

ПІДГОТОВКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН

УДК 61:614.254.3:378

С.І. Іващук, С.В. Білецький, Л.П. Сидорчук, О.І. Іващук
Буковинський державний медичний університет

Резюме. Методологічно розглянуто підготовку сімейного лікаря з хірургічних дисциплін, що повинна здійснюватися на засадах демонстративних технологій, згідно дотримання чітких алгоритмів і протоколів, та відпрацювання практичних моментів на етапах постійного потоку ургентних хворих.

Сімейний лікар – поняття багатогранне й за сутністю охоплює всі розділи сучасної медицини. За останні роки все більше уваги приділяється професійній підготовці лікарів-інтернів і лікарів загальної практики – сімейної медицини. Наше завдання полягає в тому, щоб за відносно короткий період часу підготувати лікаря-інтерна чи лікаря-слухача до самостійної роботи з надання невідкладної допомоги з різних розділів медицини.

Кафедрою розроблено методологічний комплекс підготовки сімейного лікаря з хірургії, який включає теоретичний курс підготовки (лекції, семінарські заняття, самостійне опрацювання літератури) та клінічний етап підготовки, якому приділяється особлива увага.

Так, для поліпшення входження лікарів-інтернів і лікарів-слухачів у практичну діяльність сімейного лікаря, необхідно навчити їх умінню орієнтуватися в нагальних ситуаціях, за тієї чи іншої патології, тактиці та умінню надання догоспітальної лікарської допомоги. Оптимальним виглядає практикування лікарів у приймальню відділення лікарні швидкої медичної допомоги, де спостерігається постійний потік ургентних хворих за різними спеціальностями: хірургія, урологія, травматологія, нейрохірургія, комбустіологія, реаніматологія. Нами запропонована наступна схема роботи. При поступанні хворого до приймального відділення, наш лікар разом із лікарем-спеціалістом проводять огляд та обстеження пацієнта, визначається в тактиці ведення останнього. У разі амбулаторного профіля пацієнта – надає необхідну медичну допомогу, під контролем лікаря-спеціаліста; при госпіталізації хворого у відділення – знайомиться з тактикою лікарів відділення (їх призначеннями, обсягом обстежень і прийомами в проведенні тих чи інших маніпуляцій). Необхідно зауважити, що 2/3 основного часу своєї діяльності наш лікар проводить у приймальню відділення й тільки 1/3 – у стаціонарі. Час роботи в стаціонарі охоплює й повторні відвідування відділення в наступні дні: огляд госпіталізованих напередодні хворих, знайомство з подальшим перебігом захворювання, призначеними обстеженнями, зміною діагнозу чи тактики. Бажано, щоб у приймальню відділення знаходилася група лікарів-інтернів чи слухачів, що дає їм можливість обмінюватися інформацією, оскільки кожен із них працює зі "своїм" хворим і не завжди "бачить" усіх пацієнтів. Упродовж роботи в приймальню відділення поряд із нашим лікарем постійно знаходяться куратор циклу, який надає їм, у разі необхідності, певну консультативну допомогу. Кожен наступний день починається з аналізу хворих, оглянутих курсантами напередодні, та відпрацювання певних ситуаційних задач по кожному хворому.

Поряд із тим, для полегшення подальшої практичної роботи наших сімейних лікарів, нами розроблено алгоритми дій сімейного лікаря за невідкладних станів

хірургічного профіля. Структура алгоритму побудована наступним чином: визначення нозології, клініка, діагностика, протокол дій сімейного лікаря, лікування.

Поряд із поданням текстового матеріалу ми наводимо й граф логічної структури. Останній є обов'язковим, враховуючи нагальність та невідкладність дій сімейного лікаря за тієї чи іншої екстремальної ситуації. Вважаємо за доцільне також розроблення стандартизованих схем лікування та протоколів дій сімейного лікаря. Як приклад, можемо навести фрагмент алгоритму "Гострий тромбофлебіт".

Гострий тромбофлебіт нижніх кінцівок

Клініка. При тромбофлебіті поверхневих вен: початок частіше поступовий. Помірний біль у тромбованій ділянці вени чи по ходу всієї вени, гіперемія, пастозність або набряк по ходу вени; болючість та ущільнення при пальпації останньої; інколи картина перифлебіту. З боку крові: лейкоцитоз зі зміщенням лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ, стан гіперкоагуляції (рис. 1).

Стосовно тактики сімейного лікаря та проведення консервативного лікування залежно від локалізації й розповсюдженості гострого тромбофлебіту на нижній кінцівці необхідно дотримуватися наступної схеми (рис. 2).

Лікування гострого тромбофлебіту

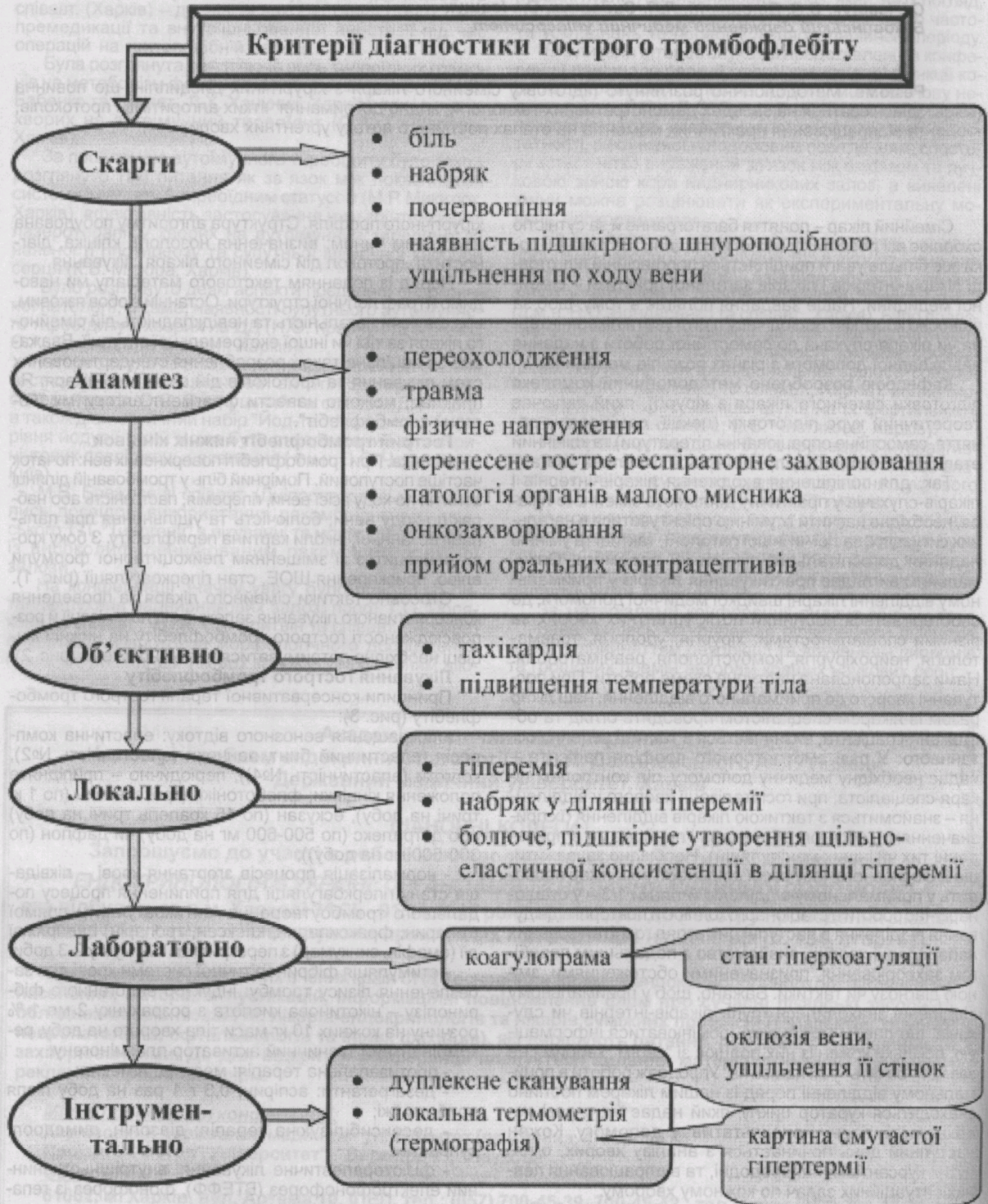
Принципи консервативної терапії гострого тромбофлебіту (рис. 3):

- покращення венозного відтоку: еластична компресія (еластичний бинт, панчохи (еластичність №2), колготи (еластичність №4)); періодично – припідняте положення кінцівки; флеботоніки (троксевазин (по 1 к. тричі на добу), ескузан (по 15 крапель тричі на добу) або детралекс (по 500-600 мг на добу) чи дафлон (по 300-600 мг на добу));
- нормалізація процесів згортання крові – ліквідація стану гіперкоагуляції для припинення процесу подальшого тромбоутворення: антикоагулянти прямого (гепарин, фраксипарин, клексан, тропарін) і непрямий дії (омефін, синкумар) з перекриттям мінімум у 2-3 доби;
- стимуляція фібринолітичної системи крові для забезпечення лізису тромбу: індуктор ендогенного фібринолізу – нікотинова кислота з розрахунку 2 мл 1% розчину на кожних 10 кг маси тіла хворого на добу, рекомбінантний тканинний активатор плазміногену;
- протизапальна терапія: месулід, німесил;
- дезагреганти: аспірин, 0,3 г 1 раз на добу після прийому їжі;
- десенсібілізуюча терапія: діазолін, димедрол, супрастин;
- фізіотерапевтичне лікування: внутрішньотканинний електрофонофорез (ВТЕФФ), фонофорез із гепариновою чи троксезавиновою маззю.

Ефективним методом лікування гострого тромбофлебіту поверхневих вен і тромбозу глибоких вен

нижніх кінцівок є внутрішньотканинний електрофонофорез (мал. 4). Застосування вказаного методу дає, за своєчасно розпочатої терапії, можливість вилікувати хворого впродовж 5-7 діб.

Як альтернативний варіант локальної терапії може виконуватися паравазальна блокада тромбофлебічного ураження вищезазначеною тромболітичною сумішшю (мал. 5).



Мал. 1. Критерії діагностики гострого тромбофлебіту

Над дистальною частиною ураженої вени накладається пристрій для селективної компресії поверхневої венозної системи, після чого в вену тилу ступні ураженої кінцівки протягом 60-70 хв. вводять медикаментозну суміш (з розрахунку: гепарин – 1 мл (5 000 ОД), новокаїн 0,25 % – 12 мл на кожні 10 кг маси хворого, нікотинова кислота 1 % – 1 мл на кожні 10 кг маси хворого); через 10-15 хв. з моменту початку внутрішньовенної інфузії розпочинають поперечно-повздожну гальванізацію зони тромбофлебіту постійним електричним струмом

щільністю 0,03-0,15 мА/см² із експозицією в 60-90 хв. (струмопровідні прокладки площею 200-300 см² кожна, гальванічний апарат "Поток-1") та ультразвукове опромінення вказаної зони за частоти 880 кГц та інтенсивності 0,4-0,6 Вт/см² у безперервному режимі протягом 10-15 хв. (випромінювач Л-4, апарат "УЗТ-101"). Компресія поверхневої венозної системи припиняється одночасно із завершенням внутрішньовенної інфузії. Процедуру ілюстровано на мал. 4.

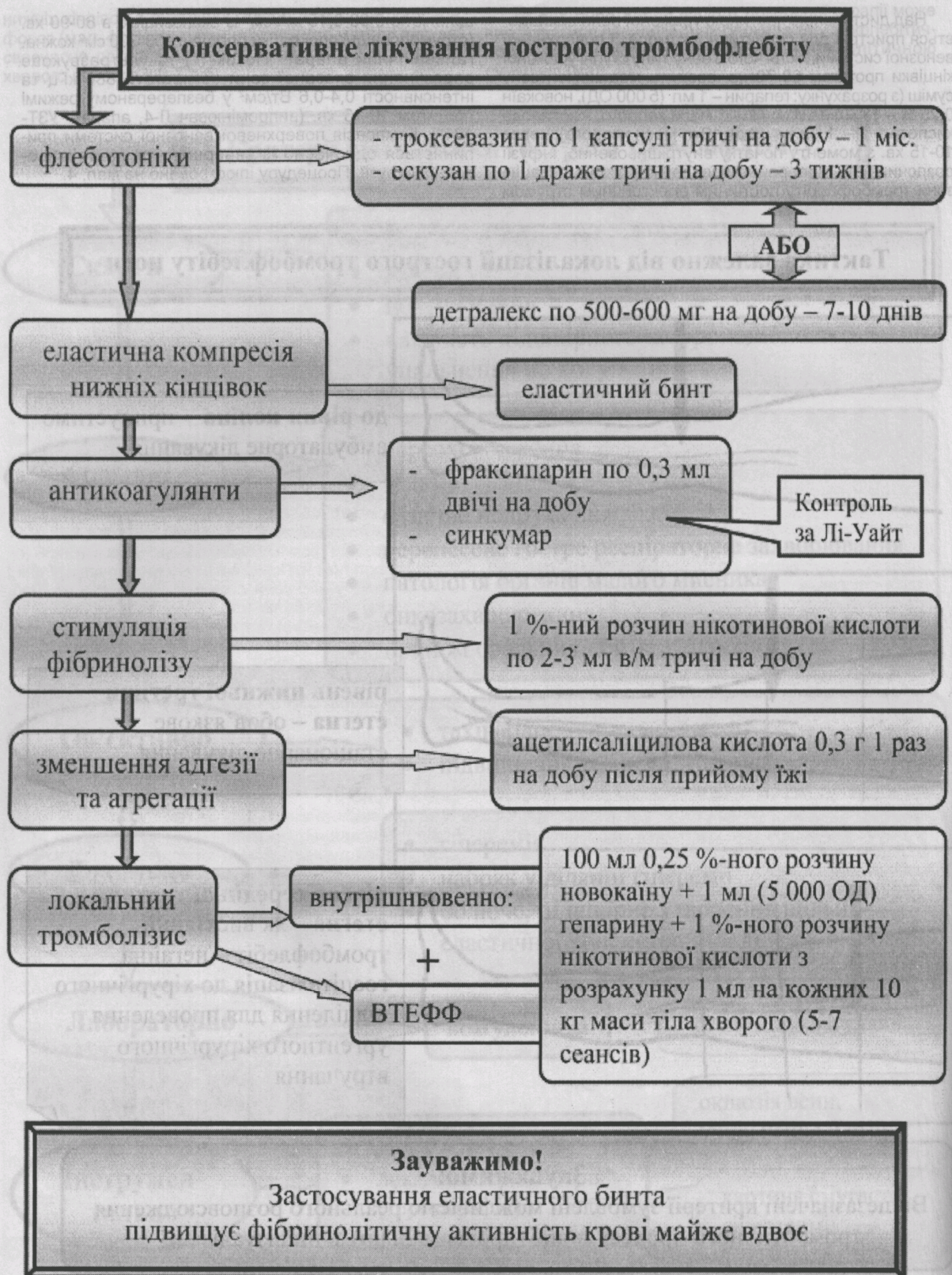
Тактика залежно від локалізації гострого тромбофлебіту ноги

| | |
|--|---|
| | <p>до рівня коліна – припустимо амбулаторне лікування</p> |
| | <p>рівень нижньої третини стегна – обов'язкове стаціонарне лікування</p> |
| | <p>рівень середньої третини стегна – як висхідний тромбофлебіт – негайна госпіталізація до хірургічного відділення для проведення ургентного хірургічного втручання</p> |

Зауважимо!

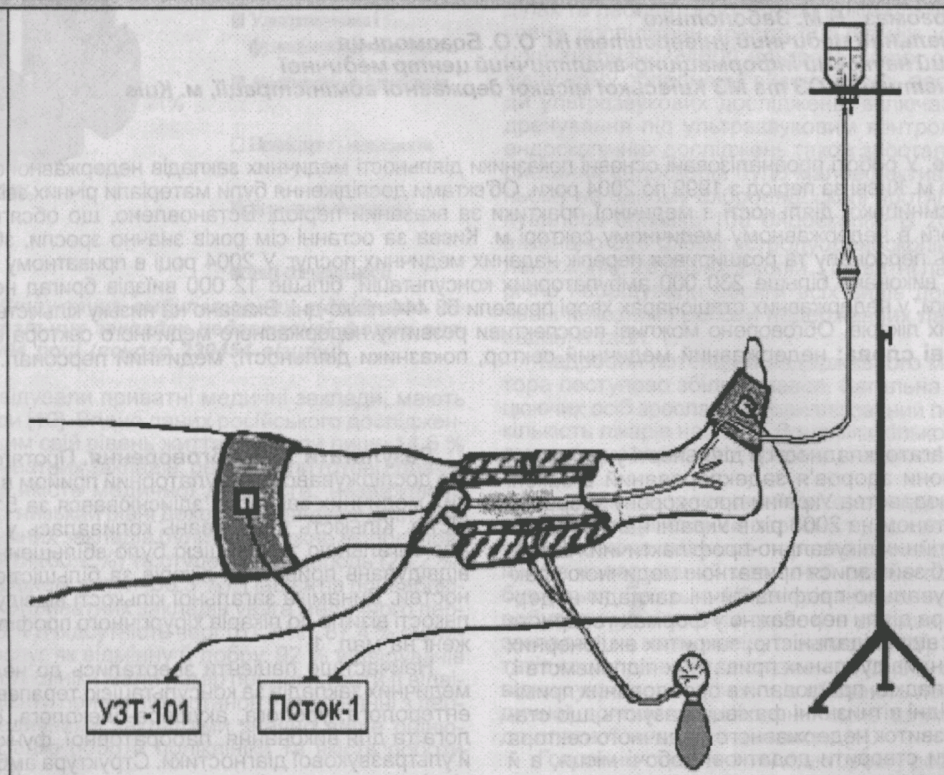
Вищезазначені критерії зумовлені можливістю реального розповсюдження тромботичного процесу вище (проксимально) зони візуалізації

Мал. 2. Тактика сімейного лікаря за гострого тромбофлебіту ноги



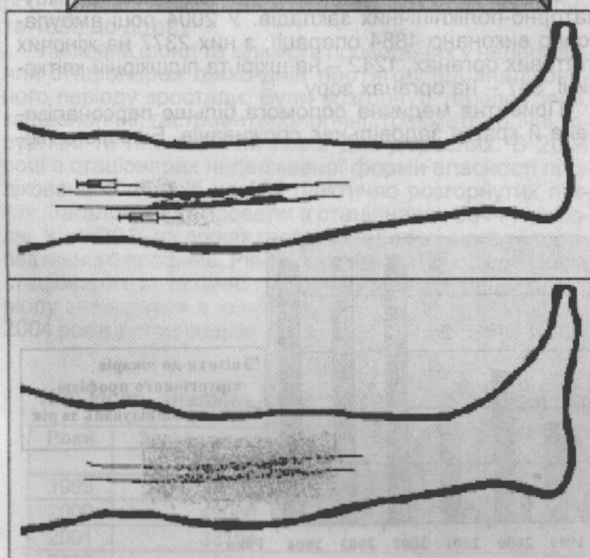
Мал. 3. Консервативне лікування гострого тромбофлебіту

Методика виконання внутрішньотканинного електрофонофорезу за гострого тромбофлебіту



Мал. 4. Методика внутрішньотканинного електрофонофорезу

Схема виконання паравазальної блокади тромбофлебіту тромболітичною сумішшю



Мал. 5. Схема паравазальної блокади гострого тромбофлебіту

Наведений фрагмент алгоритму входить до навчально-методичного посібника "Хірургічні хвороби у практиці сімейного лікаря" та мультимедійного пакету нашого навчального курсу з хірургії, що дає можливість забезпечення демонстративного навчання навіть за відсутності тематичного хворого, тобто "не тільки почути, але й побачити". Запропонований підхід було поширено нашою кафедрою й на викладання інших дисциплін, що отримало схвалення як із боку лікарів-інтернів, так і слухачів. Сподіваємося, що така методика підготовки забезпечить високий професійний рівень нашого сімейного лікаря.

Література

1. Білецький С.В., Христин Т.М., Друца І.О., Івашук С.І. та інш. Алгоритми невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря: (навчально-методичний посібник) / За редакцією С.В.Білецького, Т.М.Христин, С.І.Івашука, Л.П.Сидорчук.– Чернівці: Склавія, 2004.– 327 с.
2. Івашук С.І., Івашук О.І. Хірургічні хвороби у практиці сімейного лікаря. Навчально-методичний посібник.– Чернівці: Медуніверситет, 2005.– 352 с.