

ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ, ПРОВІЗОРІВ ТА ФАРМАЦЕВТІВ

ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ ЛІКАРЯМ-СЛУХАЧАМ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛІВ ТА ЦИКЛІВ СТАЖУВАННЯ З ФАХІВ «АНЕСТЕЗИОЛОГІЯ» ТА «МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ»

С.О. Акентьєв, М.С. Березова*, С.Ю. Каратєєва**

Кафедра анестезіології та реаніматології

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти***

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Безперервність післядипломного навчання передбачає різноманітні форми, проте перебування лікарів, насамперед, на передатестаційних циклах дає можливість навчальному закладу системно та ґрунтовно ознайомити слухачів з досягненнями в медицині, узагальнивши результати власних досліджень та сучасні рекомендації з нагальних фахових питань. Переважна кількість лікарів указаних фахів, які підтверджують свою кваліфікацію, встигли попрацювати за фахом 10-20 років. Відчутний відсоток лікарів, які мають стаж практичної діяльності понад 30 років. З повсякденною лікарською роботою, набутим досвідом, зростає очікування випадків з фатальним наслідком, переосмислюється порядок дій при наданні медичної допомоги при критичних станах. Поряд з цим, безумовно, з часом втрачаються теоретичні знання з актуальних питань, володіння навичками і алгоритмами тримається на практичному досвіді та інтуїції. Відбувається зниження («притуплення») уваги до технологій, які існують багато років і, на перший погляд, вважаються простими і засвоєними. Саме лікарями зі стажем понад 15 років найбільш часто допускаються помилки при проведенні гемотрансфузій, а найнижчий показник володіння основами серцево-легеневої реанімації відповідно сучасних рекомендацій спостерігається серед лікарів вищої кваліфікаційної категорії.

За останнє десятиліття підходи до визначення сутності стану клінічної смерті, а також алгоритмів надання серцево-легеневої реанімації кардинально змінилися. Досить нагадати відому аббревіатуру А-В-С (Ей-Бі-Сі), яка означає порядок ведення пацієнта при зупинці серця на етапі елементарної підтримки життя за Петером Сафаром: налагодження прохідності дихальних шляхів, проведення штучного дихання (дихання «рот до рота»), штучний кровообіг (компресії грудної клітки). За умови участі в реанімації двох учасників, формула надання допомоги мала вигляд 1: 5 (на один вдих припадало п'ять компресій грудної клітки). Згідно сучасних оновлених рекомендацій American Heart Association (АНА) по серцево-легеневій реанімації (СЛР) і невідкладній допомозі при серцево-судинних захворюваннях та європейської Ради по реанімації від 2015 року (ERC Guidelines for Resuscitation) відома аббревіатура звучить вже як: С-А-В (Сі-Ей-Бі). Порядок виконання алгоритму: підтримка штучного кровообігу, налагодження прохідності дихальних шляхів, проведення штучного дихання. Формула надання допомоги набула абсолютно

нового змісту: 30:2. Терміново починають виконувати компресії грудної клітки (зовнішній масаж серця). Як бачимо, пріоритет надається, перш за все, підтримці штучного кровообігу. На перших етапах проведення штучної вентиляції легень відстрочується на час проведення декількох циклів відновлення штучного кровообігу. Ці рекомендації виникли, безумовно, не на рівному місці. Вони базуються на результатах чисельних багато центрових рандомізованих дослідженнях та підтверджені більшим виживанням пацієнтів у подальшій перспективі. Власне, остання теза характеризує мету, яка володіє лікарями – реаніматологами при наданні невідкладної допомоги. При висвітленні питань СЛР лікарям-слухачам необхідно зробити акцент на наступному. В основі сучасних оновлених рекомендацій по СЛР лежить оцінка практичних результатів основних критеріїв надання допомоги, в якій брали участь 250 експертів з 39 держав Міжнародного погоджувального комітету по реанімації (ILCOR), оскільки з'явилася достатня кількість нових наукових даних щодо стану пацієнта при клінічній смерті. Необхідно врахувати, що за нових рекомендацій створюються більш сприятливі умови (певний тиск у вінцевих артеріях) на більш тривалому терміні, ніж при формулах 2:15, і тим більше при 1:5. При останніх формулах компресія грудної клітки переривається на проведення штучної вентиляції легень. Наслідком є падіння до тиску «до нуля» у вінцевих артеріях, який необхідно знову піднімати при компресіях грудної клітки. Найбільш суперечливою, на думку лікарів-слухачів, є відмова на першому етапі від проведення дихання «рот до рота». Проте цьому є наукове підтвердження: по-перше, у перші хвилини після зупинки серця значно знижуються респіраторні потреби внаслідок зменшення продукції CO₂ тканинами і зменшення доставки CO₂ від тканин до легень; по-друге, зниження респіраторних потреб у перші хвилини після зупинки серця можуть бути компенсовані наявністю в організмі хворого певних запасів кисню та агонального типу дихання – гаспінг (у 40% пацієнтів), крім того, під час компресій грудної клітки відбувається газообмін за принципами високочастотної ШВЛ. Нові стандарти СЛР: частота компресій 100-120 на хв., частота дихань – 10 на хв., глибина прогинання грудної клітки – не менше 5 і не більше 6 см.

Таким чином, засвоєння лікарями-слухачами з фахів «анестезіологія» та «медицина невідкладних станів» нових наукових даних з вивчення патофізіологічних зсувів під час стану клінічної смерті та СЛР, а також рівня виживання пацієнтів при нових стандартах є запорукою для зміни усталених знань та навиків лікарів з цих актуальних питань. Кількість спірних питань, при яких відбулась зміна підходів за принципом доказовості, значно більша: проведення ранньої дефібриляції, корекція паралельної медикації, зменшення післяреанімаційної дисфункції міокарда серця за рахунок застосування медикаментозних засобів, які менше виснажують міокард. Безумовною складовою заняття, поряд з теоретичною частиною, є практичне засвоєння надання невідкладної допомоги за формулою САВ на манекені. Оволодіння новими стандартами алгоритмів СЛР практичними лікарями буде сприяти підвищенню ефективності надання екстреної медичної допомоги при критичних станах на дошпитальному етапі та в умовах інтенсивної терапії.