

26 лютого 2018 року в Вінниці була проведена науково-практична конференція анестезіологів Вінницької області. Конференція була присвячена підведенню підсумків роботи анестезіологічної служби Вінниччини в 2017 році.

Привітальними словами відкрив конференцію обласний позаштатний анестезіолог, д.мед.н., професор **О.І. Дацюк**. В звіті про роботу служби анестезіології та інтенсивної терапії Вінницької області в 2017 р. Олександр Іванович підвів підсумки роботи служби в 2017 році, детально висвітвив структуру служби, роботу відділень інтенсивної терапії, роботу ліжка, летальність, анестезіологічне забезпечення, організаційно-методичну роботу.



Висновки

- Служба анестезіології та інтенсивної терапії в цілому виконала свої завдання відповідно до моделей кінцевих результатів. При цьому, показники роботи ліжка та летальність були кращими від середньо-республіканських.
- Матеріально – технічна база служби вимагає повного оновлення. Необхідно майже 200 апаратів ШВЛ, 120 інфузоматів та 130 кардіомоніторів та пульсоксиметрів. Більшість функціональних ліжок та матрасів до них потрібно замінити.
- Необхідно відкрити ВАІТ в усіх ЦРЛ області з обов'язковою наявністю клінічних лабораторій.
- Неприпустиме використання ліжок ІТ як хоспісних.
- Необхідне стабільне забезпечення служби препаратами для наркозу та ІТ.

Фрагмент презентації О.І. Дацюка «Звіт про роботу служби анестезіології та інтенсивної терапії Вінницької області в 2017 р.»

Зі доповіддю **«Дитяча анестезіологія області: стан, проблеми, перспективи (аналіз 2017 року)»** виступив **А.І. Стародуб**, обласний дитячий позаштатний анестезіолог. Він відмітив, що на сьогодні напрямками вдосконалення служби дитячої анестезіології є забезпечення відділень анестезіології та інтенсивної терапії районних центрів фахівцями з сертифікатом із загальної або дитячої анестезіології. Сучасна апаратура повинна закуповуватися **лише** при умові можливості її роботи з пацієнтами **всіх вікових груп**. Асоціація анестезіологів має бути інструментом і юридичного захисту лікарів анестезіологів і інструментом об'єктивної оцінки діяльності лікаря анестезіолога в спірних чи скандальних ситуаціях, - зазначив у своїй доповіді Анатолій Іванович.

ПЕРСПЕКТИВИ СЛУЖБИ

- Повністю залежать від подальшого розвитку медичної допомоги в країні, але бачаться три головних напрямки:
- 1. **Ліквідація** – є лікар анестезіолог, однаковий у всіх закладах, і він надає весь спектр допомоги дітям і не тільки. Шлях можливий, але тривалий і потребує значних змін в підготовку фахівців.
- 2. **Залишення без змін** – такий шлях призведе до подальшої централізації дитячої анестезіології навкруги закладів обласного центру, буде потребувати розширення виїзних бригад та ще більше погіршить можливості інтенсивної терапії дітей в умовах районних лікарень
- 3. **Вдосконалення** – найменш затратний та реалістичний.



Фрагмент презентації А.І. Стародуба «Дитяча анестезіологія області: стан, проблеми, перспективи (аналіз 2017 року)»

Проблемам акушерської анестезіології була присвячена доповідь обласного позаштатного акушерського анестезіолога, к.мед.н, **Н.В. Титаренко**. На сьогодні новим у наданні невідкладної акушерської допомоги є активний підхід до управління ризиками. Останнє потребує проведення мультипрофесійного навчання діагностиці та лікуванню акушерських невідкладних станів, включаючи проведення командних тренінгів, розробки та впровадження стандартів дій медичного персоналу у відповідності з сучасними доказовими даними, здійснення клінічного аудиту, що є важливою складовою клінічного менеджменту.



Фрагмент презентації Н.В. Титаренко «Річний звіт по роботі служби акушерської анестезіології Вінницької області. Що нового в 2017 році?»

Акушерское кровотечение:

выявление проблемы (9 тренингов = 9 стационаров)

■ Остановка кровотечения

- Нарушение доз и последовательности введения ЛС
- Поздно принимается решение про оперативное лечение

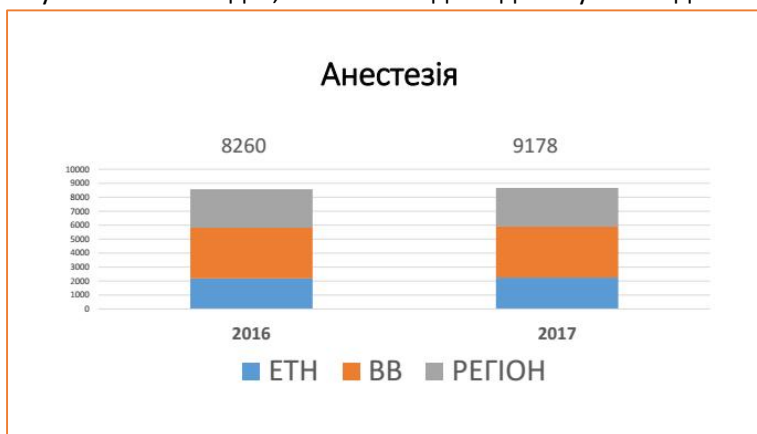
■ Восстановление и стабилизация

- Не соблюдаются принципы восполнения ОЦК и ИТТ (Н-р: кровопотеря 800 мл, ИТТ 600 мл, кровопотеря 1500 мл, ИТТ 1200 мл)
- Инфузия холодных растворов ведет к гипотермии
- Поздно принимается решение про трансфузию

■ Мониторинг

- Кровотечение > 1000 мл – требует контроля t° и ЭКГ
- Пересмотреть лабораторный мониторинг

Проблеми надання анестезіологічної допомоги у місті Вінниці були висвітлені у доповіді **І.П. Пахна**, головного позаштатного анестезіолога м. Вінниці. Доповідач акцентував увагу на необхідності впровадження уніфікованих протоколів надання анестезіологічної та невідкладної допомоги у лікувальних закладах, з повинні відповідати сучасній доказовій базі.



Фрагмент презентації І.П. Пахна «Звіт служби анестезіології та реанімації 2017»

У своїй лекції «Сучасний погляд на використання бета-блокаторів і місце есмололу в ургентній практиці» завідувач кафедри внутрішньої медицини №3 ВНМУ ім. М.І. Пирогова, д.мед.н., професор **В.П. Іванов** поділився досвідом використання селективного бета-1-адреноблокатора ультракороткої дії **Біблок** для керованого контролю ЧСС і АТ. Роль бета-блокаторів для попередження розвитку хірургічного стресу і активації симпатoadреналової системи, що в більшій мірі дає навантаження на серцево-судинну систему, - підкреслює доповідач. – Есмолол має клінічні переваги у цієї категорії пацієнтів .

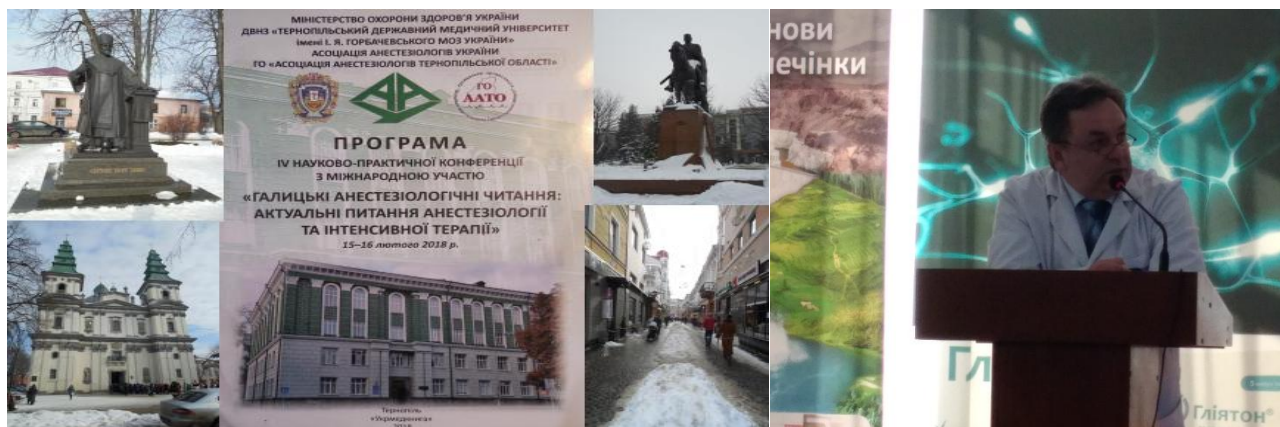


Клинические преимущества эсмолола

1. УПРАВЛЕНИЕ ЧСС и АД (Период полувыведения ≈ 9 мин.)
2. ВОЗМОЖНОСТЬ ЧЁТКОГО ИНДИВИДУАЛЬНОГО РЕЖИМА ДОЗИРОВАНИЯ (дозу препарата подбирается на кг массы тела и можно регулировать, при необходимости каждые 5 мин.)
3. ГОТОВЫЙ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РАСТВОР
4. КЛИРЕНС ЭСМОЛОЛА НЕ ЗАВИСИТ ОТ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ (метаболизируется эстеразами эритроцитов)
5. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ С ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К БЕТА-АБ (БА, ХОЗЛ, захворювання периферичних судин, ЦД, синусова тахікардія з невисоким рівнем АТ)
6. ВОЗМОЖНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ (до 24 часов)
7. БЕЗОПАСНОСТЬ (Исчезновение действия препарата ≈ 20 мин. после прекращения введения)

Фрагмент презентації В.П. Іванова «Сучасний погляд на використання бета-блокаторів і місце есмололу в ургентній практиці»

З оглядом матеріалів IV науково-практичної конференції з міжнародною участю Галицькі анестезіологічні читання: «Актуальні питання анестезіології та інтенсивної терапії», яка відбулася 15-16 лютого 2018 року в Тернополі виступив завідувач кафедри анестезіології, реаніматології, медицини невідкладних станів ВНМУ ім. М.І.Пирогова, д.мед.н., професор **М.Л. Гомон**.



Фрагмент презентації М.Л. Гомон «Огляд IV Галицьких анестезіологічних читань: актуальні питання анестезіології та інтенсивної терапії»

На завершення конференції була представлена доповідь заступника головного лікаря ККЛЗТ№1, к.м.н. **Ю.Г. Ейтутіса** «Клінічне харчування пацієнтів у критичних станах». При обговоренні цієї проблеми доповідач підкреслив, що нутритивна недостатність має місце у **7% - 70%** госпіталізованих пацієнтів. В свою чергу доведено, що зниження калоражу на 10 ккал/кг/добу призводить до зростання летальності на 30-40 %. Тому адекватне клінічне харчування пацієнтів із застосуванням сучасних збалансованих препаратів є запорукою виживання пацієнтів цієї категорії, - зазначив доповідач.

Ларнамін - нові природні речовини

Ларнамін

Рекомендації
ESPEN

Коли необхідне клінічне харчування?

Хворих потрібно годувати, так як голодування чи недостатнє харчування у пацієнтів у ВРІТ підвищує рівень летальності (C)

Всі пацієнти, у яких впродовж 3 діб не може бути відновлене нормальне харчування, повинні протягом 24-48 годин отримати парентеральне харчування, якщо ентеральне протипоказано, недостатньо або погано переноситься (C)

Ліпіди повинні бути невід'ємною складовою частиною парентерального харчування в якості джерела енергії і гарантованого забезпечення есенціальними жирними кислотами у пацієнтів в критичних станах (B)

Фрагмент презентації Ю.Г. Ейтутіса «Клінічне харчування пацієнтів у критичних станах».

Конференція, як завжди, пройшла в атмосфері жвавої дискусії, обговорення представлених проблем і приємного спілкування.

Всі презентації, котрі були представлені на конференції, є доступними на сайті anest.vn.ua