

УДК 616.381-002-083.98

СЛОНЕЦЬКИЙ Б.І., МАКСИМЕНКО М.В., КЕРАШВІЛІ С.Г., ЛОБАНОВ С.М., ВЕРБИЦЬКИЙ І.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ ОКРЕМИХ ПЕРЕДУМОВ ЩОДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ ГОСТРИМ РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Резюме. Робота ґрунтується на даних 152 пацієнтів із гострим розповсюдженим перитонітом, які були госпіталізовані та знаходились на лікуванні у хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Відповідно до окремих нормативних документів розглянуті передумови щодо надання медичної допомоги пацієнтам з урахуванням особливостей догоспітального етапу та намічені деякі напрямки щодо вдосконалення рівня медичного забезпечення пацієнтів із гострим розповсюдженим перитонітом.

Ключові слова: розповсюджений перитоніт, невідкладна медична допомога, нормативні документи.

Вступ

Проблема діагностики та лікування гострого перитоніту нараховує не одне століття і, незважаючи на це, дотепер залишається однією з найбільш актуальних у розрізі хірургічних захворювань чи травм черевної порожнини не лише в країнах зі слабкою економікою, але й у високорозвинутих. Незалежно від проживання чи свого знаходження під час виникнення гострого патологічного процесу в черевній порожнині кожен пацієнт розраховує на своєчасну адекватну та повноцінну кваліфіковану чи спеціалізовану медичну допомогу. І саме тому структура надання медичної допомоги на догоспітальному етапі, що перейшла у спадок Україні від попередньої держави СРСР, і надалі залишає риторичним питання: чи все змінилося на краще. Вдосконалення різних тактико-стратегічних підходів, мабуть, має чітко базуватися на економічно обґрунтованій доктрині, що залежить від виду забезпечення невідкладної медичної допомоги, яка має бути залежно від вибору пацієнта, якщо він у свідомості, безкоштовною чи забезпеченою страховою компанією, але в жодному разі не лише за особистий кошт. Однак, мабуть, кожного хворого незалежно від соціального чи економічного статусу хвилює адекватна медична допомога, що мусить ґрунтуватися щонайменше на доступності, цілодобовості та загальноприйнятих і юридично затверджених стандартах чи протоколах, згідно з якими їх невиконання мусить або мати об'єктивне пояснення, або притягуватися до відповідальності відповідно до чинного законодавства.

Мета роботи, що є фрагментом комплексної науково-дослідної тематики кафедри медицини невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (№ 0104V000257), полягає в аналізі окремих передумов щодо надання медичної допомоги на догоспітальному етапі пацієнтам із гострим розповсюдженим перитонітом.

Матеріал та методи дослідження

Робота ґрунтується на аналізі діагностики та лікування на догоспітальному етапі 152 пацієнтів із гострим розповсюдженим перитонітом, які були госпіталізовані в хірургічні відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. В усіх хворих при госпіталізації і під час знаходження в стаціонарі застосовували сучасні необхідні клінічні, інструментальні і лабораторні методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до чинного законодавства пацієнти, які звертаються по медичну допомогу у телефонному режимі за номером 103 згідно з Наказом № 370 МОЗ України «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», можуть розраховувати на приїзд карети швидкої допомоги (КШД): з 01.01.2010 року норматив надання екстреної медичної допомоги в межах 10-хвилинної транспортної доступності в містах та 20-хвилинної транспортної доступності у сільській місцевості з урахуванням чисельності та густоти проживання населення, стану транспортних магістралей, інтенсивності руху транспорту (за умови наявності бригади, справності транспорту чи відсутності міських заторів) [1]. Саме тому однією з перших принципових передумов, можливо негативних, є адміністративне забезпечення кваліфікованим медичним персоналом, справним медичним транспортним засобом, що цілком відповідає нормам наказу № 500 МОЗ України, що свідчитиме про сучасну адекватну доктрину згідно з державним чинним законодавством [2].

Однак результати аналізу анкетування пацієнтів із гострим розповсюдженим перитонітом засвідчують, що КШД лише до 21 (13,8 %) хворого приїхала протягом перших 10 хвилин, до 117 (76,9 %) пацієнтів — у термін від 10 хвилин до 1 години та до 14 (9,3 %) хворих — пізніше 1 години. Важко відстежити кожну причину, що уповільнила

доїзд КШД, і це, на нашу думку, на превеликий жаль, є досить значимим, однак не зафіксоване в супровідному листку, але, мабуть, однією з особливих тенденцій залишається відсутність «поваги» до транспортування хворих у КШД та адекватного забезпеченням окремою смугою для службового транспорту.

Саме тому цей термін невизначеності може бути ще однією з окремих негативних передумов виникнення нерідко фатальних наслідків (суїцидальна спроба, неконтрольована поведінка та ін.) внаслідок поганої медичної інформованості населення щодо надання першої та невідкладної медичної допомоги.

Тому наступною складовою медичного лікування є стан медичної інформованості населення щодо надання першої медичної допомоги, хоча фахівець із досвідом чітко розуміє складність прогнозування психології пацієнта, який постраждав від травми чи страждає від захворювання. Результати аналізу анкетування хворих засвідчили, що з моменту звернення по медичну допомогу та під час телефонного спілкування не отримали кваліфікованої рекомендації та застереження і внаслідок цього займалися самолікуванням лише 27 (17,7 %) пацієнтів. Тобто всі пацієнти знаходились без медичного контролю, тому, мабуть, було б доцільно хоча б у місті Києві розпочати телефонний моніторинг за станом хворих лікарями КШД до їх прибуття до пацієнта, що дозволило б уникнути чималої кількості непорозумінь та небажаних наслідків.

Однією з основних складових діагностико-лікувального процесу починаючи з догоспітального етапу є склад та ступінь кваліфікації лікарів ШМД. В Україні в 2010 році мали місце 13 238 534 звернення по швидку медичну допомогу, з яких 313 929 відмовлено за необґрунтованістю. Медична допомога забезпечувалась 3369 бригадами, з яких 1121 — загальнопрофільні лікарські, 325 — спеціалізовані та 1894 — фельдшерські [3]. Тобто в силу об'єктивних та суб'єктивних факторів у державі серед мільйонів викликів у 2010 році більшій частині хворих допомога надавалась фахівцями середньої медичної ланки. Дана негативна тенденція, на превеликий жаль, все більше поширюється в місті Києві.

У 2010 році Київська міська станція швидкої медичної допомоги надала екстрену медичну допомогу населенню міста Києва кількістю 2 мільйони 766 тисяч осіб. Тому однією з основних складових щодо якості надання невідкладної медичної допомоги є рівень лікарсько-фельдшерського складу.

За даними (табл. 1) звітної статистики у 2010 році в місті Києві медичну допомогу на догоспітальному етапі надавали 409 лікарів за наявності 618 посад, тобто укомплектованість лікарськими кадрами була лише 66,18 % (2009 — 69,29 %, 2008 — 75,5 %), плинність лікарів стано-

вила 11,74 % (2009 — 15,15 %, 2008 — 20,51 %), а основна причина звільнення (54,7 %) — за власним бажанням.

Серед лікарів працює 223 жінки та 186 чоловіків, кожен п'ятий (90 осіб (22 %) лікарів) пенсійного віку (58 жінок та 32 чоловіки). Аналізуючи атестованість лікарів, ми виявили, що вона мала місце лише у 364 (88,99 %) фахівців: лікар-спеціаліст — 154 (37,65 %), вища категорія — 112 (27,38 %) лікарів, перша категорія — 36 (8,80 %) лікарів, друга категорія — 62 (15,16 %) лікарів. Спеціалізованих лікарських бригад — лише 17.

Тобто на догоспітальному етапі в сучасних умовах у місті Києві медична допомога лікарями надається недоукомплектованими кадрами на 33,82 %, кожен п'ятий лікар — пенсійного віку, за відсутності атестації в кожного дев'ятого лікаря, що свідчить про суттєву фахову недоукомплектованість лікарського складу КШД і потребує негайної корекції для її стимулювання.

Що до надання допомоги фахівцями з базовою та неповною вищою медичною освітою у місті Києві, то за наявності 1054 штатних посад зайнято 978 — укомплектованість 92,78 % (2009 — 96,39 %, 2008 — 96,87 %), плинність кадрів — 10,12 % (2009 — 6,29 %, 2008 — 8,8 %), основна причина (76,75 %) — за власним бажанням. Здебільшого це жінки — 692 особи (70,75 %), а фахівців пенсійного віку — 136 (13,9 %). Серед атестованих 704 (71,98 %) фахівці з базовою та неповною вищою освітою, з них вища категорія була у 347 (35,48 %), перша категорія — у 196 (20,04 %) та друга — у 161 (16,46 %).

Тобто на догоспітальному етапі в сучасних умовах у місті Києві допомога надається фахівцями з базовою та неповною вищою освітою, коли недоукомплектованість становить 7,22 %, майже кожен восьмий пенсійного віку, а кожен четвертий — не атестований.

У столиці України на догоспітальному етапі надається невідкладна медична допомога 1672 посадовими фахівцями, серед яких лише кожен третій лікар, і це все за умови, коли заробітна плата у 2010 році для лікарів була 2850 гривень, а середніх медпрацівників — 2497 гривень, але кожен хворий чи потерпілий хоче допомогу найвищого інтелектуального гатунку. Крім того, слід зазначити, що відповідно до наказу № 500 чітко руйнується доктрина не лише лікарської допомоги, але і спеціалізованих (кардіологи, педіатри та ін.) бригад, що суттєво віддаляє можливість життя, а наближає смерть унаслідок фельдшерських і нерідко навіть лікарських помилок. Об'єктивною підставою таких припущень є аналіз супровідних листків КШД. Так, серед 152 анкет госпіталізованих хворих із гострим розповсюдженим перитонітом 104 пацієнти були доставлені фахівцями з базовою та неповною вищою медичною освітою, тоді як лікарями — лише 48 хворих.

Аналіз табл. 2 свідчить, що на догоспітальному етапі досить складно поставити остаточний діагноз здебільшо-

Таблиця 1. Забезпеченість лікарями ШМД у 2010 році у місті Києві

Фахівці	Категорія			Лікар-спеціаліст	Без категорії	Усього
	Вища	Перша	Друга			
Лікарі	112	36	62	154	45	409
З базовою та неповною вищою медичною освітою	347	196	161	—	274	978
Усього	459	232	223	154	319	1387

Таблица 2. Встановлення причини захворювання у хворих із гострим розповсюдженим перитонітом

Захворювання — нозологічна причина перитоніту	Правильність попереднього діагнозу			
	Лікар		Фахівець з базовою та неповною вищою медичною освітою	
	Правильно	Неправильно	Правильно	Неправильно
Гострий деструктивний апендицит	3	1	4	7
Перфоративна виразка шлунка чи дванадцятипалої кишки	9	3	22	30
Непрохідність кишечника	7	3	6	10
Гострі судинні захворювання кишечника	4	5	2	7
Гострі перфорації кишечника (супрастенотичні пухлинного та непухлинного генезу)	4	9	4	12

го на підставі клінічного дослідження, досвіду та інтуїції, і це знайшло своє відображення у тому, що з 152 госпіталізованих хворих з гострим розповсюдженим перитонітом першопричина була встановлена лише у 63 (40,79%) пацієнтів. Це відбувалось переважно за умови перебігу гострого деструктивного апендициту, перфоративної виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки чи непрохідності кишечника, але чітко відстежуються суттєві переваги у встановленні правильного діагнозу лікарями, адже ними він був поставлений у переважної більшості хворих — 27 осіб (56,25%), на відміну від фахівців із базовою та неповною вищою медичною освітою, якими правильний діагноз був поставлений лише в кожного п'ятого — 21 (20,19%) пацієнт.

Таким чином, розглядаючи лише окремі складові складного етапного діагностико-лікувального процесу в пацієнтів із гострим розповсюдженим перитонітом, не враховувати особливостей сучасності неможливо, і тому доцільно не лише принципово трансформувати ментальність потенційного пацієнта, а й забезпечити загальнодержавний підхід до вирішення цієї проблеми.

Висновки

Для оптимізації надання сучасної невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі необхідно:

- 1. Чітко визначити довготривалу (5–10 років) державну доктрину та напрямки її розвитку.
- 2. Привести у відповідність до чинного законодавства методологію діагностико-лікувального процесу.
- 3. Створити стимулюючі умови для збереження медичного персоналу для запобігання плинності кадрів та розширити можливості надання медичної допомоги здебільшого спеціалізованими та лікарськими бригадами.
- 4. Забезпечити умови для оптимізації атестаційного процесу.
- 5. Створити зворотні державно-інтелектуальні ресурси критичної оцінки недоліків та аргументованого впровадження нових здобутків у діагностико-лікувальний процес з урахуванням чинного законодавства.

Список літератури

1. Наказ міністерства охорони здоров'я України № 370 від 01.06.2009 року «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги».

2. Наказ міністерства охорони здоров'я України № 500 від 29.08.2008 року «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні».

3. Наказ міністерства охорони здоров'я України № 999 від 17.11.2010 року «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служби швидкої та невідкладної медичної допомоги».

Отримано 11.01.12 □

Слонецкий Б.И., Максименко М.В., Керашвили С.Г., Лобанов С.Н., Вербицкий И.В.
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.А. Шупика
Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Slonetsky B.I., Maksimenko M.V., Kerashvili S.G., Lobanov S.M., Verbitsky I.V.
National Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv
Kyiv City Clinical Hospital of Emergency Medical Care, Kyiv, Ukraine

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ
ОТДЕЛЬНЫХ ПРЕДПОСЫЛОК ОТНОСИТЕЛЬНО
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
С ОСТРЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Резюме. Работа основана на данных 152 пациентов с острым распространенным перитонитом, госпитализированных и находящихся на лечении в хирургических отделениях Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи. В соответствии с отдельными нормативными документами рассмотрены предпосылки для оказания медицинской помощи пациентам с учетом особенностей догоспитального этапа и намечены некоторые направления по совершенствованию уровня медицинского обеспечения пациентов с острым распространенным перитонитом.

Ключевые слова: распространенный перитонит, неотложная медицинская помощь, нормативные документы.

DEBATABLE QUESTIONS
OF PARTICULAR PRECONDITIONS
AS FOR MEDICAL CARE PROVIDING TO THE PATIENTS
WITH ACUTE WIDESPREAD PERITONITIS

Summary. The work is based on data of 152 patients with acute widespread peritonitis, which had been hospitalized and treated in surgical departments of Kyiv city clinical hospital of emergency medical care. In accordance with several practice guidelines there were investigated preconditions for delivery of health to patients, taking into account the peculiarities of prehospital stage and were contemplated some directions on improvement of medical care to the patients with acute widespread peritonitis.

Key words: widespread peritonitis, emergency medical care, practice guidelines.