

- is competency based;
- is of finite duration;
- is supervised;
- allows time for study;
- is planned;
- is evaluated;
- has clear objectives; and
- accommodates the specific career needs of individuals.

### **The Foundation Programme**

#### Structure:

The Foundation Programme is a two-year generic structures supervised work-place training programme which forms the bridge between medical school and specialist/general practice training.

It must include at least 6 months in surgery and at least 6 months in medicine and consists of 3,4 or 6 month rotations over 2 years.

#### Example:

F1: Geriatric Medicien, Vascular SURGERY, Renal Medicine

F2: Audiology, Urology, A&E

Working day structure is very variable across the hospitals as well as placements

#### Duties:

- word round which generates
- jobs, ie. requesting investigations, chasing results, taking blood, obtaining IV access, urinary catheterization etc.
- paper work to discharge patients
- prescriptions to take home
- on-calls: clerking new patients/ward cover
- observing / learning difficult procedures (LPs, chest drains)
- theatre exposure
- reviewing acutely unwell patients
- protected teaching sessions
- teaching medical students
- audit
- e-portfolio
- study leave: courses, projects, taster week, conferences, etc.

#### My experiences:

- Exposure to Trauma calls
- Performing Central

- Taster week in Anasthetics
- ILS +ALS courses
- Courses: Career in Anasthetics, Introduction to Intensive Care
- Conferences:
- Pre-assessment clinics

#### **Summary**

- Specialty training takes a long time
- There is a “transitional” training between med school and specialty training
  - Successful application for any specialty training depends on wise use of opportunities during Foundation training
  - Anesthetics being a very competitive specialty requires a sound CV and portfolio

УДК 616-036.882-08

### **ПЛАЗМОСОРБЦІЯ В УМОВАХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

Акентьєв С.О., Коновчук В.М., Ковтун А.І., Кокалко М.М

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

**Актуальність.** Терапія ендотоксикозів вимагає подальшого удосконалення як традиційних, так і еферентних методів лікування та їх поєданого застосування.

**Мета дослідження.** Підвищення ефективності лікування хворих з синдромами печінкової, ниркової та печінково-ниркової недостатності в умовах інтенсивної терапії.

**Матеріали та методи.** Нами в комплексному лікуванні 120 хворих з названими синдромами проведена плазмосорбція (ПС – 245 сеансів). Пацієнтів чоловіків було 73, жінок – 47. Сеанси ПС проводили рутинним способом – фракційним (дискретним) варіантом. Оптимізацію ПС здійснювали шляхом включення у лікування ультрафіолетового та внутрішньосудинного лазерного опромінення крові, гіпербаричної оксигенації, кріоплазмосорбції, ультрафільтрації крові, ендолімфатичного

введення ліків, внутрішньотканинної гальванізації нирок даларгіном, епідуральної анестезії. Ефективність ПС оцінювали за загальним станом хворих, добовим діурезом, параметрами гемодинаміки, частотою дихання, динамікою біохімічних і токсикологічних показників.

**Результати роботи.** У всіх групах хворих ПС показала себе ефективним методом детоксикації. Так, у хворих на печінкову недостатність після першого сеансу «дренуючий» ефект був менш вираженим, загальний стан хворих покращився, з третьої доби спостерігалось достовірне пониження білірубінемії на тлі збільшеного у 2,5 рази добового діурезу ( $p < 0,05$ ), зменшились явища енцефалопатії.

У хворих на ниркову недостатність достовірних змін показників гіперазотемії після ПС не спостерігалось, проте з 5-10 доби виникала тенденція до її зниження. Це супроводжувалося значним збільшенням діурезу, зменшенням загальної слабкості, покращанням апетиту тощо. Необхідно відмітити, що при станах з наростаючою олігурією ПС сприяє відновленню діурезу і попереджує виникнення анурії. Це виключало застосування екстракорпорального гемодіалізу.

Зміни, які виникали при гепато-ренальному синдромі, були аналогічними, як і в попередніх групах, однак потребували більшої інтенсифікації ПС.

**Висновок.** Білковозберігаючий та діуретичний ефекти, виключення замісної плазмокореції і вираженого руйнування формених елементів при ПС дає можливість застосувати її при анеміях, гіпопротеїнеміях, порушенні гемодинаміки. Результуючий ефект поєднаного застосування з іншими методами розширює можливості інтенсивної терапії та еферентної терапії в цілому.

## ВИКОРИСТАННЯ ТІВОРТІНУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ ІЗ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Андрухова Н.П.

*Хмельницька обласна лікарня*

**Вступ.** У даний час, незважаючи на новітні досягнення в діагностиці та лікуванні преєклампсії, ця патологія все ще залишається досить грізним та непередбачуваним ускладненням вагітності.

Одним із нових препаратів, який з'явився на ринку лікарських засобів України, і який можна застосувати для лікування еклампсії, є тівортін. Тівортін є незамінним донатором оксиду азоту (NO).

Тівортін – фізіологічний вазодилататор, він регулює тонус судин в нормі. Цей препарат:

- понижує адгезію лейкоцитів та тромбоцитів до судинної стінки;
- пригнічує активність тромбоцитів і перешкоджує тромбоутворенню;
- понижує проліферацію гладком'язових клітин судин.

Все це допомагає нормалізувати функцію ендотелію.

Амінокислота аргінін (природний аналог тівортіну) володіє антиоксидантним, антигіпоксантичним, мембраностабілізуючим ефектами. Аргінін є основою для ферменту NO-синтетази, яка виступає в ролі каталізатора при синтезі азоту в клітинах ендотеліальної оболонки судин.

Підвищення утворення оксиду азоту веде до дилатації периферичних судин і знижує загальний периферичний опір, що призводить до пониження АТ і зменшення кисневого голодування тканин. Препарат пригнічує утворення ендотеліну (речовини з вираженою вазоконстрикторною дією).

У вагітних тівортін поліпшує кровообіг в артеріях матки та пуповини плода, покращує доставку кисню і глюкози в тканини, тому ефективний при затримці внутрішньоутробного розвитку.

Крім того, при преєклампсії в крові вагітної знижується кількість вільного аргініну, що корелює з тяжкістю перебігу преєклампсії. Тому одним із показань до застосування препарату є патологія вагітних: гестоз і преєклампсія.

**Мета.** Вивчення у клінічних умовах використання тівортіну у вагітних.

**Матеріал та методи.** У відділенні інтенсивної терапії при ЕГПНВ пролікували 57 вагітних, у яких був виставлений діагноз – преєклампсія.