



Ємяшев О.В.¹, Малиш І.Р.², Дубров С.О.³,
Згржебловська Л.В.¹, Лоскутов О.А.⁴,
Гавриленко О.О.⁵

ВІДКРИТИЙ РЕЖИМ ВІДВІДУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ: ДУМКА ФАХІВЦІВ

¹ КНП «Тернопільська університетська лікарня» ТОР, Тернопіль

² КНП «Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги», Київ

³ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

⁴ Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії НУОЗ України імені П.Л. Шупика, м Київ,

⁵ КНП «Київська міська клінічна лікарня №17»

Резюме. Питання відкритого відвідування відділень інтенсивної терапії наразі є питанням актуальним, гострим і неоднозначним. В Україні воно активно обговорюється в засобах масової інформації, соціальних мережах, медичною спільнотою. Створюються відповідні робочі групи Міністерства охорони здоров'я з метою оптимізувати нормативну базу з даного питання.

В статті наведено огляд літератури з проблем відкритого відвідування дорослих пацієнтів, які перебувають на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії. Думки з цього приводу достатньо суперечливі. З одного боку, є позиція, що перебування родичів у ВІТ в режимі 24/7 покращує результати лікування, створюючи більш комфортну психологічну атмосферу пацієнту. З іншого боку, і такий підхід переважає, ряд досліджень вказують на збільшення кількості бактеріальних ускладнень у пацієнтів при необмеженому їх відвідуванні, ускладнення умов роботи медичного персоналу, що призводить до погіршення результатів лікування в цілому.

ГО «Асоціація анестезіологів України» провела онлайн опитування серед лікарів-анестезіологів – членів асоціації з метою дізнатися думку українських фахівців з питання відкритого відвідування пацієнтів ВІТ. Більшість опитаних анестезіологів схиляються до обмеженого режиму відвідування.

Ключові слова: відкритий режим відвідування пацієнта, відділення інтенсивної терапії, нозокоміальні ускладнення, психологічний комфорт пацієнта.

ВСТУП

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.06.2016 № 592 «Про затвердження Порядку допуску відвідувачів до пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні у відділеннях інтенсивної терапії» ще на етапі підготовки став предметом гарячого обговорення в українському суспільстві та в широкій медичній спільноті. На сьогодні інтерес не послабився, і питання можливості відкритого відвідування пацієнтів у ВІТ родичами чи будь-якими особами в режимі 24/7 дискутується в засобах масової інформації та соціальних мережах. Громадська організація «Асо-

ціація анестезіологів України», як організація, яка об'єднує фахівців профільної спеціальності активно приймає участь в формуванні консенсусного рішення, що задовольнятиме лікарів, пацієнтів та їхніх родичів.

Серед переваг відкритого режиму називають зменшення частоти розвитку делірію у відділеннях інтенсивної терапії, покращений комфорт пацієнта під час перебування у відділенні інтенсивної терапії та поліпшення самопочуття хворого.

Проте слід зазначити, що у засобах масової інформації необгрунтовано перевищується позитивний ефект відвідування родичів на стан пацієнтів, які

знаходяться у відділеннях інтенсивної терапії. В той же час, недооцінюються і не обговорюються негативні наслідки, які закономірно виникають при відвідуванні родичами даної тяжкої категорії пацієнтів.

Відразу акцентуємо увагу на тому, що стосовно педіатричних ВІТ експерти одностайні в думці, що відвідування в режимі 24/7 за умови одночасного перебування біля дитини однієї особи, однозначно має позитивний ефект, тому надалі мова йтиме виключно про дорослих пацієнтів.

В контексті питання щодо цілодобового відкритого та поширеного допуску відвідувачів до пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні у відділеннях інтенсивної терапії, слід враховувати той аспект, що відділення інтенсивної терапії значно відрізняються між собою. Різновидами відділень інтенсивної терапії є неонатальні, педіатричні, терапевтичні, токсикологічні, хірургічні, нейрохірургічні, тощо. Данні відділення різняться за рядом параметрів: категорія пацієнтів, інтенсивність роботи, технологічні процеси в ході лікування, інвазивність лікувальних маніпуляцій, ризик інфікування пацієнтів, частота протезування функцій життєво важливих органів.

У більшості відділень інтенсивної терапії терапевтичного профілю, де пацієнтам не проводяться великі оперативні втручання з приводу захворювань та травм, ризики негативних наслідків вільного доступу відвідувачів можуть бути невисокими. Пацієнти відділень інтенсивної терапії хірургічного профілю є найбільш складною категорією пацієнтів, як з точки зору застосування високоінвазивних медичних технологій, так і з точки зору суворого дотримання заходів інфекційного контролю; санітарно-протиепідемічний режим у таких відділеннях повинен бути максимально наближений до умов операційної. Доведено, що основною причиною летальності у відділеннях інтенсивної терапії хірургічного профілю є розвиток інфекційних ускладнень. Саме тому, обмеження контактів пацієнтів з будь-якими джерелами інфікування є пріоритетом в забезпеченні безпеки пацієнтів інтенсивної терапії хірургічного профілю.

Дані підходи повною мірою спираються на світовий досвід. У великому огляді літератури «Review of visiting policy in ICU» 2016 року [1] зазначено, що в 70% відділень інтенсивної терапії США, і в першу чергу це стосується пацієнтів хірургічного профілю, відвідування родичів обмежується за часом і, як правило, відвідування не тривають більше 1-2 годин на добу. Аналогічні правила прийняті у відділеннях інтенсивної терапії хірургічного профілю Великобританії, відділення інтенсивної терапії з обмеженням за часом відвідувань складають 80% від загальної кількості відділень інтенсивної терапії [2].

В наведених наукових оглядах наголошується, що широке, відкрите, необмежене за часом відвідування пацієнтів, що знаходяться у критичному стані, посилює їхній фізіологічний стрес, викликає емоційне виснаження як пацієнтів, так і їх родичів, перешкоджає роботі лікарів та медичних сестер. Доведено, що знаходження родичів біля ліжка пацієнта значно збільшує небезпеку для пацієнтів у випадках виникнення невідкладних станів, значно збільшує ризик інфікування пацієнтів, які знаходяться в імунодефіцитному стані. Відкрита, широка та необмежена за часом політика відвідування пацієнтів є потенційно небезпечною для критичних пацієнтів, тому що може призводити до значних змін показників артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, може спровокувати розвиток передсердних та шлуночкових екстрасистол та значно підвищує рівень внутрішньочерепного тиску. У вищезазначених оглядах наголошується, що якщо в палаті знаходиться більше ніж 1 пацієнт, то візити родичів до одного з них оцінюються другими пацієнтами та їх родичами негативно, та дана ситуація часто розглядається як порушення прав пацієнта, виникають конфліктні ситуації. Особливо, враховуючи те, що в умовах сучасних відділень інтенсивної терапії України майже відсутня можливість індивідуального знаходження пацієнтів. Часто під час візиту до одного пацієнта, іншому хворому проводять медичні маніпуляції, такі як постановка центральних венозних катетерів, ін'єкції, клізми тощо.

Тому в сучасній медичній літературі, де підтримується політика відкритого відвідування пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії, наполягають на суворому обмеженні часу перебування та кількості родичів під час візиту, що повинно контролюватися медичним персоналом та бути суворо регламентовано погодинно [3, 13].

До негативних ефектів від відвідувань також відносять також те, що родичі пацієнтів відволікають персонал від лікувальної роботи, намагаються контролювати роботу медичних сестер та лікарів, вимагають приділяти більше уваги саме «своєму» хворому, можуть непередбачувано втручатись в роботу складної високотехнологічної медичної апаратури.

Великий систематичний огляд та мета аналіз даних показав, що однією з головних негативних проблем політики вільного відвідування є прискорення вигорання медичного персоналу [3]. Особливо важливо це в епоху пандемії COVID-19, коли робота з тяжкими контагіозними інфекціями вже викликає підвищення рівню стресорного навантаження на медичний персонал. Одним із шляхів подолання цієї проблеми, на що вказує у своїй роботі Rose L.(2020), є застосування віртуального відвідування пацієнтів, що підвищує моральний статус персоналу на 68% в порівнянні з відкритим доступом родичів [4].

У великому дослідженні «Cardio-pulmonary complications with unrestricted visiting policy in ICU», яке стосується розвитку негативних наслідків у разі широкого, необмеженого за часом відвідування пацієнтів у відділенні інтенсивної терапії, доведено розвиток високої мікробної контамінації у пацієнтів. Протипоказами для широкого, необмеженого за часом відвідування були визнані: тяжкі порушення свідомості, порушення функції дихання та кровообігу, розвиток деліріозних станів, значне порушення когнітивних функцій у пацієнтів [5].

Науковими дослідженнями Массачусетського академічного дослідницького центру доведено, що для широкого та відкритого відвідування родичів у відділенні інтенсивної терапії обов'язково повинні дотримуватися наступні умови:

- пацієнт повинен бути розташований у одномісній палаті;
- пацієнти повинні бути в свідомості, добре орієнтовані у місці та часі, здатні розмовляти;
- пацієнти повинні бути гемодинамічно стабільними, не повинні знаходитися на штучній вентиляції легень чи інших складних методах життєзабезпечення [6].

В науковій роботі європейських фахівців з інтенсивної терапії «Designing the Safe Intensive Care Unit of the Future», яка опублікована у 2009 році, представлений детальний опис відділення інтенсивної терапії нового типу. Створення відділень інтенсивної терапії нового типу (відділення інтенсивної терапії відкритої політики), які пристосовані до можливості тривалого перебування родичів разом з критичним пацієнтом, передбачають палати інтенсивної терапії на одного пацієнта [7]. Обов'язково передбачається окремо виділена зона для знаходження родичів, при цьому площа одномісної палати повинна складати 26- 60 м² [8]. Для кожного пацієнта виділяється окремий цілодобовий пост медичної сестри та молодшої медичної сестри. Лікарі та медичні сестри відділень інтенсивної терапії увесь свій робочий час присвячують лікуванню пацієнтів, а для роботи з родичами повинні бути введені ставки госпітальних соціальних працівників та психологів, завданням яких є створення емоційного комфорту родичів під час їхнього у відділенні інтенсивної терапії [9].

Принципово інша ситуація спостерігається у даний момент у відділеннях інтенсивної терапії України. У переважній більшості лікувальних закладів відділення інтенсивної терапії представлені у вигляді блоків. Блоки розраховані на 4-6-8 пацієнтів, площа на одного пацієнта не перевищує 9 м², на яких розташовані функціональне ліжко, апарат штучної вентиляції легень, електроаспіратор, моніторні системи, штативи для внутрішньовенної інфузії, стійки з інфузатами. Крім того,

в блоці розташовані шафи для медикаментів, що підлягають предметно-кількісному обліку, робочий стіл медичної сестри, пристрої для дезінфекції, стіл для перев'язок. В таких умовах цілодобове або тривале перебування родичів біля ліжка пацієнта просто фізично неможливе. Це повністю зруйнує санітарний режим відділення, зробить неможливим своєчасну роботу медичного персоналу, порушить лікування тяжких хворих, призведе до значної кількості конфліктних ситуацій.

На відміну від країн Європи та США, де на одного хворого у відділенні інтенсивної терапії виділяється один цілодобовий пост медичної сестри, в Україні один пост медичної сестри виділяється на 4-6 пацієнтів, також вкрай недостатньо і лікарських ставок. Як наслідок, робота медичних працівників у відділенні інтенсивної терапії є надмірно напруженою як у фізичному, так і в емоційному плані. В умовах дефіциту персоналу, великого обсягу роботи, ефективною себе зарекомендувала «пацієнт-орієнтована політика» у відділеннях інтенсивної терапії, коли ключовою фігурою являється пацієнт, який знаходиться у тяжкому або критичному стані, при цьому увесь робочий час та зусилля персоналу сконцентровані на пацієнті. «Пацієнт-орієнтована політика» довела свою високу ефективність вже на протязі більш 50 років з моменту створення відділень інтенсивної терапії у всьому світі. Як свідчить перший закордонний досвід розвинутих країн по створенню «відкритих» відділень інтенсивної терапії, де були передбачені одномісні палати з достатньою площею (приватні госпіталі США та Європи), надії на позитивний вплив родичів на результати лікування тяжких хворих виправдалися лише частково [10]. Дослідження психологів довели, що відкрита політика цілодобових та тривалих відвідувань у відділенні інтенсивної терапії навіть при дотриманні таких умов як: одномісна палата, індивідуальний пост медичної сестри, часто не призводить до очікуваного покращання емоційного стану як критичних пацієнтів, так і їхніх родичів. [11]. Виключення складають ті рідкі випадки, коли пацієнт знаходиться у свідомості, здатен розмовляти, у пацієнта немає порушень життєво-важливих функцій. Але такі пацієнти у більшості випадків не потребують знаходження у відділенні інтенсивної терапії. Коли пацієнти знаходяться у критичному стані, у них порушена свідомість, вони не можуть спілкуватися або їм проводиться штучна підтримка функцій життєво важливих органів, розраховувати на психологічну підтримку родичів недоцільно та необґрунтовано. Слід враховувати той факт, що родичі пацієнта знаходяться у стані емоційного стресу, глибокої депресії та самі потребують безперервної психологічної допомоги, яку повинні надавати спеціалісти (пси-

хологи, соціальні працівники госпіталю), а всі зусилля лікарів та медичних сестер відділення інтенсивної терапії повинні бути спрямовані на рятування життя важкого пацієнта [11].

Аналогічні ситуації добре знайомі та описані як «VIP-синдром», коли персонал відділення інтенсивної терапії постійно відволікається від виконання своїх прямих обов'язків, протоколів та стандартів інтенсивної терапії, працюють у стані надмірного емоційного напруження [12]. При «VIP-синдромі» дорогоцінний час використовується не на проведення лікування пацієнта, а на спілкування з родичами, пояснення, обговорення, узгодження тактики лікування. При даному підході, всупереч очікуванням, обсяг медичної допомоги та якість лікування значно погіршуються. І,

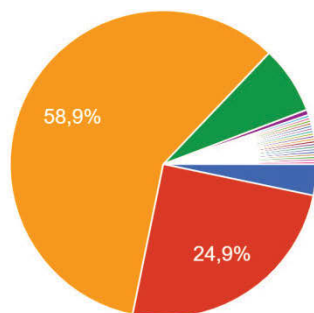
як наслідок, частота розвитку ускладнень та рівень летальності можуть зростати у порівнянні із «звичайними» пацієнтами.

Отже, в світовій практиці все ж схиляються до регламентованої політики відвідування ВІТ. З метою визначення думки української анестезіологічної спільноти з приводу оптимального режиму допуску відвідувачів у відділення інтенсивної терапії на сайті <https://aaukr.org> Асоціацією анестезіологів України було проведено персоналізоване онлайн опитування за допомогою Google forms. Термін проведення опитування 10 – 15 липня 2021 р. Взяли участь 365 спеціалістів з анестезіології та інтенсивної терапії. Учасникам було запропоновано відповісти на ряд запитань.

ЗАПИТАННЯ №1

Який режим допуску родичів хворого у ВАІТ Ви вважаєте доцільним?

365 відповідей



- Вільне відвідування в режимі 24/7
- Відвідування у чітко визначені внутр...
- Відвідування виключно у денний ча...
- Не дозволяти відвідування
- Вільне відвідування в режимі 27/7
- Пункт 2 за виключенням потреби в у...
- У період ковіду- відвідування виклю...
- Відвідування у денний час з дозвол...

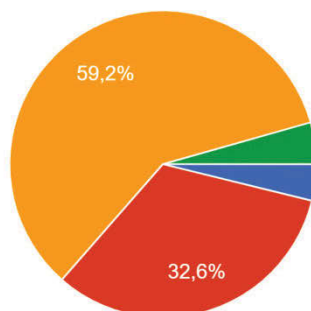
▲ 1/3 ▼

Варіант відповіді	Кількість відповідей	% від всіх
Вільне відвідування в режимі 24/7	12	3,3%
Відвідування у чітко визначені внутрішнім розпорядком години	91	24,9%
Відвідування виключно в денний час по узгодженню із лікуючим лікарем	215	58,9%
Не дозволяти відвідування	26	7,1%
Інше	21	5,7%

ЗАПИТАННЯ №2

Відвідування родичами пацієнтів у ВАІТ (на Вашу думку):

365 відповідей



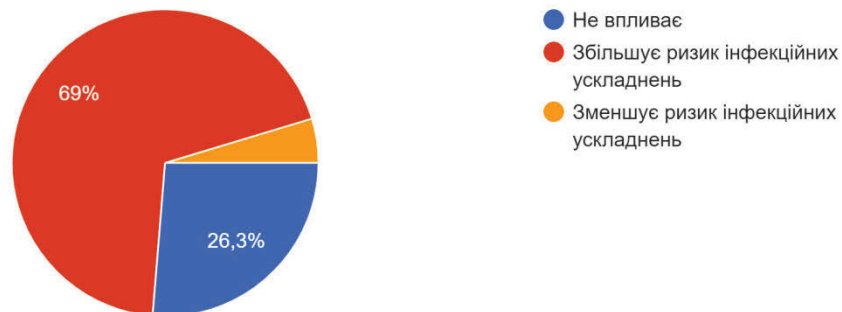
- Покращує якість надання медичної допомоги
- У більшості випадків допомагає у лікуванні
- У більшості випадків заважає процесу лікування
- Погіршує якість надання допомоги

Варіант відповіді	Кількість відповідей	% від всіх
Покращує якість надання медичної допомоги	14	3,8%
У більшості випадків допомагає в лікуванні	119	32,6%
У більшості випадків заважає процесу лікування	216	59,2
Погіршує якість надання допомоги	16	4,4%

ЗАПИТАННЯ №3

Як на Вашу думку впливає відвідування родичами пацієнтів у ВАІТ на дотримання відповідного санітарно-гігієнічного стану у відділенні?

365 відповідей

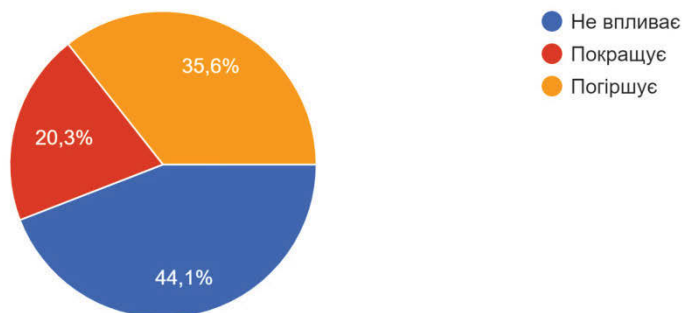


Варіант відповіді	Кількість відповідей	% від всіх
Не впливає	161	26,3%
Збільшує ризик інфекційних ускладнень	252	69%
Зменшує ризик інфекційних ускладнень	17	4,7%

ЗАПИТАННЯ №4

Як впливає присутність відвідувачів на трудову дисципліну персоналу ВАІТ?

365 відповідей

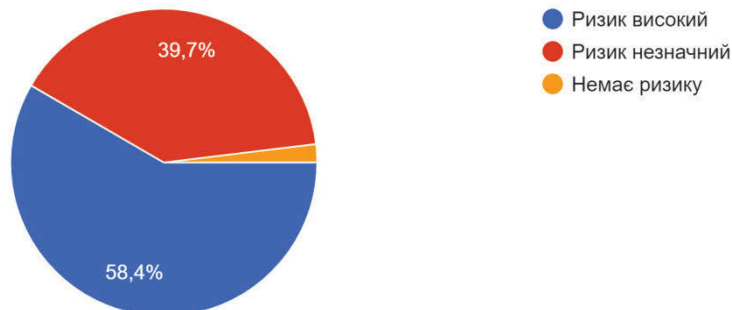


Варіант відповіді	Кількість відповідей	% від всіх
Не впливає	96	44,1%
Покращує	74	20,3%
Погіршує	130	35,6%

ЗАПИТАННЯ №5

Чи існує ризик для пацієнтів у ВАІТ від некваліфікованих дій відвідувачів (втручання в роботу обладнання, непрофесійні заходи по догляду та т.і.)?

365 відповідей

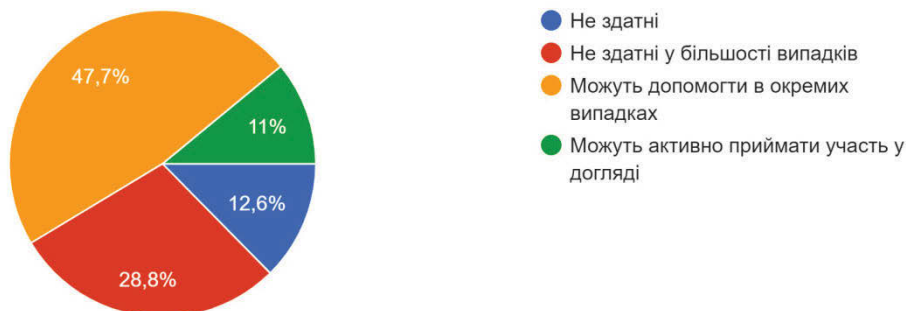


Варіант відповіді	Кількість відповідей	% від всіх
Ризик високий	213	58,4%
Ризик незначний	145	39,7%
Немає ризику	7	1,9%

ЗАПИТАННЯ №6

Чи здатні родичі пацієнтів у ВАІТ адекватно допомогти у медичному догляді за хворими?

365 відповідей



Варіант відповіді	Кількість відповідей	% від всіх
Не здатні	46	12,6%
Не здатні у більшості випадків	106	28,8%
Можуть допомогти в окремих випадках	174	47,7%
Можуть активно приймати участь у догляді	40	11%

ВИСНОВКИ:

1. «Пацієнт-орієнтована політика» в роботі ВІТ широко використовувалась та продовжує використовуватись у державних госпіталах Європи та Америки, де час перебування родичів біля критичних пацієнтів в більшості випадків обмежується однією-двома годинами на добу.
2. Політика відкритого відвідування відділення інтенсивного терапії, коли родичам дозволяється постійно знаходитися біля критичного пацієнта, почала впроваджуватися у приватних госпіталах найбільш розвинутих та багатих країнах світу. Ефективність такої нової медичної політики продовжує дискутуватися. Розробляються нові підходи та методи психологічної допомоги родичам пацієнтів, нові стандарти безпеки для пацієнтів, які знаходяться у критичному стані.
3. Впровадження медичної політики «відкритого інтенсиву» ні в якій мірі не повинно зводитися до простого, цілодобового, неконтрольованого доступу до відділення інтенсивної терапії. Таке

незважаючи на рішення не забезпечити досягнення встановленої мети, призведе до порушення роботи відділення інтенсивної терапії, зруйнує основи санітарно-епідемічного режиму та інфекційного контролю, порушить права пацієнтів на приватність. Все це призведе до значного погіршення результатів лікування пацієнтів, які знаходяться в критичному стані.

- Політика «відкритого інтенсиву» включає не тільки ідеологічну перебудову надання медичної допомоги найбільш тяжкому контингенту хворих, але, що найбільш важливо, як показує закордонний досвід, вимагає значних часових та матеріальних витрат.
- Перебудова існуючої системи роботи відділення інтенсивної терапії повинна починатися з створення відповідної матеріальної бази, коли в – палаті буде знаходитися не 4-6 пацієнтів, а лише один пацієнт. При цьому, повинна бути виділена спеціальна зона для цілодобового перебування родичів.
- Думка вітчизняних анестезіологів згідно проведеного опитування схиляється до того, що відкрите відвідування ВІГ може погіршити санітарно-епідеміологічний відділення, підвищити ризик виникнення інфекційних ускладнень, негативно вплинути на емоційний стан медичного персоналу та його працездатність, і як наслідок погіршити результати лікування пацієнта в цілому.

Фінансування / Funding

Немає джерела фінансування / There is no funding source.

Конфлікт інтересів / Conflicts of interest

Усі автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів /

All authors report no conflict of interest

Етичне схвалення / Ethical approval

Це дослідження було проведено відповідно до Гельсінської декларації та

затверджено місцевим комітетом з етики досліджень /

This study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was

approved by the local research ethics committee.

Надійшла до редакції / Received: 02.06.2021

Після доопрацювання / Revised: 05.06.2021

Прийнято до друку / Accepted: 11.06.2021

Опубліковано онлайн / Published online: 30.06.2021

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Khaleghparast S, Joolae S, Ghanbari B, Maleki M, Peyrovi H, Bahrani N. A Review of Visiting Policies in Intensive Care Units// *Global Journal of Health Science*, 17 Nov 2015, 8(6):267-276.
- Hunter J D, Goddard C, Rothwell M, Ketharaju S, Cooper H. A survey of intensive care unit visiting policies in the United Kingdom. // *Anaesthesia*. 2010. V. 65, p. 1101-1105
- Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. // *Crit Care Med*. 2018 Jul;46(7):1175-1180. doi: 10.1097/CCM.0000000000003155.
- Rose L, A Cook, J Casey, J Meyer. Restricted family visiting in intensive care during COVID-19. // *Intensive Crit Care Nurs*. 2020 Oct; 60: 102896. Published online 2020 May 31. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102896
- S Fumagalli, L Boncinelli, A Lo Nostro, P Valoti, G Baldereschi et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. // *Circulation* 2006 Feb 21;113(7):946-52. doi: 0.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537.
- JE Davidson, K Powers, KM Hedayat, M Tieszen, AA Kon, E Shepard, V Spuhler, ID Todres, M Levy, J Barr, R Ghandi, G Hirsch, D Armstrong. American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005, Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. Society of Critical Care Medicine. // *Crit Care Med*. 2007 Feb;35(2):605-22. doi: 10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB.
- P. Barah, M. Potter. Designing the Safe Intensive Care Unit of the Future.// *Intensive and Critical Care Medicine*. Springer, 2009.
- Wolk W. The intensive care unit in the future. // *Communication in the ICU*, 2008, p. 145-165.
- Dikerman K, Barah P. Incorporating patient-safe design into guidelines. // *JAMA*. 2009. p.267-270.
- Giannini A. Visiting policies and family presence in ICU: a matter for legislation? // *Intensive Care Med* 2013 Jan;39(1):161. doi: 10.1007/s00134-012-2722-x. Epub 2012 Sep 28. PMID: 23052959 DOI: 10.1007/s00134-012-2722-x.
- Hartocollis L. The met and unmet needs of families of patients in the ICU and implication of the social work practice. A dissertation in social work, faculty of the University Pennsylvania, 2010.
- Mariano E, Ma Leod J. Emergency Care for the VIP Patient. // *Yearbook of Intensive Care and Emergency Medicine*. 2007. P.969-975
- Soares M, Silva U, Homena W, Fernandes G et al. Family care, visiting policies, ICU performance, and efficiency in resource use: insights from the ORCHESTRA study. // *Intensive Care Med*. 2017 Apr;43(4):590-591. doi: 10.1007/s00134-016-4654-3. Epub 2016 Dec 27.

СМЯШЕВ О.В., МАЛЫШ І.Р., ДУБРОВ С.О., ЗГРЖЕБЛОВСКА Л.В., ЛОСКУТОВ О.А., ГАВРІЛЕНКО О.О.

OPEN REGIME OF INTENSIVE CARE UNITS PATIENT VISITS: EXPERTS OPINION

Resume. The issue of open visits to intensive care units is currently a topical, acute and ambiguous issue. In Ukraine, it is actively discussed in the media, social networks, the medical community. Appropriate working groups of the Ministry of Health are being set up to optimize the regulatory framework on this issue.

The article reviews the literature on the problems of open visits of adult patients undergoing treatment in the intensive care unit. Opinions on this issue are quite contradictory. On the one hand, there is a position that the stay of relatives in the ICU 24/7 improves the results of treatment, creating a more comfortable psychological atmosphere for the patient. On the other hand, and this approach prevails, a number of studies indicate an increase in the number of bacterial complications in patients with unlimited visits, complication of working conditions of medical staff, which leads to a deterioration in treatment outcomes in general.

Public organization «Association of Anesthesiologists of Ukraine» conducted an online survey among anesthesiologists - members of the association for find out the opinion of Ukrainian experts about open visits to ICU's patients. Most of the anesthesiologists surveyed are inclined to a limited visitation regime.

Key words: open regime of patient visit, intensive care unit, nosocomial complications, psychological comfort of the patient.

УЧАСТЬ АВТОРІВ В ПІДГОТОВЦІ СТАТТІ:

Смяшев О.В. – підготовка та проведення опитування, дизайн статті; збір та обробка даних

Малиш І.Р. – пошук літератури, збір та обробка даних, написання висновків;

Дубров С.О. – науковий інтерес і керівництво, концепція статті;

Згржебловська Л.В., Лоскутов О.А. – збір та обробка даних;

Гавриленко О.О. – дизайн статті, коректура.