



МАЗНІЧЕНКО В.А.^{1,2}, ТАРАСЕНКО С.О.³

БЕЗПЕЧНЕ ПЕРЕВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВІДДІЛЕННЯ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ: ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

² КНП «Київська міська клінічна лікарня №17», Київ, Україна

³ EuroMedCare Hospital st. Anna, Piaseczno, Poland

Анотація: Аналіз світової динаміки кількості оперативних втручань демонструє все більшу залученість лікарів ВАІТ у лікувальному процесі пацієнтів хірургічного або терапевтичного профілю. Використання затверджених нормативних документів дозволяє стандартизувати та формалізувати оцінку стану пацієнта перед операцією та приймати рішення про вибір анестезіологічного забезпечення, доцільність його перебування у ВАІТ та можливість безпечного переведення до профільного відділення. Використання стандартизованої системи оцінки тяжкості стану пацієнта являється ефективним інструментом планування роботи відділень інтенсивної терапії. Чек-лист «Критерії безпечного переведення пацієнтів із відділення анестезіології та інтенсивної терапії» дозволяє оцінювати стан пацієнта в умовах відсутності інтегративних систем.

Ключові слова: Відділення анестезіології та інтенсивної терапії, шкали оцінки тяжкості пацієнта, шкала TISS, критерії переведення пацієнта, чек-лист.

Аналіз світової динаміки кількості оперативних втручань вказує на збільшення залученості лікарів відділень анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) в лікувальний процес пацієнтів хірургічного або терапевтичного профілю та збільшення навантаження на персонал відділень інтенсивної терапії. За даними звіту Гельсінської декларації безпеки пацієнтів в світі щороку проводиться біля 230 млн. анестезій і ця кількість зростає в порівнянні з попередніми роками [1, 2].

Приблизно в 7 млн випадків виникають різні ускладнення [2], що впливають на перебіг захворювання та термін перебування пацієнта в лікарні. Після проведених досліджень в США було відзначено як зростання кількості хірургічних втручань, так і збільшення пацієнтів середнього віку [3]. Але необхідно звернути увагу, що люди похилого віку отримували хірургічну допомогу у 4 рази частіше, ніж пацієнти молодого віку. Також був зроблений акцент на тому, що збільшується питома вага па-

цієнтів з коморбідною патологією [4]. В Україні в період перед пандемією COVID-19, коли відбулася зміна профілю хірургічних стаціонарів і структури надання медичної допомоги, відмічалася позитивна динаміка кількості анестезіологічних забезпечень (Табл.1).

Таблиця 1. Кількість анестезіологічних забезпечень в Україні в 2017-2018 рр. згідно звітів осередків ГО Асоціація Анестезіологів України (2019 рік).

		Рік	
		2017	2018
Наркози		555 463	740 582
	З ШВЛ	256 993	369 975
	Без ШВЛ	298 470	371 007
Регіонарні знеболення		227 673	313 872
Анестезія при малих операціях		75 195	96 688
Всього		858 331	1 151 242

Для кореспонденції:

МАЗНІЧЕНКО ВЛАДИСЛАВ АНАТОЛІЙОВИЧ, асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії НМУ імені О.О. Богомольця, лікар-анестезіолог відділення анестезіології та інтенсивної терапії КНП «КМКЛ 17», +380505950781, anest2005@ukr.net

Враховуючи збільшення навантаження на ВАІТ, етапну реформу надання медичної допомоги в ЛПЗ різного рівня акредитації актуальною є юридична оцінка стану пацієнта на всіх етапах лікування в умовах ВАІТ. Це дозволяє кваліфіковано вирішувати як лікувальні, так і юридичні питання. Оцінка стану пацієнта в періопераційному періоді дозволяє вирішувати питання про вибір оптимального методу анестезії та подальшої терапії, прогнозувати можливі результати такого лікування та оцінювати наслідки захворювання. Використання затверджених нормативних документів/ протоколів/ уніфікованих оціночних шкал дозволяє стандартизувати та формалізувати оцінку стану пацієнта перед операцією та приймати рішення про вибір анестезіологічного забезпечення, необхідність перебування у ВАІТ та можливість безпечного переведення хворого до профільного відділення. Передопераційний огляд за одну добу до призначеного втручання, перебіг анестезії, особливості надання анестезіологічної допомоги, рекомендації анестезіолога щодо подальшого інтенсивного нагляду за хворим пацієнтом на момент закінчення операції, переміщення його до ВАІТ, палати післяопераційного інтенсивного догляду або профільного відділення фіксується у затвердженій формі № 003-3/о «Передопераційний огляд анестезіологом та протокол загального знеболення» відповідно до наказу МОЗ України від 14.02.2012 № 110. Стан пацієнта під час перебування у ВАІТ відображається в історії хвороби з кратністю, відповідною тяжкості стану.

У світі використовується досить багато різних шкал. Але вибір їх застосування залежить від країни, уподобань та технічних можливостей клініки, а також прийнятих на рівні місцевих асоціацій стандартів. Для оцінки ступеня тяжкості хворого застосовується фізіологічний і терапевтичний клінічний підхід. Фізіологічний підхід визначає ступінь дисфункцій, пов'язаної з ризиком летального кінця, і вимагає багато часу для збору інформації та ухвалення рішення. Терапевтичний підхід враховує рівень проведеної терапії, необхідної для підтримки вітальних функцій хворого. Ця концепція враховує фізіологічну нестійкість і корелює з ризиком летального кінця [5]. Для оцінки тяжкості стану та оцінки ефективності лікувального процесу використовують шкали, які враховують досить багато змін різних параметрів. Основними з яких є зміни серцево-судинної, дихальної, нервової, нирок, печінки та системи гемостазу. Всі шкали пройшли шлях еволюції від досить великої кількості показників, наприклад, система Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), у якій налічувалося 76 параметрів, до максимального зменшення критеріїв оцінки. Система оцінки поліорганної дисфункції MODS (Multiple Organ Dysfunction

Score) оцінює 6 параметрів серцево-судинної (показник $PAR = ЧСС \times ЦВД / САД$); дихальної (співвідношення PaO_2 / FiO_2); нервової (шкала Глазго оцінюється з урахуванням застосування седативних препаратів та міорелаксантів); нирок (креатинін); печінки (білірубін); системи гемостазу (кількість тромбоцитів). Також певні шкали мають свою специфічність. SOFA та qSOFA використовується у пацієнтів з сепсисом. А система POSSUM має спеціалізовані шкали: P-POSSUM – Портсмутська модифікація, V-POSSUM – для судинної патології, RAAA-POSSUM – для аневризми черевного відділу аорти [5, 6, 7].

Але практично всі вони потребують фіксації інформації в електронних системах звітності та стандартизації для окремої країни. Досвід Польщі показав, що використання стандартизованої системи оцінки тяжкості стану пацієнта у ВАІТ є ефективним інструментом планування роботи відділень інтенсивної терапії [8].

Впровадження скороченої шкали TISS-28 з використанням 28 параметрів [9] в електронній формі дозволило не тільки відстежувати в динаміці стан хворого, а й враховувати необхідну кількість медичного персоналу – один бал TISS-28 дорівнює 10,6 хвилинам роботи медичної сестри кожної 8-годинної зміни [8] (табл.2). Також ця шкала надала можливість визначати необхідність перебування пацієнта у ВАІТ та можливість його переведення до профільних відділень. Використання такої системи оцінки дозволило зменшити навантаження на ВАІТ та фінансові затрати, пов'язані з лікувальним процесом, в тому числі за рахунок зменшення видатків на додаткові лабораторні параметри, необхідні для шкал APACHE-II, SOFA, SAPS, NEWS, MEWS, MODS тощо [9-15].

Перевід хворого відбувається при кількості 19 балів і менше [8]. Вся інформація зафіксована в електронній історії хвороби.

Робота відділень анестезіології та інтенсивної терапії в Україні також потребує певних юридичних стандартів, що оновлюються та дозволяють забезпечити ефективність надання медичної допомоги. Одним із останніх є зміни до пункту 1 наказу Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559 «Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 18 грудня 2020 року за № 1259/35542 [16]. Одним із підпунктів наказу встановлено «Критерії безпечного переведення пацієнтів із відділення анестезіології та інтенсивної терапії», які визначають клініко-лабораторні умови для безпечного переведення пацієнтів із ВАІТ до інших відділень закладу охорони здоров'я. Оцінка стану хворого з від-

Таблиця 2. Шкала TISS -28 (в модифікації Національного Фонду Здоров'я Польщі (Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ), згідно додатку №5 до Наказу №119/2017/DSOZ Президента NFZ від 30.11.2017)

ПАРАМЕТРИ	Кількість балів
РОЗДІЛ №1. ОСНОВНІ ДІЇ	
а. Моніторинг (Вимірювання та реєстрація основних життєво важливих параметрів кожну 1 годину та розрахунок балансу рідини не менше 3 разів на добу.)	5
б. Лабораторія (Забір крові для біохімічних або мікробіологічних лабораторних досліджень.)	1
с. Один препарат (Введення 1 препарату будь-яким шляхом (інфузія електролітів без додавання препаратів не зараховується до оцінки).)	1
д. Два препарати (Введення більше ніж 1 препарату (бал 1d виключає 1с), але зарахування цього пункту не виключає отримання наступних балів: вазоактивні препарати, форсований діурез.)	2
е. Багато ліків	4
ф. Стандартна зміна пов'язок (Щоденна зміна пов'язок (судинних катетерів) та профілактика і лікування пролежнів.)	1
г. Часта зміна пов'язок (Пов'язку необхідно міняти не менше 3 разів за зміну медичної сестри. Лікування та профілактика пролежнів та зміни пов'язок при судинних катетерах та дренажах не береться до уваги)	1
h. Догляд за дренажами (Йдеться про догляд за дренажами, введеними через неприродні отвори в тілі людини: дренажування хірургічної рани, плевральна порожнина, черезшкірна стома (PEG), надлобковий катетер та ін. Шлунковий зонд та сечовий катетер не враховуються.)	3
і. Лікування новонародженого в куветі (тільки TISS-28 для дітей)	5
j. Фототерапія новонароджених (тільки TISS-28 для дітей)	3
РОЗДІЛ №2. ДИХАННЯ	
а. Механічна вентиляція	5
б. Респіраторна підтримка з використанням високопоточної назальної оксигенації або CPAP	3
с. Підтримка дихання (Дихання через штучні дихальні шляхи, лікування киснем, але без механічної допомоги)	2
д. Штучні дихальні шляхи (догляд за штучними дихальними шляхами (ендотрахеальна трубка, трахеостомія).)	1
е. Респіраторна фізіотерапія (Лікувальна фізкультура, інгаляції, відсмоктування виділень з дихальних шляхів)	1
ф. Лікування сурфактантом (тільки TISS-28 для дітей)	5
г. Лікування оксидом азоту (тільки TISS-28 для дітей)	8
РОЗДІЛ №3. КРОВООБІГ	
а. Один вазоактивний препарат (До них відносяться: вазопресори (адреналін, норадреналін, дофамін), інодилітатори (амринон, добутамін), вазодилітатори (нітрогліцерин, урапідил). До цієї групи не входять препарати, що вводяться перорально, через зонд або підшкірно.)	3
б. багато вазоактивних препаратів (Оцінка 3b виключає оцінку 3a)	4
с. Масивна втрата рідини (Введення рідини більше 3 л/м ² площі маси тіла на добу (тобто приблизно 5-6 літрів на добу для дорослого пацієнта вагою приблизно 70 кг) незалежно від типу. Споживання рідини під час гемофільтрації та гемодіалізу не включається в оцінку.)	4
д. Артеріальний катетер (Введено периферичний артеріальний катетер для вимірювання артеріального тиску та забору крові (променева, стегова артерії), а також для інвазивного моніторингу та оцінки стану системи кровообігу. Оцінка вважається від дати введення до дати видалення катетера.)	5
е. Катетер в легеневій артерії (Катетер Свана-Ганца з виміром серцевого викиду чи ні. Встановлення катетера Свана-Ганца також вважається терапевтичним втручанням (оцінка 6a або 6b).)	8

Продовження Табл. 2.

ПАРАМЕТРИ	Кількість балів
РОЗДІЛ №3. КРОВООБІГ	
f. Центральний венозний катетер (Також для інвазивного серцево-судинного моніторингу та оцінки. Незалежно від місця установки. Кінець катетера повинен перебувати усередині грудної клітки (рентген). Оцінка вважається від дати введення до дати видалення катетера).	2
g. Серцево-легенева реанімація (Реанімаційні заходи після ВОС протягом останньої доби, але після надходження до відділення. Одноразова дефібриляція також включена до оцінки).	3
h. Моніторинг гемодинаміки з використанням малоінвазивних методів (моніторинг і оцінка з використанням методів каліброваних (термодилуція, розведення літія) або доплерівський моніторинг кровообігу в аорті)	8
i. Моніторинг гемодинаміки малоінвазивними методами (імпеданскардіометрія, електрична кардіометрія тощо)	2
j. Моніторинг гемодинаміки з використанням некаліброваних методів	6
РОЗДІЛ №4. НИРКИ	
a. Замісна ниркова терапія	3
b. Вимірювання виділення сечі (Кількісне вимірювання виділення сечі з катетером або без нього (вимірювання щонайменше кожні 8 годин).	2
c. Форсований діурез (фуросемід >0,5 мг/кг/добу, етакринова кислота, манітол) у вигляді одноразових доз або безперервної інфузії. Допамін сюди не включений)	3
d. Встановлення діалізного катетера	3
РОЗДІЛ №5. МЕТАБОЛІЗМ	
a. Ацидоз/алкалоз (Необхідність лікування значного тканинного ацидозу або алкалозу шляхом підлучення або підкислення). Повинні бути задокументовані докази патології, наприклад рН крові <7,33 або >7,49 і відповідні відхилення значень ВЕ. Респіраторна компенсація та лікування основного захворювання не включаються в оцінку.	4
b. Парентеральне харчування (Постачання енергетичних речовин і амінокислот через центральний венозний катетер. Подача лише глюкози або розчинів з низькою осмолярністю через периферичні вени не включається в оцінку).	3
c. Ентеральне (ентеральне) харчування (Харчування через зонд, незалежно від шляху його введення: через рот, ніс, ПЕГ, стому; в обсязі не менше 500 мл/добу)	2
РОЗДІЛ №6. ІНШІ ІНТЕРВЕНЦІЇ	
a. Одне втручання у відділенні інтенсивної терапії (Виконується виключно в ВІТ: ендотрахеальна інтубація, трахеотомія, кардіоверсія, електростимуляція серця, ендоскопія, промивання шлунку, введення зонда Сенгстакена, катетера Свана-Ганца, внутрішньоаортального балона, бронхоскопія. Не входять планові вимірювання параметрів та діагностичні процедури: рентген, ЕКГ, УЗД, зміна пов'язок, катетеризація вен, катетеризація артерій, люмбальна пункція, пункція та дренирування плевральної порожнини, очеревини, перикарда.)	3
b. Багато втручань у відділенні інтенсивної терапії Кілька з вищезазначених втручань виконуються у відділенні інтенсивної терапії. (оцінка 6b не включає оцінку 6a)	5
c. Діяльність поза відділенням інтенсивної терапії (Будь-яка діагностична або терапевтична процедура, яка потребує транспортування з відділення інтенсивної терапії та назад, наприклад хірургічне втручання, комп'ютерна томографія. Втручання, які виконуються перед надходженням у відділення інтенсивної терапії або під час переведення пацієнта в іншу палату, не включені.)	5
d. Зовнішня системна гіпотермія – контролюється контрольними пристроями (МКБ-9: 99.811)	1
e. Зовнішня локальна гіпотермія – контролюється контрольними пристроями (МКБ-9: 99.813)	1
РОЗДІЛ №7. ІНШІ ІНТЕРВЕНЦІЇ	
a. Вимірювання ВЧТ	4

повідністю певним критеріям проводиться з боку центральної нервової системи, серцево-судинної системи, дихальної системи, сечовидільної системи та інших систем. Але при вирішенні показів для перебування пацієнта у ВАІТ та можливості переведу його до профільних відділень необхід-

на фіксація показників відповідно до наказу. Це можливо за допомогою стандартизованих форм у вигляді чек-листа, з внесенням інформації по кожному із пунктів та доповненням до історії хвороби. Кількість критеріїв відповідає наказу та потребує чіткої оцінки кожного пункту.

ЧЕК-ЛИСТ

«Критерії безпечного переведення пацієнтів із відділення анестезіології та інтенсивної терапії» (адаптовано до Наказу МОЗ України від 11 травня 2022 року № 788)

ШБ пацієнта: N історії: Термін перебування ВАІТ: діб

Переведенню в інші відділення із відділення анестезіології та інтенсивної терапії підлягають пацієнти, стан яких відповідає таким критеріям протягом останньої доби:

1) З боку центральної нервової системи: рівень притомності за шкалою ком Глазго за умови відсутності негативної неврологічної динаміки:

- вище 13 балів за шкалою ком Глазго за умови відсутності негативної неврологічної динаміки (для пацієнтів без первинного ушкодження головного мозку);

так	ні
-----	----
- вище 11 балів за шкалою ком Глазго (для пацієнтів із первинним ушкодженням ЦНС);

так	ні
-----	----
- пацієнти із стійкими або незворотними розладами функції головного мозку, які не потребують подальшого заміщення вітальних функцій;

так	ні
-----	----
- відсутність гострого судомного синдрому протягом останньої доби

так	ні
-----	----
- відсутність галюцинаторного синдрому (за умови, що збудження пацієнта коригується пероральними препаратами)

так	ні
-----	----

2) З боку серцево-судинної системи:

- контрольований рівень АТ (із врахуванням індивідуальних особливостей конкретного пацієнта) без необхідності застосування вазопресорів та/або інотропних препаратів

так	ні
-----	----
- відсутність гострих порушень серцевого ритму;

так	ні
-----	----
- відсутність негативної динаміки на ЕКГ;

так	ні
-----	----

3) З боку дихальної системи:

- прохідні верхні дихальні шляхи або трахеостомічна трубка (за наявності);

так	ні
-----	----
- відсутність вираженого тахіпноє (більше 26 дихальних рухів за 1 хвилину) або патологічних видів дихання

так	ні
-----	----
- відсутність потреби в апаратній респіраторній підтримці;

так	ні
-----	----
- SpO₂ > 92 для хворих без хронічної патології дихальної системи, SpO₂ > 88 для хворих із хронічною патологією дихальної системи при FiO₂ не більше 0,4;

так	ні
-----	----

4) З боку сечовидільної системи:

- відсутність клінічних ознак та нормальні значення основних біохімічних маркерів гострого ушкодження нирок у стадії олігоанурії;

так	ні
-----	----

5) З боку інших систем:

- відсутність ознак кровотечі, що продовжується;

так	ні
-----	----
- відсутність постгеморагічної анемії важкого ступеня;

так	ні
-----	----
- відсутність суттєвих порушень водно-електролітного балансу;

так	ні
-----	----
- відсутність декомпенсованих станів при ендокринних захворюваннях;

так	ні
-----	----
- відсутність суттєвих проявів коагулопатії.

так	ні
-----	----

ВИСНОВКИ:

1. Інтегративні системи оцінки тяжкості стану пацієнта є базовим інструментом лікаря ВАІТ

2. Використання інтегративних шкал оцінки стану тяжкості пацієнта у ВАІТ дозволяє приймати своєчасні рішення про перевід пацієнта до профільного відділення, що дозволяє зменшити недоцільне завантаження ВАІТ та фінансову складову лікування.

3. Шкала TISS-28 дозволяє проводити оцінку тяжкості пацієнта без додаткового фінансового навантаження на лабораторні параметри.

4. Використання чек-листа «Критерії безпечного переведення пацієнтів із відділення анестезіології та інтенсивної терапії» дозволяє оцінювати стан пацієнта в умовах відсутності інтегративних систем, адаптованих до роботи в умовах лікувальних закладів.

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 за-

тверджено 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: 06.02.2023

Після доопрацювання / Revised: 16.03.2023

Прийнято до друку / Accepted: 23.06.2023

Опубліковано онлайн / Published online: 30.06.2023

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Devereaux PJ, Sessler DI. Cardiac complications in patients undergoing major noncardiac surgery. N Engl J Med 2015; 373: 2258-69. DOI:10.1056/NEJMra1502824.*
2. *Preckel B., Staender S., Arnal D., et al. Ten years of the Helsinki Declaration on patient safety in anaesthesiology: An expert opinion on peri-operative safety aspects. Eur J Anaesthesiol. 2020; 37(7):521-610. DOI: 10.1097/EJA.0000000000001244*
3. *Mureddu GF. Current multivariate risk scores in patients undergoing non-cardiac surgery. Monaldi Arch Chest Dis 2017; 87: 16-20. DOI:10.4081/monaldi.2017.848.*
4. *Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). Eur Heart J 2014; 35: 2383-431. DOI: 10.1093/eurheartj/ehu282.*
5. *М.Г. Мельниченко, Л.Б. Елії. Можливості оцінки стану пацієнта. Одеський національний медичний університет, Україна. PAEDIATRIC SURGERY.2017.2(55):102-108; doi 10.15574/PS.2017.55.102*
6. *González-Martínez S, Martín-Baranera M, Martí-Sauri I, Borrell-Grau N, Pueyo-Zurdo JM. Comparison of the risk prediction systems POSSUM and P-POSSUM with the Surgical Risk Scale: A prospective cohort study of 721 patients. Int J Surg. 2016 May; 29:19-24. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.03.005*
7. *Sekulic AD, Trpkovic SV, Pavlovic AP, Marinkovic OM, Ilic AN. Scoring Systems in Assessing Survival of Critically Ill ICU Patients. Med Sci Monit. 2015 Sep 4; 21: 2621-2629. https://doi.org/10.12659/MSM.894153*
8. *NFZ Materiały informacyjne Strona internetowa NFZ. Available at: https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1192017dsoz,6695.html*
9. *Scoring systems for ICU and surgical patients: TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System-28). Available at: https://sfar.org/scores2/tiss282.php*
10. *APACHE II Score. Available at: https://www.mdcalc.com/calc/1868/apache-ii-score*
11. *Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score. Available at: https://www.mdcalc.com/calc/691/sequential-organ-failure-assessment-sofa-score*
12. *Simplified Acute Physiology Score (SAPS) II. Available at: https://www.mdcalc.com/calc/4044/simplified-acute-physiology-score-saps-ii*
13. *National Early Warning Score (NEWS). Available at: https://www.mdcalc.com/calc/1873/national-early-warning-score-news*
14. *Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration Available at: https://www.mdcalc.com/calc/1875/modified-early-warning-score-mews-clinical-deterioration*
15. *Scoring systems for ICU and surgical patients: MODS (Multiple Organ Dysfunction Score). Available at: https://www.sfar.org/scores2/mods2.php*
16. *Наказ МОЗ України від 11 травня 2022 року № 788 Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0561-22#Text*

MAZNIICHENKO V.A., TARASENKO S.O.

LEGAL ASPECTS OF PATIENTS SAFE DISCHARGE FROM THE ICU DEPARTMENT

Abstract: Analysis of the world dynamics of the number of surgical interventions indicates an increase of doctor's engagements from of anaesthesiology and intensive care units (AICU) in the process of patient treatment surgical or therapeutic profile. Using of approved normative documents allows to standardize and formalize the assessment of patient's condition before the operation and to make decision on the selection of anaesthetic support, necessity to stay in AICU, and possibility of safely patient's transfer to specialized department. The use of standardized system of assessment of patient's condition is the effective tool for work planning of intensive care patients. The checklist «Criterion for the safe transfer of patients from AICU» allows to assess the patient's condition in the absence of integrative system.

Keywords: Anaesthesiology and intensive care unit, patient severity assessment scores, TISS score, patient transfer criteria, checklist.

УЧАСТЬ АВТОРІВ В ПІДГОТОВЦІ СТАТТІ:

МАЗНІЧЕНКО В.А. – збір, обробка матеріалів, написання тексту та оформлення таблиць;
ТАРАСЕНКО С.О. – аналіз інформації, створення таблиць, редакція рукопису.