

- Lin C.S. Differences between emergency patients and their doctors in the perception of physician empathy: implications for medical education /C.S.Lin, M.Y.Hsu, C.F.Chong //Educ. Health (Abingdon). - 2008. - Vol.21(2). - P. 144.
- Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education /H.U.Kataoka, N.Koide, K.Ochi [et al.] //Acad. Med. - 2009. - Vol.84(9). - P. 1192-7.
- Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider-student version /S.K.Fields, P.Mahan, P.Tillman [et al.] //J. Interprof. Care. - 2011. - №25(4). - P. 287-93.
- Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans /R.Hurlmann, A.Patin, O.A.Onur [et al.] //J. Neurosci. - 2010. - №30(14). - P. 4999-5007.
- Shamay-Tsoory S.G. The neural bases for empathy /S.G.Shamay-Tsoory // Neuroscientist. - 2011. - №17(1). - P. 18-24.
- Shamay-Tsoory S.G. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions /S.G.Shamay-Tsoory, J.Aharon-Peretz, D.Perry //Brain. - 2009. - Vol.132(3). - P. 617-27.
- Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education /J.Shapiro //Philos. Ethics Humanit. Med. - 2008. - №12. - P. 3-10.
- Singer T. The neuronal basis of empathy and fairness //Novartis Found Symp. - 2007. - Vol.278. - P. 20-30.
- Stability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school /T.A.Quince, R.A.Parker, D.F.Wood [et al.] //BMC Med. Educ. - 2011. - Vol.25, №11. - P. 90.
- Stepien K.A. Education for empathy. A review /K.A.Stepien, A.Baernstein //J. Gen. Intern. Med. - 2006. - №21 (5). - P. 524-530.
- Tavakol S. Empathy in UK medical students: differences by gender, medical year and specialty interest /S.Tavakol, R.Dennick, M.Tavakol //Educ. Prim. Care. - 2011. - №22(5). - P. 297-303.
- The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure /S.W.Mercera, M.Maxwellb, D.Heaneyc [et al.] //Oxford Journals Medicine Family Practice. - 2009. - Vol.21. - P. 699-705.
- The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school /M.Hojat, M.J.Vergare, K.Maxwell [et al.] //Acad. Med. - 2009. - Vol.84(9). - P. 1182-91.
- The Jefferson Scale of Physician Empathy: A preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians /D.H.Suh, J.S.Hong, D.H.Lee [et al.] //Med.Teach. - 2012. - Vol.34(6). - P. 464-468.
- Ziolkowska-Rudowicz E. Empathy-building of physicians. Part I. A review of applied methods / E.Ziolkowska-Rudowicz, A.Kladna //Pol. Merkur. Lekarski. - 2010. - Vol.29(172). - P. 277-81.
- Ziolkowska-Rudowicz E. Empathy-building of physicians. Part III. Students exposure to literature, theatre, film and the arts / E.Ziolkowska-Rudowicz, A.Kladna // Pol. Merkur. Lekarski. - 2010. - Vol.29(173). - P. 331-5.
- Ziolkowska-Rudowicz E. Empathy-building of physicians. Part IV. Development of skills enhancing capacity for empathy /E.Ziolkowska-Rudowicz, A.Kladna // Pol. Merkur. Lekarski. - 2010. - Vol.29(174). - P. 400-4.

Гусакова І.В.

ЭМПАТИЯ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ - ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Резюме. В статье представлен анализ последних публикаций по вопросу эмпатии в сфере медицинского образования. Приводится терминология, уточнение понятия "клиническая эмпатия", а также нейрональные основы эмпатии. Значительное внимание уделено изменениям эмпатии в процессе обучения студентов в учреждениях медицинского образования (с упором на неоднозначности термина "эрозия эмпатии в медицинской школе"), указаны основные инструменты диагностики эмпатии в медицине и методики ее повышения у студентов-медиков в процессе их обучения.

Ключевые слова: эмпатия, студенты-медики.

Gusakova I.V.

EMPATHY IN SPHERE OF MEDICAL EDUCATION - VIEW OF PROBLEM

Summary. The analysis of the latest publications concerning the empathy point in medical education sphere is present in this article. The terminology, making more precise of "clinical empathy" conception and also the neuronal basis of empathy are cited. The considerable attention is spared to empathy modification during education of students in medical schools (with accent on contradiction of term "erosion of empathy in medical school"); the main instruments of empathy measurement in medicine and methods of empathy improvement in medical students during their education are pointed out.

Key words: empathy, medical students.

Стаття надійшла до редакції 05.03. 2012р.

© Коньков Д.Г., Буртяк Н.Г.

УДК: 618.396

Коньков Д.Г., Буртяк Н.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

АНТЕНАТАЛЬНИЙ ТРАНСПОРТ ПРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ

Резюме. В статті наведені дані щодо показів, умов і особливостей антенатального транспортування при передчасних пологах.

Ключові слова: передчасні пологи, антенатальний транспорт, токоліз.

Актуальність проблеми. Передчасні пологи є не тільки медичною, але і соціальною проблемою, що насамперед пов'язане з їх наслідками для дітей: Перинатальна

захворюваність і смертність у недоношених новонароджених у 40 разів вищі, ніж у доношених [American Academy..., 2007].

За останні десятиліття в розвинених країнах смертність дітей з масою тіла 1000-1500 г знизилася з 50 до 5%, а з масою тіла від 500-1000 г знизилась з 90 до 10%. До зниження захворюваності та смертності призвели: регіоналізація перинатальної допомоги, застосування кортикостероїдів, застосування сурфактанту, застосування антибіотиків, поліпшення методів вентиляції легенів, поліпшення неонатального догляду [Wang et al., 2004].

У недоношених, народжених ближче до терміну, частіше, ніж у доношених новонароджених, спостерігаються температурна нестабільність, дихальні розлади, апное, гіпоглікемія, судоми, жовтяниця, білірубінова енцефалопатія, проблеми з вигодовуванням, перивентрикулярна лейкомаляція [Oei, 2006]. Крім того, недоношеність служить однією з основних причин дитячої смертності [Ananth, Vintzileos, 2006]. Разом із тим, у новонароджених, що вижили, високий ризик цілого ряду ускладнень, як ранніх, так і відстрочених. Хоча всі органи недоношеної дитини є незрілими, найсильніше страждають головний мозок і легені, що нерідко приводить до відстрочених неврологічних і соматичних розладів [Muglia, Katz, 2010].

У зв'язку з високими витратами на проведення інтенсивної терапії в неонатології і соціально-економічними проблемами, пов'язаними з інвалідністю, дискусії з приводу доцільності виходжування новонароджених після передчасних пологів 22-25 тижнів продовжуються.

У британському дослідженні, в рамках якого проводився опит вчителів, до 30% семирічних дітей, народжених між 32 і 35-ї тижнями вагітності, мають труднощі з руховими навиками, мовою, письмом, рахунком, поведінкою і погано встигають на уроках фізкультури [Doyle, 2004].

Показники перинатальних втрат істотно розрізняються по регіонах, що пояснюється, головним чином, різним рівнем надання медичної допомоги як до, так і після пологів [Di Renzo, Roura, 2007].

Західні дослідники [Iams, 2003] довели, що для зниження перинатальної захворюваності і смертності жінок з передчасними пологами необхідне здійснення трьох допологових заходів, які визнані достовірними: 1) транспортування вагітної з передчасними пологами в лікувальний заклад, оснащений обладнанням з неонатальної реанімації; 2) призначення глюкокортикоїдів матері; 3) призначення при передчасних пологах, у разі потреби, антибіотиків, ефективних проти групи В-гемолітичного стрептококу [Iams, 2003].

Багато авторів наводять доводи на користь розвитку територіальних центрів, оснащених для проведення інтенсивної терапії як способу зниження смертності і захворюваності новонароджених [Royal College..., 2002; Wang et al., 2004; Di Renzo, 2006]. Під цим мається на увазі транспортування хворих новонароджених з районних лікарень у високоспеціалізовані центри і допологова госпіталізація вагітних з групи високої ризику в перинатальні центри. Прогноз у недоношених з екстремальною низькою вагою при народженні істотно поліпшується, якщо матір встигають доставити для пологів в спеціалізоване відділення [Dupuis et al., 2004].

Саме тому, метою нашого аналітичного дослідження, стали покази, умови і особливості для здійснення антенатального транспортування при передчасних пологах.

Регіоналізаційна мережа поєднує в собі всі рівні допомоги. Перший рівень забезпечує допомогу при фізіологічних вагітностях та народження здорових новонароджених, які не потребують інтенсивної терапії. Для цього необхідна оцінка ризику у кожної вагітної жінки і оцінка трансферу (транспортування) жінок із середнім або високим ризиком в центри 2-го або 3-го рівня.

Перший рівень допомоги, при передчасних пологах, повинен виконувати наступні функції: ідентифікація перинатальних факторів ризику і ранній трансфер в центри другого або третього рівня, допомога в пологах, первинна реанімація, допомога новонародженим, які очікують транспортування на більш високий рівень допомоги.

Другий рівень забезпечується перинатальними відділеннями, які можуть надавати допомогу при вагітностях і родах із середнім ризиком, а також новонародженим, які не потребують переведення в центр 3-го рівня.

Крім служб, що існують в центрах 1-го рівня, другий рівень допомоги призначений для: допомоги і лікування при пологах з ризиком, можливістю інтенсивної терапії для жінок, консультацій центрів 1-го рівня, транспортування і телекомунікації з центрами 1-го рівня, перевід пацієнтів, для яких передбачається необхідність у неонатальній інтенсивній допомозі, в центр 3-го рівня, надання допомоги хворим новонародженим, які не потребують переведення в центр 3-го рівня, надання допомоги новонародженим, виписаним з відділення інтенсивної терапії новонароджених 3-го рівня.

Третій рівень допомоги забезпечується регіональним центром для надання інтенсивної терапії новонародженим, на додаток до всіх видів допомоги, запропонованими центрами 1-го і 2-го рівнів. Ці відділення акредитуються за критеріями, заснованими на технології, обладнання та спеціалізованому персоналі. Центр 3-го рівня повинен мати акушерську і неонатальну інтенсивну допомогу.

Ступені допомоги, що здійснюються, при передчасних пологах, центрами третього рівня: допомога при вагітності та пологах високого ризику, допомога критично хворим новонародженим, включаючи новонароджених з терміном гестації менше 32 тижнів або вагою при народженні менше 1500 г, або новонародженим з очевидними порушеннями життєвих функцій, які потребують діагностичних процедур або лікуванні, консультації центрів 1-го і 2-го рівнів, транспорт новонароджених з і в центри 2-го рівня, телекомунікації з центрами 1-го і 2-го рівнів, а також між центрами 3-го рівня, контроль якості перинатальної допомоги та наукові дослідження, катamnестичні простежування матерів і новонароджених [American Academy..., 2007].

Для організації медичної допомоги, що вимагає

інтенсивного лікування і проведення реанімаційних заходів, в пологових будинках та перинатальних центрах створені відділення анестезіології і реанімації, а також створюються акушерські дистанційні консультативні центри з виїзними анестезіолого-реанімаційними акушерськими бригадами (далі - акушерський дистанційний консультативний центр).

Аntenатальний трансфер має більш кращі результати в більшості випадків і бажаний, тому що він забезпечує близькість матері і дитини. Тим не менш, антенатальний трансфер не завжди можливий, а покази для перинатального трансферу включають і покази для антенатального і постнатального трансферу. Регулювання перинатальних транспортувань повинно враховувати ряд факторів.

Наявність ліжок. Для антенатальних трансферів необхідні ліжка для вагітної жінки і для новонародженого. Проблеми, які можуть виникнути - "утримання" ліжок і обмежена кількість ліжок для транспортувань. Наявність ліжок також залежить від організації зворотних трансферів.

Засоби транспортування. Звичайні або спеціалізовані засоби швидкої допомоги можуть бути використані для антенатального транспорту, але всі вони повинні включати інкубатор і необхідне обладнання. У більшості випадків, при транспортуванні *in utero* використовуються звичайні транспортні засоби швидкої допомоги для дорослих зі спеціально навченим персоналом.

Основні вимоги до стабілізації для всіх пацієнтів. При транспортуванні *in utero*, установи що відправляють та приймають, повинні бути ознайомлені з керівництвом щодо стабілізації матері і плоду. Вагінальні дослідження не повинні проводитися у пацієток з вагінальною кровотечею або при підозрі передчасного розриву плодових оболонок (ПРПО) без наявності перейм. Пацієнтам з підозрою на ПРПО треба провести стерильний дзеркальний огляд для проведення нітразинового тесту і/або феномену папороті, щоб підтвердити розрив плодових оболонок. Шийки матки можна оцінити візуально під час стерильного дзеркального огляду. Дані та параметри повинні записуватися в спеціально розроблену форму при транспортуванні і перевірятися після прибуття [Dupuis, Arsalane et al. 2004].

Пацієнт повинен мати внутрішньовенний один-два катетера калібром 18 (оскільки крапельниця важко починати під час руху, рекомендується катетеризувати обидві руки).

Підтримувати пацієнта в лівій бічній або Фаулера (з лівим бічним нахилом матки) позиції, відповідно. Досвідчений персонал повинен супроводжувати пацієнта.

Основні показники, включаючи серцебиття плоду (СБП) повинні бути отримані через кожні 15 хвилин. Якщо в машині швидкої допомоги не вистачає портативних фетальних моніторів, СБП повинно вислуховуватися цілих 60 секунд. Якщо пацієнт перебуває в пологах, СБП повинно вислуховуватися до, під час і після скорочення матки у відповідні проміжки часу. Через

шум, рекомендується, використовувати акумуляторні батарейки для ультразвукового портативного детектора серцебиття плода. Це може бути необхідно, щоб зупинити машину швидкої допомоги для перевірки артеріального тиску і серцевого ритму плода.

Кисень через маску слід використовувати в будь-який час для матері, коли того вимагає статус.

У разі непередбачених ситуацій, медикаментозно некорективного страждання плоду, неминучих пологів, або нестабільного материнського статусу, отримувати вказівки від диспетчера або перинатального консультанта. Пацієнт має бути доставлений в найближчу лікарню. Диспетчер і/або перинатальний консультант повинні повідомити лікарню призначення про прибуття антенатального пацієнта, транспортувальною бригадою, завчасно [Dupuis, Arsalane et al., 2004].

Загальні положення щодо стабілізації стану матері. Після прибуття на місце лікар-консультант оцінює стан матері і приймає рішення щодо подальших дій: якщо жінка не вимагає переводу до установи більш високого рівня, консультант узгоджує тактику подальшого ведення пацієнтки із завідуючим відділенням, залишаючи запис в історії вагітної, роділлі або породіллі; якщо стан жінки тяжкий і вимагає невідкладного втручання, лікар-консультант проводить необхідні заходи щодо стабілізації стану, необхідні процедури або операцію. Якщо наявні умови не дозволяють надати вагітній, роділлі або породіллі адекватну терапію, вона готується до транспортування; якщо після проведення заходів стабілізації стану хворої вона стає транспортабельною, то жінка переводиться до перинатального центру або установи, в якій їй може бути надана адекватна і висококваліфікована медична допомога; транспортувати жінку можна тільки з її інформованої письмової згоди або згоди її близьких, чи за рішенням консиліуму; під час транспортування лікар-консультант продовжує спостереження за станом вагітної, роділлі або породіллі, і при необхідності продовжує почате лікування; якщо стан жінки не транспортабельний або термінальний, надавши можливу допомогу, бригада залишає хвору на місці і проводить заходи щодо стабілізації стану пацієнтки [American Academy..., 2007].

Персонал. Ситуація варіює з показами для транспорту, і від того, чи стосується це одночасно і матері та плоду, або плода, або новонародженого. Для цього оптимально мати у складі бригади анестезіолога, якщо є ризик у матері, або необхідний лікар з досвідом інтенсивної терапії новонароджених якщо є ризик для дитини.

Інформована згода. Повинна бути підписана згода вагітної жінки для транспортування *in utero*, а також згода батька та/або родичів на транспортування.

Документи, оцінка та аудит. Для повної інформації стосовно випадку та подальшого аудиту, протягом трансферу і після прибуття повинна вестися документація. Ці форми повинні містити дані по лікуванню під час трансферу, включаючи показники моніторингу та аналізів,

проведених під час транспортування.

Оцінка та протипокази для антенатального трансферу. Оцінка стану вагітної жінки перед трансфером є суттєво важливою. Будь-які ускладнення, що виникають як результат акушерських або медичних захворювань, повинні бути адекватно проліковані і стабілізовані. Істотно важливим є визначення ступеня терміновості, відстані та можливого часу транспортування, а також наявність або відсутність протипоказів для трансферу.

Абсолютними протипоказами для антенатального трансферу є: термін гестації новонародженого < 24 тижнів або масою тіла < 500 г (за умови відсутності затримки розвитку плода); кінець першого або другий період пологів; еклампсія; вагінальна кровотеча, що викликали гостру серцево-судинну декомпенсацію у матері; персистуюча або виражена вагінальна кровотеча, незважаючи на стан матері; вади розвитку плоду, які не підлягають хірургічній корекції або несумісні з життям; серцево-судинна нестабільність матері, наприклад, через важку гіпертензію або прееклампсію; неминуча загибель плода; небезпечні для транспортування погодні умови; відмова жінки, її родичів або батьків дитини від транспортування. У цьому випадку, виходячи з інтересів пацієнта, рішення щодо транспортування приймається консиліумом у складі завідуючого відділення скеровуючої лікарні, лікуючого лікаря, лікаря(ів) транспортної бригади і представника адміністрації лікарні (за потреби) [American Academy..., 2007].

До відносних протипоказів відносяться - відшарування плаценти, що не пов'язана з ускладненнями у матері або плода, стан матері що не стабілізувався, не досвідчений обслуговуючий персонал. В таких випадках, жінка завжди повинна бути оглянута досвідченим лікарем перед трансфером.

Транспортний персонал. Транспорт вагітної жінки повинен проводитися добре навченим персоналом, що включає акушерів та анестезіологів, коли необхідно.

Транспортні засоби та обладнання. Транспортний засіб має мати механічну або електричну систему звукоізоляції, для того, щоб поїздка була безпечною і комфортною. Вагітна жінка повинна перебувати в напівлежачому положенні на боці на носилках або каталці по ходу руху та безпечною фіксацією. Протягом антенатального трансферу повинно бути в наявності обладнання для моніторингу ЧСС матері, кров'яного тиску, сатурації кисню і температури. Портативний кардіотокограф повинен бути в наявності, для періодичного вислуховування ЧСС плода. Повинно бути обладнання для внутрішньовенної інфузії, серцево-дихальної реанімації та пологів. Список медикаментів повинен включати засоби для проведення швидкої та адекватної токолітичної терапії, утеротонічні препарати. У районах, що мають віддалені (доставка пацієнта на автомашині у відділення реанімації та інтенсивної терапії займає більше 1:00) або транспортно-недоступні населені пункти, рекомендується організувати транспортування пацієнтів з викорис-

танням спеціалізованої (санітарно-авіаційної) служби.

Обладнання для плодово-материнського моніторингу: обладнання для вимірювання артеріального тиску, фетоскоп або портативний фетальний монітор, стетоскоп, інфузійний насос, в/в катетери (16 і 18 калібру), розчини: Рінгера, декстроза, голки і шприци різного розміру. Обладнання для респіраторної підтримки: ендотрахеальні трубки і стилети, ларингоскоп ручка з різними насадками, мішок Амбу, киснева маска, відсмоктуючі катетери (№ 14, № 16, № 18) і обладнання для відсмоктування.

Лікарські препарати. Фізіологічний розчин, дексаметазон, магнію сульфат, ніфедипін (як препарат вибору для транспортного токолізу), метилергометрина малеат, оксітоцин, препарати гідрооксіетилкрахмалю (Рефортан, Стабізол, Волюмен).

Токоліз дозволяє виграти час для проведення профілактики РДС у плода та переводу вагітної в перинатальний центр, таким чином, сприяє підготовці недоношеної плоду до народження.

Загальні протипокази до проведення токолізу:

Акушерські протипокази: хоріоамніоніт; відшарування нормально чи низько розташованої плаценти (небезпека розвитку матки Кювелера); стани, коли пролонгування вагітності недоцільно (еклампсія, важка прееклампсія, важка екстрагенітальна патологія матері).

Протипокази з боку плода: вади розвитку, несумісні з життям; антенатальна загибель плода.

Вибір токолітиків. На сьогоднішній день перспективними препаратами для токолітичної терапії внаслідок меншої вираженості побічних ефектів з боку вагітної є блокатори кальцієвих каналів, оскільки доведені їх переваги у порівнянні з іншими токолітичними препаратами (А-1а): менша частота побічних ефектів; збільшення пролонгування вагітності (зниження неонатальних ускладнень - НЕК, ВШК і неонатальної жовтяниці) [Di Renzo, 2006; Oei, 2006].

В Україні ніфедипін не зареєстрований як токолітичний засіб, тому перед його застосуванням необхідно отримати письмову інформовану згоду пацієнтки на його використання.

Схеми застосування ніфедипіну:

1. 20 мг per os; далі - якщо скорочення матки зберігаються - через 30 хвилин 20 мг повторно, потім по 20 мг кожні 3-8 годин протягом 48 годин за показаннями. Максимальна доза 160 мг / добу;

2. 10 мг сублінгвально, потім, при необхідності, кожні 20 хвилин по 10 мг (максимальна доза протягом першої години 40 мг), потім кожні 4 години по 20 мг до 48 годин [Brownfoot, Crowther et al., 2008].

Устаткування дитячої реанімації. Киснева маска (передчасно- і новонародженого розмірів), 100% кисень і дитячий розмір мішку для позитивного тиску, дитячий стетоскоп, неонатальний ларингоскоп розмірів 0 і 1, дитячі катетери для відсмоктування (розміри 5, 10, 12).

Лікарські препарати. Налоксон NRP Рекомендовано концентрація = 1,0 мг / мл; адреналін NRP Рекомен-

довано концентрація = 1:10000; бікарбонат натрію (Immediate Care and Transport of the High-Risk Mother in West Virginia).

Якщо жінка поступила в лікувальні заклади 1 та 2 рівня в терміні вагітності 34 тижнів і менше, слід розглянути питання про транспортування до лікувального закладу 3 рівня. Існує чітке свідчення того, що стан новонародженого достовірно покращується в разі внутрішньоутробного транспортування, ніж під час транспортування після народження. Щоби внутрішньоутробне транспортування було своєчасним, лікарні повинні мати належним чином обладнану мережу [Oei, 2006].

Можливі терміни транспортування "in utero" залежать від термінів вагітності: а) менше 22 тижнів вагітності - транспортування за внутрішньоутробними показами протипоказано; б) 22-23 тижні вагітності - рішення про транспортування приймає спеціаліст установи, до якої буде здійснено перевід, з урахуванням побажань батьків; в) 23-24 тижні - рекомендується транспортування. Перед транспортуванням, необхідно провести консультацію з фахівцем, а також неонатологом установи, до якої буде здійснено перевід. г) більше 24 тижнів вагітності - транспортування є необхідним.

Зусилля, спрямовані на підвищення життєздатності плоду при передчасних пологах, полягають в антенатальній профілактиці РДС кортикостероїдними препаратами. Антенатальна кортикостероїдна терапія (АКТ) для прискорення дозрівання легень плода використовується з 1972 року [Brownfoot et al., 2008]. АКТ високоефективна у зниженні ризику розвитку РДС, ВЖК і неонатальної смерті недоношених новонароджених при терміні вагітності 24-34 повні тижні (34 тижнів 0 днів) (А-1а). Курсова доза АКТ становить 24 мг.

Схеми застосування: 2 дози бетаметазону в/м по 12 мг з інтервалом 24 годин (найбільш часто використовується схема, що увійшли до систематичний огляд); або 4 дози дексаметазону в/м по 6 мг з інтервалом 12 годин; або 3 дози дексаметазону в/м по 8 мг через 8 годин.

Ефективність вищевказаних препаратів однакова, проте слід враховувати, що при призначенні дексаметазону відзначається більш висока частота госпіталізації

в ПІТ, але більш низька частота ВЖК, ніж при використанні бетаметазону (А-1б).

Покази для проведення профілактики РДС: передчасний розрив плодових оболонок; клінічні ознаки передчасних пологів в 24-34 повні (34 тижнів 0 днів) тижня (будь-який сумнів у гестаційному терміні варто трактувати в бік меншого і провести профілактику).

Спірним питанням залишається ефективність АКТ при термінах більш 34 тижнів. Можливо, кращою рекомендацією на сьогоднішній день може бути наступна: призначення АКТ при терміні вагітності більше 34 тижнів при наявних ознаках незрілості легень плода (зокрема у вагітних з наявністю цукрового діабету 1 або 2 типу).

Під час передчасних пологів антибіотики повинні бути призначені з профілактичною метою. Першу дозу слід вводити як мінімум за 4 години до народження дитини (В-2а) [King, Flenady, 2000].

Схеми застосування: ампіцилін - початкова доза 2 г в/в відразу після діагностики передчасних пологів, потім по 1 г кожні 4 години до розродження; або цефалоспорины 1-го покоління - початкова доза 1 г в/в, потім кожні 6 годин до розродження; або при позитивному результаті посіву на стрептокок групи В (БГС) початкова доза 3 г пеніциліну в/в, потім по 1,5 г кожні 4 години до розродження [Di Renzo, 2006].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Проблема антенатального транспорту при передчасних пологах є однією з найбільш актуальних у сучасному акушерстві, що вимагає всебічного вивчення і комплексного підходу до її вирішення. При цьому особлива увага повинна приділятися перинатальним результатам як основному критерію оцінки ефективності транспортування плоду *in utero*, пролонгації вагітності і ведення пологів недоношеним плодом в умовах надання необхідної невідкладної допомоги.

Впровадження в клінічну практику своєчасного антенатального транспортування при передчасних пологах дозволить суттєво звузити проблеми перинатального характеру.

Список літератури

- American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care [6th Edn.]. - 2007. - 345 p.
- Ananth C.V. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes /C.V.Ananth, A.M.Vintzileos //J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. - 2006. - Vol.19. - P. 773-782.
- Brownfoot F.C. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth /F.C.Brownfoot, C.A.Crowther, P.Middleton //Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2008. - Is.4. - CD006764.
- Clinical outcomes of near-term infants / M.L.Wang, D.J.Dorer, M.P.Fleming [et al.] //Pediatrics. - 2004. - Vol.114. - P. 372-376.
- Di Renzo G.C. Guidelines for the management of spontaneous preterm labour and the European Association of Perinatal Medicine Study Group on Preterm Birth /G.C.Di Renzo, L.C.Roura //Arch. Perinatal. Med. - 2007. - Vol.13(4). - P. 29-35.
- Di Renzo GC. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor /G.C.Di Renzo //J. Perin. Med. - 2006. - Vol.34. - P. 359-366.
- Doyle L.W. Changing availability of neonatal intensive care for extremely low birthweight infants in Victoria over two decades /L.W.Doyle //Med. J. Australia. - 2004. - Vol.181. - P. 136-139.
- Iams J.D. Prediction and Early Detection of Preterm Labor /J.D.Iams //Obstetrics & Gynecology. - 2003. - Vol.101, №2. - P. 402-412.
- In utero transfer for preterm labor: experience of a regional perinatal hotline providing a 24-hour on call service / O.Dupuis, A.Arsalane, C.Dupont [et al.] //Gynecol. Obstet. Fertil. - 2004. - Vol.32(4). - P. 285-292.
- King J. Antibiotics for preterm labour with intact membranes /J.King, V.Flenady //Cochrane Database Syst. Rev. - 2000. - Vol.2. - CD000246.
- Muglia L.J. The enigma of spontaneous

preterm birth /L.J.Muglia, M.Katz //The New England Journal of Medicine. - 2010. - Vol.362. - №6. - P. 529-535.
Oei S.G. Calcium channel blockers for tocolysis: a review of their role and safety

following reports of serious adverse events /S.G.Oei //Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2006. - Vol.126. - P. 137-145.
Royal College of Obstetricians and

Gynaecologists. RCOG guidelines: Tocolytic drugs for women in preterm labour - Clinical Guideline No 1(B). London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2002.

Коньков Д.Г., Буртяк Н.Г.

АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ТРАНСПОРТ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Резюме. В статье приведены данные относительно показаний, условий и особенностей антенатальной транспортировки при преждевременных родах.

Ключевые слова: преждевременные роды, антенатальный транспорт, токолиз.

Konkov D.G., Burtyak N.G.

THE ANTENATAL TRANSPORT IN PRETERM DELIVERY

Summary. In the article the facts about indications, conditions and characteristics of antenatal transport in preterm labor are presented.

Key words: preterm delivery, antenatal transport, tocolysis.

Стаття надійшла до редакції 08.03. 2012 р.

© Столярчук О.В.

УДК: 616.37-002-08

Столярчук О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Проведені пошук та обробка літературних джерел з даної теми, узагальнено та зроблені висновки. Основними факторами, що погіршують перебіг гострого панкреатиту і підвищують летальність, являється: інфікування вогнищ некрозу підшлункової залози, розвиток оксидативного стресу та виникнення органної недостатності. Основними проблемами у лікуванні хворих з панкреатитом, на нашу думку, є: недоліки у діагностиці і верифікації клініко-морфологічної форми і переходу захворювання у фазу інфікування, відсутності єдиного підходу до схем консервативного лікування, відсутності чітких рекомендацій щодо застосування антиоксидантів для лікування оксидативного стресу у хворих на гострий панкреатит.

Ключові слова: панкреатит, оксидативний стрес, антиоксиданти, лікування.

Гострий панкреатит (ГП) - поліетіологічне запальне захворювання підшлункової залози, яке розвивається в результаті її аутолізу ліполітичними та активованими протеолітичними ферментами, яке може протікати як у легкій, так і у важкій формах, і перебігати у вигляді набряку органу, або ж панкреонекрозу [Кондратенко и др., 2006; Шлапак и др., 2004]. Кількість хворих на панкреатит в світі за останні 30 років збільшилось в 2 рази [Моргулис, 2005]. Хворі на гострий панкреатит складають 5-10% від загального числа пацієнтів хірургічного профілю [Урсов, 2000].

Мета роботи - проаналізувати та узагальнити літературні дані по причинах смертності та основним підходам до лікування хворих з гострим панкреатитом.

Гострий панкреатит продовжує залишатись актуальною проблемою не тільки у хірургії, але й у відділенні інтенсивної терапії. Не дивлячись на певний прогрес у діагностиці, консервативному та оперативному лікуванні ГП, обумовленим впровадженням нових діагностичних методів, способів прогнозування перебігу захворювання, консервативних лікувальних засобів, малоінвазивних хірургічних технологій, в Україні захворюваність на ГП складає 5,2 випадків на 10 тис. населення [Бойко и др., 2003,], а сумарна летальність (без розподілу на клінічні форми) складає 3,0-9,2% , при асептичному некрозі - 4,5-15%, а при інфікованому ГДП - 15-50%, а ускладнений ерозивною кровотечею і кишковою норизою - відповідно - 32-34% і 40-49% [Шалимов и др.,

2006]. Доведено, що приблизно у 80-85% випадків діагностується набряковий ГП, при якому перебіг прогностично відносно сприятливий, а у 15-20% хворих має місце панкреонекроз із важким та дуже важким перебігом, що потребує комплексного та коштовного лікування [Кондратенко и др., 2006; Шлапак и др., 2004]. При цьому у ранні строки помирає 41-49% хворих від ендогенної інтоксикації, крайнім проявом якої є панкреатогенний шок. В пізній період помирають 51-59% і аж до 70% при ускладнених гнійно-деструктивних формах [Урсов, 2000].

Основними факторами, що погіршують перебіг ГП і підвищують летальність, являється інфікування вогнищ некрозу підшлункової залози і виникнення органної недостатності. Інфікування вогнищ некрозу ПЗ виникає у 16-47% випадків. Органна недостатність при набряковому гострому панкреатиті виникає у 10%, при панкреонекрозі - у 54% випадків. Швидкість виникнення та тривалість органної недостатності корелюється з летальністю прямо пропорційно. Якщо органна недостатність усунена протягом 24-48 годин, летальність наближається до нуля, якщо ж тривалість її збереження перевищує 48 годин, летальність складає близько 36 % [Ганжий, Колесник, 2008].

Широкий діапазон коливань загальної і післяопераційної летальності при гострому панкреатиті обумовлена рядом причин: 1. несвоєчасною діагностикою ГП і його ускладнень; 2. відсутністю єдиних погоджених