей розвитку ГНН за гострих отруєнь є актуальним.

Мета та завдання дослідження

Вивчити особливості розвитку, перебігу, та діагностики ГНН за гострих отруєнь шляхом ретроспективного аналізу клініко-

лабораторних показників.

Матеріали і методи

Проведений ретроспективний аналіз 41 випадка ГНН при гострих отруєннях (хімічними сполуками; етиленгліколем - 3 хворих, сурогатами алкоголю - 2, угарним газом - 2, нітритом натрію - 1, ртутью - 1, мідним купоросом - 1, нітророзчинником - 1, інсектицидом - 2, сірчаною кислотою - 1, уксусною кислотою - 1, діхлоретаном - 3, хлорофосом - 2, діхлофосом - 2, фосфамідом - 1, невідомою отрутою - 2; лікарськими препаратами: еленіумом - 2, нозепамом - 1, туберкуліном - 1, левоміцетином - 1, ріфампіцином - 2, зонтемом - 1, неуплтілом -1, атропіноподібною речовиною - 1, предіаном - 1, невідомими ліками - 1; отрутами рослинного походження: грибами - 4). З 41 хворого було 27 чоловіків і 14 жінок. Померло – 21 хворий, одужало – 20 хворих (3 жінки). В контрольна група - 35 здорових людей. Вивчали динаміку загальноклінічних показників - артеріального тиску, частоти пульсу, температури тіла, добово-