

Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України»
Дніпровська міська рада
Департамент охорони здоров'я населення
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів
Українська асоціація громадського здоров'я
За участю:
Міністерства охорони здоров'я України
Представництва ВООЗ в Україні
Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»

БЕЗПЕКА ПАЦІЄНТІВ В УКРАЇНІ: СТАН І ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ

Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції
м. Дніпро, 6–7 червня 2017 року

*За заг. ред. директора ДУ «Інститут громадського здоров'я
ім. О. М. Марзєєва НАМН України» академіка НАМН України А. М. Сердюка
і ректора ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
члена-кореспондента НАМН України Т. О. Перцевої*

3. Необходимость наиболее ранней дэскалации АБТ даже у пациентов с сепсисом и септическим шоком.

В современной микробиологии сложились тренды по глобальному росту антирезистентности на фоне практически отсутствия новых антибиотиков, регистрируемых FDA.

Кроме того, необходимым является соблюдение принципов безопасного назначения антибактериальных препаратов. Так, например, пенициллины химически несовместимы с гепарином, гентамицином, левомицетином, эуфиллином, барбитуратами, а фармакокинетически – с фуросемидом и системными глюкокортикостероидами. Побочными явлениями, встречающимися при назначении пенициллинов, являются аллергические реакции, нейротоксические реакции, дисбактериоз, лейкопения, тромбоцитопения. Макролиды нельзя вводить в одном шприце с витаминами группы В, аскорбиновой кислотой, гепарином, а побочные реакции включают диспептические явления, стоматиты, гингивиты, холестаза, флебит (при в/в введении). Цефалоспорины I поколения нельзя сочетать с нефротоксичными препаратами (фуросемид, индометацин), а цефалоспорины III и IV поколения – с гепатотоксичными лекарствами. Нежелательные явления, встречающиеся при введении цефалоспоринов, – аллергия, болезненность в месте введения, нефро-, нейро-, гепато- и гематотоксичность, дисбактериоз. Респираторные фторхинолоны следует с осторожностью назначать одновременно с препаратами, удлиняющими интервал QT. А при одновременном применении с глюкокортикостероидами повышается риск разрыва сухожилий, особенно у пожилых, совместно с препаратами, ощелачивающими мочу нефротоксических эффектов. После назначения фторхинолонов встречаются артропатия, артралгия, миалгия, тендинит, транзиторный нефрит, удлинение интервала QT на ЭКГ, кандидоз слизистой оболочки полости рта и/или вагинальный кандидоз, псевдомембранозный колит и др.

Післяопераційні ускладнення та проблеми безпеки пацієнтів в кардіохірургії

Лазоришинець В. В., Крикунов О. А.

Сучасна кардіоторакальна хірургія – це складна соціотехнічна система, що охоплює унікальні техніку та апаратуру, лікарів високого рівня підготовки та пацієнтів підвищеного ступеня ризику. Ми працюємо в умовах критичного рівня безпеки, складність надаваної медичної допомоги і фактори ризику з боку пацієнта експоненціально збільшують потенціальний ризик можливих ускладнень.

Матеріали та методи. З 01.01.1993 по 31.12.2016 в ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова» НАМН України пройшли хірургічне лікування 3 495 809 пацієнтів. За більш ніж 20-річний період роботи інституту госпітальна летальність знизилася з 13,3 % (1993 р.) до 1,3 % (2016 р.) випадків. Кількість інвазивних процедур у 2016 р. становила 3212 інтервенцій.

Результати та обговорення. Аналіз результатів хірургічного лікування аневризми грудної аорти виявив, що при розширюючих аневризмах госпітальна летальність зменшилася з 7,2 до 1,3 %, при аневризмах без розшарування – з 6 до 0 % випадків. При цьому загальна госпітальна летальність при хірургічному лікуванні аневризми грудного відділу аорти у 2016 р. не перевищила 0,5 % випадків. Кількість оперативних втручань з приводу інфекційного ендокардиту збільшилася з 63 (1993 р.) до 236 (2016 р.) пацієнтів відповідно. Госпітальна летальність знизилася з 14,2 % (1994 р.) до 2,1 % (2016 р.) випадків відповідно. За останні 7 років частота рецидивів інфекційного ендокардиту складає 0,4 % випадків.

Оцінка результатів хірургічного лікування набутих вад серця за останні роки виявила стабільну картину. Так, у 2016 р. кількість втручань склала 940 операцій з госпітальною летальністю 2,9 %. Госпітальна летальність при протезуванні мітрального клапана та одночасному аорто-коронарному шунтуванні становила 5,3 %, за даними Society of Thoracic Surgeons(STS) вона дорівнює 9,6 % випадків. Аналогічні дані щодо госпітальної летальності спостерігаються і при одночасному протезуванні аортального та мітрального клапанів – 4,9 %, а за даними STS – 6,8 % випадків. Серед післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні набутих вад серця домінують: гостра дихальна недостатність – 2,9 % (12,8 % – STS) випадків, реторакотомії – 2,6 % (4,1 % – STS) випадків, гостра серцева недостатність – 1,4 % (1,5 % – STS) та гостра ниркова недостатність – 1,1 % (4,6 % – STS) випадків відповідно. При аналізі ускладнень, які призвели до летальних наслідків при хірургічному лікуванні набутих вад серця, виявлено, що головною причиною є ятрогенні пошкодження – 9 (1 %) випадків. Результати хірургічного лікування ішемічної хвороби серця останніми роками тримаються на сталому рівні – 1232 операції (2016 р.). Кількість встановлених стентів на одного пацієнта з ішемічною хворобою серця збільшилася з 0,9 % (2014 р.) до 1,2 % (2015 р.) випадків відповідно. Аналіз рівнів госпітальної летальності при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця виявив зменшення кількості летальних випадків: з 2 % (2001 р.) до 0,4 % (2016 р.) відповідно. У порівнянні зі світовими даними (STS) госпітальна летальність при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця склала 2,5 % (2001 р.) та 2,0 % (2014 р.) випадків відповідно. Оцінка післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця показала, що домінують: гостра дихальна

недостатність – 2,8 % (8,7 % – STS), реторакотомії – 2,4 % (4,3 % – STS) та гостра серцева недостатність – 1,3 % (5,9 % – STS), що не перевищує світових показників. Серед ускладнень, що призвели до летальних наслідків при хірургічному лікуванні ішемічної хвороби серця, переважало гостре порушення мозкового кровообігу – 2 (0,3 %) випадки. Динаміка кількості кардіохірургічних втручань при лікуванні вроджених вад серця показала зменшення летальності з 3,8 % (2014 р.) до 1,8 % (2016 р.), при цьому очікувана летальність за шкалою Aristotel коливалася в межах 5,3–6,5. За даними EACTS, госпітальна летальність при хірургічному лікуванні набутих вад серця склала 3,5 % (2016 р.) з прогнозованою летальністю за шкалою Aristotel – 6,5. Значно збільшилася частка ендоваскулярних втручань по відношенню до стандартних кардіохірургічних операцій – з 21,4 % (2010 р.) до 48,1 % (2016 р.) відповідно. Також реєструється зростання кількості ендоваскулярних інтервенцій з приводу вроджених вад серця: закриття дефекту міжпередсердної перетинки – з 29 (2010 р.) до 127 (2016 р.) пацієнтів; закриття відкритого артеріального потоку – з 17 (2010 р.) до 122 (2016 р.) пацієнтів відповідно.

Головне місце серед післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні вроджених вад серця належить гострій дихальній недостатності – 3,9 % (2016 р.) випадків. Серед ускладнень, що призвели до летальних наслідків при хірургічному лікуванні вроджених вад серця, необхідно виділити: кардіогенний шок – 6 (0,9 %) випадків, гостре порушення мозкового кровообігу та госпітальна пневмонія – 2 (0,3 %) та 2 (0,3 %) випадки відповідно.

Висновок. В основі стратегії зменшення післяопераційних ускладнень та госпітальної летальності лежить аналіз стратифікації доопераційних факторів ризику пошкодження органів і систем під час хірургічного лікування. А саме, для центральної нервової системи запропоновано виявлення ураження екстракраніальних судин головного мозку, випадків гострого порушення мозкового кровообігу; для дихальної системи – виявлення пневмоній і хронічних обструктивних захворювань легень; для сечовидільної системи – аналіз порушення концентраційної функції нирок; для серцево-судинної системи – виявлення станів, пов'язаних із систолічною та діастолічною дисфункцією лівого шлуночка. Усі ці вихідні патологічні зміни органів і систем потребують спеціальних протоколів інтраопераційного ведення для уникнення післяопераційних ускладнень. Розроблена система анестезіологічного та перфузіологічного забезпечення хірургічного лікування хворих високого ступеня ризику сприяла радикальному зниженню післяопераційних ускладнень і госпітальної летальності в нашому закладі.