

- призначення лікарських засобів з оформленням документів відповідно до законодавства;
- підготовка медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та медико-соціальну реабілітацію.

Оформлення довідок, форм, листків непрацездатності.

На догоспітальному етапі сімейний лікар надає невідкладну допомогу, у разі такої потреби у пацієнта, а саме:

- діагностика ГПМК, та виклик 103, для транспортування хворого в заклад з яким НСЗУ заключило договір на пакет послуг «ІНСУЛЬТ»;
- при підозрі на ШКХ, розгорнутий аналіз крові, огляд пацієнта, з подальшим скеруванням до хірургічного відділення;
- при колапсі/непритомності (надає горизонтальне положення, вимірює АТ, лікування: кофеїн/кордіамін в/в) адреналін, та викликати 10;
- гіпертонічний криз -вимірювання АТ, введення лазикс в/в на фізіологічному розчині, ніфедипін під язик, магнію сульфат в/м, у разі стабілізації стану – спостереження, якщо стан не покращується—направити на стаціонарне лікування;
- при астматичному статусі преднізолон 30-60 мг кожні 3 години, якщо стан не стабілізувався –викликати 103.

В медичному закладі мають бути в наявності препарати для надання невідкладної допомоги при ГКС: нітрогліцерин, гепарин, клопідогрель, ацетилсаліцилова кислота, ізокет (при тиску вище 90/60) до приїзду ЕМД пацієнту надають допомогу, катетеризують та направляють на подальшу госпіталізацію.

РОЛЬ FAST TRACK-ХІРУРГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРИТОНІТОМ.

Кравець К.В., Бородаєв І.Є., Пухтєєва О.Д.

Одеський національний медичний університет

Актуальність. Захворюваність на гострий холецистит в Україні, як і в цілому світі, за останні роки зростає і становить у середньому 6,27 на 10 тис. населення. Гострий калькульозний холецистит (ЖКХ) трапляється у будь-якому віці, однак пік захворюваності припадає на 40-60 років; співвідношення чоловіків і жінок становить 1:3. Строки перебування в стаціонарі цієї групи хворих перевищують 15 діб.

Ускладнення в основному виникали в осіб похилого та старечого віку. Збільшення кількості ускладнень головним чином було пов'язано з супутніми захворюваннями серцево-судинної та легеневої систем у цій категорії пацієнтів. Застосування методик «безгазової лапароскопії» і лапароліфтинга відкривають перспективи застосування лапароскопічної холецистектомії у літніх і соматично обтяжених пацієнтів з високим операційним ризиком. Застосування принципів

Fast-track хірургії дозволяє зменшити кількість ускладнень неалежно від методу оперативного втручання.

FT-хірургія ґрунтується на даних доказової медицини, а не на звичках хірурга та установках хірургічної школи та є профільною.

Мета: поліпшити результати комплексного лікування хворих на деструктивні форми гострого холециститу, що ускладнений перитонітом шляхом застосування сучасних принципів Fast-track хірургії.

Матеріали та методи: дослідження виконане на базі підрозділів кафедри хірургії №2 Одеського національного медичного університету протягом 2014-2020 рр. В дослідження ввійшли 128 хворих із гострим деструктивним холециститом, що ускладнений перитонітом (ГДХУП), яким було виконано ТХЕ з дренивання черевної порожнини – 42 (32,8%), ЛХЕ з дренивання черевної порожнини (50,8%), ЛЛХЕ з дренивання черевної порожнини 21 (16,4%), табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за статтю та видом оперативного втручання

Стать/вид втручання	ТХЕ з дренивання черевної порожнини	ЛХЕ з дренивання черевної порожнини	ЛЛХЕ з дренивання черевної порожнини	Всього
Чоловіків	17 (26.2%)	10 (23.8%)	6 (28.6%)	33 (25,8%)
Жінок	48 (73.8%)	32 (76.2%)	15 (71.4%)	95 (74,2%)
Всього	65	42	21	128

Вибір методу оперативного втручання був зумовлений розробленим на базі кафедри хірургії № 2 ОНМедУ алгоритмом надання допомоги хворим на ГДХУП.

Оперативні втручання в групах дослідження, виконувалися в різні строки від початку симптомів та надходження в стаціонар, що було обумовлено загального стану хворого, вираженістю больового синдрому, швидкості встановлення діагнозу, загального стану хворого, даних обстеження, наявності супутньої патології, ускладнень та необхідності стабілізації стану хворих.

У 29 (22,7%) було виконано ТХЕ із дрениванням черевної порожнини, 35 (27,3%) було виконано ЛХЕ із дрениванням черевної порожнини, 5 (3,9%) було виконано ЛЛХЕ із дрениванням черевної порожнини. У всіх хворих лікування проводилося без застосування принципів FT-хірургії та реабілітації хворих.

У 13 (10,2%) хворих відповідно було виконано ТХЕ із дрениванням черевної порожнини, 30 (23,4%) хворих відповідно було виконано ЛХЕ із дрениванням черевної порожнини, 16 (4,7%) хворих відповідно було виконано ЛЛХЕ із дрениванням черевної порожнини. У всіх цих хворих процес лікування супроводжувався застосуванням принципів FT-хірургії та реабілітації хворих, було застосовано 15 компонентів FT-хірургії.

Результати: порівняльний аналіз частоти післяопераційних ускладнень і летальності свідчить про перевагу агресивної хірургічної тактики із застосуванням лапароскопічних оперативних втручань при гострому холециститі ускладненому перитонітом.

Завдяки використанню компонентів ФТ-хірургії у хворих на ГДХУП було стало можливим зменшити кількість післяопераційних ускладнень за рахунок зменшення стресу та навантаження на організм. 2 летальних випадки та та виникнення нижньодольової пневмонії були в групі хворих, де не використовувалися компоненти ФТ-хірургії та реабілітації хворих.

Таким чином, активна тактика лікування хворих з ГДХУП повинна базуватися на точних відомостях досліджень, які необхідно отримати протягом першої доби з моменту госпіталізації пацієнта, та впровадженні компонентів ФТ-хірургії.

Середня тривалість передопераційного періоду становила 1,5 доби у всіх хворих, загальна тривалість лікування у хворих із застосуванням компонентів, ФТ-хірургії при ЛЛХЕ з дрениванням черевної порожнини — 4,5 доби, при ЛХЕ з дрениванням черевної порожнини — 5,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дрениванням черевної порожнини — 10,5 доби.

Загальна тривалість лікування у хворих без застосуванням компонентів, ФТ-хірургії при ЛЛХЕ з дрениванням черевної порожнини — 5,5 доби, при ЛХЕ з дрениванням черевної порожнини — 6,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дрениванням черевної порожнини — 11 днів.

ВИСНОВКИ:

1. Агресивний підхід в тактиці лікування хворих із гострим деструктивним холециститом, що ускладнений перитонітом відповідно до алгоритму суттєво покращує результати лікування хворих.
2. Впровадження компонентів ФТ-хірургії дозволяє зменшити строки перебування в стаціонарі незалежно від методу оперативного втручання в середньому на 1 добу, та має впроваджуватися в практику.

НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ ГІПОГЛІКЕМІЇ

Краснова О.І., Ляхова Н. О., Одійчук В.О., Теницька Є. Д.

Полтавський державний медичний університет

Однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем суспільства та однією з хвороб, що призводить до передчасної захворюваності і смертності є діабет. Це хронічне захворювання, при якому підшлункова залоза не виробляє достатньої кількості інсуліну або ж організм не може ефективно використовувати вироблений інсулін. Ця хвороба призводить до таких важких наслідків, як втрата зору, ниркова недостатність, провокує розвиток серцево-судинних захворювань.

Незважаючи на те, що цукровий діабет є захворюванням, що супроводжується підвищеними показниками глюкози в крові, багато пацієнтів можуть зіткнутися з таким патологічним станом, як гіпоглікемія. Різке зниження рівня цукру може спровокувати введення інсуліну, прийом гіпоглікемічних препаратів, нерегулярне харчування, надмірні фізичні навантаження.