

анальгезії (ММАА) для швидкого відновлення після операції, оцінки та адекватної корекції волемічного і коагуляційного стану. На основі результатів лікування 770 пацієнтів з ожирінням після планової абдомінальної хірургії виявлено:

1. Кардіальний ризик підвищується при частковій функціональній залежності пацієнтів (ВШ 14,76; 95% ДІ 4,09–53,32; $p < 0,0001$) та MET < 4 балів (ВШ 17,45; 95% ДІ 4,73–64,33; $p < 0,0001$). Респіраторний ризик збільшується при лапаротомній техніці операції (ВШ 2,54; 95% ДІ 1,20–5,36; $p = 0,0148$).

2. Назофарингеальна протекція та оксигенація збільшують час безпечного апное до 4 хв у 85 % пацієнтів ($p < 0,05$), попереджають обструкцію дихальних шляхів у 100 % пацієнтів ($p < 0,05$). Інтубація трахеї при свідомості через надгортанні повітроводи гарантує стабільність оксигенації та є успішною у 100 % пацієнтів. Капнометрія дозволяє ефективно виявити субклінічну (без зниження SpO_2) депресію дихання після операції.

3. УЗ допомагає: визначити положення зовнішньої яремної вени, зменшити час доступу до 27,1 (21,5–51,4) секунди ($p < 0,05$) та кількість спроб до 1,1 (1,1–1,9) ($p < 0,05$); визначити міжхребцевий проміжок, кут нахилу голки та глибину її введення для якісного виконання епідуральної анестезії (ЕА); виконати ТАР-блок у 83 % пацієнтів ($p < 0,05$), а RSB — у 75 % пацієнтів ($p < 0,05$). УЗ запобігає розвитку процедурних ускладнень у 100 % пацієнтів.

4. У лапаротомній хірургії комбінована інгаляційно-епідуральна анестезія зменшує час ШВЛ ($p < 0,05$), сприяє активізації пацієнтів з першої доби після операції ($p < 0,05$), зменшує в 4 рази інцидентність респіраторних ускладнень (ЗАР 0,135; 95% ДІ 0,11–0,282; $p < 0,05$). ММАА з використанням кетаміну та клонідину підвищує післяопераційний комфорт до рівня «відмінно — добре» у 100 % пацієнтів, знижує інцидентність нудоти з 50 до 10 % ($p < 0,05$), а блювання — з 9 до 0 % ($p < 0,05$). RSB дозволяє вдвічі зменшити використання опіоїдів після операції, прискорити мобільність та задоволеність пацієнтів ($p < 0,05$).

5. У лапароскопічній хірургії інфузія дексметомідину запобігає гіпертензії на етапах інтубації трахеї, пневмоперитонеуму та екстубації трахеї ($p < 0,05$), подовжує час до «рятівного» знеболювання з 60 ± 10 хв до 360 ± 60 хв ($p < 0,05$). ЕА і ТАР-блок є вигідними завдяки кращому знеболюванню, активізації пацієнтів та їх відновленню ($p < 0,05$).

6. Перед лапароскопічною хірургією 73 % пацієнтів мають вихідну гіповолемію ($p < 0,05$), при корекції якої рідиною (колоїд 6 мл/кг ІдМТ) інцидентність післяіндукційної гіпотензії знижується з 25 до 15 % ($p < 0,05$). Збалансована цілеспрямована інфузійна терапія зменшує інтраопераційне навантаження кристалоїдами з 2150 ± 450 мл до 1650 ± 210 мл ($p < 0,05$), забезпечує діурез без використання діуретиків у 100 % пацієнтів ($p < 0,05$).

7. Перед лапароскопічною хірургією, за даними НПТЕГ, пацієнти мають хронометричну та струк-

турну гіперкоагуляцію (ТЗ 5,95 [5,2; 8,1] хв, ІКД 43,05 [40,16; 49,45] в.о., $p < 0,05$), яка зберігається при стандартному призначенні антикоагулянтів ($p < 0,05$). ЕА сприяє стабілізації гемостатичного потенціалу на рівні нормокоагуляції.

УДК 616-089.5+616-083.98]-08-035.1

Воротинцев С.І.

Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

Safety II — інновація сучасної анестезіології та інтенсивної терапії

Оскільки соціально-технічні системи, від яких залежить охорона здоров'я, стають все більш складними, очевидно, що підходи до безпеки пацієнтів Safety I будуть неадекватними як у довгостроковій, так і короткостроковій перспективі. Тому прийняття нової парадигми Safety II не має бути тяжким вибором. Проте шлях вперед не полягає у заміні Safety I на Safety II, а скоріше на поєднанні двох способів мислення (рис. 1). Досі залишається так, що більшість несприятливих подій є відносно простими (або їх можна розглядати як відносно прості без серйозних наслідків), і тому вони можуть розглядатися звичними способами. Але зростає кількість випадків, коли такий підхід не буде працювати. Для них необхідно використовувати підхід Safety II, який по суті означає прийняття «еластичного», «пружного» погляду на охорону здоров'я.

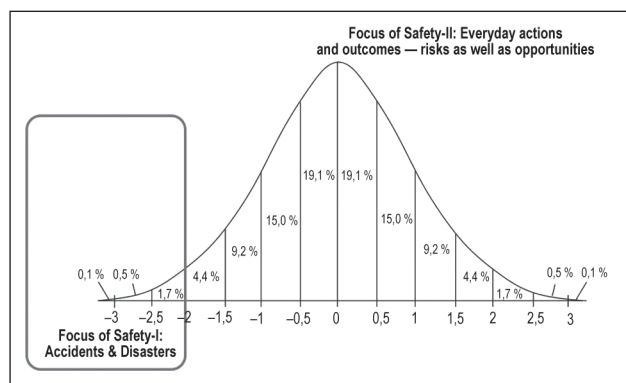


Рисунок 1. Фокус на Safety I та Safety II (згідно з Hollnagel E. [1])

Safety II — це перш за все інший погляд на безпеку, а отже, і інший спосіб застосування багатьох знайомих методів і технік. Крім того, Safety II також потребує використання своїх особистих методів для оцінки «речей, які відбуваються правильно», аналізувати їх і керувати «мінливістю продуктивності», а не просто обмежувати її.

Список літератури

1. Hollnagel E. Safety-I and Safety-II, the past and future of safety management // *Cognition Technology and Work*. — 2015. — 17(3). — P. 461-464.