УДК 616-056.052:159.95-053.5

П.Т.Мирзаханов, А.Е. Ошибаева,Н.Ж. Дармен, А.Н.Нурбакыт
[1] Казахский национальный университет им.Аль-Фараби
[2]Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

СОСТОЯНИЕ РЕЖИМА РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. ШЫМКЕНТ

Одной из самых ответственных, напряженных и психологически трудных медицинских специальностей является профессия анестезиолога-реаниматолога, поскольку они работают в критических ситуациях и ежедневно участвуют в действиях медицинского, юридического, этического и личностного значения.Поэтому в трудовой деятельности анестезиологов-реаниматологов имеет место формирование синдрома эмоционального выгорания, что,в свою очередь, требуетпроведения структурного анализа психических расстройств, более детального изучения факторов, влияющих на формирование синдрома эмоционального выгорания.
Ключевые слова: *анестезиолого- реанимационная служба,отделение интенсивной терапии*

Введение. В реальных условиях личность врача подвергается постоянному давлению со стороны психотравмирующих обстоятельств — специфики профессии, ответственности за жизнь и здоровье других людей; психическому давлению со стороны пациентов и их родственников, коллег, администрации, повышенные требования к профессиональной компетентности врача, характера организации труда. Это приводит к дезадаптации физического и психического здоровья, повышению социальной напряженности и, как следствие, снижению профессионального здоровья. Экстремальные условия работы предъявляют повышенные требования к профессиональному здоровью медицинского персонала отделений интенсивной терапии, особенно к психологической составляющей этого здоровья: оптимальному уровню тревоги и депрессии, высокой стрессоустойчивости, достаточной социальной адаптации, способности противостоять профессиональному выгоранию (ПВ) [8-9].
Назревает острая необходимость проведения структурного анализа психических расстройств, более детального изучения факторов, влияющих на формирование синдрома эмоционального выгорания (организационных, индивидуальных, социально-психологических), выделения группы наибольшего риска возникновения этих расстройств.
Материалы и методы исследования. Проанализирована деятельность отделений интенсивной терапии городской многопрофильной больницы г.Шымкент за 2015-2017 гг.Для этого изучены и выкопированы статистические данные материалов годовых отчетов отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРиТ)№1 Шымкентской городской многопрофильной больницы, Южно-Казахстанской области.
Результаты исследования.Согласно отчетным данным отделения ОАРИиИТ №1 ШГМБ за 2015-2017гг. число пролеченых больных в реанимационном отделений оставался на одном уровне.При этом около 45%из числа поступивших составляютбольные поступившие из приемного отделенияи 55%переведенные из отделения. Поступивших из отделения можно расценить как недооценка состояния при поступлении в стационар, ухудшение состояния несмотря на проводимую терапию (ТЭЛА, ОНМК, инфаркт миокарда, эпи приступы, нарастание сердечной недостаточности, нарушение ритма и т.д.), возможно отсутствие мест в ОАРиИТ №1 при поступлении тяжелого больного, ранний перевод из ОАРиИТ, за исключением хирургического отделения, где практически все больные после плановых или экстренных операций.
По сравнению с 2015 годомв 2017году количество койко-дней сократилось до – 1386. Среднее длительность пребывание на койке в 2017г. заметно снизилось и составило – 1,6 (таблица 1). Летальность в 2017г. по сравнению с 2016г. снизилась на - 6,1%. Процент патологоанатомических вскрытий по ОАРиИТ №1 в 2017 г. составил 100%, процент расхождений диагнозов: 0-0%.

Таблица 1 - Основные показатели работы реанимационного отделения

Показатели	**2015г.**	**2016г**	**2017г.**
Количество пролеченных больных	910	905	914
Поступило из приемного отделения	408	347	403
Количество койко-дней	2180	1431	1386
Оборот койки	37,2	150,8	147,5
Работа койки	317	239	231
Среднее длительность пребывание на койке	8,5	1,5	1,6
Умерло	51	69	56
Летальность	5,6%	7,6%	6,1%
Досуточная летальность	1,3%	20,3%	39,3%

Как показал анализ за 2015-2017гг. наибольшее число больных поступивших в реанимационное отделение установлено в возрастной категории до 45 лет - 39,3% (1055). Между тем наименьшее число поступивших больных отмечено в возрасте старше 75 лет – 10,8% (289) При этом различия между возрастом очень высоко достоверно– $p \leq 0,001$.
Число умерших больных в реанимационном отделении превалирует в возрастной группе до 74 лет у женщин – 40,5% (34). В то время как число умерших мужчин в возрасте 75 лет и старше составляет – 29,7% (27).
Хирургическая летальность реанимационного отделения за 2015-2017гг. снизилась до – 0,3 в 2017г.. В то время как терапевтическая летальность увеличилась с 4,7 в 2015г. до 5,8 в 2017г. Показатель общей досуточной летальности имеет тенденцию к снижению с 22,1 в 2015г. до 2,4 в 2017г. Хирургическая и терапевтическая досуточная летальность также снизилась за трехлетний период.
Число прооперированных больных за изучаемый период снизилась с 898 в 2015г. до 601 в 2017г. (в абс. ч.). Умерших после плановых операции не было. Однако умерших после экстренных операции увеличилось.
При анализе структуры причин летальных исходов в реанимационном отделении установлено, что наибольшее число составляет - полиорганная недостаточность - 43,6%. На втором месте находится острая сердечная недостаточность - 21,4% и на третьем месте дыхательная недостаточность - 15,7% (таблица 2).

Таблица 2 - Причины летальных исходов в реанимационном отделении

В том числе от послеоперационного острого инфаркт миокарда (ОИМ):	**2015г.**		**2016 г.**		**2017г.**		**Всего**	
	Абс.	**% «всего»**	**Абс.**	**% «всего»**	**Абс.**	**% «всего»**	**Абс.**	**% «всего»**
Кровотечение, ДВС	1	2,0	1	1,8	-	-	2	1,43
ТЭЛА	2	3,9	3	5,5	5	14,7	10	7,14
Отек головного мозга	2	3,9	2	3,6	2	5,9	6	4,29
Печеночная недостаточность	4	7,8	5	9,1	-	-	9	6,43
Дыхательная недостаточность	3	5,9	11	20,0	8	23,5	22	15,7
Острая сердечная недостаточность	11	21,6	9	16,4	10	29,4	30	21,4
Полиорганная недостаточность	28	54,9	24	43,6	9	26,5	61	43,6
Итого:	**51**	**100,0**	**55**	**100,0**	**34**	**100,0**	**140**	**100,0**

Также в структуре причиндосуточных летальных исходовв реанимационном отделениинаибольший уровень составила полиорганная недостаточность - 42,86%, затем следуетострая сердечная недостаточность - 30,61% и дыхательная недостаточность - 12,24%.

Специальными методамиприменяемые для диагностики и лечения больных являются: Искусственная вентиляция легких - 67,5%, при этом умерших на ИВЛ составило - 8,67%; Сердечно-легочная реанимация -8,72%, их них успешно проведенные составило - 0,20%; ФГДС - 6,75%, Катетеризации магистральных сосудов – 4,19%, Плевральные пункции - 2,91%.

Перелито крови и ее компонентов(в литрах) в реанимационном отделении в 2015г. - 41,364 л., в 2016г. - 33,015л., и в 2017г. - 37,056 л.

Согласно отчетным данным анестезиологического отделения по методу проведения анестезии наибольший показатель установлен в экстренном случае – 1732 (в абс.ч.).при этом число плановых составляет – 238. По видам методики в экстренном порядке наиболее часто применяется внутривенный наркоз – 756 (43,6%), эндотрахеальный наркоз – 877 (50,6%), эпидуральная анестезия – 57 (3,29%). Впланом порядке часто применяется эндотрахеальный наркоз – 199 (83,6%), эпидуральная анестезия – 29 (12,2%) (таблица 3)

Таблица 3 - Распределение анестезий по методу проведения

Методика	**2015г.**		**2016г.**		**2017**		**Всего**	
	Экстренные	**Плановые**	**Экстренные**	**Плановые**	**Экстренные**	**Плановые**	**Экстренные**	**Плановые**
Внутривенный наркоз	277 (49,5%)	3 (3,61%)	277 (49,5%)	3 (3,61%)	202 (33,1%)	2 (2,78%)	756 (43,7%)	8 (3,36%)
Эндотрахеальный наркоз	250 (44,6%)	67 (80,7%)	250 (44,6%)	67 (80,7)	377 (61,8%)	65 (90,3%)	877 (50,6%)	199 (83,6%)
Эпидуральная анестезия	26 (4,64%)	12 (14,5%)	26 (4,6%)	12 (14,5%)	5 (0,82%)	5 (6,94%)	57 (3,30%)	29 (12,2%)
Спинальная анестезия	7 (1,25%)	1 (1,20%)	7 (1,25%)	1 (1,20%)	28 (4,59%)	-	42 (2,43%)	2 (0,84%)
Всего:	560 (100%)	83 (100%)	560 (100%)	83(100%)	610(100%)	72(100%)	1732 (100%)	238 (100%)

Наиболее частые виды анестезий по характеру применяемых веществ в экстренном порядке подразделяются следующим образом: тотальная внутривенная анестезия - 44%, кетамин – 20,8%, Изофлюран +кислород – 13,5%. В плановом порядке: Изофлюран +кислород- 31,4%, НЛА – 28,9% и Ропивакаин – 14%.

Операции на органах брюшной полости (аппендэктомии- 45,9%, желчевыводящих путях – 40,5%, грыжесечения – 11,5%) составили наибольший вес в структуре хирургических вмешательствах выполняемых в экстренном плане в ОАРиИТ №1 ШМКБ. В плановом режиме выполняются операции на костях и тканях лицевого скелета – 79,6% (таблица 4).

Таблица 4 - Характер и область хирургических вмешательств, выполненных под наркозом

Характер и область хирургического вмешательства	**2015г.**		**2016г.**		**2017г.**	
	Экстренные	**Плановые**	**Экстренные**	**Плановые**	**Экстренные**	**Плановые**
Операции на костях и тканях лицевого скелета	-	-	-	5 (9,1%)	-	43 (79,6%)
Операции на органах брюшной полости, в том числе:желудке и двенадцатиперстной кишке	7 (1,25%)	-	4 (0,69%)	-	8 (1,52%)	-
аппендэктомии	269 (48%)	-	267 (45,9%)	-	202 (38,3%)	-
грыжесечения	82 (14,6%)	27 (39,7%)	67 (11,5%)	22 (40%)	71 (13,4%)	
желчевыводящих путях	199 (35,5%)	37 (54,4%)	236 (40,5%)	25 (45,5%)	241 (45,6%)	
Операции на почках и мочевыводящих путях	3 (0,54%)	4 (5,88%)	8 (1,37%)	3 (5,5%)		11 (20,4%)
Диагностические лапаротомии	-	-	-	-	6 (1,14%)	-
Всего	560 (100%)	68 (100%)	582 (100%)	55 (100%)	528 (100%)	54 (100%)

За 2015-2017гг. наибольший удельный вес в нозологической структуре пролеченных больных в отделении составляет гепатобилиарная хирургия – 28,2%, пульмонология – 17,2%, хирургическая гастроэнтерология – 4,93%, гастроэнтерология – 4,35%, кардиология – 3,9%.

Вывод. По результатам исследования было установлено, что число пролеченых больных за исследуемый период оставался на одном уровне. При этом отмечается снижение количества койко-дней, показателей средней длительности пребывания пациентов на койке, летальности. Наибольшее число больных поступивших в реанимационное отделение установлено в возрастной категории до 45 лет. При анализе структуры причин летальных исходов в реанимационном отделении установлено, что наибольшее число составляет - полиорганная недостаточность - 43,6%. На втором месте находится острая сердечная недостаточность - 21,4% и на третьем месте дыхательная недостаточность - 15,7%. Операции на органах брюшной полости (аппендэктомии- 45,9%, желчевыводящих путях – 40,5%, грыжесечения – 11,5%) составили наибольший вес в структуре хирургических вмешательствах выполняемых в экстренном плане в ОАРиИТ№1 ШГМБ. В плановом режиме выполняются операции на костях и тканях лицевого скелета – 79,6%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Weinger MB, Englund CE: Ergonomic and human factors affecting anesthetic vigilance and monitoring performance in the operating room environment // Anaesth Intensive Care. – 1990. - №73. – P. 995–1021
2 Paget NS, Lambert TF, Sridhar K: Factors affecting an anaesthetist's work: Some findings on vigilance and performance // Anaesth Intensive Care. – 1981. - №9. – P. 359–365

[1]**П.Т.Мирзаханов,** [1]**А.Е.Ошибаева,** [2]**Н.Ж.Дармен,** [2]**А.Н.Нурбакыт**
[1]Аль-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті
[2]С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНДАҒЫ КӨПСАЛАЛЫҚ АУРУХАНА ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ИНТЕНСИВТІК ТЕРАПИЯ БӨЛІМІНІҢ ЖҰМЫС РЕЖИМІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Ең маңызды, шұғыл және психологиялық тұрғыдан күрделі медициналық мамандықтардың бірі анестезиолог-реаниматолог мамандығы болып табылады, өйткені олар сыни жағдайларда жұмыс істейді және күнделікті медициналық, құқықтық, этикалық және жеке іс-шараларға қатысады.Сондықтан, анестезиолог-реаниматологтардың жұмысында эмоционалдық күйзеліс синдромының пайда болуыорын алады,ол өз кезегінде психикалық бұзылулардың құрылымдық талдауын талап етеді, эмоционалдық күйзеліс синдромының қалыптасуына әсер ететін факторларды егжей-тегжейлі зерделеуді талап етеді.
Түйінді сөздер: анестезиологиялық- реанимациялық қызмет,интенсивтік тепапия бөлімі

[1]**P.T.Mirzahanov,** [1]**A.E. Oshibaeva,** [2]**N.Zh. Darmen,** [2]**A.N.Nurbakyt**
[1]Al-Farabi Kazakh National University
[2]Asfendiyarov Kazakh National Medical University

ANALYSIS OF THE ACTIVITIES OF INTENSIVE CARE UNITS IN THE CONDITIONS OF A MULTI-PROFILE HOSPITAL IN SHYMKENT

Resume: One of the most important, tense and psychologically difficult medical specialties is the profession of anesthesiologist-resuscitator, since they work in critical situations and participate daily in medical, legal, ethical and personal actions. Therefore, in the work of anesthetists, resuscitators there is a syndrome of emotional burnout, which in turn requires a structural analysis of mental disorders, a more detailed study of factors affecting the formation of the syndrome of emotional burnout.
Keywords: anesthesia and resuscitation service, intensive care unit