Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российская Академия наук
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Российское общество скорой медицинской помощи
Ассоциация лабораторной медицины Санкт-Петербурга и Ленинградской области
Научно-практическое общество специалистов лабораторной медицины

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – 2017

МАТЕРИАЛЫ

16-го ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА
(НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ),
ПОСВЯЩЕННОГО 85-ЛЕТИЮ
СПб НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ
И 35-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ И.И. МЕЧНИКОВА

8-9 июня 2017 г.

Санкт-Петербург
2017

УДК 614.88.006.3
ББК 51.1(2)2
С44

Главный редактор:
академик РАН *С.Ф. Багненко*

Редакционная коллегия:
И.А. Вознюк,
Г.А. Софронов,
А.Г. Мирошниченко,
И.П. Миннуллин
М.В. Окулов

От редколлегии: *Редакторы не несут ответственности за точку зрения авторов, оригинальную терминологию и несовпадение цифровых данных в отдельных тезисах.*

С44 **Скорая медицинская помощь – 2017** [Электронное издание] : Материалы 16-го Всероссийского конгресса (научно-практической конференции с международным участием), посвященного 85-летию Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 35-летию кафедры скорой медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (8-9 июня 2017 года) / Гл. ред. С.Ф. Багненко. – СПб.: ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, 2017. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0. – ISBN 978-5-88999-434-3.

Материалы 16-го Всероссийского конгресса «Скорая медицинская помощь – 2017» содержат тезисы, представленные специалистами медицинских организаций, образовательных и научных учреждений, работающих в сфере оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации и зарубежных стран.

Издание предназначено для специалистов скорой медицинской помощи, студентов, интернов, клинических ординаторов и научных сотрудников.

ISBN 978-5-88999-434-3

© ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, 2017

Авраменко Т.В., Новикова Н.П.

К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЕТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

По существующему законодательству Республики Беларусь (РБ) станция (подстанция, отделение, пост) скорой медицинской помощи (СМП) должна быть обеспечена следующими видами телефонной связи: городской связью, транкинговой связью, GSM или другой мобильной связью с бригадами СМП.

В соответствии с Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016-2020 годы» и подпрограммой «Совершенствование оказания скорой медицинской помощи на 2016-2020 годы» для службы СМП предусмотрена государственная закупка 850 мобильных средств транкинговой связи (Motorola). Кроме телефонной связи, станции (подстанции, отделения) СМП обеспечиваются связью с государственными организациями здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь в стационарных условиях, и прямой связью с оперативно-дежурными службами органов внутренних дел РБ, Министерства по чрезвычайным ситуациям РБ. На станциях СМП городская телефонная связь устанавливается из расчета 2 ввода на 80 000 населения, при наличии мини-АТС – из расчета 1 ввод на 80 000 населения (но не менее 2 телефонных вводов на станциях/отделениях СМП).

Цели создания единой информационной диспетчерской сети СМП: объединение всех каналов поступления вызовов СМП в единый оперативный центр; оперативное подчинение бригад СМП единому областному оперативному центру; контроль реального нахождения бригады СМП; создание единого информационного пространства для оперативного анализа ситуации с обращаемостью в службу СМП и решения вопроса о перенаправлении вызовов на ближайшие свободные бригады; возможность оперативного направления вызова на бригаду СМП любого района области; исключение нецелевого использования бригад СМП; направление бригад СМП в рабочее время амбулаторно-поликлинических организаций (АПО) для выполнения обезболивания либо иных назначений врачей АПО; возможность централизованного оперативного управления службой СМП нескольких районов РБ при возникновении чрезвычайной ситуации, требующей задействования большого количества бригад, сбора информации о пострадавших, принятия оперативного решения о привлечении дополнительных сил и средств; возможность взаимодействия с системой экстренного реагирования на дорожно-транспортные происшествия в РБ (ЭРА-РБ); возможность получения статистической информации в разрезе области в минимальные сроки; появление возможности оптимизации ресурсов и централизованного управления деятельностью бригад неотложной помощи АПО.

Единая информационная диспетчерская сеть обеспечивает решение комплекса задач, таких как: повышение эффективности управления службой СМП на основе информационно-технологической поддержки прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи и контроля за соблюдением

государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления; повышение доступности и качества оказания СМП на основе развития и совершенствования информационно-технологического обеспечения деятельности подразделений СМП.

В целях повышения оперативности межведомственного взаимодействия, как в повседневном режиме, так и в режиме чрезвычайных ситуаций, обеспечивается интеграция с информационными системами служб экстренного реагирования («101», «102», «112» и т.д.). Алгоритмизация работы единой информационной диспетчерской службы позволяет быстро и правильно произвести прием вызова и принять по нему оптимальное решение.

Алимов Р.Р.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАРИФОВ ОПЛАТЫ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

В современных условиях для эффективного оказания скорой и стационарной медицинской помощи крайне актуально создание оптимальных условий её финансирования. Одним из наиболее эффективных механизмов возмещения высоких расходов стационаров является оплата по тарифам за законченный случай лечения пациентов в стационаре.

Анализ массива данных характеристик больных, объёма оказанной медицинской помощи в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) позволил подготовить и утвердить 20 новых тарифов оплаты законченных случаев оказания скорой медицинской помощи (СМП) в условиях стационара (решение № 9 заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Санкт-Петербурге от 30.09.2014). Средняя стоимость профильных тарифов на оказание СМП больным (пострадавшим) на койках СМП суточного пребывания составила 3992,8 руб. при условии досуточного пребывания пациента; на койках СМП краткосрочного пребывания – 2506,2 руб. за один койко-день. Они были значительно выше себестоимости помощи, оказываемой по прежним алгоритмам, рассчитанной до введения тарифов – 1276,9 руб. и 1555,0 руб. соответственно. Нужно отметить, что внедрение новых тарифов оказания СМП в условиях многопрофильного стационара привело к росту услуг, оказанных больным на госпитальном этапе СМП (без учета работы коек СМП), на 17,8 % – с 833,5 (в 2012 г.) до 982,0 (в 2015 г.) на 100 обращений в стационар.

Опыт использования новых тарифов (на базе СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе) у 1328 больных показал, что для оплаты за оказанную медицинскую помощь пациентам на койке СМП суточного пребывания тарифы применены в 94,4 % случаев, а на койке СМП краткосрочного пребывания (до 3-х суток пребывания) – в 5,6 %.

Среди пролеченных на койках СМП суточного пребывания преобладали больные с заболеваниями хирургического и нейрохирургического профилей – 27,5 % и 18,6 % соответственно. Реже встречались больные токсикологического, неврологического, терапевтического профилей – 13,0 %, 12,0 %, 10,0 % соответственно. Больных урологического профиля было 6,9 %, травматологического – 6,1 %, гинекологического – 3,7 %, ангиохирургического – 2,2 %. В группе случаев оплаты по тарифу «Оказание помощи, наблюдение и краткосрочное лечение больных (пострадавших) на койке краткосрочного пребывания» наибольшей была доля больных хирургического и терапевтического профилей – 37,8 % и 36,5 % соответственно. Больных с неврологическими заболеваниями было 12,2 %, урологическими – 5,4 %, травматологическими, нейрохирургическими, гинекологическими – 4,1 %, 2,7 %, 1,4 %.

Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г.

АНАЛИЗ ОБОСНОВАННОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Одной из актуальных задач эффективного управления здравоохранением является целевое использование ресурсов, в том числе стационаров экстренной помощи, за счет повышения обоснованности госпитализации. Анализ обоснованности госпитализации (на базе СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе) основан на изучении 40 059 случаев лечения больных с короткими сроками госпитализации (до трех дней) в специализированные отделения (за исключением пролеченных в ОРИТ и умерших) до формирования стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП) и 30165 больных после его организации.

Сравнительный анализ динамики «краткосрочной» госпитализации в специализированные отделения выявил значимое снижение удельного веса «краткосрочных» случаев от всего числа пролеченных больных в 1,40 раза – с 35,1 % до 25,0 %. Динамика изменения удельного веса «краткосрочных» больных в структуре специализированных отделений после внедрения СтОСМП свидетельствовала, что наиболее значимая убыль этой категории имела место в отделениях неврологии – в 6,06 раза с 18,96 % до 3,13 %; нейрохирургии – в 2,66 раза с 37,41 % до 14,05 %; соматопсихиатрии – в 2,59 раза с 62,05 % до 23,98 %; травматологии – в 2,47 раза с 37,33 % до 15,12 %; сосудистой хирургии – 2,28 раза с 38,02 % до 16,68 %. Менее выраженная динамика отмечена в отделениях хирургии – в 1,63 раза, урологии – в 1,62 раза, термических поражений – в 1,45 раза ($p<0,05$). В прочих отделениях значимых изменений не обнаружено.

Анализ соотношения количества пролеченных больных с диагнозами-маркерами «краткосрочной» госпитализации к коечной мощности стационара показал, что наиболее выраженные изменения произошли в группе «S06.0 Сотрясе-

ние головного мозга», где снижение было в 20,89 раза с 285,2 до 13,7 случаев на 100 коек; «S20 Поверхностная травма грудной клетки» – в 5,79 раз с 23,0 до 4,0; «S06 Внутричерепная травма» – 4,40 раза с 322,6 до 73,3; «K29. Гастрит и дуоденит» – в 3,84 раза с 88,7 до 23,1; группе «R-диагнозов» – в 2,42 раза с 2,4 до 1,0; «K86. Другие болезни поджелудочной железы» – в 1,28 раз с 89,1 до 69,5; «N11. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит» – в 1,13 раз с 77,6 до 69,0. Общее значение показателя сократилось в 4,4 раза с 811,0 до 184,5 случаев на 100 коек. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что внедрение СтОСМП повышает обоснованность госпитализации в специализированные отделения многопрофильного стационара.

Анисимова С.Н., Баютин А.М., Курочкин А.В.

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова», Москва, Россия

Огромное значение для жизни ребенка, получившего травму, имеют своевременная диагностика, адекватная, проведенная в полном объеме терапия и максимально быстрая медицинская эвакуация в профильную медицинскую организацию (МО).

По статистическим данным Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (Станция), количество выполненных вызовов к детям с травмами в 2014 г. составило 14,5 % от общего числа вызовов к детям, в 2015 г. – 14 %, в 2016 г. – 13,5 %. В абсолютных цифрах общая доля вызовов к детям с травмами имеет тенденцию к увеличению, но, учитывая рост общего количества вызовов, наблюдается незначительное снижение, в среднем на 1 %, по сравнению с 2014 г.

При принятии решения о медицинской эвакуации пострадавшего ребенка в МО, бригадой СМП через отдел медицинской эвакуации Станции запрашивается место с учетом предварительного диагноза и тяжести состояния пациента. Для сокращения времени, в случаях установления диагноза без сопутствующих осложнений, возможен запрос места в автоматическом режиме.

По витальным показаниям дети, находящиеся в крайне тяжелом состоянии, могут доставляться в ближайшие от места происшествия профильные МО города Москвы. Максимально быстрая доставка пострадавших детей с травмами в лечебные учреждения (среднее время «звонок "103" – стационар» составляет на данный момент 59,5 мин.) позволяет большинству пациентов получить специализированную помощь в пределах «золотого часа».

Автоматизированная система «Стационар» позволяет в режиме online получать информацию о наличии свободных мест в стационарах города, а также о времени доставки и состоянии пациента. При эвакуации ребенка в тяжелом состоянии в принимающую профильную МО поступает информация о запросе места в отделение реанимации и интенсивной терапии, и до приезда бригады СМП с пострадавшим ребенком идет подготовка противошоковой палаты для приема-передачи пациента. По окончании приема ребенка с травмой в стационаре дис-

петчер отдела медицинской эвакуации Станции получает информацию о времени прибытия бригады СМП, состоянии пациента при приеме-передачи и профильности отделения.

Таким образом, осуществляется преемственная связь догоспитального и стационарного этапов оказания скорой медицинской помощи детям с травмами.

Артамошина М.П.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЕ СКОРОПОМОЩНЫЕ АСПЕКТЫ ОШИБОК ВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА СМЕРТНОСТИ ОТ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России,
Москва, Россия

В 2014 году введен мониторинг смертности от ДТП. Показатели мониторинга включают минимальный набор данных, содержащихся в учетных и отчетных формах, по результатам которых проводится ежемесячный, ежеквартальный и ежегодный анализ результативности деятельности системы организации оказания медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП как в отдельных субъектах РФ, так и в РФ в целом.

Для визуализации и экспресс-анализа корректности заполнения формы автором была разработана таблица с данными субъекта РФ, вносимыми на портал, а также с вычисляемыми абсолютными и относительными показателями, не внесенными в форму, но вычисляемыми на основании ее данных, использование которой рекомендовано субъектам РФ перед внесением данных на портал. Кроме того, еще 2 года назад разработан и внесен на портал целый ряд относительных показателей, показания которых свыше 100 % априори считаются ошибочными. Тем не менее даже по итогам периода январь-февраль текущего года рядом субъектов РФ все еще допускаются ошибки, влияющие на итоговые данные по РФ.

Так, например, число погибших на месте ДТП за период январь-февраль 2017 г. составило 2603 человека, в том числе до прибытия СМП – 2163 человека (83,1 %). Однако уже после исправления данных рядом субъектов РФ 3 субъекта РФ (Владимирская, Тульская и Самарская области) заявили, что у них число погибших до прибытия СМП превышает общее число погибших на месте ДТП без учета того, что в пункте 2 с подпунктами учитываются люди, а не выезды СМП, когда на одного погибшего могут выезжать 2-3 бригады СМП, каждая из которых заносит этого погибшего в «свой актив». При условном допущении, что в указанных субъектах РФ все погибшие на месте ДТП погибли до прибытия СМП, число таких погибших в РФ составило бы 2151 человек (82,64 %), т.е. среднероссийский показатель был бы уменьшен! Тем не менее по итогам 2016 года данный относительный показатель равен 78,23 %! С другой стороны, встает вопрос: как организована работа СМП в субъектах РФ, где вышеуказанный относительный показатель равен 90 % и более (до 100 %) (42 субъекта РФ; по итогам за период январь-февраль 2016 г. – 47 субъектов РФ, а по итогам 2016 г. в целом – 51 субъект РФ)?

Число выездов бригад СМП на место ДТП со временем доезда до 20 минут составило 95,27 % (по итогам январь-февраль 2016 г. – 94,63 %, 2016 г. в целом – 94,19 %), а в 14 субъектах РФ этот показатель составил менее 90 % – существенно меньше среднероссийского показателя.

Таким образом, отмечены ошибки ведения мониторинга смертности от ДТП на догоспитальном этапе рядом субъектов РФ, что влияет на результаты данных мониторинга по РФ в целом и их анализ.

Афончиков В.С.[1], Шаламов Д.В.[1], Михеева А.В.[2], Пичугина Г.А.[1]

СИНДРОМ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

[1]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[2]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург, Россия

Сочетанная шокогенная травма является одной из трех основных причин смертности и основной причиной гибели людей трудоспособного возраста.

Классическая концепция патогенеза травматической болезни предполагает, что травматический шок сопровождается развитием синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром). Для оценки роли ДВС-синдрома в патогенезе острого периода травматической болезни нами ретроспективно оценены 148 пострадавших, поступившие в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с сочетанной шокогенной травмой (оценка тяжести по шкале ISS 25-48 баллов). В качестве клинических признаков развития ДВС-синдрома оценивались критерии острого повреждения легких (индекс Horovitz), острой почечной недостаточности (уровень креатинина), острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта (клинические и эндоскопические признаки желудочно-кишечного кровотечения). Лабораторные признаки оценивались в соответствии с рекомендациями Международного Общества по тромбозу и гемостазу (ISTH), при этом пострадавшие, набравшие более 4 баллов по шкале ISTH DIC-score, рассматривались как пациенты с вероятным развитием ДВС-синдрома.

Из 148 обследованных пострадавших признаки острого повреждения легких в первые 48 часов от момента поступления были выявлены у 12 (8,1 %), признаки острой почечной недостаточности – у 3 (2,0 %), верифицированные эндоскопически признаки острых эрозий слизистой желудочно-кишечного тракта – у 5 (3,3 %) пострадавших.

Лабораторные критерии по шкале ISTH DIC-score (5 и более баллов) позволяли заподозрить ДВС-синдром у 3 (2,0 %) пострадавших. Следует отметить, что ни у одного из пострадавших, имевших оценку по шкале ISTH DIC-score 5 и более баллов, не было выявлено признаков острого повреждения легких и острой почечной недостаточности, и лишь у одного из них отмечались признаки желудочно-кишечного кровотечения.

Таким образом, полученные результаты позволяют обоснованно предполагать, что ДВС-синдром не является типичным осложнением или проявлением острого периода травматической болезни; развивающаяся при сочетанной шоко-

генной травме коагулопатия носит иной характер и должна рассматриваться как самостоятельное осложнение (ранняя травматическая коагулопатия).

Ахметжанов К.К.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения
«Павлодарская областная станция скорой медицинской помощи»,
г. Павлодар, Республика Казахстан

Совершенствование организации медицинской помощи пациентам на догоспитальном этапе включает использование новых методов организации рабочего процесса, а также использование инновационных технологий.

С 2014 года в работу Павлодарской областной станции скорой медицинской помощи внедрены 12 проектов реформирования службы скорой помощи: 1. Автоматизированная система управления. 2. Навигационная система. 3. Автоматизированное рабочее место. 4. Электронная медицинская карта. 5. «Пиковые бригады». 6. Патрулирование бригад. 7. Перевод автотранспорта на газовое оборудование. 8. Специализированный учебный центр. 9. Триаж система. 10. Дистанционная передача ЭКГ. 11. Внедрение интерактивного дистанционного обучения. 12. Использование возможностей телемедицины на догоспитальном этапе.

Результаты внедрения проектов – улучшение качественных и количественных показателей работы станции скорой медицинской помощи. Именно поэтому Павлодарская область была включена в республиканский пилотный проект «Оптимизация службы скорой медицинской помощи».

Уровень догоспитальной помощи у сельского и городского населения значительно отличается. Существующие различия обусловлены значительной удаленностью населенных пунктов от областных лечебных организаций, несовершенством транспортной инфраструктуры, изношенностью материально-технической базы сельского здравоохранения, отсутствием единого структурного управления, координации и взаимодействия станций и отделений скорой медицинской помощи региона. Нахождение пунктов скорой помощи в составе различных медицинских учреждений вело к нерациональному использованию ресурсов: финансовых, кадровых, материально-технических. И самое главное – отсутствовал контроль за качеством оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, особенно в сельской местности.

Выполнение республиканского пилотного проекта по оптимизации службы скорой медицинской помощи позволило поднять на новый уровень качество оказания экстренной помощи на селе. В корне изменилась материально-техническая база службы. Проведена интеграция сельских пунктов скорой помощи в единую автоматизированную систему приема и обработки вызовов области. Изменились схемы маршрутов пациентов с острым коронарным синдромом, нарушениями мозгового кровообращения, с политравмой. Создание единой организационной структуры службы скорой медицинской помощи позволило сократить время ожидания данными пациентами высокоспециализированной помощи в связи с ликвидацией промежуточных этапов в маршруте движения.

Значимая роль в повышении качества помощи отводится учебному центру станции, где успешно внедряются новые формы обучения.

Бабаджанов Ж.К., Эшчанова Г.Б.

ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА)

Отделение скорой медицинской помощи, Хорезмский филиал РНЦЭМП,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Инфаркт миокарда (ИМ) остается весьма распространенной кардиальной патологией, при этом 35 % больных погибают на догоспитальном этапе. За последние 4 года в Узбекистане наблюдается рост данной патологии на 7 %.

Для изучения причин ИМ, особенностей течения и последствий, разработки профилактических мер, мы проанализировали 126 карточек вызовов за 2001 г. Наибольшая частота ИМ установлена в возрасте 60-69 (26,1 %), 70-79 (23 %) и 50-59 лет (22,6 %), реже в возрасте 40-49 (12,6 %), 30-39 (6,3 %) и 20-29 лет (1,5 %). Лица 80 лет и старше обращались за помощью в 7,9 % случаев. Эти данные в целом подтверждают зависимость заболеваемости ИМ от возраста. Мужчин, обратившихся за скорой помощью, было в 3 раза больше, чем женщин. В дневное время в связи с ИМ зарегистрировано 57,8 % вызовов (26,9 % – в первой половине дня, 30,9 % – во второй); вечером и ночью – соответственно 19,2 и 23,0 %. У подавляющего числа больных (87,7 %) наблюдалась ангинозная форма, значительно реже – астматическая (7 %), абдоминальная (3,8 %) и аритмическая (1,5 %). В 121 случае ИМ подтверждён ЭКГ, у остальных пациентов (5 чел.) диагноз выставлен на основании клинических данных и был подтверждён в стационаре после госпитализации. Локализация ИМ в области передней стенки левого желудочка оказалась наиболее частой (36,4 %), реже – в задней стенке (28,2 %), верхушечной области (17,2 %) и боковой стенке (13,6 %), в единичных случаях – заднебазальных отделов (2,7 %) и верхних отделов боковой стенки (0,9 %). В 55 случаях (43,6 %) ИМ осложнился различными нарушениями ритма (43,6 %) и проводимости (7,3 %), острой левожелудочковой недостаточностью (25,4 %), кардиогенным шоком (166,3 %) и ТЭЛА (5,4 %). Возможной причиной дебюта болезни у 14 больных отмечено физическое напряжение, у 8 – эмоционально насыщенные ситуации и у 8 – употребление алкоголя. Следует отметить, что 2 пациента назвали провоцирующим фактором длительное и утомительное управление автотранспортом (у 1 из них ИМ развился на фоне гипертонического криза). Показательно, что в анамнезе 50,7 % лиц с ИМ имелась артериальная гипертония (АГ).

Кроме этого, в момент врачебного осмотра у 53,7 % больных ИМ установлена АГ, среди которых у 23,8 % наблюдалась картина гипертонического криза.

Неотложная терапия во всех случаях начиналась с введения анальгина и димедрола, реже – баралгина; при отсутствии эффекта применялись наркотические анальгетики: чаще омнопон (40,6 %) и морфин (33,5 %), реже промедол (24,0 %), иногда фентанил (2,0 %). Нитраты использованы лишь у 50 % пациентов и только таблетированные формы, гепарин – у 29,3 %, лидокаин – у 15,8 %. На догоспитальном этапе в 6 случаях врачи применяли дигоксин, в 2 – новокаинамид.

Полное купирование болевого синдрома достигнуто только у 40 (31,7 %) больных. Следует отметить, что в 58 (46,0 %) случаях неотложная помощь оказывалась врачами линейных бригад с последующим подключением кардиологической группы. Госпитализированы 109 (86,5 %) человек, отказались от специализированной помощи 6 (4,7 %) чел., в 10 (7,9 %) случаях зарегистрирован летальный исход в присутствии врачей скорой помощи (кардиогенный шок – 6 чел., фибрилляция желудочков – 2 чел. и ТЭЛА – 1 чел.). При наличии у пациентов АГ инфаркт миокарда чаще в 1,4 раза сопровождался различными острыми нарушениями ритма, преимущественно за счет мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии. В этих случаях более чем у трети больных было повторное нарушение коронарного кровообращения, а в 24,6 % наблюдениях ИМ дебютировал без предшествующего коронарного анамнеза.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о наличии резервов в улучшении неотложной помощи при коронарной патологии, прежде всего в сокращении времени оказания помощи, повышении ее качества, совершенствовании методов выявления и динамического наблюдения лиц с АГ, организации научно-практических семинаров для врачей поликлиник и станций скорой помощи.

Бабаджанов Ж.К., Эшчанова Г.Б.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАГУСНЫХ ПРОБ В КУПИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Отделение скорой медицинской помощи, Хорезмский филиал РНЦЭМП,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Введение. Известно, что одним из способов купирования пароксизмальных наджелудочковых тахикардий (ПНЖТ) является проведение различных вагусных проб (ВП). Наиболее часто применяют пробу Вальсальвы (ПВ) и массаж каротидного синуса (МКС). По данным литературы, эффективность ВП при купировании ПНЖТ достигает 50 %, а «Рефлекса ныряния» – до 90 %.

Цель исследования: сравнительная оценка клинической эффективности алгоритмов купирования ПНЖТ с применением различных ВП.

Материал и методы. Фактическую основу работы составили 211 наблюдений 108 больных с устойчивой (от начала приступа до прибытия бригады к больному) ПНЖТ в условиях работы специализированной кардиологической бригады. Средний возраст пациентов – 53,7±1,6 года (от 9 до 86 лет). Мужчин было 32 (29,6 %), женщин – 76 (70,4 %). ЧСС во время приступа варьировала от 124 до 238 уд/мин. (в среднем 180,3±2,2). Исходное АД колебалось от 55/35 до 170/110 мм рт. ст. (в среднем 110,1±2,4/74,4±1,3). Давность аритмического анамнеза и продолжительность приступа составили, соответственно, 10,7±0,9 лет и 131,6±12,5 минут. Средняя ширина комплекса QRS – 85,7±3 мсек (от 50 до 200).

В зависимости от программы купирующей терапии все пациенты были разделены на 4 группы. У 64 больных был применен массаж каротидного синуса в положении Тренделенбурга (группа МКСТ). Вторую группу составили 50 человек, которым был применен «Рефлекс ныряния» с температурой воды +16 °С (группа РН+16). 41 больному с ПНЖТ был применен «Рефлекс ныряния» с темпе-

ратурой воды +4 °С (группа РН+4). В четвертую группу вошли 56 пациентов, которым с целью купирования приступа вводился назогастральный зонд (группа НГЗ). Все группы больных по основным признакам однородны и статистически сопоставимы. У всех больных купирование приступа проводили в три этапа. На первом этапе проводилась проба Вальсальвы. В случае неудачи переходили ко второму этапу и проводили массаж каротидного синуса. Если пароксизм не купировался и после этого, переходили к третьему этапу – проведению перечисленных в группах вагусных проб.

Результаты. Эффективность в группе МКСТ составила 10,9 %, в группе РН+16 – 12 %, в группе РН+4 – 19,5 %, в группе НГЗ – 10,7 %. Различия клинической эффективности у сравниваемых групп статистически недостоверны.

Выводы. Эффективность различных алгоритмов купирования ПНЖТ ВП, в отличие от инъекционной терапии, относительно невысока. Тем не менее, безусловно, попытку восстановления ритма при ПНЖТ необходимо начинать с проведения ВП. При выборе ВП целесообразно ориентироваться на условия, в которых оказывается помощь.

Багдасарьян А.С., Сирунянц А.А., Пухняк Д.В.,
Камалян Ж.А., Геращенко Е.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В Г. КРАСНОДАРЕ

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар, Россия

Скорая медицинская помощь (СМП) является самым массовым видом оказания помощи в России. За последние десять лет число вызовов СМП увеличилось на 30 %, количество больных, госпитализированных в экстренном порядке, – почти в 2 раза. В Краснодарском крае, как и в целом по стране, в структуре вызовов преобладают сердечно-сосудистые и неврологические заболевания, а также несчастные случаи, травмы и отравления. Эти ситуации являются основными причинами заболеваемости, выхода на инвалидность и смертности. Поэтому эффективная работа службы СМП играет важнейшую роль в улучшении показателей здоровья населения. В данном аспекте центральное место занимает проблема качества медицинской помощи, что особенно актуально при оказании её на догоспитальном этапе с использованием современных лечебно-диагностических технологий.

С 2014 г. в Краснодарском крае для оперативного управления диспетчерской службой СМП используется глобальная навигационная система (ГНС). Благодаря проведенному оснащению бригад СМП планшетными компьютерами основные параметры их работы отображаются на мониторе, установленном в диспетчерской станции СМП в режиме «онлайн». Компьютерные планшеты отслеживаются через системы GPS/ГЛОНАСС и отображаются на карте территории муниципального образования в диспетчерской с координатами вызова, статусом выездных бригад и определением кратчайшего по времени маршрута и прогноза времени доезда к пациенту. Кроме того, использование ГНС позволяет отправлять бригадам необходимую информацию, следить за исполнением стандартов оказания

медицинской помощи, оперативно вводить результаты вызовов, а также проводить необходимые консультации.

Анализ эффективности работы СМП с использованием планшетов в условиях Краснодарского края в период с 2014 по 2016 гг. показал, что время доезда бригад уменьшилось на 16,4 % ($p<0,05$), сократилась средняя длительность вызова на 10,2 % ($p<0,05$), на фоне увеличения количества выезда к больным – на 14,5 % ($p<0,05$).

Таким образом, ГНС значительно оптимизирует работу службы медицинской помощи, позволяет своевременно и качественно проводить лечение пациентов, сэкономить моторесурсы и может быть рекомендована к использованию на всей территории Российской Федерации.

Багрецова И.А.[1,2], Барсукова И.М.[2,3], Вишняков Н.И.[1,2], Пенюгина Е.Н.[1,2]

АНАЛИЗ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ И СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

[1] ФГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,
[2] ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[3]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Анализ половозрастной структуры и социального положения пациентов с дерматологической патологией (ДП) позволил выявить особенности их распределения в многопрофильном стационаре скорой медицинской помощи (СМП).

Из общего числа госпитализированных по экстренным показаниям больных в больницу СМП в течение года, чуть более одного процента (1,03 %), кроме основного диагноза, послужившего причиной экстренной госпитализации, в качестве сопутствующих заболеваний имели различные кожные болезни, еще 0,67 % имели выявленную в стационаре положительную реакцию ИФА на сифилис.

Половозрастная характеристика больных с дерматологической патологией в стационаре СМП свидетельствовала о преобладании мужчин (57,5 %) и лиц пожилого и старческого возраста (53,9 %). Особенно велика была доля больных в возрасте 60 лет и старше среди женщин – 60,3 %; среди мужчин доля больных данного возраста составила 49,2 %. Таким образом, средний возраст женщин с ДП был достоверно выше (57,7±0,2 лет) среднего возраста мужчин (50,8±0,3 лет).

Распределение больных по социальному положению было связано с их возрастной структурой. Только 27,6 % относились к работающим лицам. Причем в группе больных 60 лет и старше доля работающих (28,9 %) оказалась даже чуть выше, чем в группе больных трудоспособного возраста (27,5 %). Почти 1/3 (29,9 %) составили неработающие лица и чуть большую долю (35,8 %) – пенсионеры (15,9 %) и инвалиды (19,9 %). Очень небольшую долю составляли учащиеся (1,5 %). 2,9 % больных приходилось на лиц без определенного места жительства (лица БОМЖ), а 2,3 % – на трудовых мигрантов из стран СНГ.

В разных возрастных группах структура госпитализированных по их социальному положению имела заметные отличия. Небезынтересно, что в группе больных

трудоспособного возраста (25-59 лет) заметную часть (41,8 %) составили неработающие лица, в то же время в группе лиц 60 лет и старше 28,9 % продолжали работать. Наиболее высокая доля лиц БОМЖ оказалась среди больных до 25 лет (25,4 %). Трудовые мигранты из стран СНГ составили 5,3 % только в группе больных трудоспособного возраста.

Багрецова И.А.[1,2], Барсукова И.М.[1,3], Вишняков Н.И.[1,2], Пенюгина Е.Н.[1,2]

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПАТОЛОГИИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

[1] ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,
[2] ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[3]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Особый интерес в структуре патологии пациентов стационара скорой медицинской помощи с сопутствующей дерматовенерологической патологией представляет анализ причин экстренной госпитализации (основной патологии). Первое место в структуре заболеваний, послуживших причиной госпитализации, как у пациентов с дерматовенерологической патологией (ДВП), так и без нее, занимают болезни системы кровообращения (БСК) (20,7 % и 21,0 % соответственно). В группе больных с выявленным сифилисом доля пациентов с БСК также значительная (18,7 %), хотя в структуре госпитализированных они занимают лишь третье место. Второе место в структуре госпитализированных с ДП занимают больные с патологией органов дыхания (16,6 %); в группе больных без ДВП они составляют 11,8 %, а среди больных с сифилисом – только 3,3 %. Третье место в структуре диагнозов, послуживших причиной госпитализации у больных с ДП, занимают болезни нервной системы (16,5 %). В группе больных без ДВП они составляют 13,0 %, а в группе больных с сифилисом – 2,8 %. Таким образом, в сумме на долю больных с БСК, органов дыхания и нервной системы приходится более половины (53,8 %) всех госпитализированных с ДП. Среди больных без ДВП на долю больных этих нозологических групп приходится 45,8 %, а в группе больных с сифилисом – только 24,8 %. Значимую долю составляли больные с травмами и болезнями органов пищеварения (суммарно 25,8 % в группе больных с ДВП, 37,0 % – с сифилисом и 29,0 % – без ДВП).

Таким образом, структура больных по основному диагнозу, послужившему причиной госпитализации в стационар скорой помощи, отличается в трех изученных группах больных. При этом больные с ДВП по структуре основного диагноза ближе к группе больных без ДВП, чем больные с выявленным сифилисом. Основной причиной таких различий являются различия в возрастно-половой структуре больных с сифилисом.

Несомненное значение в характеристике больных с ДП имеют используемые методы лечения. Хирургическая активность в отношении больных с ДП составила 88,3 %, что значительно выше, чем у больных с сифилисом (53,2 %) и выше среднего уровня хирургической активности по стационару (33,9 %). Это связано с тем,

что целый ряд кожных заболеваний (абсцессы, фурункулы, карбункулы, хронические язвы кожи) подлежат, как правило, оперативному лечению. Только 11,7 % больных с ДП лечились с использованием исключительно консервативных методов. Из общего числа прооперированных большинство (81,0 %) имели по одному оперативному вмешательству, а 19,0 % – по две и более операции, а 11,9 % перенесли три и более операции. В расчете на одного прооперированного больного в среднем приходилось по 1,33 оперативному вмешательству (по стационару этот показатель составил 1,39). Высокая хирургическая активность у таких больных была связана с основным диагнозом, и больше 3/4 таких больных (77,4 %) были госпитализированы в различные отделения хирургического профиля. Почти каждый пятый (19,0 %) из данной группы больных имел повторные оперативные вмешательства.

Барсукова И.М.[1,2], Бумай А.О.[1,3]

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

[1]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[2]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
[3]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Санкт-Петербург, Россия

Основными направлениями современного развития системы оказания скорой медицинской помощи (СМП) в Российской Федерации являются структурная реорганизация, оптимизация затрат на ее оказание, переход от экстенсивного к интенсивному пути развития. Об этом свидетельствует динамика показателей за период 2010-2015 гг. (3 года бюджетного финансирования и 3 года – в системе ОМС), которая отмечает снижение числа станций (отделений) СМП на 13,1 % в связи с процессами их укрупнения; уменьшение числа выездных бригад (смен) СМП на 10,1 % при росте численности обслуживаемого населения на 5,0 % (7,4 млн); рост среднесуточной нагрузки на бригаду на 7,6 %; изменение состава и профильности выездных бригад (рост доли фельдшерских бригад до 66,5 %). В условиях кадрового дефицита (30,3 % в 2015 г.) наблюдается уменьшение числа врачей СМП (на 17,8 %), замена врачебных бригад фельдшерскими.

Система оказания СМП Санкт-Петербурга развивается в соответствии с общими тенденциями в стране: решает вопросы кадрового дефицита с переориентацией на фельдшерский состав бригад; совершенствует материально-техническую базу, осуществляя обновление автопарка машин СМП, информатизацию и автоматизацию процессов управления выездными бригадами. Показатели работы характеризуются снижением объемных показателей и повышением оперативности работы. В совокупности с результатами исследования удовлетворенности пациентов и состояния качества медицинской помощи стоит задача по совершенствованию системы оказания СМП Санкт-Петербурга.

В системе ОМС с 01.01.2013 года в Санкт-Петербурге применяется способ оплаты СМП по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов СМП. При этом затраты на оплату службы СМП города высоки, а уравни-

тельный принцип оплаты не мотивирует медицинские организации СМП к повышению эффективности труда. В то же время уровень финансового обеспечения Территориальной программы государственных гарантий Санкт-Петербурга и объемные показатели работы позволили бы осуществлять финансирование за вызов СМП в соответствии с реальными результатами работы (с дифференцированной оплатой в зависимости от профиля и состава бригад, повода и результата вызова, других параметров).

С этой целью коллективом СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе были разработаны медико-экономические стандарты оказания СМП для дальнейшей тарификации медицинской помощи в системе СМП Санкт-Петербурга. Это позволило бы улучшить администрирование финансовых средств, управляемость затратами, внедрить единые стандарты оказания медицинской помощи, оснащения медицинских учреждений, кадрового обеспечения, ввести персонифицированный учет медицинской помощи, осуществить переход на полный тариф по ОМС, оптимизировать расходы на содержание и развитие медицинских учреждений, совершенствовать систему управления качеством медицинской помощи.

Барсукова И.М.[1,2], Глушков С.О.[3]

ВОЗРОЖДЕНИЕ «НЕОТЛОЖЕК» САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

[1]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[2]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
[3]ГБУЗ «Городская поликлиника № 109», Санкт-Петербург, Россия

Уникальные условия работы в Санкт-Петербурге обусловили существование различных организаций и подразделений скорой медицинской помощи (СМП) в масштабах одного пятимиллионного города. Наряду с Городской станцией СМП (ГССМП) организованы станции СМП пригородных районов (муниципального подчинения), а также отделения СМП в структуре амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) (районное звено СМП). Формирование подобной структуры имеет длинную историю. В 1988 г. в соответствии с приказом Минздрава СССР от 20.05.1988 № 404 в Санкт-Петербурге было проведено поэтапное разделение подразделений скорой и неотложной медицинской помощи с передачей последней в АПУ. За ГССМП были закреплены функции по оказанию экстренной помощи больным, находящимся вне квартиры (улица, общественное место, производство), независимо от повода к вызову; гражданам, пострадавшим от всех видов несчастных случаев, независимо от места их нахождения; психическим больным, нуждающимся в срочной консультации врача-психиатра; женщинам при родах или нарушении нормального течения беременности. На службу неотложной помощи при поликлиниках были возложены функции по оказанию помощи больным при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней в местах проживания населения. Приказом Минздрава РФ от 26.03.1999 № 100 *отделения неотложной помощи* были преобразованы в *отделения скорой медицинской помощи* при АПУ. Письмом Минздрава РФ от 14.06.2000 № 10-р/11570 была подтверждена возможность применения положений приказа Минздрава РФ № 100 для отделений СМП в АПУ города. Таким образом, на одной территории обслуживания СМП оказыва-

ется как подразделениями районного звена – отделениями СМП взрослых и детских поликлиник (АПУ), так и ГССМП. При этом районное звено подчиняется главному врачу поликлиники и администрации района; осуществляет вызов бригады СМП по местному семизначному номеру телефона; работает исключительно по территориальному принципу, оказывая СМП в экстренной и неотложной форме на дому и обеспечивая преемственность с амбулаторно-поликлинической службой. Все указанные подразделения СМП работают в соответствии с Приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

2016 год ознаменован возрождением «неотложек» – созданием отделений неотложной медицинской помощи (ОНМП) для организации деятельности выездных бригад в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (Распоряжение КЗ СПб от 29.12.2016 № 586-р). Этот новый этап в жизни города направлен на оптимизацию организации оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, повышение ее доступности и качества.

Божко В.О., Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Одной из причин снижения доступности оказания скорой медицинской помощи (СМП) в условиях стационара является задержка первичного осмотра больных в приемном отделении (ПО), связанная с практикой выполнения первичного осмотра «приходящими» профильными врачами, нередко находящимися на удаленном расстоянии от ПО или занятыми профильными больными. Неудовлетворительные сроки ожидания первичного осмотра делают необходимым постоянное пребывание профильного лечащего врача на территории и в штате госпитального этапа СМП по каждому нозологическому профилю. В условиях неравномерного поступления больных, усугубляющегося частой сменой профильного диагноза, у 21,7 % больных это приводит к простою или перегрузке профильных врачей.

Хронометражное исследование 769 случаев оказания помощи до и после формирования стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП) на базе СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе выявило участие старшего врача отделения по специальности «СМП» при проведении сортировочного осмотра всех больных при поступлении с последующим наблюдением 39,6 % больных врачом по специальности «СМП». Из них больных с диагнозами, относящимися к классу МКБ-10 «XI Болезни органов пищеварения», было 29,03 %, «XIX Травмы, отравления …» – 25,16 %, «IX Болезни системы кровообращения» – 20,00 %. Оставшиеся классы – 25,81 %.

Средняя длительность ожидания больными осмотра врачом СМП составила 8,69±1,64 (t=2) мин. и была значимо ниже (в 1,96 раза) средней длительности

ожидания осмотра врачом в ПО, равной 17,05±1,86 (t=2). В 64,12 % случаев врач СМП самостоятельно принимал решение об исходе обращения, и только в 35,88 % для уточнения диагноза ему потребовалась консультация узких специалистов. Итогом курации врача СМП стало то, что 45,80 % больных были направлены на амбулаторное лечение, а 54,20 % госпитализированы.

Оценка качества диагностики, проведенной врачом СМП, выявила снижение частоты случаев расхождения диагнозов с заключительными диагнозами профильных отделений, которая составила 22,8 случаев на 100 обращений и была ниже на 7,8 % по сравнению со значениями показателя при участии хирурга и терапевта ПО (24,6 на 100 обращений). Это, наряду с вышеперечисленным, подтверждает целесообразность более широкого использования врача по специальности «СМП».

Большакова И.А., Кучеренко М.А., Самарина В.Ю., Ковалевский Д.В.

РОЛЬ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ЕДИНОЙ КОНЦЕПЦИИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ Новосибирской области «Станция скорой медицинской помощи»,
г. Новосибирск, Россия

Дорожно-транспортный травматизм в последние десятилетия остается крупнейшей социальной проблемой. Так, на территории Новосибирской области ежегодно регистрируются около 3 000 ДТП с около 4 000 пострадавших, соотношение погибших и раненых составляет 1:10.

Ежегодно примерно 60 % ДТП происходит в г. Новосибирске, 40 % – в районах области, при этом на федеральных трассах происходит около 20 % всех ДТП. Самым распространенным видом дорожно-транспортных происшествий являются столкновения – 42 %, наезд на пешехода – 37 %, опрокидывание транспортных средств – 6,3 %, на остальные виды ДТП приходится 14,7 %. При этом 72 % наездов на пешеходов происходит в г. Новосибирске, 28 % – в районах области. Более половины (56 %) столкновений происходят в областном центре, а 93 % опрокидываний – в районах области. Водители составляют около 30 % от раненых и погибших при ДТП. В структуре пострадавших в ДТП взрослые составляют 87 %, дети – 13 %, наибольшее количество ДТП с участием детей регистрируется в областном центре.

Протяженность сети автомобильных дорог общего пользования на территории Новосибирской области составляет 12 770,11 км, соотношение федеральных и региональных трасс составляет примерно 1:3. Федеральные трассы («Байкал», «Иртыш» и «Чуйский тракт») с высокой интенсивностью движения проходят вне г. Новосибирска. Прикрытие федеральных трасс в зонах от 35 до 80 км обеспечивают 12 отделений СМП области в составе 54 фельдшерских бригад. При этом удаленность самих отделений от трассы составляет от 5 до 12 км, что не может не влиять на показатель своевременности доезда до 20 мин. В отдаленных потенциально опасных участках федеральных трасс развернуто 2 трассовых пункта с круглосуточным дежурством бригад. Выездные бригады г. Новосибирска

привлекаются к ликвидации последствий ДТП на участках с удаленностью до 35-40 км. Для обеспечения своевременного доезда до места ДТП в г. Новосибирске диспетчера максимально обеспечивают работу реанимационных бригад в режиме «ожидания», в летнее время года территориальные подстанции обеспечивают прикрытие выездов из города. Медицинская эвакуация пострадавших в ДТП выполняется выездными бригадами, в ряде случаев с привлечением специалистов отделения «Санитарной авиации». Продолжительность медицинской эвакуации пострадавших до травмоцентров может составлять от 1 до 6 часов.

Для обеспечения согласованности действий сил и средств в НСО разработана и внедрена единая концепция ликвидации последствий ДТП, основной целью которой является спасение пострадавших при ДТП с тяжелыми последствиями. В ликвидации последствий ДТП взаимодействуют ДПС ГИБДД, аварийно-спасательная служба МЧС и МЗ НСО. Только комплекс мер, оперативно и согласованно выполняемых службами разных ведомств, позволяет ликвидировать последствия ДТП с минимальными человеческими и материальными затратами. В результате взаимодействия всех служб по профилактике дорожного травматизма в течение последних 3 лет в НСО отмечается снижение общего числа ДТП и количества пострадавших и погибших: в 2014 году – 5191 случай ДТП, 6581 пострадавших и 268 погибших; в 2016 году – 3295 ДТП, 4163 пострадавших и 202 погибших.

В 2016 году среднее время ожидания бригады СМП составило: в городе – менее 11 мин, в области – около 16 мин.

Доля погибших в ДТП по НСО составляет 4,5 %, в городе этот показатель существенно ниже – 2,5 %. В структуре летальности 88,5 % составляет результат «смерть до прибытия», в 8,6 % – «смерть в присутствии бригады» и около 3 % погибают во время медицинской эвакуации. В г. Новосибирске структура летальных результатов несколько отличается, что объясняется более ранним прибытием бригад на место ДТП: 83 % – «смерть до прибытия», 15 % – «смерть в присутствии», 2 % – «смерть во время медицинской эвакуации». Основными диагнозами при результатах «смерть до прибытия» и «смерть в присутствии» были повреждения костей свода и основания черепа с размозжением вещества головного мозга, осложненные травмы грудной клетки с повреждением внутренних органов и магистральных сосудов, спинальная травма с шоком, обширные термические ожоги вследствие возгорания транспортного средства.

В случаях смерти при медэвакуации основными причинами стали длительность самой эвакуации при травмах, осложненных шоком, контузия сердца с развитием жизнеугрожающих нарушений проводимости. Большая часть смертей при медэвакуации приходится на областные фельдшерские бригады, которые работают в неполном составе и недооценивают тяжесть полученных травм.

Основными причинами смерти при ДТП, согласно литературным данным, в 70 % являются бездействия или неправильные действия очевидцев ДТП, в 20 % – травмы, несовместимые с жизнью, в 10 % – задержка прибытия бригады СМП. В городе в 90 % на месте ДТП до прибытия бригад находятся сотрудники ДТП, в области в 25-30 % случаев бригады СМП прибывают на место первыми. В большинстве случаев сотрудники ГИБДД не оказывают первую доврачебную помощь пострадавшим, помощь ограничивается остановкой наружного кровотечения.

С 2011 г. в практику станции скорой помощи г. Новосибирска внедрена дистанционная реанимация, при которой диспетчер оперативного отдела руководит по телефону действиями находящихся на месте ДТП очевидцев по проведению СЛР в соответствии с алгоритмом. За это время доля реанимационных пособий, сопровождающихся дистанционной реанимацией, увеличилась с 10,2 % до 20,3 %. В 12 % благодаря согласованным действиям диспетчеров и выездных бригад реанимационные пособия были успешны.

Одной из основных задач ликвидации последствий ДТП остается дальнейшая интеграция единой диспетчерской службы «03» и службы «112» с обеспечением информационной поддержки в определении места ДТП.

Большакова И.А., Балабушевич А.В., Самарина В.Ю., Никифорова Е.П., Старикова О.В., Кастальская Т.А., Ковалевский Д.В.

КАЧЕСТВО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ И РЕШЕНИЯ

ГБУЗ Новосибирской области «Станция скорой медицинской помощи»,
г. Новосибирск, Россия

Построение эффективной системы управления качеством медицинской помощи остается одной из актуальных проблем здравоохранения. По нашему мнению, решение данной задачи возможно путем построения системы управления, гармонизированной с требованиями международных стандартов серии ИСО 9000.

Скорая медицинская помощь как вид медицинской помощи имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при формировании системы управления качеством. Деятельность станции скорой помощи была рассмотрена нами с позиции процессного подхода: выделены и описаны основные и вспомогательные процессы, процессы мониторинга и измерения результативности процессов и качества медицинских услуг. К основным процессам были отнесены «Прием вызова и отказ от приема вызова» и «Порядок обслуживания вызова». При описании процессов использовалась методика функционального моделирования, позволяющая описать последовательность этапов и при необходимости внести изменения с целью улучшения показателей результативности. Детальное описание процессов позволило избежать формализованного подхода к разработке положений о структурных подразделениях, должностных инструкций и разработать в последующем качественные показатели деятельности работников подразделений.

В качестве примера приводим модель процесса «Прием вызова и отказ от приема вызова», к каждому этапу процесса сделаны подробные комментарии.

Для каждого процесса были разработаны показатели результативности и установлена периодичность их измерения. Так, для контроля процесса «Прием вызова и отказ от приема вызова» используются следующие показатели:

– обращаемость населения за скорой медицинской помощью;
– точность предположения;
– среднечасовая нагрузка на диспетчера «03»;
– длительность приема обращения;
– отказы старшего врача;
– отказы вызывающего.

Рис. 1. Модель процесса «Прием вызова и отказ от приема вызова»

Для оценки качества медицинской помощи нами были разработаны Карты целевой экспертизы по отдельным нозологиям в соответствии с требованиями федеральных стандартов медицинской помощи для этапа скорой медицинской помощи. В режиме онлайн на основании данных по введенной медицинской помощи, времени, затраченному на обслуживание вызова, и результата вызова проводится оценка качества скорой медицинской помощи при ОКС, в том числе с проведением тромболитической терапии, при ОНМК, при гипертонических кризах, ОРВИ, травмах и других заболеваниях.

Анализ результатов качества медицинской помощи проводится с использованием созданной нами информационной системы НАИС «03», что позволяет в автоматизированном режиме получать оперативную информацию о работе всех подразделений, медицинских работников и принимать адекватные управленческие решения с последующим контролем их выполнения.

Большакова И.А., Кабелин Д.М., Лебедев В.Р., Ковалевский Д.В., Никифорова Е.П., Волынкин Д.А., Самарина В.Ю.

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «03»

ГБУЗ Новосибирской области «Станция скорой медицинской помощи»,
г. Новосибирск, Россия

6 июля 2016 года было получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2016617501 на Новосибирскую автоматизированную информационную систему «03» (далее – НАИС «03»), разработанную коллективом программистов и медиков станции скорой медицинской помощи города Новосибирска.

Необходимость разработки собственной информационной системы встала перед коллективом станции в конце 2000-х годов после того, как ранее используемая МИСС «03», разработанная для операционной системы ДОС, перестала справляться с большим массивом данных. Новая информационная система была внедрена на станции скорой помощи в декабре 2011 года. Система сопровождается и дорабатывается с учетом изменяющихся требований собственными силами специалистов станции. За эти годы изменено 80 % кода от первоначальной версии. Система построена таким образом, что внесение любых изменений не требует остановки работы пользователей, так как служба скорой помощи работает в режиме 7*24*365.

НАИС «03» обеспечивает: приём вызовов и передачу принятых вызовов бригадам; оперативное управление выездными бригадами; позволяет формировать все обязательные учетно-статистические формы, в том числе электронную карту вызова; в удобных для пользователей интерфейсах формировать и получать произвольные статистические отчеты; проводить в режиме онлайн идентификацию пациентов; формировать реестры для страховых организаций; проводить скрининговую оценку качества скорой медицинской помощи на соответствие федеральным стандартам. НАИС «03» обеспечивает преемственность с амбулаторно-поликлиническим звеном путем формирования отчетов по обслуженным скорой помощью вызовам с учетом территориальной участковой принадлежности, передавать для поликлиник активы и неотложные вызова. В настоящее время проводятся работы по интеграции НАИС «03» со службой «112».

Технические и организационные решения, примененные при внедрении информационной системы в г. Новосибирске, были использованы и на территориальным уровне. Всего за 4 месяца силами коллектива станции скорой помощи г. Новосибирска НАИС «03» была внедрена в 34 отделениях скорой помощи городских и центральных больниц Новосибирской области. Обучение пользователей и наладка системы проводились под руководством специалистов станции скорой помощи г. Новосибирска непосредственно на рабочих местах и в удаленном доступе по разработанным для каждого АРМа видеоинструкциям. По результатам проведенного анкетирования 97 % респондентов областных отделений скорой медицинской помощи положительно оценили своевременность реагирования разработчиками системы на вносимые предложения и доступность АРМов для пользователей.

С 2016 года служба скорой помощи Новосибирской области работает в едином информационном пространстве, что позволило:

- улучшить доступность скорой медицинской помощи населению;
- объединить 13 городских подстанций и 34 отделения СМП в единое информационное пространство;
- осуществить централизованное управление бригадами службы СМП при взаимодействии на ЧС и ДТП;
- проводить в режиме онлайн идентификации пациентов и формировать реестры в страховые медицинские организации;
- использовать единые организационные подходы и формировать достоверную статистическую отчетность на всех уровнях: территория – город – область – подстанция – бригады – медработники;

– внедрить единые подходы к экспертизе качества медицинской помощи;
– обеспечить обмен информацией по защищенным протоколам с медицинскими организациями, экстренными службами и министерством здравоохранения НСО.

Признание на государственном уровне информационно-аналитической системы для скорой помощи, разработанной в условиях ограниченного финансирования силами специалистов станции скорой помощи г. Новосибирска, свидетельствует о высоком уровне программного продукта.

Большакова И.А., Кабелин Д.М., Никифорова Е.П., Лебедев В.Р., Ковалевский Д.В., Ануфриев А.В., Волынкин Д.А.

ОПЫТ ИНТЕГРАЦИИ СИСТЕМ «112» – «03» – «124»

ГБУЗ Новосибирской области «Станция скорой медицинской помощи»,
г. Новосибирск, Россия

В 2009-2016 гг. службой скорой медицинской помощи Новосибирской области решались следующие задачи:

– создание эффективной системы управления ресурсами службы скорой помощи;

– объединение скорой помощи и лечебно-профилактических учреждений в единое информационное поле;

– создание возможности оперативного обмена информацией с другими учреждениями при оказании скорой медицинской помощи.

В 2009 году завершилась централизация приема вызовов и стала функционировать единая диспетчерская по приему вызовов, была обновлена инфраструктура всей станции скорой помощи, построены новые каналы связи с резервированием, запущена серверная с современными серверами, системой хранения и телефонная станция Si2000. В 2010 году на базе станции скорой помощи было открыто отделение «Единая регистратура» и посредством АИС «Городская электронная регистратура» реализована централизованная запись пациентов по телефону «124». В 2011 году был выполнен переход на новую программу НАИС «03» на современной платформе. Система построена на web-технологии с централизованной схемой подключения пользователей посредством интернет-браузера. Система не требует дополнительных настроек рабочих мест пользователей и расстановки обновлений по рабочим местам. Все изменения программы происходят только на серверах и вступают в действие сразу для всех пользователей.

В 2012 году станция скорой помощи вместе со всеми медицинскими организациями субъекта перешла под управление Министерства здравоохранения Новосибирской области, и было принято решение о тиражировании технологий и опыта г. Новосибирска на все подведомственные медицинские организации. Первоначально к АИС «Единая электронная регистратура» (далее – АИС «ЕЭР») были подключены все регистратуры поликлинического звена Новосибирской области, а через 2 года к НАИС «03» подключили 34 отделения скорой медицинской помощи городских и центральных районных больниц.

В 2013 году по приказу МЗ НСО созданы кабинеты неотложной помощи в поликлиническом звене, и все вызова, поступающие на «03», стали передаваться

посредством интеграции информационных систем АИС «ЕЭР» и НАИС «03». Через данную интеграцию в медицинские организации передается информация о вызовах скорой помощи по прикрепленному населению и в разрезе по территории обслуживания, об активах со скорой помощи, информация о выездах к онкологическим пациентам с целью обезболивания, со скорой передаются вызова с неотложными поводами, и отображается информация по статусам вызова.

В 2015 году была настроена интеграция НАИС «03» и медицинской информационной системой Новосибирской области (далее – МИС), что позволяет увидеть врачу на рабочем месте в электронной медицинской карте обращения пациента за скорой медицинской помощью с результатом выезда и установленным диагнозом.

В 2016 году были проведены работы по интеграции информационных систем «Протей» службы «112» и НАИС «03». Первым этапом интеграции являлась работа с универсальной карточкой информационного взаимодействия. По регламенту взаимодействия центральной диспетчерской службой «112» и дежурной диспетчерской службой «03» было определено, что все обращения граждан, связанные с происшествиями, в результате которых имеются пострадавшие или больные люди, или с угрозами происшествий, результаты которых могут быть опасны для жизни и здоровья людей, переводятся в форме телефонного звонка. Только по 39 определенным поводам, относящимся к ЧС, полученным от службы «112», на основании заполненной универсальной карточки информационного обмена формируется вызов и сразу появляется на рабочем месте диспетчера направления.

В январе 2017 года дежурная диспетчерская служба «03» перешла на использование IP-телефонии и Cisco Unify Contact Manager (далее – CUCM). Данное программно-аппаратное решение позволяет реализовать современный Call-Центр и возможность полноценной интеграции системы НАИС «03» с телефонией. При поступлении звонка номер регистрируется в системе, автоматически ищется ранее принятое обращение. Это на 20 % сократило время на звонки, связанные с консультированием и регистрацией дополнительной информации о ранее поступившем вызове.

В феврале 2017 года завершена разработка интеграции систем «Протей»-«CUCM»-НАИС «03».

Считаем, что телефонный номер «112» нужен при приеме сообщений об угрозе ЧС, о ДТП и других ситуациях, требующих одновременного вызова нескольких экстренных служб, и при приеме вызовов от граждан, не владеющих русским языком. В остальных случаях вызов должен поступать в единую диспетчерскую «03».

На текущий момент можно выделить следующие вопросы и проблемы взаимодействия дежурно-диспетчерских служб «03» и «112»:

– унификация адресных реестров, используемых различными программными продуктами, интегрируемых с системой «112» в пределах субъекта федерации;

– доработка универсальной карты информационного обмена системы «112» в части возможности передачи в интегрированные системы информации, относящейся к пациенту, а не к заявителю;

– доработка службой «112» геолокации до состояния, позволяющего реально найти пострадавшего на местности (в настоящее время передаются координаты середины улицы, середины дороги, центра населенного пункта и т.д.).

Большакова М.А.[1,2], Ростовцев С.И.[1,2], Бурмистров Ю.Н.[3], Вятскин И.Е.[1,3], Любченко А.А.[1,2], Попов А.А.[1,2], Попова Е.А.[1,2], Рахманов Р.М.[2], Рахманова Е.А.[1]

ОПЫТ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПОТЕРПЕВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТРАССАХ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

[1]ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
[2]КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»,
[3]КГКУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф»,
г. Красноярск, Россия

У больных с травматическими повреждениями быстрый анализ и точная оценка клинических и доступных инструментальных показателей в значительной степени облегчают выбор адекватной тактики лечения пострадавших, что влияет на снижение осложнений и летальности.

Нами было проведено исследование 200 пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях, у которых на догоспитальном и госпитальном этапах диагностирована костная травма с развитием и без развития травматического шока.

Средний возраст в контрольной группе составил 32,3±1,43 года, в исследуемой – 33,0±1,47 года.

В контрольной группе: мужчин было 57, женщин – 43, в исследуемой группе: мужчин – 59, женщин – 41.

Таким образом, по полу, возрасту и характеру травмы больные были сопоставимы.

Разработанная схема диагностики включает оценку 11 клинических (шкала Глазго, цвет и влажность кожных покровов, симптом бледного пятна, ЧДД, ЧСС, АДс, ШИ и др.) и инструментальных показателей (SpO_2, FiO_2, ЦВД), которые входят в стандарт осмотра пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1445н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при шоке»). Методика диагностики основана на использовании трехступенчатой оценки функции: 0 баллов соответствует тому, что рассматриваемый показатель находится в пределах возрастной нормы; 1 балл – физиологические параметры в покое отличаются от нормы, но их функции компенсируются органами одной или двух систем; 2 балла – срыв адаптации или выключение функции одной или нескольких систем. Шока нет – 0-5 балла; Шок централизации – 6-16 баллов; Шок децентрализации – более 16 баллов.

На наш взгляд, данная методика позволяет оперативно оценить выраженность компенсаторных возможностей организма при травмах различной степени тяжести. Мы провели сравнение диагностических возможностей предлагаемой нами таблицы со шкалой ВПХ-СП и получили близкие результаты ($U_{Эмп}$ = 4).

Борисова Л.В.[1], Рукавишникова С.А.[1,2], Иванова Н.И.[2],
Пушкин А.С.[1,2], Ахмедов Т.А.[1,2]

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАСЧЕТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ

[1]ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России,
[2]СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»,
Санкт-Петербург Россия

Введение. Патология почек является одной из наиболее частых экстренных состояний. Адекватная оценка функции мочевыделительной системы – важная составляющая в принятии правильного клинического решения. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) является наиболее важным маркером повреждения почек. В настоящее время для оценки СКФ существуют несколько методов: измеряемые на основе клиренса различных веществ и расчетные.

Цель исследования – оценить насколько результаты, полученные в пробе Реберга, соотносятся с расчетными данными.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2» г. Санкт-Петербурга. В исследование были включены 89 пациентов. Оценку СКФ проводили на основании измерения 24-часового клиренса креатинина (проба Реберга) и с помощью расчетных методов: по Кокрофту – Голту (КГ), MDRD и CKD-EPI. Статистическую обработку данных проводили в программе SPSS 22 (Chicago, Illinois, USA).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 65,0±11,2 лет. Среднее значение СКФ, полученное в пробе Реберга, составило 83,8±3,8 мл/мин/1,73 м^2, по формуле КГ – 90,3±3,2, по уравнениям MDRD и CKD-EPI – 78,0±1,7 и 79,4 ±1,9 соответственно. Статистически значимые различия были получены между СКФ в пробе Реберга и по формуле КГ. Корреляционной связи между пробой Реберга и расчетными методами по КГ, MDRD и CKD-EPI составили r=0,521, r=0,531 и r=0,563 при p<0,001.

Для более детального анализа методов, мы распределили всех пациентов по трём группам: с СКФ больше 90 мл/мин/1,73 м^2, с СКФ в диапазоне от 60 до 89 мл/мин/1,73 м^2 и меньше 60 мл/мин/1,73 м^2. При оценке СКФ по формуле КГ наблюдалось перераспределение больных из группы с СКФ меньше 60 мл/мин/1,73 м^2 в группы с СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м^2 и больше 90 мл/мин/1,73 м^2. При расчете СКФ уравнениями MDRD, CKD-EPI большая часть пациентов была отнесена в группу с умеренным снижением функции почек (60-89 мл/мин/1,73 м^2). Несмотря на среднюю силу корреляционной связи, согласованность между пробой Реберга и расчетными методами при распределении пациентов по группам имела достаточно низкую степень.

Вывод: согласованность между методами низкая, использование формулы Кокрофта – Голта завышает значения СКФ по сравнению с пробой Реберга.

Бумай С.О.[1], Бумай А.О.[2,3], Барсукова И.М.[2,4]

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЙОННОГО ЗВЕНА

[1]ГБУЗ «Городская поликлиника № 106»,
[2]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[3]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
[4]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Преобразование отделений неотложной медицинской помощи поликлиник Санкт-Петербурга в отделения скорой медицинской помощи (ОСМП) в 90-е годы явилось важным фактором повышения доступности скорой медицинской помощи (СМП) для жителей города: позволило приблизить оказание экстренной медицинской помощи к пациенту, сократить сроки ее ожидания, обеспечить на догоспитальном этапе преемственность ведения пациентов как с острыми, так и с хроническими заболеваниями. Сегодня в городе 48 отделений СМП городских поликлиник в 13 районах Санкт-Петербурга: 36 ОСМП для взрослого населения и 12 ОСМП для детского населения, которые насчитывают 325 бригад СМП и оказывают скорую медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах, выполняя до 60 % вызовов СМП в городе.

Представляем типичные показатели работы ОСМП одного из районов Санкт-Петербурга, обслуживающего взрослое и детское население. ОСМП регистрирует вызовы по местному семизначному времени, в 8-10 % получают их от Городской станции СМП (ГССМП). Особенности условий работы и распределение контингентов с ГССМП обуславливают структуру вызовов ОСМП, среди которых до 95 % приходится на вызовы по поводу заболеваний населения, в том числе 1/3 – заболевания органов дыхания, 1/4 – сердечно-сосудистой системы, по 10 % составляют неврологические заболевания и острая хирургическая патология, около 1 % – травмы. До 2 % составляют безрезультатные вызовы, среди которых половина – констатация смерти. Из общего числа вызовов с оказанием медицинской помощи 52 % – в неотложной форме, немалую долю которых составляют хронические заболевания вне обострения, в том числе в часы работы поликлиники. Транспортировки занимают около 5 % в структуре вызовов, из которых 99 % осуществляются по экстренным показаниям. Около 1/3 пациентов, обратившихся в ОСМП, требуют доставки стационар для обеспечения преемственности оказания медицинской помощи.

Показатели оперативности работы в условиях мегаполиса и компактно проживающего населения высоки: доля вызовов со временем доезда до 20 мин составляет 94 % (в т.ч. на оказание СМП в экстренной форме – 44 %); среднее время проезда к месту вызова (по всем вызовам) – 12 мин; среднее время выполнения 1 вызова (по всем вызовам) – около 1 часа.

Среднесуточная нагрузка на одну бригаду составляет 10 вызовов.

Территориальный принцип обслуживания обеспечивает тесную преемственность работы ОСМП с амбулаторно-поликлиническими учреждениями, а зачастую бригады ОСМП выполняют работу участкового врача. Возрождение «неотложек»

в структуре АПУ, начавшееся в Санкт-Петербурге с 2016 года, призвано снять непрофильную нагрузку ОСМП.

Вагнер Д.О., Солошенко В.В., Крылов К.М.,
Мичунский К.Э., Юрина В.Н.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ОЖОГОВ СРЕДСТВАМИ БЫТОВОЙ ХИМИИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Химические ожоги составляют от 2,5 % до 5,1 % случаев в общей структуре ожогового травматизма. Химические ожоги щелочами встречаются ещё реже. Из-за относительно небольшого удельного веса данной патологии на сегодняшний день не существует устоявшейся тактики хирургического лечения данных повреждений.

Цель исследования – изучить особенности течения и сформировать тактику лечения пострадавших с обширными химическими ожогами средствами бытовой химии.

Материал исследования – истории болезни пострадавших, госпитализированных в период с января 2015 г. по декабрь 2016 г., с химическими ожогами средствами бытовой химии на площади более 20 % поверхности тела.

Результаты. За исследуемый период в отделение ожоговой реанимации поступили 4 пострадавших с жизнеугрожающими химическими ожогами. Ни у одного из них на догоспитальном этапе не было выполнено промывание ожоговых ран проточной водой, рекомендованное при ожогах агрессивными жидкостями.

В представленных наблюдениях хирургическое лечение пострадавших было направлено на профилактику и лечение раневой инфекции путем удаления девитализированных тканей в максимально ранние сроки. Некротомические разрезы выполняли в первые сутки от момента травмы, при этом даже небольшие участки плотного струпа рассекали на всю глубину повреждения, что обеспечивало отток токсичного раневого отделяемого. После стабилизации состояния пострадавших и восстановления периферической микроциркуляции выполняли этапное иссечение погибших тканей. Объем некрэктомии определялся тяжестью состояния пострадавших и площадью участков заведомо глубокого поражения кожного покрова. При этом иссечение струпа начинали с конечностей, где объем кровопотери легче контролировать с помощью возвышенного положения и резинового жгута. Ввиду отсутствия визуальной чёткой границы глубины поражения мягких тканей, выполнение одномоментной аутопластики у данных пациентов считали нецелесообразным. По мере очищения ран и формирования грануляционной ткани (7-10 суток после некрэктомии) осуществляли свободную аутодермопластику расщепленными перфорированными аутотрансплантатами.

Выводы. При оказании первичной помощи необходимо в максимально ранние сроки смывать с кожи химические вещества проточной водой, что значительно уменьшает поражение тканей «в глубину».

Активная хирургическая тактика является безальтернативным способом достижения приемлемых результатов лечения у данной категории пострадавших.

При этом показания к некротомии при химическом повреждении мягких тканей значительно шире, чем при термических ожогах, а одномоментная аутодермопластика нецелесообразна.

Вашетко Р.В., Дмитриев О.В., Синенченко Г.И.,
Ильина Г.И., Бородай Е.А.

ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Диагностика осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки (ДБТК) представляет большие трудности. Среди причин толстокишечных кровотечений дивертикулез толстой кишки встречается в 24-42 %. Морфологические изменения гемоциркуляторных нарушений ДБТК описаны недостаточно.

В НИИ СП им. И.И. Джанелидзе были изучены данные 516 больных с клиникой дивертикулярных кровотечений (ДК). В 94 % случаев это были самостоятельные осложнения, а в 6 % – сочетание с перфорацией дивертикула. В 52 % кровотечения носили тяжелый характер, у 38 % – средней тяжести, у 23 % были рецидивирующими. Кровотечения могут быть внутрибрюшинными в просвет кишки и в забрюшинную клетчатку. У 4 больных была перфорация дивертикула в брыжейку толстой кишки с формированием нагноившейся гематомы. При этом у 2 из них возник тромбоз сосудов с последующим развитием сегментарных инфарктов кишки. У 12 больных ДК сочеталось с образованием перидивертикулярного инфильтрата, у 18 – абсцесса, у 3 – разлитого перитонита. Источником кровотечения были аррозированные конволюты в устьях дивертикулов.

В обязательную лечебно-диагностическую программу включали инфузионную терапию, экстренную фиброколоноскопию (ФКС) с целью выявления источника кровотечения и последующего осуществления эндоскопического гемостаза. Для исключения патологии и возможного источника кровотечения из аноректальной области перед выполнением ФКС проводили ректороманоскопию.

Срочная операция выполнялась по жизненным показаниям при рецидивах профузного кровотечения. У 18 больных операцией выбора была обструктивная резекция толстой кишки (операция типа Гартмана). Объем оперативного вмешательства определялся распространенностью ДБТК. У 25 больных в последующем были выполнены отсроченные или плановые операции в случаях многократно рецидивирующих кровотечений из дивертикулов с развитием постгеморрагической анемии.

Вербицкий В.Г.[1], Федоров А.В.[3], Перегудов С.И.[2], Ромашкин-Тиманов М.В.[1]

РЕЗУЛЬТАТЫ ВАЗОАКТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

[1]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[2]ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург;
[3]Республиканская станция скорой медицинской помощи Чувашии,
г. Чебоксары, Россия

Согласно практическим рекомендациям Всемирной Гастроэнтерологической Организации (2008) риск неблагоприятного исхода лечения от первого кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВ ПЖ) составляет 20 % в течение 6 недель наблюдения, а при рецидиве летальность увеличивается в 2 раза.

Национальное руководство «Скорая медицинская помощь» и клинические рекомендации (2015) постулируют «при подозрении на кровотечение из ВРВ ПЖ как можно раньше назначать вазоактивные препараты (1а;А)».

Важными преимуществами терлипрессина являются быстрое наступление клинического эффекта, повышение АД на 15-20 % и системное периферическое сосудосуживающее действие препарата при отсутствии негативного влияния на функцию сердечно-сосудистой системы.

Цель исследования – показать целесообразность раннего (на догоспитальном этапе) применения препаратов, снижающих портальное давление, для улучшения результатов лечения жизнеугрожающих кровотечений из ВРВ ПЖ.

В 2015-2016 гг. было проведено исследование по применению терлипрессина на догоспитальном этапе СМП в БУ РССМП Чувашии. Основная задача СМП при желудочно-кишечном кровотечении – экстренная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара. Однако в случаях задержки госпитализации (длительной транспортировке) остановка или предотвращение рецидива кровотечения из ВРВ ПЖ может способствовать улучшению результатов лечения данной категории пациентов. Согласно приказу Минздравсоцразвития Чувашии решением формулярной комиссии РС СМП Чувашии в комплектацию укладок СМП республики был включен препарат терлипрессин.

Были уточнены показания к проведению вазоактивной терапии терлипрессином на догоспитальном этапе СМП. Основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения являлись общеклинические признаки внутреннего кровотечения. Предположить диагноз кровотечения из ВРВ ПЖ позволяют анамнестические данные о заболевании печени или кровотечении из ВРВ пищевода и признаки поражения печени: гепатомегалия, телеангиэктазии, расширение подкожных вен брюшной стенки, желтуха, асцит.

Параллельно проводился мониторинг АД и ЧСС, поддерживались витальные функции в соответствии с общими реанимационными принципами.

При кровотечении предположительно из ВРВ ПЖ на догоспитальном этапе СМП вводили в/в болюсно синтетический аналог вазопрессина терлипрессин в дозе 1-2 мг 310 пациентам. При этом проанализированы результаты лечения

236 случаев, у которых кровотечение из ВРВ в дальнейшем было подтверждено в стационарах республики.

О достижении гемостаза судили по отсутствию клиники продолжающегося кровотечения и стабильным показателям гемодинамики, что отмечено у 173 (73 %) больных. У 56 (24 %) пациентов имело место снижение интенсивности геморрагии клинически при отсутствии гемодинамических расстройств. Не отмечено существенного эффекта после введения терлипрессина в 3 % случаев (7 больных).

Побочные эффекты отмечены у 3 (1,2 %) больных в виде болей в животе спастического характера. Досуточная летальность после госпитализации больных в стационар составила 1 %. Рецидив кровотечения из ВРВ ПЖ на догоспитальном этапе СМП отмечен в 2 (1 %) случаях отказа пациентов от госпитализации.

Таким образом, терлипрессин не только уменьшает интенсивность кровотечения или полностью его купирует, но и позволяет поддерживать стабильную гемодинамику во время транспортировки пациента в стационар. Этот эффект немаловажен, учитывая факт территориальной удаленности многих населенных пунктов республики от специализированных медицинских учреждений. Результаты раннего внутривенного введения препарата терлипрессин являются обнадеживающими и позволяют судить о целесообразности и эффективности его применения еще на догоспитальном этапе, до эндоскопического уточнения источника кровотечения.

Вишняков Н.И.[1,2], Багрецова И.А.[1,2], Пенюгина Е.Н.[1,2], Барсукова И.М.[1,3]

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

[1] ФГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,
[2] ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[3]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Определенный интерес для медико-статистической характеристики больных с сопутствующей дерматологической патологией (ДП) представляет распределение их по отделениям стационара скорой медицинской помощи (СМП).

Больные с заболеваниями кожи госпитализировались практически во все отделения стационара, но большинство из них (77,4 %) лечились в отделениях хирургического профиля, 14,9 % больных получали лечение в травматологических отделениях и 10,2 % – в ожоговом. В отделения терапевтического профиля были госпитализированы только 22,6 % пациентов с ДП, причем основная часть (15,2 % от общего количества) находились в неврологическом отделении. Во всех остальных 13 отделениях доля больных с ДП колебалась от 0,9 % в отделении пластической хирургии до 3,3 % в торакальном отделении.

Особый интерес представляет структура диагнозов, послуживших причиной экстренной госпитализации. Первое место в структуре заболеваний, послуживших причиной госпитализации как у пациентов с ДП, так и без ДВП занимают болезни системы кровообращения (БСК) (20,7 % и 21,0 % соответственно). В группе боль-

ных с выявленным сифилисом доля пациентов с БСК также значительная (18,7 %), хотя в структуре госпитализированных они занимают лишь третье место. Второе место в структуре госпитализированных с ДП занимают больные с патологией органов дыхания (16,6 %); в группе больных без ДВП они составляют 11,8 %, а среди больных с сифилисом – только 3,3 %. Третье место в структуре диагнозов, послуживших причиной госпитализации у больных с ДП, занимают болезни нервной системы (16,5 %), в группе больных без ДВП они составляют 13,0 %, а в группе больных с сифилисом – 2,8 %. Таким образом, в сумме на долю больных с БСК, органов дыхания и нервной системы приходится более половины (53,8 %) всех госпитализированных с ДП. Среди больных без ДВП на долю больных этих нозологических групп приходится 45,8 %, а в группе больных с сифилисом – только 24,8 %. Значимую долю составляли больные с травмами и болезнями органов пищеварения (суммарно, 25,8 % в группе больных с ДП, 37,0 % – с сифилисом и 29,0 % – без ДВП).

Таким образом, структура больных по основному диагнозу, послужившему причиной госпитализации в больницу скорой помощи, отличается в трех изученных группах больных. При этом больные с ДП по структуре основного диагноза ближе к группе больных без ДВП, чем больные с выявленным сифилисом. Основной причиной таких различий являются различия в возрастно-половой структуре больных с сифилисом.

Распределение больных по каналам направления в стационар в группе госпитализированных с ДП имеет несущественные отличия от групп пациентов без ДВП и больных с сифилисом. 14,8 % поступили без направления медицинских учреждений («самотеком»), в группе больных без ДВП таких было 8,6 %, а среди больных с сифилисом – только 6,7 %.

Ворошилов Н.А., Эмануэль В.Л.

Р.О.С.Т. – ТЕНДЕНЦИИ, ВОЗМОЖНОСТИ, ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ: ПОВОД ДЛЯ ДИАЛОГА ИЛИ КОНФЛИКТА?

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Аббревиатура Р.О.С.Т. (point-of-care-testing) имеет несколько российских транскрипций – исследования по месту лечения (ИМЛ), исследования по месту взятия материала (ИМВМ) и другие. Главное отличие таких тестов от лабораторных состоит в том, что они выполняются **НЕ ЛАБОРАТОРНЫМИ** специалистами. Суть РОС-тестов, их востребованность, полезность и в целом их место в медицине можно оценить, перечислив их основное предназначение: диагностика критических состояний (состояния газового обмена, КОС, метаболизма, гемостаза, кардиомаркеры, маркеры сепсиса и другие), выполняемая в основном внутри больницы. В нашей стране эти тесты должны выполняться специалистами экспресс-лабораторий, хотя за рубежом распространено делегирование права выполнения таких тестов клиническому персоналу, но под контролем лаборатории. Подобные тесты могут выполняться и в рамках скорой помощи не лабораторными специалистами: компактные, простые в эксплуатации мобильные приборы или

тест-системы, анализирующие цельную кровь, особенно востребованы для «полевой» диагностики (как в рамках действия МЧС, так и при военных действиях). Вариантом ИМВМ являются тесты, выполняемые в кабинете врача-клинициста при приеме пациентов («осмотровые»). В подавляющем большинстве они не являются ургентными: глюкоза, микроальбумин, D-димер, инфекционные маркеры, анализ мочи, ХГЧ, МНО и многие другие. Огромный рост популярности таких тестов обусловлен расширением глобального принципа современной медицины – PCC (patient-centered-care), или в дословном переводе «пациент в центре медицины». Это сложная комбинация методов и технологий диагностики, лечения и в целом организации медицинской помощи, при которой медицинские услуги должны быть максимально доступны и приближены к пациенту, а не наоборот. Зачем? Для ускорения диагностики и повышения эффективности лечения, снижения общих расходов на здравоохранение. Все чаще используется такая трактовка – для достижения «комфорта» пациента и … врача. Драйвером этого сегмента являются терапевты, кардиологи, эндокринологи, гинекологи и другие **клинические** специалисты. К сожалению, в России этот сегмент практически отсутствует, так как выполнение любых тестов не лабораторным персоналом и вне больницы нелегитимно.

Гидиримский А.М.[1], Головин Б.П.[1,2], Катаной Н.Я.[1,2], Хадыркэ Л.Г.[1]

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

[1]Национальный центр догоспитальной скорой медицинской помощи,
[2]Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану,
Кишинев, Республика Молдова

Введение. Травматизм является основной причиной инвалидности и смертности во всем мире. Ежегодно от травм в мире погибает более 5 млн человек – это почти 9 % от общей смертности. Травматизм является третьей по значимости причиной смертности вообще и основной причиной смерти у людей в возрасте 1-40 лет. Одной из ведущих причин смерти от травм являются дорожно-транспортные происшествия (ДТП), на которые, по данным ВОЗ, приходится около 25 % всех случаев смерти от внешних причин. По статистике ежегодно в мире в авариях на дорогах гибнут около 1,2 млн человек, а от 20 до 50 млн получают травмы или становятся инвалидами. В Республике Молдова ежегодно от травм погибают почти 7 %.

Материал и методы. В исследовании проанализированы статистические данные карт вызовов скорой медицинской помощи.

Результаты. В 2016 году в Республике Молдова службой скорой медицинской помощи было выполнено 930 731 вызовов, из них 85 923 вызова к пациентам с различными типами травм, что составило 9,2 %. 45,3 % вызовов с разными типами травм были выполнены в городе и 54,7 % – в сельской местности. Травмы вследствие ДТП составили 3 512 (4 %) случаев, травмы детей в возрасте 5-17 лет – 505 (14,4 %) случаев, из них со смертельным исходом – 39 (7,9 %).

Выезд бригад скорой медицинской помощи производился в течение 90 секунд с момента регистрации вызовов.

Также были зарегистрированы: уличные травмы – 13 294 (16 %), специальные травмы – 5044 (6 %), спортивные травмы – 1559 (2 %), травмы на работе – 865 (1 %), домашние травмы – 57 463 (71 %). Из них были госпитализированы 57 921 (67,4 %) пациент с различными травмами.

В течение последних двух лет благодаря разработке в республике «Национальной стратегии по уличной безопасности» зарегистрировано снижение числа травм у населения на 1,6 %.

В результате проведенных реформ в 2015 году Службой догоспитальной скорой медицинской помощи Республики Молдова удалось увеличить доступности, улучшить оперативность обслуживания вызовов и эффективность работы бригад СМП с пациентами с различными типами травм, в особенности у пострадавших в ДТП.

Глушков С.И.[1], Карпищенко А.И.[2], Лодягин А.Н.[1], Батоцыренов Б.В.[1], Ливанов Г.А.[1], Жерегеля С.Н.[2]

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА КАК ЛАБОРАТОРНЫЙ ТЕСТ В КЛИНИКЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

[1]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[2]СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,
Санкт-Петербург, Россия

Системе глутатиона принадлежит одно из ведущих мест в механизмах естественной цитопротекции, а нарушения ее функционирования приобретают существенное значение в патогенезе реализации цитотоксических эффектов. В связи с этим проводилось динамическое изучение (в течение 1, 2 и 3 суток нахождения в стационаре) состояния системы глутатиона в эритроцитах 54 пациентов (29 мужчин и 25 женщин), поступивших с острыми тяжелыми интоксикациями, сопровождавшимися развитием токсико-гипоксической энцефалопатии. Все больные находились в реанимационном отделении в связи с нарушением витальных функций: угнетением сознания до комы II-III степени и нарушением функции внешнего дыхания. Всем больным проводилась ИВЛ. Возраст обследованных пациентов находился в диапазоне от 16 до 63 лет. Летальность составила 18,5 %.

Проведенное исследование позволило выявить глубокие нарушения состояния естественной системы защиты клеток, проявившиеся в виде снижения содержания восстановленного глутатиона (ВГ) и сульфгидрильных групп белков (СГ), падения активности глутатионпероксидазы (ГП), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-фДГ), глутатионредуктазы (ГР), каталазы и рост содержания продуктов липопероксидации – малонового диальдегида (МДА). При этом сроки и глубина нарушений обмена глутатиона находились в корреляционной взаимосвязи с тяжестью интоксикации, эффективностью проводимого лечения и исходом отравления.

В связи со значительной энергоемкостью системы цитопротекции причиной истощения ее резервов в условиях токсического воздействия могут явиться нарушения энергетического метаболизма клетки, а также повышенная наработке активных форм кислорода и активация свободнорадикальных процессов, что ведет к дальнейшему усугублению угнетения клеточного дыхания, развитию энергоде-

фицитных состояний и может способствовать формированию патогенетического порочного круга.

Эффективная терапия подобных нарушений возможна лишь при сочетанном использовании методов, улучшающих доставку и утилизацию кислорода тканями. Проведенное исследование показало, что использование ряда метаболических антигипоксантов (реамберин, цитофлавин) оказывало положительное действие на ряд показателей системы глутатиона и на показатели клинической эффективности в виде снижения летальности и длительности нахождения пациентов в коме.

Глушков С.О.[1], Барсукова И.М.[2,3]

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

[1]ГБУЗ «Городская поликлиника № 109»,
[2]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[3]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Оказание качественной и доступной медицинской помощи детям – наиболее значимая задача отечественного здравоохранения. В соответствии с Порядком оказания скорой медицинской помощи (Приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н) скорая медицинская помощь (СМП) детскому населению оказывается как общепрофильными, так и специализированными педиатрическими бригадами СМП.

В то время, когда система оказания СМП на догоспитальном этапе в стране все более переходит на фельдшерский вариант (66,5 % фельдшерских бригад, 2015), оказание СМП детскому населению в Санкт-Петербурге оказывается преимущественно педиатрическими бригадами, сформированными в структуре Отделений СМП детских поликлиник (ОСМП). Сегодня в Санкт-Петербурге насчитывается 12 ОСМП для детского населения, которые работают строго по территориальному принципу в тесном взаимодействии с персоналом амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ). На их долю приходится около 12 % от общего объема вызовов в городе.

Рассматривая один из типичных районов города (2016 г.), нужно отметить, что в структуре вызовов 88 % приходятся на вызовы по поводу заболеваний. Среди них значительную долю занимают инфекционные заболевания (66 %), в значительно меньших объемах – острая хирургическая патология (12 %), неврологические заболевания (8 %), заболевания органов дыхания (8 %).

До 1/3 больных, обратившихся в ОСМП в 2016 году, требовали госпитализации, которая осуществлялась в экстренном порядке: по направлению врача ОСМП (81 %), транспортом ОСМП по направлению врача АПУ (19 %).

Компактность проживания населения в условиях мегаполиса и развитие инфраструктуры обусловили высокую оперативность работы ОСМП. Количество вызовов со временем проезда к месту вызова СМП до 20 минут составило 98,7 %; среднее время проезда к месту вызова – 14,2 мин. Количество вызовов, передан-

ных на исполнение бригадам СМП до 4 минут, – 82 %. Среднее время выполнения 1 вызова – 59 мин (по оказанию СМП – 51,5 мин, по транспортировке – 66,5 мин).

Среднесуточная нагрузка на одну бригаду составила 10,8 вызовов.

Высокий уровень оказания СМП детскому населению – примечательная особенность нашего города, обусловленная уникальной структурой построения системы оказания СМП Санкт-Петербурга. Дальнейшее сохранение этой системы, специализированных педиатрических (врачебных!) бригад будет способствовать сохранению и укреплению здоровья детского населения, нового поколения петербуржцев.

Глушков С.О.[1], Барсукова И.М.[2,3]

ПРОБЛЕМЫ С ПРЕЕМСТВЕННОСТЬЮ ИЛИ ОТСРОЧЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ДЕТСКИЕ СТАЦИОНАРЫ

[1]ГБУЗ «Городская поликлиника № 109»,
[2]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[3]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

«Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно…» (ст.10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). При этом для бригад скорой медицинской помощи (СМП) 20-минутный доезд до пациента строго регламентирован и Порядком оказания СМП, и Программой госгарантий при оказании медицинской помощи в экстренной форме. Бригады СМП спешат на вызов, руководствуясь этим нормативом. А что же дальше? Как складывается ситуация с преемственностью оказания медицинской помощи, если пациент нуждается в экстренной госпитализации?

Вот один из примеров. Два десятка автомобилей СМП выстраиваются в очередь у ГБУЗ «Детская клиническая больница № 5 им. Н.Ф. Филатова», где простаивают часами, пытаясь передать пациента в стационар. Время ожидания в 1 квартале 2017 г. – до 3-х часов, в среднем – 1,5 часа.

Проблема эта многогранная. Как можно просидеть зимой в салоне автомобиля с больным ребенком 3 часа? Конфликт с родителями неизбежен. Часть из них не выдерживает и, потеряв время, вынуждена отказаться от госпитализации.

Как оказать полноценную помощь и осуществлять динамическое наблюдение в этих условиях, когда и раздеть пациента не представляется возможным?

Как обеспечить своевременную помощь в районе обслуживания, когда часть бригад практически выключается из оперативной работы, часами простаивая в очереди?

В последнее время появилась новая проблема для бригад СМП – отсроченная госпитализация. Врач или фельдшер СМП регистрирует в Эпидбюро инфекционное заболевание у ребенка, просит наряд для экстренной госпитализации и слышит в ответ, что госпитализация возможна после 16.00, после 17.00…, когда освободятся места. Что делать персоналу СМП? В ответ: «… лечите, наблюдайте, вечером отвезете …». Но «стационар на дому» не регламентирован Порядком

оказания скорой медицинской помощи. Да и отсрочка специализированной медицинской помощи вряд ли оправдана.

Проблемы организации оказания экстренной помощи в городе тяжким грузом ложатся на службу скорой медицинской помощи, делая ее заложником ситуации. Это конфликт и с родителями, и со страховыми компаниями (повторные вызовы и активы), и с оперативностью работы в зоне обслуживания. Они требуют безотлагательного решения.

Головин Б.П.[1,2], Гидиримский А.М.[1], Катаной Н.Я.[1,2], Хадыркэ Л.Г.[1]

РЕОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

[1]Национальный центр догоспитальной скорой медицинской помощи,
[2]Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану,
Кишинев, Республика Молдова

Служба скорой медицинской помощи в Республике Молдова была организована 4 сентября 1944 года. На протяжении десятилетий она интенсивно развивалась и 1 октября 2015 была реорганизована в Национальный центр догоспитальной скорой медицинской помощи (НЦДСМП), объединяющий все станции скорой медицинской помощи в стране. Координация работы службы происходит по региональному принципу: Север, Юг, Центр, Кишинёв и АТО Гагаузия с единым руководством в столице. НЦДСМП обслуживает 3 553 056 жителей страны. В структуре службы работают 233 бригады скорой медицинской помощи, которые распределены в соответствии с профилем: 20 (8,6 %) специализированных бригад, 76 (32,6 %) фельдшерских, 129 (55,4 %) бригад общего профиля и 8 (3,4 %) педиатрического профиля.

В 2016 году было зарегистрировано 951 992 звонка в службу скорой помощи, что на 45 874 звонка меньше по сравнению с 2015 годом – 997 866 звонков. Из общего количества обращений выполненные вызова составили 930 731 (97,8 %), необоснованные вызова – 15 996 (1,7 %), необоснованные отказы – 5265 (0,5 %). Из транспортированных в приёмные отделения 317 862 пациентов только 181 463 (57,1 %) были госпитализированы, тогда как в 2015 году – 56,0 %.

По степени срочности: экстренные вызова (красный код), выезд на которые был произведен в течение 90 секунд с момента регистрации, составили 77,18 %.

Частота вызовов кардиологического профиля составила 56,5 %, в 2015 г. – 62,9 %. Вызовы неврологического профиля составили 8,5 %, из которых: геморрагический инсульт – 7,0 % с уровнем госпитализации 74,8 %; ишемический инсульт – 58,1 % с уровнем госпитализации 87,3 %; транзиторные нарушения мозгового кровообращения – 23,4 %, из которых были госпитализированы 81,3 %; с диагнозом «возможный инсульт» – 11,5 %, из которых были транспортированы в стационар 82,4 %.

Вызовов травматологического профиля было выполнено 85 923 (9,2 %) и вызовов с различными видами интоксикаций – 7617 (0,8 %).

В результате проведенных реформ в виде реорганизации и реструктуризации НЦДСМП удалось достичь значительных результатов в улучшении оперативности обслуживания вызовов, эффективности работы бригад СМП, качества ока-

зываемой помощи населению Республики Молдова, а также увеличить доступность населения страны к услугам догоспитальной скорой медицинской помощи.

Гончаров С.Ф.

ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России,
Москва, Россия

Опыт медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях (ЧС) свидетельствует о том, что условия, в которых осуществляется ликвидация медико-санитарных последствий, существенно предопределяют специальную профессиональную подготовку не только специалистов службы медицины катастроф, скорой медицинской помощи, но и многих других медицинских работников. Такое положение необходимо учитывать при решении проблемы повышения квалификации медицинских кадров на различных современных образовательных площадках.

В ходе исследования установлено, что при совершенствовании и реализации программ дополнительного профессионального образования медицинских кадров, привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, необходимо обязательно учитывать не только особенности организации оказания медицинской помощи в условиях ЧС, но и результаты организационных мероприятий по развитию системы здравоохранения регионов, наиболее типичные недостатки и ошибки в работе специалистов медицинских формирований и организаций.

Выявлено, что к таким недостаткам и ошибкам относятся: неумение оперативно осуществлять целенаправленный сбор необходимой информации и передавать её соответствующим дежурным службам, в том числе диспетчеру с места ЧС; низкий уровень профессиональной подготовки и наличие трудностей при организации работы по оказанию медицинской помощи большому числу пострадавших при их одномоментном возникновении или за короткий период времени; недостаточный уровень подготовки медицинских работников, особенно со средним медицинским профессиональным образованием, по организации и проведению медицинской сортировки пострадавших; слабое взаимодействие между выездными бригадами скорой медицинской помощи, представителями оперативных служб и аварийно-спасательных формирований на месте происшествия; нет должного понимания своих полномочий, подчиненности и порядка действий; отсутствие навыков и опыта работы в радиоэфире, зачастую отсутствие средств радиосвязи; низкий уровень мотивации у молодых медицинских специалистов системно заниматься повышением профессиональной подготовки по вопросам организации и оказания экстренной медицинской помощи в условиях ЧС.

В связи с изменениями в системе высшего медицинского образования и переходом к аккредитации как форме допуска к профессиональной деятельности предстоит решить многие задачи: необходимо совершенствовать программы подготовки ряда медицинских специалистов с учетом их работы в условиях ЧС; завершить разработку профессиональных компетенций и стандартов; создать

современные обучающие модули по медицине катастроф; внедрять в учебный процесс передовые, более эффективные технологии обучения; расширять международное сотрудничество в сфере подготовки медицинских кадров для работы в ЧС и т.д. С учетом развития санитарной авиации в стране особо актуальной является подготовка специалистов авиамедицинских бригад.

Изучение данной проблемы позволило сформулировать следующее – конечным результатом при повышении квалификации медицинских специалистов по медицине катастроф должно быть умение работать в составе медицинских формирований (медицинская бригада, отряд, госпиталь и др.) по организации и оказанию медицинской помощи в догоспитальном, госпитальном периодах и в ходе медицинской эвакуации применительно к конкретной специальности.

Гончаров С.Ф., Баранова Н.Н.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России,
Москва, Россия

Медицинская эвакуация пациентов с политравмой предусматривает выбор наиболее подходящего и щадящего способа перемещения пациента с учетом тяжести полученных травм, наличия доступного наземного или воздушного транспорта, удаленности лечебного учреждения, где пациенту может быть оказана исчерпывающая медицинская помощь. При этом количество этапов медицинской эвакуации зависит от структурной организации объектов здравоохранения в каждом конкретном регионе и ряда иных организационных факторов – главное, наличие авиационного транспорта.

Так, например, в Свердловской области разработана система маршрутизации пострадавших и больных. На территориях первого и второго типов (районы с хорошей транспортной доступностью и близостью травматологических центров 1 и 2 уровня, либо расположенные от них в 60-километровой зоне) может применяться медицинская эвакуация пострадавших с политравмой реанимобилем или санитарным вертолетом сразу в травматологический центр 1 уровня, либо проведение «двухэтапной» эвакуации при отсутствии вертолета – реанимобилем в ближайший стационар (как правило, травмоцентр 2 уровня), затем при наличии показаний реанимобилем в травмоцентр 1 уровня.

На территориях третьего типа, к которым относятся районы с низкой плотностью населения и значительной удаленностью от специализированных лечебных учреждений, использование воздушной техники является необходимым.

По данному принципу можно районировать территорию и других регионов России для достижения необходимой 30-40-минутной доставки больных и пострадавших в профильные лечебные учреждения.

Следует отметить, что ряд регионов центральной России имеют большую часть территорий, относящихся к так называемому первому типу, тогда как практически вся территория регионов Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока, как правило, относится ко второму и третьему типам.

Как известно, в настоящее время в 34 труднодоступных регионах реализуются мероприятия Пилотного проекта по развитию санитарной авиации для обеспе-

чения доступности медицинской помощи. На 2017 год выделено 3,3 млрд рублей, что должно помочь решить проблему эвакуации пострадавших с политравмой при правильной организации.

На федеральном уровне медицинская эвакуация пострадавших с политравмой организуется и осуществляется силами специалистов Центра медицинской эвакуации ВЦМК «Защита».

Эвакуация пациентов в федеральные медицинские организации, расположенные в Москве, Санкт-Петербурге и других городах, проводится для оказания им высокотехнологичной медицинской помощи. В последние два года особое место занимает эвакуация пострадавших с политравмой из Крыма и Ростова-на-Дону.

За два последних года нашими специалистами выполнена медицинская эвакуация 342 пациентов с политравмой, что составляет около 20 % от общего числа эвакуируемых.

Организация медицинской эвакуации пострадавших с политравмой предусматривает комплекс мероприятий, включающий:

– оценку транспортабельности пациента с учетом тяжести состояния, характера основных повреждений (открытая черепно-мозговая травма, повреждения грудной клетки с пневмотораксом, травма живота с подозрением на внутреннее кровотечение, тупая травма полых органов живота, преимущественно толстого и тонкого кишечника, мочевого пузыря с выходом их содержимого в полость брюшины и с развитием перитонита, степень травматического шока и др.);

– определение медицинской организации, где может быть оказана исчерпывающая медицинская помощь по профилю патологии; удаленность от места нахождения пациента;

– выбор способа медицинской эвакуации, зависящий от наличия наземного транспорта, доступности и целесообразности использования воздушного транспорта, расстояния, особенностей местности, погодных условий и т.д.

Сотрудники ВЦМК «Защита» осуществляют санитарно-авиационную эвакуацию следующими способами:

– регулярный авиарейс с предварительным бронированием определенного количества мест и установкой носилок;

– специальный оборудованный медицинский самолет, укомплектованный всем необходимым для эвакуации тяжело пострадавших;

– переоборудованный транспортный самолет (типа Ил-76, Ан-148) с установкой специальных модулей медицинских самолетных, при этом для размещения пациента используются:

модуль медицинский самолетный четырехместный для самолета ИЛ-76, в котором можно разместить 5 таких модулей и эвакуировать до 20 пациентов в тяжелом состоянии;

модуль самолетный одноместный на самолете АН-148, в котором можно единовременно разместить от 4 до 6 таких модулей;

модуль медицинский вертолетный двухместный для вертолета МИ-8 или одноместные медицинские модули для легких вертолетов типа «Ансат».

Учитывая накопленный опыт проведения медицинской эвакуации пострадавших с политравмой, наши специалисты постоянно ищут новые подходы организации и выполнения эвакуаций.

Так, в 2015 году было разработано устройство для размещения пациента (универсальное) – для эвакуации регулярными авиарейсами. При этом реализована возможность оборудования такими устройствами пассажирских воздушных судов различного типа с целью эвакуации большого количества пострадавших без снятия пассажирских кресел.

Интересным и новым методом мониторинга состояния пострадавших с политравмой при проведении медицинской эвакуация является использование Автоматизированного диагностического лечебного комплекса поддержания жизнедеятельности человека – комплекс «АНГЕЛ», который разработан при нашем участии специалистами МГУ и производится в Туле на предприятиях ВПК «Сплав». Он предназначен для мониторинга состояния пострадавшего, автоматического контроля за жизненно важными функциями, инвазивного введения назначенных препаратов по заданной программе и проведения телемедицинских консультаций в ходе эвакуации.

В настоящее время комплекс проходит испытание на реанимобилях ТЦМК в Московской и Тульской областях. Необходимость его применения одобрена министром здравоохранения В.И. Скворцовой и министром обороны С.К. Шойгу на выставке «Армия 2016». Ведутся работы по оборудованию комплексом «Ангел» медицинского вертолета «Ансат» компанией «Вертолеты России».

Опыт санитарно-авиационной эвакуации пострадавших с политравмой в ЧС, на наш взгляд, очень важен и необходим при организации медицинской эвакуации раненых и больных при вооруженных конфликтах и в особый период.

Территориальный принцип районирования приграничных регионов при организации медицинской эвакуации из зоны вооруженного конфликта должен быть отработан сейчас, в мирное время, с учетом возможностей субъектов (работа больниц с коротким сроком лечения – 5-10 суток, развертывание прирельсовых и приаэродромных эвакоприемников и др.).

Эти же вопросы необходимо изучать при организации массовой медицинской эвакуации пострадавших (в том числе с политравмой) в тыл страны как в начальный период вооруженных конфликтов (освобождение этапов медицинской эвакуации), так и при развитии в последующем военных действий после развертывания тыловых госпиталей Минздрава.

Без целенаправленной подготовки специалистов-организаторов медицинской эвакуации задача своевременного оказания медицинской помощи и восстановления раненых и больных в строй вряд ли возможна.

Грачев С.Ю., Суковатых А.Л., Новикова Н.П., Тарасевич В.Н.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ПО ВОПРОСАМ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Интенсивная терапия (ИТ) шока должна начинаться как можно раньше, правила «золотого часа» и «платиновых 30 минут» наиболее справедливы для данной категории пациентов. К сожалению, в настоящее время наблюда-

ется промедление и/или неадекватное проведение мероприятий ИТ шока врачами скорой помощи на догоспитальном этапе.

Цель исследования – тестирование знаний врачей скорой помощи по вопросам проведения интенсивной терапии при шоке на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Для тестирования уровня знаний и выявления наиболее характерных ошибок 100 врачам-слушателям было предложено ответить на вопросы, касающиеся ИТ шока. В качестве базового использовался модифицированный тест, разработанный Читинской МАПО (РФ). Слушателям было предложено ответить на 38 вопросов, каждый из которых имел 4-5 вариантов ответа. Опрос был проведен дважды – до и после проведения курса повышения квалификации. Оценка результатов тестирования проводилась следующим образом:

«отлично» – 90 % правильных ответов (не менее 35);

«хорошо» – 80 % правильных ответов (не менее 30);

«удовлетворительно» – 60-70 % правильных ответов (от 22 до 26);

«неудовлетворительно» – менее 60 % правильных ответов (менее 22).

Результаты. Распределение оценок знаний врачей-слушателей до и после прохождения курса повышения квалификации представлено в таблице:

Оценка/ этап исследования	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Исходный уровень	13 %	29 %	33 %	25 %
После завершения курса	26 %	37 %	29 %	8 %

Таким образом, количество отличных ответов после проведения курсов повысилось вдвое, в три раза уменьшилось количество неудовлетворительных оценок. Наиболее частыми ошибками в отношении подходов к ИТ шока на догоспитальном этапе были следующие:

- до 20 % врачей считают, что при острой кровопотере идеальным препаратом для начала инфузионной терапии является эритроцитарная масса;
- до 30 % врачей считают, что инфузия должна начинаться с коллоидных растворов;
- до 40 % врачей считают, что снижение концентрации гемоглобина и значения гематокрита являются ранними признаками кровопотери;
- более 40 % врачей считают, что обезболивание является первой и ведущей задачей при травматическом шоке;
- около 50 % врачей считают, что введение антигистаминных препаратов является первой и ведущей задачей при анафилактическом шоке.

Выводы:

1. Около половины врачей скорой помощи неправильно представляют патофизиологию шоковых состояний и объем мероприятий по ИТ шока на догоспитальном этапе.

2. Обучение на курсах повышения квалификации позволяет добиться существенного улучшения уровня знаний (63 % отличных и хороших оценок).

3. Следует обратить внимание преподавателей медицинских университетов, БелМАПО, руководителей УЗО на необходимость подробного изучения мероприятий ИТ при шоковых состояниях.

Грачев С.Ю.[1], Новикова Н.П.[1], Борисов А.В.[2], Дылевский С.Н.[2]

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

[1]ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
[2]УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Сочетанная травма в Республике Беларусь является основной причиной инвалидизации взрослого населения и причиной смерти №1 у детей и лиц до 35 лет. За 2010-2014 гг. в нашей стране удалось снизить на 32,1 % смертность от внешних причин, однако проблема оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой остается весьма актуальной. Республика Беларусь входит в десятку стран Европы с высокой летальностью от ДТП.

Цель исследования – анализ объема и качества мероприятий интенсивной терапии у пациентов с сочетанной травмой на догоспитальном (бригады СМП) этапе. Задачами исследования является формулирование рекомендаций по улучшению качества помощи.

Материал и методы. Было проанализировано 244 истории болезни пациентов с сочетанными травматическими повреждениями, поступивших в ГК БСМП г. Минска за период 2015-2016 гг. Критерий включения: пациенты, доставленные бригадами СМП, с повреждением двух или более анатомических областей одним травмирующим агентом, причем хотя бы одно из них представляет реальную опасность для жизни пострадавшего, т.е. пациенты в тяжелом и крайне тяжелом состоянии – физический статус IV-VE по ASA.

Распределение по полу: мужчин – 182 (75 %); женщин – 62 (25 %); по возрасту: до 25 лет – 43 (18 %); 26-40 лет – 86 (35 %); 41-60 лет – 72 (30 %); 61-75 лет – 26 (10 %); более 75 лет – 17 (7 %). Таким образом, преобладали мужчины (75 %) и лица трудоспособного возраста – 83 % пострадавших были в возрасте до 60 лет. Из 244 пациентов умерло 75 (30,7 %).

Причины травмы: ДТП – 83 (34 %) случая; падение с высоты – 118 (48 %); прочее – 43 (18 %). В отличие от традиционно приводимых в литературе данных, в данной выборке преобладали пациенты с кататравмой.

Результаты. Большая часть пациентов (в том числе и умершие в дальнейшем) были доставлены в стационар очень быстро – до 30 минут – 11,5 %; до 1 часа – 59 %. Время доставки более 2-х часов составило лишь 7,4 %.

Были изучены *респираторная поддержка, инфузионная терапия, иммобилизация, обезболивание.* Количественный анализ объема помощи на догоспитальном этапе показал следующее: респираторная поддержка – 81 (33 % !) случай; иммобилизация – 164 (67 %); инфузионная терапия – 181 (74 %); обезболивание – 161 (66 %). Таким образом, респираторная поддержка проводилась только у 1/3 пациентов (заведомо находившихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии – см. критерий включения); иммобилизация, инфузионная терапия и обезболивание – приблизительно у 2/3 пострадавших. Количество случаев применения современных методов поддержания проходимости дыхательных путей (использование ларингеальной маски, интубации трахеи, ИВЛ) незначительное: ларингеальная маска – 5; интубация трахеи – 2; ИВЛ – 6. Основной метод респираторной поддержки

(если он применялся вообще) – ингаляция кислорода. Инфузионная терапия проводится в недостаточных объемах. Инфузия до 500 мл была проведена у 113 (46 %) пациентов; до 1 литра – у 51 (21 %), т.е. в 67 % случаев инфузионная терапия была недостаточной, в 26 % случаев она отсутствовала. Лишь 7 % пострадавших получили адекватный объем инфузионной терапии. Однако необходимо отметить, что количество случаев адекватно проведенной инфузионной терапии по сравнению с периодом 2008-2010 гг. возросло.

Ситуация с проведением иммобилизации и обезболивания на догоспитальном этапе относительно благополучная. Широко используются т.н. шейный воротник и щит или жесткие носилки. Преимущественными препаратами для обезболивания были промедол и трамал, что нельзя признать правильным, исходя из тяжести состояния изучаемой группы пациентов.

Выводы:

1. Лечение острой дыхательной недостаточности: отмечено отсутствие респираторной поддержки или малая ее эффективность. Увеличилось, но остается недостаточным применение ларингеальной маски, интубации трахеи, ИВЛ.
2. Инфузионная терапия: вводимые объемы слишком малы. Объем инфузионной терапии на догоспитальном этапе должен рассчитываться как 20 мл/кг массы за 20-30 минут.
3. Транспортная иммобилизация у пациентов, пострадавших в ДТП или при падении с высоты, удовлетворительная.
4. Борьба с болевым синдромом должна проводиться мощными аналгетиками – морфин, фентанил, современные НПВС.

Дмитриев О.В., Вашетко Р.В., Синенченко Г.И., Ильина В.А., Бородай Е.А., Ермолаева М.М., Озеров В.Ф.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

В стационаре НИИ СП им. И.И. Джанелидзе наблюдались 57 больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) с клиникой кишечной непроходимости (КН). Диагноз установлен на основании клинико-рентгенологических данных. У 22 больных КН протекала на фоне хронического воспаления. В этих случаях она носила характер толстокишечной обтурационной, причиной которой явилось сдавление просвета толстой кишки извне перифокальным инфильтратом у 14 больных, абсцессом – у 8. У 5 пациентов диагностирована тонкокишечная непроходимость вследствие сдавления петель тонкой кишки «отдаленными» межпетельными абсцессами, которые были следствием перфорации дивертикула сигмовидной кишки. Эти абсцессы иногда достигали значительных размеров (до 600 мл).

Клинико-рентгенологическими признаками КН у 14 больных был умеренно болезненный и малоподвижный инфильтрат брюшной полости, при этом перитонеальные симптомы отсутствовали. Чувствительность УЗИ составила 40,9 %,

ирригоскопии – 70 %, фиброколоноскопии – 80 %. Консервативная терапия позволила у 18 больных частично или полностью купировать проявления острой кишечной непроходимости (ОКН) в раннем госпитальном периоде.

В экстренном порядке прооперированы 16 больных: 11 – с клиникой ОКН, 5 – при нарастании признаков гнойного перитонита. У 6 больных производили вскрытие межпетельного или тазового абсцесса с формированием проксимальной двуствольной колостомии. Операция Гартмана выполнена у 10 больных. Послеоперационная летальность при данном варианте КН составила 27,3 %.

КН на фоне исходов хронического гнойного воспаления была у 24 пациентов. Морфологическим субстратом для развития КН было: опухолевидное фиброзное образование толстой кишки – у 9, рубцовый стеноз толстой кишки – у 8, рубцово-спаечная деформация толстой кишки – у 4, спаечный процесс брюшной полости – у 4 пациентов. В этих наблюдениях КН носила, как правило, обтурационный характер. Наряду с клинико-рентгенологическими признаками КН, у 6 больных определялось безболезненное несмещающееся образование в брюшной полости, локализованное в левых отделах живота или эпигастральной области. Клинические проявления SIRS отсутствовали.

Для динамического контроля и оценки эффективности консервативного лечения использовалась рентгенография с пассажем бария, которая позволила своевременно принять решение о необходимости оперативного лечения. Большинство больных оперированы с подозрением на опухоль сигмовидной кишки, т.к. в результате рубцовых деформаций дивертикулы не определялись. Окончательный диагноз был установлен только после микроскопии. Консервативная терапия была эффективна у 18 больных. Экстренное оперативное вмешательство выполнено у 7 больных: операция типа Гартмана – у 4; энтеролиз с НГИИ тонкой кишки – у 3. Отстроченные и плановые операции выполнены у 17 больных: операция типа Гартмана – у 7; резекция толстой кишки с формированием кишечного анастомоза – у 10. Послеоперационная летальность при данном клинико-морфологическом варианте составляла 12,5 %.

Дубикайтис П.А., Барсукова И.М.

КОЛЕБАНИЯ ЧАСТОТЫ ОБРАЩЕНИЯ ЗА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Сокращение количества стационаров, рост населения крупных городов сопровождаются неизбежным увеличением нагрузки на стационары, оказывающие скорую и неотложную помощь населению. В связи с этим представляет интерес распределение этой нагрузки в течение времени с целью адекватного распределения сил и средств здравоохранения в стесненных условиях.

Проведенные в 2013 г. исследования распределения обращаемости в отделение экстренной медицинской помощи (ОЭМП) НИИ СП по дням недели выявили максимум нагрузки в первый день недели – 17 %.

Повышенная нагрузка на приемное отделение сопровождалась увеличением времени ожидания пациентом осмотров врачей-специалистов и диагностических обследований, что приводило к затягиванию времени обследования и задержки больных в ОЭМП. Также сказывалось отсутствие свободных коек в стационаре в понедельник из-за отсутствия выписки по воскресеньям.

В 2014 г. в НИИ СП было принято административное решение о сокращении плановой госпитализации в понедельник. Последовательное выполнение этого решения сократило долю поступающих в понедельник больных с 17 % в 2013 г. до 16,4 % в 2014 г., 16,3 % в 2015 г. и 15,8 % в 2016 г., что соответствует средней обращаемости в рабочий день недели.

Выводы:

1) колебания обращаемости в течение недели достигают существенных значений и должны учитываться при составлении графиков дежурств сотрудников;

2) административные меры, направленные на сокращение плановой госпитализации в наиболее напряженные периоды работы – понедельник, способны снизить общую нагрузку на приемное отделение.

Дулаев А.К., Кажанов И.В., Мануковский В.А., Бесаев Г.М., Преснов Р.А., Микитюк С.И., Лега Д.Н., Кузьмин И.С.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТРАВМЫ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – оценка результатов лечения пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца с применением малоинвазивных технологий остеосинтеза в ранние периоды травматической болезни.

Проанализированы результаты лечения 65 пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца за период с 2013 по 2016 год. Средний возраст пострадавших – 35,8±10,2 лет. Тяжесть повреждений по шкале ISS – 28,1±9,96 баллов. При поступлении в противошоковую операционную пострадавшие были разделены на группы в соответствии с критериями, предложенными H.C. Pape (2005). Всем пострадавшим в ранние сроки выполняли исчерпывающие реконструктивно-восстановительные операции на поврежденном тазовом кольце, соответствующие острому периоду травматической болезни. Оперативные вмешательства выполняли под рентгенологическим контролем с помощью С-дуги. Оценка отдаленных результатов лечения проведена в срок до 1,5 лет.

С вариантом стабилизации тазового кольца определялись после всего комплекса лечебно-диагностических мероприятий.

При стабильной гемодинамике и отсутствии жизнеугрожающих последствий повреждений других областей тела выполняли окончательный исчерпывающий остеосинтез поврежденного тазового кольца непосредственно в противошоковой операционной (группы стабильные (n=36) и пограничные (n=6)).

При стабильной гемодинамике и наличии жизнеугрожающих последствий повреждений после выполнения оперативных пособий по их устранению выпол-

няли комбинированный остеосинтез: передние структуры таза стабилизировались АВФ, а задние – илео-сакральными канюлированными винтами (группы пограничные (n=12) и нестабильные (n=5)).

При нестабильной гемодинамике временную фиксацию задних структур таза осуществляли рамой Ганца или АВФ в зависимости от морфологии повреждения структур тазового кольца (группы пограничные (n=2) и нестабильные (n=4)). Этим пострадавшим ранние реконструктивно-стабилизирующие оперативные вмешательства на тазовом кольце выполняли в период относительной стабилизации жизненно важных функций организма в сроки от 12 часов до 2-х суток. В эти же сроки пострадавшим с комбинированным остеосинтезом демонтировали АВФ и переходили на погружной остеосинтез передних структур таза или выполняли дополнительную стабилизацию заднего отдела таза с помощью пояснично-тазовой фиксации (ПТФ) на основе транспедикулярных систем.

Местных осложнений в изучаемой выборке не было. Количественная оценка функционального состояния таза у 22 пострадавших по шкале S.A. Majeed составила 88,6±5,1 баллов. Хорошие анатомо-функциональные отдаленные результаты получены у всех пострадавших.

Таким образом, возможность раннего восстановления правильной конфигурации тазового кольца существенно улучшает исходы лечения. При этом оптимальное время для выполнения непрямой репозиции и окончательной стабильной фиксации поврежденного таза с использованием малоинвазивных технологий погружного остеосинтеза повреждений приходится на острый период травматической болезни.

Емельянова А.В., Сафронова А.И., Бойков А.А.

АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ДИСМЕНОРЕЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Городская станция скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург, Россия

Частота дисменореи у девочек-подростков составляет от 43 до 90 % случаев. По данным Городской станции скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга, из 92 девочек-подростков в возрасте от 12 до 18 лет с диагнозом «Дисменорея» 76 (82,6 %) имели сопутствующий отягощенный анамнез по соматической патологии.

Сопутствующая патология наиболее часто (в 31,4 % случаев) представлена проявлениями в виде вегето-сосудистой дистонии, преимущественно по ваготоническому типу с клиническими проявлениями синкопальных состояний.

На втором месте по частоте (17,1 % случаев) – анемия, преимущественно легкой степени тяжести, подтвержденная лабораторно. Данное осложнение обусловлено маточными кровотечениями пубертатного периода или кровотечениями отмены гормональной терапии дисменореи.

Третье место в структуре сопутствующей соматической патологии при дисменорее разделяют инфекции мочевыводящих путей и заболевания органов пищеварения (дискинезия кишечника и хр. гастродуоденит) – по 14,3 % случаев на каждую нозологическую форму.

С меньшей частотой дисменорее сопутствуют эндокринная патология, на которую приходится 8,6 % случаев, проявляющаяся в виде сахарного диабета I типа и гипоталамического синдрома пубертатного периода. В 8,6 % случаев дисменорее сопутствовали проявления ОРВИ.

Таким образом, учитывая лидирующую позицию вегето-сосудистой дистонии в структуре сопутствующей соматической патологии при дисменорее в подростковом периоде, можно предположить ее значимость в генезе нарушений центральных механизмов регуляции менструального цикла. Синкопальные состояния при вегето-сосудистой дистонии рассматриваются нами как проявление декомпенсации центральных регуляторных механизмов и являются частым поводом к вызову скорой помощи к девочкам-подросткам с дисменореей.

Изотова О.Г., Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Для оценки эффективности диагностической работы стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП) многопрофильного стационара (на базе СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе) изучена структура заключительных диагнозов законченных случаев лечения больных, выписанных на амбулаторное лечение (из 44939 чел., обратившихся в стационар, до внедрения СтОСМП и из 56691 чел. – после его внедрения). Для этой цели отобраны характерные группы диагнозов больных, не потребовавшие специализированного лечения, являвшиеся маркерами необоснованной госпитализации (диагнозы-маркеры): «K29. Гастрит и дуоденит», «K86. Другие болезни поджелудочной железы», «N11. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит».

Установлено, что внедрение новой организационной модели СтОСМП позволило значимо увеличить с 3,5 % до 46,0 % в 13,3 раз ($p<0,05$) долю больных, выписанных на амбулаторное лечение с перечисленными диагнозами-маркерами среди всех обратившихся больных с диагнозами-маркерами. В том числе в группе «K29.» это увеличение составило с 4,0 % до 60,7 % в 15,09 раз, «K86.» – с 2,2 % до 33,8 % в 15,31 раз, «N11.» – с 3,6 % до 43,2 % в 12,17 раз. В пересчёте на коечную мощность наблюдалось увеличение с 8,6 до 163,2 случаев на 100 коек в 18,93 раза. Соответственно, число госпитализаций больных с диагнозами-маркерами, не требовавшими стационарного лечения (K29., K86., N11.) в специализированных отделениях, сократилось в 1,26 раза с 242,8 до 192,7 случаев на 100 коек.

Частота пролеченных больных в профильных отделениях с такими синдромальными диагнозами, как «R04. Кровотечение из дыхательных путей», «R32. Недержание мочи», «R33. Задержка мочи», «R39. Другие симптомы и признаки, относящиеся к мочевыделительной системе», «R41. Другие симптомы и признаки,

относящиеся к познавательной способности и осознанию», «R55. Обморок [синкопе] и коллапс», «R56. Судороги, не классифицированные в других рубриках», «R63. Симптомы и признаки, связанные с приемом пищи и жидкости», значимо сократилась в 2,42 раза с 2,40 до 0,99 случаев на 100 коек. В группе больных с диагнозом «R10. Боли в области живота и таза» снижение частоты составило 3,87 раза с 0,48 до 0,12 ($m_{ожид.}$=0,12) случаев на 100 коек.

Можно утверждать, что формирование СтОСМП позволило за счёт повышения уровня диагностики увеличить уровень обоснованности госпитализации.

Иосиф Бен Дор (Yosef Ben Dor)

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ НА МЕСТЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ. ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ ДАННЫХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИБОРА ИНФРАСКАНЕР 2000

Филадельфия, США

Раннее обнаружение и лечение внутричерепных гематом у пациентов, получивших травматическое повреждение мозга, очень важно для успешного лечения. В удаленных регионах, где отсутствуют аппараты КТ и МРТ, пациентам с черепно-мозговыми травмами (ЧМТ) провести диагностику в остром периоде не представляется возможным. Особенно пострадавшим с высоким уровнем сознания или в алкогольном/наркотическом опьянении, с тяжелой сочетанной травмой или в состоянии травматического шока.

Инфрасканер 2000 – портативный медицинский прибор для диагностики ЧМТ на месте происшествия, является дополнением к первичному неврологическому осмотру пострадавшего, определяет срочность и необходимость проведения КТ.

В многочисленных международных исследованиях проводилась оценка эффективности портативного прибора Инфрасканер. По данным различных исследований, специфичность и чувствительность более 90 %.

Использование Инфрасканера в приемном отделении уменьшит на более чем 50 % количество ненужных исследований КТ головы, что снижает лучевую нагрузку на пациента, а также затраты на исследования.

Инфрасканер полезен при первичном неврологическом осмотре и обследовании пострадавших с травмой головы с целью принятия решения о срочности и необходимости проведения компьютерной томографии или при отсутствии возможности КТ-исследования, позволяет раньше приступить к лечению и снизить риск вторичной травмы.

Области применения: военная медицина; спортивная медицина; травмпункты; лечебные учреждения удаленных регионов и сельской местности; санитарная авиация; скорая помощь.

Кадышев В.А., Плавунов Н.Ф., Проскурина Л.Н.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЭКСТРЕННЫХ КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БРИГАД Г. МОСКВЫ

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова»,
Москва, Россия

Эпидемиологическая ситуация в г. Москве на протяжении многих лет остается нестабильной и связана с высокой миграционной активностью населения. Развивается туризм, растет трудовая миграция, увеличивается количество людей, выезжающих в страны Африки, Азии, Южной Америки, традиционно являющихся природными очагами опасных инфекций. Вырос приток в столицу мигрантов из стран Средней Азии, Китая, Вьетнама – государств, с существующим высоким риском инфицирования контагиозными болезнями. Создание в 1980 г. экстренной консультативной инфекционной бригады (ЭКИБ) в таком крупном мегаполисе в преддверии проведения Олимпиады было связано с увеличением риска заноса опасных инфекций, возникновения массовых вспышек. Потребность в оказании экстренной консультативной помощи росла с каждым годом. В связи с увеличением нагрузки на ЭКИБ и для обеспечения консультативной помощи в минимально короткие сроки в 1996 г. открыта вторая бригада.

В настоящее время круглосуточная консультативная помощь осуществляется двумя ЭКИБ, задачами которых являются выезд в очаг к больным, подозрительным на карантинное заболевание, проведение первичных противоэпидемических мероприятий в очаге, организация сортировки, эвакуации пациентов, контактных лиц в профильный стационар. Для проведения безопасной эвакуации лиц с подозрением на карантинную инфекцию бригады оснащены транспортировочными изоляционными боксами, позволяющими изолировать больного, оказывать ему медицинскую помощь на этапе эвакуации. Ежегодно ЭКИБ выезжают на вспышки инфекционных заболеваний, возникающих в гостиницах, детских оздоровительных лагерях, воинских частях. Тенденция роста выездов ЭКИБ сохраняется и в последние годы: в 2013 г. выполнено 5032 вызова, в 2014 г. – 4773, в 2016 г. – 5942. Врачи ЭКИБ помогают повышать квалификацию медицинского персонала общепрофильных бригад, оказывают консультативную помощь соматическим стационарам при подозрении у больных инфекционной патологии. Спектр дифференциальной диагностики, проводимой врачами бригад, широк. Актуальна диагностика нейроинфекций, экзантем, вызывающих затруднения у врачей многопрофильных стационаров. Своевременное установление инфекционного диагноза способствует обеспечению эпидемиологической безопасности больных соматических стационаров и исключает необоснованные переводы в инфекционные больницы. Консультативная помощь оказывается круглосуточно, что определяет экономическую эффективность ЭКИБ в масштабах мегаполиса.

Кажанов И.В., Мануковский В.А., Тулупов А.Н., Гаврищук Я.В., Микитюк С.И., Дорничев В.В., Колчанов Е.А.

ВНЕБРЮШИННАЯ ТАМПОНАДА ТАЗА КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Оценка клинической эффективности внебрюшинной тампонады таза в качестве метода хирургического гемостаза у пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца и признаками неустойчивой гемодинамики.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 21 пострадавшего с политравмой, у которых имелись нестабильные повреждения тазового кольца и признаки неустойчивой гемодинамики по уровню систолического артериального давления (САД), в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе за период с 2013 по 2017 год. Обстоятельства получения травмы: падение с высоты – 11 (52,4 %) случаев, дорожно-транспортное происшествие – 8 (38,1 %), сдавление – 2 (9,5 %). По степени нарушения стабильности тазового кольца (классификация Muller-AO): ротационно-нестабильные (тип B) – 10 (47,6 %) случаев, вертикально-нестабильные (тип C) – 11 (52,4 %). Тяжесть повреждений по шкале ISS – 44,2±20,4 баллов, что позволило отнести пациентов к категории критических (>40 балла). У 10 пострадавших во время лапаротомии было подтверждено наличие обширной забрюшинной тазовой гематомы.

Результаты. Внебрюшинная тампонада таза позволила достичь окончательной остановки продолжающегося внутритазового кровотечения у 16 (76,2 %) пострадавших. Средний объем гемотрансфузии крови в первые 24 часа составил 6,4±1,4 единиц крови, объем интраоперационной кровопотери – 540,0±343,9 мл, время операции – 56,8±23,5 мин, что соответствует имеющимся литературным данным. Инфекционные осложнения в виде нагноения послеоперационной раны развились в 2 случаях, развитие флегмоны таза – в 1, чему способствовала множественная травма таза с внебрюшинным повреждением мочевого пузыря.

Общая летальность – 13 (61,9 %) случаев, из которых в течение первых суток умерли 6 (28,6 %) пострадавших, из них от необратимой кровопотери – 3. В течение первых двух недель после травмы от инфекционных осложнений скончались 7 (33,3 %) пострадавших.

Вывод. У пострадавших с тяжелой сочетанной травмой таза, находящихся в критическом состоянии, может активно применяться тугая внебрюшинная тампонада таза в комплексе с механической стабилизацией поврежденного тазового кольца. Окончательной остановки продолжающегося кровотечения удается добиться у 76,2 % пациентов.

Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Тулягaнов Д.Б., Ажиниязов Р.С.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

В настоящее время очевидна необходимость применения методов активной хирургической тактики лечения при электротермических ожогах. Ее принципиальной основой является ранняя декомпрессивная фасциотомия, некрэктомия с последующим пластическим восстановлением целостности кожного покрова.

Диагностики электроожогов должна основываться на данных, получаемых при расспросе, осмотре пострадавшего и проведении диагностических проб. Абсолютно точная диагностика глубины ожога только на основании анамнеза и субъективных признаков вряд ли возможна. Как показывают результаты наблюдений, в среднем у каждого 3-4-го пациента клинический диагноз глубины ожога, установленный комбустиологом, является ошибочным.

Зачастую при высоковольтных электроожогах происходит первичное тромбообразование в магистральных сосудах. Характерно, что при подобных повреждениях первая фаза воспаления практически всегда завуалирована, и внешне рана выглядит сухой, почти без отделяемого. Опасность подобного мнимого благополучия должна настораживать, а принимаемые меры по декомпрессии тканей путем некрофасциотомии должны быть адекватными и своевременными. Это значительно снижает частоту развития осложнений, связанных с тромбозом сосудов пораженного сегмента, который сопровождается прогрессированием некроза мягких тканей вплоть до развития гангрены конечности. Из наших наблюдений, проведение некрофасциотомии у данной категории пострадавших позднее 12 часов малоэффективно.

В отделении комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз более чем у 250 больных с электротермическими ожогами разработан и применен метод определения глубины поражения. Для этого сотрудниками отдела создан дермальный термометр. Метод основан на разнице температуры между здоровой и обожженной кожей. Установлено, что температура кожи на участках глубокого поражения, как правило, на 1,5-3°С ниже температуры неповрежденной кожи.

Применение данного метода для оценки глубины ожога при электротравмах позволило в ранние сроки (на 1-5 сутки) с момента травмы применять активную хирургическую тактику лечения и снизить частоту гнойно-септических осложнений ожоговой болезни.

Карабаев Х.К., Захидова С.Х., Тагаев К.Р., Мизамов Ф.О., Кенжемуратова К.С., Хусаинова Ш.К., Карабаева Г.Х.

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Диагностика острого панкреатита сложна не только в условиях работы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, но и в условиях стационара.

Цель работы – определить информативность клинических симптомов острого панкреатита на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи.

Материал и методы. Нами изучены карты скорой помощи за 2005-2016 гг. Общее число больных с острой хирургической патологией – 18 688, из них больных с острым панкреатитом, нуждавшихся в экстренной хирургической помощи, – 3115. Острый панкреатит в структуре ургентной абдоминальной патологии занимал 17,1 %. Диагноз верифицировался по контрольным талонам к сопроводительному листу, а также на основании историй болезни после выписки больных из стационара.

Результаты. Среди больных острым панкреатитом 49 % больных были старше 50 лет, мужчины – 73 %. Удовлетворительное состояние отмечалось у 12 % больных, среднетяжелое – у 84 %, тяжелое с явлениями циркуляторного шока – у 4 %. У 75 % больных заболевание проявлялось болями высокой интенсивности, у 13 % – средней и 3,7 % – низкой интенсивности в эпигастральной области, причем в 93 % случаев боль иррадиировала в спину или носила «опоясывающий» характер. Болевой синдром у всех больных сопровождался диспепсическими явлениями, причем рвота наблюдалась у 70,8 % больных. Артериальное давление в 26 % случаев было сниженным до 100/70 мм рт. ст. и ниже, повышение же артериального давления выше 140/90 мм рт. ст. наблюдалось у 23,5 % больных. В 27,2 % случаев симптом Щеткина – Блюмберга был положителен в эпигастральной области, а в 10,9 % носил сомнительный характер. Симптом Керте отмечался в 64 % случаев, Мейо-Робсона – в 45,4 %, Воскресенского – в 74,5 %. У больных с выраженным циркуляторным коллапсом на фоне ферментативно-токсического шока часто наблюдались симптомы, свидетельствующие о наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома: симптом Мондора – 94,0 %; симптом Турнера – 51,4 %; симптом Лагерлефа – 29,2 %; симптом Девиса – 17,1 %. Кроме этого, у данной группы больных о наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома свидетельствовали и изменения электрокардиограммы (ЭКГ): смещение сегмента ST от изолинии; снижение вольтажа, увеличение зубцов P во II и III отведениях (в 11 % случаев), увеличение интервала Q-T (в 42 % случаев).

Выводы. Наиболее характерными признаками деструктивных форм панкреатитов, осложненных наличием панкреато-кардиоваскулярного синдрома и циркуляторного коллапса, являются симптомы Мондора, Турнера, а также характерные изменения на ЭКГ.

Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р.,
Кенжемуратова К.С., Карабаева Г.Х.

ЧАСТОТА И ИСХОДЫ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – эмболия ветвей или ствола легочной артерии тромботическими массами является причиной смерти у 3-5 % больных.

Цель исследования – изучить частоту ТЭЛА у больных после неотложных хирургических вмешательств.

Материал и методы. В отделениях хирургического профиля Самаркандского филиала РНЦЭМП за последние 10 лет (2007-2016 гг.) произведено 111 998 операций. Послеоперационная летальность за анализируемый период составила 1,25 %. Летальность в период с 2007 по 2011 гг. – 1,28 %; с 2012 по 2016 гг. – 1,22 %.

Результаты. За этот период ТЭЛА была диагностирована у 127 больных (0,11 %). Причем в первые пять лет (2006-2010 гг.) ТЭЛА наблюдалась у 0,14 % оперированных, в последующие 5 лет (2011-2015 гг.) – у 0,09 % больных. ТЭЛА была причиной смерти у 5,4 % больных: с 2006 по 2010 гг. – 7,0 %; с 2011 по 2015 гг. – 3,7 %.

Снижение тромботических осложнений мы связываем с внедрением единой схемы профилактики ТЭЛА во всех хирургических отделениях и выполнением в последние 5 лет операций с использованием новых медицинских технологий, отличающихся меньшей травматичностью и меньшей продолжительностью общей анестезии.

В дооперационном и послеоперационном периодах широко применяли неспецифическую профилактику, включающую в себя:

- беседу и разъяснение больному обязательной активной подготовки к операции, независимо от возраста и патологии (эластическая компрессия нижних конечностей, ранняя активизация в послеоперационном периоде);
- обеспечение адекватной гидратации;
- обеспечение нормоволемической гемодилюции (оптимальная величина гематокрита перед началом операции 27-29 %);
- лечение динамической и циркуляторной недостаточности;
- оптимальный выбор анестезии.

При высоком риске тромбоэмболических осложнений у экстренных больных проводили специфическую профилактику нефракционированным гепарином, первое введение за 2 часа до операции, в последние 3 года – низкомолекулярными гепаринами (клексан, фраксипарин). В неотложных случаях гепаринизацию начинали не позже 12 часов после операции. Профилактическое введение прямых антикоагулянтов продолжали в течение 6 суток после операции с обязательным лабораторным контролем.

Выводы. Снижение тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде возможно при условии:

– использования новых медицинских технологий, обладающих меньшей травматичностью;

– правильного выбор метода анестезии;

– использования методов неспецифической и специфической профилактики тромбоэмболических осложнений до и после операции во всех группах риска.

Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Нарзуллаев С.И., Тагаев К.Р., Карабаев Б.Х., Шоназаров И.Ш., Юнусов О.Т.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Травмы поджелудочной железы (ПЖ) встречаются редко, сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью. Исход лечения таких повреждений во многом зависит от правильного выбора метода оперативного вмешательства и послеоперационного лечения.

Цель исследования – диагностика и разработка хирургической тактики при травмах поджелудочной железы.

Материал и методы. За последние 5 лет в Самаркандском филиале РНЦЭМП находились на лечении 25 больных с травмой ПЖ. Изолированные повреждения (36 % от общего числа травм ПЖ) выявлены у 9 больных (6 мужчин и 3 женщин в возрасте от 11 до 56 лет). У 14 пострадавших была сочетанная травма живота, а у 2 – ранения.

Наиболее частой причиной изолированных повреждений ПЖ был прямой удар в эпигастральную область (14 больных). 4 больных получили травмы при падении с высоты, 2 – в результате сдавления верхней части туловища между двумя машинами. Открытые повреждения ПЖ были вследствие колото-резанного ранения брюшной полости у 2 больных, у 3 – обстоятельства травмы остались невыясненными.

В первые 6 ч после травмы в стационар доставлены 16 пострадавших, до 12 ч – 6, а через 24-48 ч – 3 больных. 14 (56 %) пациентов поступили в состоянии алкогольного опьянения.

Правильный диагноз до операции на основании данных лапароцентеза, лапароскопии и компьютерной томографии (КТ) установлен у 11 (44 %) больных. Еще у 5 пострадавших повреждение ПЖ предполагалось на основании механизма травмы, повышенного содержания диастазы в моче, высокого содержания амилазы в перитонеальном экссудате, полученном при лапароцентезе. Остальные больные были оперированы с предварительным диагнозом закрытой травмы органов брюшной полости, а повреждения ПЖ выявлены у них лишь во время операции.

Результаты. Хирургическое лечение ПЖ представляет собой сложную задачу, так как помимо анатомических нарушений органа у многих пострадавших в наличии проявления посттравматического панкреатита, вплоть до панкреонекроза. Полный поперечный разрыв органа в области головки и тела отмечен у 2 больных, частичный разрыв и повреждение – у 6, надрыв «капсулы» – у 9,

ушиб железы – у 8. У 14 больных отмечены выраженные признаки посттравматического панкреатита.

Выбор метода операции при повреждении ПЖ должен зависеть не только от характера повреждения органа, но и от формы сопутствующего травматического панкреатита. В послеоперационном периоде необходимо учитывать возможность прогрессирования панкреатита. Характер оперативных вмешательств: ушивание ткани железы, дренажи, тампоны – у 13 больных; ушивание ткани железы, холецистостома – у 11; резекция органа – у 1.

При минимальных повреждениях ПЖ (ушибы, поверхностные разрывы, надрыв «капсулы») оперативное вмешательство ограничивалось блокадой перипанкреатической клетчатки 0,25 % раствором новокаина в количестве 300-400 мл с добавлением антиспастиков, антибиотиков, антиферментных препаратов и подведением двупросветного дренажа в сальниковую сумку через оментобурсостому.

Всем пострадавшим с повреждениями ПЖ считаем необходимым включать в комплекс интенсивного лечения лазеротерапию (излучением гелий-неонового лазера с длиной волны 0,63 мкм и мощностью 10 мВт; продолжительность лазерного сканирования 5 мин; на курс лечения – 3-7 сеансов), 5-фторурацил, соматостатин, ингибиторы протеаз, блокаторы H_2-рецепторов, коррекцию расстройства кровообращения (дезагреганты, антиоксиданты) и др.

Выводы. Анализ наблюдений показывает, что правильный выбор оперативного вмешательства при травме ПЖ, интенсивное комплексное лечение и профилактика панкреатита в послеоперационном периоде являются спасательными для подавляющего числа больных. При деструктивных формах панкреатита и обширных вмешательствах на ПЖ сеансы лазеротерапии подавляют секреторную активность органа, предотвращают прогрессирование деструкции, уменьшая отек, создают предпосылки для более эффективного медикаментозного воздействия на патологический процесс.

Из 25 больных с повреждениями ПЖ 1 умер от тотального панкреонекроза, разлитого фибринозно-гнойного перитонита. У 2 были панкреатические свищи, закрывающиеся самостоятельно.

Катаной Н.Я.[1,2], Гидиримский А.М.[2], Рабовила А.А.[1], Куров И.В.[1], Хадыркэ Л.Г.[1]

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИНСУЛЬТОВ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

[1]Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану,
[2]Национальный центр медицинской неотложной помощи,
Кишинев, Республика Молдова

Артериальная гипертензия – заболевание, поражающее огромное количество населения во всём мире и в Республике Молдова. Одним из серьёзных осложнений гипертонической болезни является инсульт. Ежегодно в Республике Молдова 10443 человек заболевают первичным или повторным инсультом. Около 15 % летальности в Республике Молдова происходит в результате инсульта. Поэтому очень важно раннее распознавание острого ишемического инсульта.

Исследование основано на статистических данных анализа карт вызова, скорой медицинской помощи в период 2015-2016 гг.

Данные на 1 января 2017 года показывают, что в Республике Молдова были зарегистрированы 57 699 пациентов, перенесших инсульт, из них у 35 387 (61,3 %) – зарегистрирована артериальная гипертония, а у 22 312 (38,67 %) артериальное давление было в норме.

Из 11 060 новых (первичных) случаев инсульта, зарегистрированных в 2016 г., 5894 (53,29 %) произошли на фоне артериальной гипертонии, а 5166 (46,7 %) – без сопутствующей гипертонии.

В 2016 году догоспитальной службой скорой медицинской помощи было выполнено 9 372 вызовов к пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, из них 7083 (75,57 %) пациента были госпитализированы. Геморрагический инсульт – 7,0 % с уровнем госпитализации 74,8 %, ишемический инсульт – 58,1 % с уровнем госпитализации 87,3 %, транзиторные нарушения мозгового кровообращения – 23,4 %, из которых были госпитализированы 81,3 %, с диагнозом «возможный инсульт» – 11,5 %, из которых были транспортированы в стационар 82,4 %.

Таким образом, необходимость распознавания ранних признаков острых нарушений мозгового кровообращения чрезвычайно важна для успеха терапии фибринолитическими препаратами. Именно поэтому население должно знать основные ранние признаки инсульта, чтобы незамедлительно вызвать «Скорую медицинскую помощь» и как можно скорее быть доставленным в специализированное медицинское учреждение.

Качанова Н.А.

САНИТАРНО-АВИАЦИОННАЯ ЭВАКУАЦИЯ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России,
Москва, Россия

В рамках государственного задания Минздрава России силами специалистов ВЦМК «Защита» осуществляется санитарно-авиационная эвакуация больных и пострадавших на территории России и из-за рубежа. Организация медицинской эвакуации больных и пострадавших в условиях воздушных судов на федеральном уровне включает вопросы согласования решений различных ведомств и организаций. В случае внутренних полетов организационные вопросы эвакуации решают Минздрав России, МЧС России, ВЦМК «Защита», задействованы региональные и федеральные медицинские организации, территориальные центры медицины катастроф, станции скорой медицинской помощи, региональные центры МЧС России, а также службы аэропортов, в том числе службы авиационной безопасности и медицинские пункты. Для обеспечения зарубежной эвакуации также необходимо согласование на уровне МИД России, консульских и дипломатических представительств России за рубежом, заграничных клиник, Минфина России, страховых и сервисных компаний, ФТС России, представителей авиакомпаний и др. организации. Учитывая вышеизложенное, вопрос организации санитарно-авиационной эвакуации представляет сложный механизм взаимодействия между ведомственными и подведомственными организациями. На каждом этапе согласования

возможны различного рода организационные осложнения, из-за которых проведение эвакуации может быть отсрочено. При оказании экстренной медицинской помощи подобное недопустимо.

В настоящее время в нормативной базе отсутствует Порядок межведомственного взаимодействия по организации медицинской эвакуации на федеральном уровне. Специалистами ВЦМК «Защита» был разработан и направлен в Минздрав России проект данного документа. Основные положения Порядка определяют функции, обязанности и полномочия федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и организаций, задействованных в обеспечении медицинской эвакуации больных и пострадавших на территории России и из-за рубежа в режиме повседневной деятельности. Порядок регламентирует сроки рассмотрения обращений от организаций и физических лиц на эвакуацию, а также сроки согласования и проведения медицинской эвакуации. Принятие подобного нормативного акта позволит систематизировать взаимодействие ведомств различного подчинения, а также повысить оперативность принятия решения об эвакуации.

Кенжаев М.Л., Аляви А.Л., Кенжаев С.Р., Рахимова Р.А., Тургунбоев Ш.Б.

ПРОДОЛЬНАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ МАЛЫМИ ДОЗАМИ ДОБУТАМИНА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель – изучить динамику показателей продольной систолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST при проведении стресс-эхокардиографии малыми дозами добутамина.

Материал и методы. В исследование вошли 302 больных ОИМпST, которым была проведена реперфузия миокарда. В зависимости от результатов реперфузии больных разделили на 3 группы: 1-я – 196 больных с успешной реперфузией миокарда; 2-я – больные с частичной реперфузией миокарда; 3-я – без успешной реперфузии миокарда. Всем больным проводили стресс-эхокардиографию малыми дозами добутамина после стабилизации состояния на 3-8 сутки заболевания.

Результаты. При введении малых доз добутамина в 1-й группе отмечалось достоверное увеличение амплитуды движения фиброзного кольца по МЖП с 1,12±0,6 до 1,3±0,6 см, по боковой стенке – с 1,3±0,15 см до 1,5±0,15 см, по передней – с 1,02±0,14 до 1,47±0,1, по нижней – с 1,3±0,15 до 1,56±0,1 см ($P>0,05$). Такая же тенденция наблюдалась у больных 2-й группы, хотя достоверное улучшение амплитуды движения фиброзного кольца наблюдалось только по МЖП, боковой и нижней стенкам ($P<0,05$). По передней стенке введение малых доз добутамина достоверно не привело к увеличению амплитуды движения фиброзного кольца ($P>0,05$). У пациентов 2-й и 3-й групп отмечается снижение амплитуды движения фиброзного кольца по всем стенкам, при этом в 3-й группе отмечается

существенное снижение данного показателя по МЖП. В 3-й группе амплитуда движения фиброзного клапана колебалась от 0,79 до 0,96 см по разным точкам измерения и была достоверно ниже по сравнению с 1-й группой. В 3 группе введение малых доз добутамина не привело к улучшению амплитуды движения фиброзного кольца. Исходные показатели не различались с показателями при МДД (P>0,05) по всем точкам измерения. В ходе исследования была выявлена прямая средняя корреляционная взаимосвязь с количеством добутамин реагированными сегментами и амплитуды движения ФК (АмпДФК) (r=0,45; P<0,01), с ФВ ЛЖ при МДД и АмпДФК (r=0,46; P<0,01). Такая взаимосвязь свидетельствует, что улучшение продольной систолической функции ЛЖ при остром ИМ в большей степени связано с наличием обратимой миокардиальной дисфункции (миокардиального станнинга) в зоне инфаркта. Также улучшение продольной систолической функции ЛЖ приводит к улучшению глобальной систолической функции ЛЖ (ФВ ЛЖ). Выявлена обратная корреляционная взаимосвязь между показателями АмпДФК при МДД и ИНРС (r=-0,45; P<0,01), что означает прирост продольной систолической функции ЛЖ при введении малых доз добутамина приводит улучшению показателя сегментарной кинетики стенок ЛЖ, за счет восстановление контрактильности в участках миокарда с миокардиальным станнингом. Была выявлена корреляционная взаимосвязь между показателей тяжести продольной систолической функции ЛЖ и показателями, характеризирующими глобальное ремоделирование ЛЖ: АмпДФКс КДО ЛЖ (r=-0,31, P=0,001), АмпДФК с КСО ЛЖ (r=-0,39, P=0,001), АмпДФК с эффективной площадью просвета МР (ERO) (r=-0,33, P=0,01), что указывает на несомненную роль продольной систолической функции ЛЖ в патогенезе ремоделировании, дилатации ЛЖ и развития митральной регургитации. Отсутствие прироста АмпДФК при введении малых дозах добутамина сочеталось с низкими показателями ФВ ЛЖ, высокими цифрами ИНРС, КДО ЛЖ и КСО ЛЖ, которая наблюдалась в основном среди больных 3-й группы.

Выводы. У больных с отсутствием реперфузии миокарда имеет место значительное снижение продольной систолической функции миокарда ЛЖ. Это проявляется ухудшением глобальной и регионарной систолической функции ЛЖ, неблагоприятными показателями ремоделирования и МР. Улучшение показателей продольной систолической функции ЛЖ при МДД после ОИМ связано с наличием обратимой дисфункции миокарда.

Кенжаев М.Л., Аляви А.Л., Борисова Е.М., Кенжаев С.Р.,
Саттаров Х.И., Тургунбоев Ш.Б.

РЕПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель – изучить результаты тромболитической терапии и ЧКВ у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСспST).

Материал и методы. В исследование вошли 302 больных с ОКСспST, поступивших в отделение кардиотерапевтической реанимации РНЦЭНМП.

У 35 (11 %) пациентов наблюдалось спонтанное восстановление коронарного кровотока (спонтанный тромболизис). У остальных 267 больных проводили экстренную реперфузионную терапию. Тромболитическая терапия стрептокиназой проведена у 163 (54 %) больных, первичная ЧКВ – у 104 (35 %) больных с ОИМ с подъемом сегмента ST. Спасительная ЧКВ после неудачного тромболизиса в течение 12 ч выполнена у 13 (4,5 %) больных, отсроченная после тромболизиса в течение 48-72 часов – у 172 (58 %).

Результаты исследования. Экстренная реперфузионная терапия выполнена всем больным, причем у 242 (79 %) реперфузия привела к купированию болевого синдрома и **полной резолюции сегмента** ST (снижение сегмента ST более чем на 70 % от исходного уровня); у 54 (18 %) больных наблюдалась **частичная резолюция** (снижение сегмента ST более чем на 30 %, но менее чем на 70 % от исходного уровня). У 6 (3 %) больных **отсутствовала динамика** сегмента ST (увеличение степени элевации, отсутствие к.л. динамики или уменьшение элевации менее чем на 30 % от исходного уровня). Время «симптом–реперфузия» – в среднем 4,76±0,3 часа (варьировала от 0,5 до 12,5 ч). Время «симптом–игла» в группе больных, получавших ТЛТ, – в среднем 3,3±0,5 ч, время «симптом–баллон» – 5,2±0,8 ч. Среднее значение максимально исходного уровня сегмента ST – 4,4±0,37 мВ. Время «дверь–баллон» – в среднем 68±4,0 мин. Исход трансформации диагноза ОКС с подъемом сегмента ST на ИМ с зубцом Q или ИМ без зубца Q зависел также от давности начала симптомов заболевания.

При поступлении в течение 2 часов от начала симптомов заболевания у больных ОКС с подъемом сегмента ST чаще наблюдалось развитие абортивных форм (без зубца Q) инфаркта миокарда, соответственно реже развился ИМ с зубцом Q : <1 часа 94 % против 6 %; 2 часа 55 % против 45 % ($p<0,05$). Среди больных, поступивших более 3 часов от начала заболевания, в большинстве случаев развился Q инфаркт миокарда.

Выводы. При ОКСспST раннее проведение реперфузионной (независимо от вида реперфузии) терапии в течение 2 часов от начала симптомов заболевания способствовало достоверно частому развитию прерванных форм инфарктов миокарда.

Ковальчук Ю.П.[1], Ковальчук Е.Ю.[2]

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

[1]ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,
[2]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Задача лабораторной диагностики неотложных состояний – выполнение исследований, результаты которых необходимы для постановки диагноза в неотложной или экстренной ситуации, для оценки тяжести состояния больного, определения прогноза, коррекции медикаментозной терапии.

Лабораторные исследования, выполняемые по неотложным показаниям, составляют до 30 % всех общеклинических и биохимических исследований. На современном этапе существуют множество экспресс-тестов, которые можно выполнить у постели больного и получить результат в течение 60 секунд.

Экспресс-анализ биологической жидкости на догоспитальном этапе проводится с помощью специальных тестовых полосок или аппаратов:

- визуальные тест-полоски;
- тест-полоски, прилагаемые к портативным анализаторам;
- портативные экспресс-анализаторы.

Перечисленные экспресс-тесты можно использовать в домашних условиях у постели больного, в кабинетах врачей, ведущих прием пациентов, ими могут быть оснащены выездные бригады скорой медицинской помощи

Данные методики позволяют определять биохимические компоненты, которые дают информацию о состоянии углеводного обмена, функции почек, печени, нарушениях белкового обмена, кислотно-щелочном балансе.

Помимо тест-полосок широко применяются портативные экспресс-анализаторы, которые могут использоваться как у постели больного, так и в отделениях экстренной медицинской помощи, палатах интенсивной терапии и реанимации.

На госпитальном этапе основными требованиями к лаборатории являются быстрота, качество, доступность, надежность результатов.

Наиболее перспективной и приемлемой является лаборатория, приближенная к пациенту, такая как POCT-лаборатория (POCT – «Point-of-Care-Testing»). Однако в многопрофильном стационаре с различной ургентной патологией проводить исследования только в режиме POCT дорого и не всегда информативно, поэтому выбор между анализаторами, работающими в POCT-режиме, и экспресс-лаботаторией должен осуществляться с учетом клинической значимости выполняемых анализов и экономических возможностей ЛПУ.

В соответствии с опытом практической работы ведущих лечебных учреждений страны и зарубежных клиник оптимальным является следующий перечень лабораторных исследований, выполняемых в лабораториях экспресс-диагностики: гематологические исследования (общий клинический анализ крови, время свёртывания крови, подсчёт количества ретикулоцитов в крови); общеклинические (общий клинический анализ мочи, общий клинический анализ спинномозговой жидкости, исследования на скрытую кровь (кал, моча, содержимое желудка, содержимое брюшной полости)); биохимические (кислотно-основное состояние (КОС), газовый состав крови, оксиметрия, общий белок, альбумин, мочевина, креатинин, глюкоза, креатинфосфокиназа (КФК), КФК-МВ, тропонин, миоглобин, аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрасфераза (АЛТ), лактатдегидрогеназа (ЛДГ), щелочная фосфатаза (ЩФ), гаммаглутамилтрансфераза (ГГТФ), амилаза, электролиты, бета-субъединица хорионического гонадотропина человека (бета-ХГЧ), мозговой натрийуретический пропептид (NT-proBNP), билирубин общий и прямой, коллоидно-онкотическое давление, осмолярность, ионизированный кальций, лактат); коагулологические исследования (протромбин по Квику, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), антитромбин III, фибриноген, тромбиновое время, D-димер, активированное время свёртывания (АВС),

тромбоэластограмма); изосерологические исследования (группа крови, резус-фактор).

Для оптимизации работы лаборатории и выполнения ею основных задач необходимо учитывать тот факт, что лабораторный анализ состоит из трех этапов: преаналитического, аналитического и постаналитического.

В настоящее время благодаря автоматизации, усовершенствованию лабораторных технологий, стандартизации анализа, использованию тщательно разработанных процедур внутрилабораторного контроля качества, повышению уровня подготовки персонала, на долю аналитического этапа лабораторных исследований приходится не более 13,3 % всех лабораторных ошибок, в основном вызванных интерференцией или недостаточной чувствительностью аналитического метода.

На преаналитическом этапе совершается от 46 до 68,2 % ошибок, на постаналитическом – от 25,0 до 45,5 % ошибок, поэтому наибольшее внимание лабораторных специалистов привлечено именно к этим этапам лабораторного анализа.

Значительное количество ошибок на пре- и постаналитическом этапах можно избежать за счет использования лабораторной информационной системы, поддержания постоянного контакта между врачами клинических подразделений и врачами клинической лабораторной диагностики.

Для снижения количества ошибок необходимо строго соблюдать правила забора, хранения и транспортировки биологического материала в клинико-диагностическую лабораторию.

Койиров А.К.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ЭТАПЕ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Основной причиной развития тяжелого состояния у больных острым инфарктом миокарда является острая сердечная недостаточность (ОСН), сопровождающаяся кардиогенным отеком легких и острой дыхательной недостаточностью (ОДН), которая требует немедленной респираторной терапии. Для улучшения качества респираторной поддержки на догоспитальном этапе целесообразно использовать современные методы респираторной терапии.

Сейчас почти все подстанции скорой медицинской помощи (СМП) располагают реанимобилями, оснащенными аппаратами искусственной вентиляции легких (ИВЛ), которые имеют принудительный и вспомогательный режимы вентиляции, благодаря чему в арсенале врачей, работающих в этом звене медицины, имеются условия для оказания СМП в полном объеме.

Известно, что стандартом респираторной терапии ОСН является неинвазивная вентиляция легких (НВЛ), но не всегда кардиогенная дыхательная недостаточность устраняется с помощью НВЛ. В случаях, если НВЛ особого эффекта не оказывает, то помощь при этом включает в себя интубацию трахеи и искусствен-

ную вентиляцию легких. Однако врачи СМП зачастую затрудняются выполнять интубацию трахеи в экстренных ситуациях.

Установление ларингеальной маски (ЛМ) является одним из немногих способов обеспечения проходимости дыхательных путей (ДП) при трудной интубации. Учитывая недостаточный опыт применения ЛМ на догоспитальном этапе, основываясь на современных данных, рекомендуем следующий алгоритм применения ЛМ при ОСН на догоспитальном этапе.

Показания для использования ЛМ:

– отсутствие сознания (не реагируют на раздражители);
– отсутствие глоссо-фарингеальных рефлексов;
– потребность в поддержании проходимости ДП.

Варианты использования ЛМ на догоспитальном этапе:

– спасательное устройство применяется после неудачной интубации трахеи;
– первичное устройство для вентиляции с начала реанимационных мероприятий (с заменой на эндотрахеальную трубку или без неё).

Неотложные состояния, при которых возможно применение ЛМ: остановка сердца; аварийная вентиляция после неудачной интубации трахеи; невозможность поддержания проходимости ДП.

Противопоказания к применению ЛМ: высокий риск регургитации и аспирации; потребность в высоком давлении на вдохе; после приёма пищи (относительно); обструкция ДП на уровне гортани или ниже (т.е. травма надгортанника, ожоги ДП, инородные тела ДП). Приведенные выше противопоказания носят относительный характер. Применение моделей масок ProSeal, Fastrach, i-gel, имеющих порт для дренирования желудка, делает возможным применение ЛМ при «полном желудке» и давлении на вдохе до 30 см водн. ст. В связи с этим, маска может быть использована в любых условиях, включая чрезвычайные ситуации и катастрофы.

Применение ЛМ на догоспитальном этапе представляет собой весьма перспективную альтернативу эндотрахеальной интубации как метод поддержания проходимости ДП. ЛМ имеет ряд преимуществ, связанных с отсутствием необходимости в специальном оборудовании для установки, простотой техники введения и обучения персонала, а также при использования данной маски не требуются релаксация и глубокая седация, приводящие к нестабильности гемодинамики.

Койиров А.К.[1],Саттаров Х.И.[1], Ражабов Н.М.[2]

ПРИМЕНЕНИЕ ТАХИБЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
[2]Ташкентский центр скорой медицинской помощи,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования – оценить эффективность применения антигипертензивного препарата тахибена (урапидил) для купирования гипертонических кризов на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Были обследованы 120 пациентов с АД более 180/110 мм рт. ст., из них мужчин – 82 (68,3 %), женщин – 57 (31,68 %). При ран-

жировании по возрастной категории пациенты распределились следующим образом: в возрасте от 39 до 60 лет – 14 (11,6 %) больных, от 60 до 70 лет – 28 (23,3 %), старше 70 лет – 78 (65,0 %), т. е. самой большой по количественному составу оказалась группа лиц геронтологического возраста.

Критерии включения больных в исследование: неосложненные гипертензивные кризы с повышением систолического артериального давления (САД) выше 180 мм рт.ст. и диастолического (ДАД) выше 110 мм рт.ст. Для купирования криза использовали препарат тахибен. Препарат вводили внутривенно струйно в дозе 25 мг в 20 мл 0,9 % р-ра NaCl, дробно по 5 мг с поэтапной регистрацией ЧСС (ЭКГ) и АД. Затем продолжалась в/в капельная инфузия тахибена в дозе 100 мг на 200 мл р-ра NaCl 0,9 %.

Регистрировали ЧСС (ЭКГ) и АД с интервалом в 10 минут в течение 1-го часа, затем – при окончании инфузии.

Результаты. Исследование пациентов показало, что гипотензивный эффект препарата проявлялся уже после введения первой дозы, особенно значимо эффект прослеживался по диастолическому давлению. Так, у 55 (45,8 %) из 120 больных отмечалась нормализация диастолического давления после первой дозы, у 64 (53,3 %) – после третьей, а у 1 (0,83 %) больного и через 30 минут ДАД оставалось повышенным.

Что касается систолического АД, то его нормализация была менее быстрой и после введения первой дозы уровень САД 140 мм рт.ст. отмечен только у 30 больных. Через 30 минут инфузии препарата САД у всех пациентов существенно снизилось, но у 3 пациентов не достигло границы нормального давления. В конце инфузии препарата отмечалось не только снижение АД, но и были достигнуты целевые уровни у 116 (96,6 %) пациентов.

Выводы. Как известно, одним из факторов, ограничивающих прием альфа-блокаторов, является развитие тахикардии. Наличие двойного механизма действия у препарата тахибен способствует уменьшению влияния на частоту сердечных сокращений. В нашем исследовании мы подтвердили отсутствие достоверного влияния препарата на ЧСС за весь период введения в целом по группе. Более того, у некоторых больных отмечалось некоторое снижение ЧСС в конце введения, что, вероятно, связано с нормализацией АД.

Таким образом, использование препарата тахибен для купирования неосложненного гипертонического криза обеспечил достоверное снижение как систолического, так и диастолического артериального давления, причем более быстрое нормализующее влияние препарат оказывает на ДАД. В конце инфузии тахибена удалось достичь целевого уровня АД у большинства больных с неосложненным гипертоническим кризом. При этом препарат не оказывал выраженных побочных эффектов.

В заключение хочется отметить, что препарат тахибен является наиболее эффективным и оптимальным препаратом выбора при купировании гипертонических кризов на догоспитальном этапе и может использоваться бригадами скорой неотложной медицинской помощи.

Комедев С.С., Туров И.А., Цебровская Е.А., Теплов В.М.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Введение. Экстренная диагностика тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) по-прежнему остается проблемой для приемно-диагностических отделений и стационарных отделений скорой медицинской помощи многопрофильных стационаров. Трудность выявления данной патологии нередко определяется низкой настороженностью врача первого контакта, а также объективными трудностями выполнения в экстренном порядке необходимых инструментальных исследований: СКТ-ангиографии или эхокардиографии.

Материал и методы. В исследование включены 43 пациента, поступившие в экстренном порядке в СтОСМП университета, у которых в ходе обследования была заподозрена тромбоэмболия легочной артерии. Средний возраст пациентов составил 66,2±2,14 лет, большинство составляли женщины (27 человек). У всех больных оценивали вероятность ТЭЛА с помощью балльных шкал Geneva и Wells, определяли уровень D-димера, высокочувствительным методом. Для верификации ТЭЛА выполняли СКТ-ангиографию. Для статистического анализа данных применяли параметрический t-критерий Стьюдента и непараметрический критерий Манна – Уитни (для балльных шкал).

Результаты. При поступлении осуществлялась сортировка пациентов на основании тяжести состояния, применялся рутинно используемый в практике университета трехуровневый сортировочный алгоритм: 12 пациентов соответствовали зеленому потоку, 21 – желтому, 10 – красному. У 14 обследуемых по результатам СКТ-ангиографии была диагностирована ТЭЛА (2 – зеленый поток, 8 – желтый поток, 10 – красный поток). Сравнительный анализ диагностических шкал показал, что число баллов по шкале Wells у больных с подтвержденной ТЭЛА было достоверно выше, чем у лиц с отвергнутым диагнозом: 3,46 (0-6) и 1,35 (0-5,5) соответственно, $p<0,005$. При оценке по шкале Geneva различий между этими группами пациентов выявлено не было: 4,6 (0-9) и 4,5 (0-8) баллов, $p>0,05$. Средний уровень D-димера был выше у пациентов с верифицированной ТЭЛА (3284±542 и 1728±234 $p<0,05$), однако частота выявления повышенного уровня D-димера существенно не отличалась в обеих группах (0,79 и 0,72 соответственно, $p>0,05$).

Выводы. Из традиционных шкал оценки вероятности ТЭЛА наиболее информативным представляется Wells, при этом наиболее весомым элементом данного критерия является низкая вероятность альтернативного диагноза, то есть субъективный критерий. Таким образом, в основе диагностического алгоритма у пациентов с подозрением на ТЭЛА должен лежать клинический подход, предполагающий выполнение СКТ-ангиографии легких в случае, если ТЭЛА является наиболее вероятным диагнозом.

Крылов К.М., Крылов П.К., Орлова О.В., Шлык И.В.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ОБЩИМ ОХЛАЖДЕНИЕМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ СМП: РЕЗУЛЬТАТ РЕФОРМИРОВАНИЯ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Организация экстренной медицинской помощи приобретает все большую актуальность, что обусловлено глубокой технологической перестройкой, коснувшейся практически всех звеньев оказания скорой медицинской помощи (Багненко С.Ф.с соавт., 2008). Трансформация приемных отделений в отделения скорой и экстренной медицинской помощи привела к возникновению необходимости радикальной коррекции алгоритмов оказания скорой медицинской помощи на стационарном этапе.

Отдел термических поражений НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе – ведущая организация г. Санкт-Петербурга по оказанию специализированной помощи пострадавшим с термической травмой, в том числе пациентам с общим охлаждением. Опыт работы центра позволил разработать протокол, регламентирующий порядок мероприятий, максимально реализующий возможности блока критических состояний стационарного ОЭСМП. Так, в соответствии с пунктами документа, все пациенты с общим охлаждением II-III стадии, а также в случае развития состояний, требующих проведения интенсивной терапии, незамедлительно госпитализируются в противошоковую палату блока критических состояний, где реализуется дальнейший лечебно-диагностический процесс.

Оснащение противошоковой палаты, альфа-приоритет реагирования узких специалистов-консультантов и представителей диагностических служб позволяют установить первичный диагноз, ставший причиной развития общего охлаждения, реализуя принцип «золотого часа». Как следствие, максимально раннее начало специализированного лечения в профильном подразделении определяет улучшение результатов лечения.

Сравнение статистических данных, касающихся оказания медицинской помощи пациентам с общим охлаждением тяжелой степени, по периодам до и после введения описанного алгоритма позволяет констатировать качественное улучшение результатов, в частности снижение летальности с 35 % в 2007 г. до 14 % в 2017 г.

Курбанов К.М., Мирзаханов Д.Т., Облов С.Ю., Халилюлин Р.И.

ОПЫТ РЕОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Дагестанский центр медицины катастроф МЗ РД,
г. Махачкала, Россия

Протяженность территории Республики Дагестан с севера на юг составляет около 400 км, с запада на восток – примерно 200 км. Площадь – 50270 км². Городов – 10, районов – 42. Численность обслуживаемого населения – 3 015 660 человек, в том числе 886 709 – дети. Городское население составляет 1 345 259 человек, число лиц, проживающих в сельской местности, – 1 670 401 человек.

Мы придерживаемся основных принципов организации службы СМП: доступность населению; оперативность в работе и своевременность прибытия бригад к пациентам; полнота оказываемой медицинской помощи; обеспечение при наличии показаний беспрепятственной транспортировки в соответствующие профильные организации здравоохранения; обеспечение постоянной готовности службы к работе при возникновении чрезвычайных ситуаций. Для соблюдения этих принципов в 2014 году произошла реорганизация СМП на основании: постановления Правительства Республики Дагестан от 17 июля 2014 года №326; приказа МЗ РД от 08.08. 2014 г. №862-П «О реорганизации путем слияния государственного казенного учреждения РД “Дагестанский центр медицины катастроф” и государственного бюджетного учреждения РД “Станция скорой медицинской помощи”». Служба скорой медицинской помощи Республики Дагестан состоит из 8 станций: Махачкала, Хасавюрт, Кизилюрт, Кизляр, Буйнакск, Дербент, Избербаш, Каспийск и 40 отделений: на базе центральных районных больниц и ЦГБ г. Южно-Сухокумска. Ежедневно на дежурство заступают 180 бригад скорой медицинской помощи, из них 136 врачебных и 44 фельдшерских бригад.

В службе скорой медицинской помощи заняты 400 врачей и 1018 средних медицинских работников. Обеспеченность врачебными кадрами в регионе составляет 1,2 на 10 тыс. населения, средними медицинскими работниками – 3,2 на 10 тыс. населения. Дагестанский участок Федеральной автомобильной дороги М-29 «Кавказ» от 838 км по 1118 км (290 км). Интенсивность автомобильного движения на ФАД М-29 «Кавказ» по территории Республики Дагестан – более 25000 автомобилей в сутки. ДЦМК обеспечивает соблюдение маршрутизации оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП и осуществляет медицинскую эвакуацию. На этом участке определены 8 зон ответственности, которые закреплены за ДЦМК, 5 межрайонными станциями скорой медицинской помощи и за отделениями скорой медицинской помощи при ЦРБ. Основными приоритетными направлениями совершенствования системы оказания СМП мы считаем: обновление парка автомобилей СМП, подготовка медицинского персонала, общая информатизация службы СМП. В связи с этим произведена диспетчеризация станций СМП, для круглосуточного мониторинга за работой в режиме реального времени. Внедрение новых форм взаимодействия в практику СМП и центра медицины катастроф в Республике Дагестан позволило значительно повысить качество медицинской помощи и оперативность реагирования на чрезвычайные ситуации в регионе, а также доступность скорой медицинской помощи сельскому населению. В связи со всем вышеперечисленным, ДЦМК является координатором в оказании экстренной медицинской помощи на территории республики.

Также одним из ведущих направлений развития СМП в регионе является вопрос совершенствования подготовки кадров. На базе нашего центра с 2007 года функционирует образовательное учреждение «Школа Медицины Катастроф». «ШМК» как образовательное учреждение имеет лицензию, выданную министерством просвещения РД. На базе «ШМК» ДЦМК, силами штатных специалистов ДЦМК – преподавателей «ШМК», организовано обучение методам оказания первой помощи для участников дорожного движения (спасателей, водителей санитарного транспорта, сотрудников ГИБДД и др.) и первой медицинской (доврачебной, врачебной) помощи для специалистов, участвующих в ликвидации медико-

санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на догоспитальном этапе. Тематические циклы занятий проводятся по плану, ежемесячно по 25-часовой программе (теоретический курс + практические навыки). Штат «ШМК» – 5 преподавателей – все специалисты ДЦМК.

Итак, что же нам дала реорганизация?

– Отработана оперативная схема выдвижения бригад скорой помощи и медицинских формирований, как к больным, так и в очаг ЧС и к месту ДТП.

– Соблюдена преемственность на путях эвакуации пострадавших.

– Отработана маршрутизация бригад быстрого реагирования к месту ЧС не только в пределах одного муниципального образования, а также по всей территории Республики и за ее пределами при необходимости.

– Повысилась профессиональная и тактико-специальная подготовка бригад быстрого реагирования при действиях в режиме повышенной готовности.

– Эффективное дистанционное управление мобильными медицинскими формированиями и бригадами скорой медицинской помощи.

– Достигнута своевременная доступность скорой медицинской помощи сельскому населению республики.

– Выполнены целевые индикаторы службы скорой медицинской помощи.

– Внедрена диспетчеризация службы скорой помощи в РД.

– Внедрены единые технологические требования и стандарты оказания экстренной медицинской помощи, система оценки качества.

– Внедрены современные финансово-экономические механизмы для повышения эффективного использования ресурсов здравоохранения.

– Снизился показатель смертности в ДТП на 4,3 % на 100 тыс. населения.

Куриленко Е.Х.[1], Грачев С.Ю.[1], Новикова Н.П.[1], Суковатых А.Л.[1], Борисов А.В.[2], Комликов С.Ю.[2]

О РОЛИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСТА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

[1]ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
[2]УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Проблема экстренной помощи пациентам с сочетанной травмой остается нерешенной, так как требует комплексного подхода и изменения тактики и объемов оказания помощи как на догоспитальном (бригады скорой помощи), так и госпитальном (реформированные приемные отделения стационаров) этапах. В настоящее время считается общепризнанным, что приемные отделения требуют реформирования и превращения в отделения скорой помощи стационара (emergency department). Первым шагом в решении этой проблемы является создание в ряде стационаров, в том числе в ГК БСМП г. Минска, реанимационного поста приемного отделения (РППО).

Цель исследования – анализ объема и качества оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой на раннем госпитальном (реанимационный пост приемного отделения – РППО) этапе. Задача исследования – формулирование рекомендаций по улучшению качества помощи.

Материал и методы. Проанализировано 244 истории болезни пациентов с сочетанными травматическими повреждениями, поступивших в ГК БСМП г. Минска за период 2015-2016 гг. Критерий включения: пациенты, доставленные бригадами СМП, с повреждением двух или более анатомических областей одним травмирующим агентом, причем хотя бы одно из них представляет реальную опасность для жизни пострадавшего, т.е. пациенты в тяжелом и крайне тяжелом состоянии – физический статус IV-VE по ASA.

Из 244 пациентов умерли 75 (30,7 %), в том числе: в операционной – 19 (25 %); в отделении реанимации для нейрохирургических и травматологических больных (НХР) – 51 (68 %); в травматологическом отделении сочетанных повреждений (ТОСП) – 5 (7 %). Распределение по полу: мужчин – 182 (75 %); женщин – 62 (25 %); по возрасту: до 25 лет – 43 (18 %); 26-40 лет – 86 (35 %); 41-60 лет – 72 (30 %); 61-75 лет – 26 (10 %); более 75 лет – 17 (7 %). Таким образом, преобладали мужчины (75 %) и лица трудоспособного возраста – 83 % пострадавших были в возрасте до 60 лет.

Результаты и обсуждение. Реанимационный пост приемного отделения создан в марте 2012 г. Помощь осуществляется силами врачей анестезиологов-реаниматологов НХР. Количество консультаций врачей анестезиологов-реаниматологов в приемном отделении составило: в 2012 г. – 1340; в 2013 г. – 2160; в 2014 г. – 1811. За период 2014-15 гг. выполнены мероприятия интенсивной терапии: реанимационные – 3; интубация трахеи – 25; ИВЛ – 25; инфузионная терапия – 17; катетеризация центральных вен – 16.

В основном проводится сопровождение тяжелых пациентов и решение вопроса о дальнейшем предназначении. В приемном отделении нет реанимационного зала, при необходимости используется реанимационный зал отделения реанимации. Непосредственно в операционную поступило 69 % пациентов, в реанимационное отделение – 18 %, в ТОСП – 13 %. В операционную пациенты доставлялись в сопровождении врача РППО. Большое число пациентов, непосредственно поступивших в операционную, можно объяснить отсутствием реанимационного зала в приемном отделении, поэтому в операционной выполняли не столько анестезию, сколько мероприятия интенсивной терапии. Большая часть умерших пациентов с сочетанной травмой гибнут в течение первых часов после госпитализации. Так, из 75 умерших за изучаемый период, 41 (55 %) пациент умер в течение первых суток; 11 (15 %) – от 1 суток до 1 недели; 15 (20 %) – от 1 недели до 1 месяца; 8 (10 %) – более 1 месяца. Эти данные еще раз подчеркивают значимость раннего начала адекватных мероприятий интенсивной терапии, т.е. на уровне реформированного приемного отделения. Тем более, что причины смерти в этот период предотвратимы – острая дыхательная недостаточность, кровопотеря, гиповолемический шок, внутричерепные гематомы. Поздняя летальность (в течение месяца и более после получения травмы) обусловлена в основном осложнениями – сепсисом, тромбоэмболическими осложнениями, ARDS, полиорганной недостаточностью.

Выводы:

1. Необходимо реформирование приемных отделений стационаров – превращение их в полноценные отделения скорой помощи стационара.

2. Деятельность РППО требует совершенствования – расширения мероприятий интенсивной терапии непосредственно в приемном отделении.

3. Продолжение и расширение мероприятий ИТ на уровне приемного отделения являются решающим фактором, определяющим исходы лечения пациентов с сочетанной травмой.

Линец Ю.П., Зайцева Т.Е., Чикин А.Е., Артюхов С.В.

ПРОБЛЕМЫ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница»
Санкт-Петербург, Россия

Городская Александровская больница оказывает медицинскую помощь по экстренным показаниям ежедневно в круглосуточном режиме. В больницу обращаются в среднем 250 пациентов в сутки. Количество обращающихся больных ежегодно увеличивается на 6 % и в настоящее время составляет более 80 тысяч в год. Это неизбежно приводит к увеличению нагрузки на персонал, диагностические службы, удлиняет сроки обследования и растет неудовлетворенность населения оказываемыми медицинскими услугами.

Актуальной является проблема поступления пациентов в состоянии опьянения, асоциальных граждан (порядка 30 в сутки) в общем потоке больных. Такие пациенты создают угрозу для других больных и персонала, затрудняют оказание медицинской помощи и формируют негативный имидж больниц. Для данной категории граждан создан клинико-диагностический блок с выделенным персоналом и отдельным входом.

В конце 2014 года в нашей больнице создано стационарное отделение скорой медицинской помощи (ОСМП), что позволило оказывать неотложную медицинскую помощь пациентам, в дальнейшем направляя их на амбулаторный этап лечения. В настоящее время 10-15 % больных от общего потока экстренного ввоза получают помощь в ОСМП. Нам удалось уменьшить на 15 % госпитализацию на специализированные койки больницы, добиться отсутствия пациентов на дополнительных местах в коридорах, снизить до минимума жалобы пациентов на отказ в госпитализации. Данные результаты достигнуты при увеличении плановой госпитализации с 8 % до 15 %.

Существуют и нерешенные проблемы – отсутствие необходимых площадей для размещения всех необходимых функциональных и вспомогательных помещений, недостаток подготовленных для работы в условиях стационара врачей скорой помощи, несоответствие возможностей диагностических служб возросшему потоку больных.

Площадь ОСМП при существующем потоке для полноценного разделения больных по степени тяжести согласно приказу МЗ РФ от 20 июня 2013 г. № 388н должна составлять 2400 кв. м, количество коек ОСМП должно быть: 20 коек динамического наблюдения и 80 – краткосрочного пребывания. Здание, в котором сейчас расположена Александровская больница, не позволяет развернуть в полном объеме соответствующие помещения ОСМП. Решение выше обозначенных проблем возможно только в современном, специально спроектированном здании,

работы над проектом которого завершены в 2016 году. Это будет современное здание, которое позволит в полной мере реализовать все необходимые аспекты оказания помощи пациентам, обратившимся по экстренным показаниям, в соответствии с требованиями порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Линец Ю.П., Зайцева Т.Е., Чикин А.Е., Артюхов С.В.

СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПЕРВЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница», Санкт-Петербург, Россия

Одной из основных задач отделения скорой медицинской помощи стационара является оказание неотложной помощи пациентам, не нуждающимся в госпитализации, и, как следствие, уменьшение нагрузки на специализированные стационарные койки.

Отделение скорой медицинской помощи (ОСМП) в СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница» создано в ноябре 2014 года. В структуре отделения в настоящее время 13 коек динамического наблюдения (досуточного пребывания). Всего в отделении 15,5 ставок: 5,25 ставки – врачи, 9,25 ставки – средний и младший медицинский персонал.

Среднее число пациентов, доставляемых в больницу, составляет 80 тыс. человек в год. Ежегодно отмечается неуклонный рост обращаемости граждан в наше медицинское учреждение в среднем на 6 %. Основных причин несколько – растущее жилищное домостроение в зоне обслуживания, увеличение числа мигрантов, особенности работы первичного звена и неотложной помощи. В 2015 году в ОСМП пролечены 12 153 человека, что составляет 20 % от госпитализированных больных. Средний койко-день составил 0,7. Среднее число занятых коек – 24,3, с работой койки за год – 444,3. Оборот койки – 607,7, заполнение – 121,7 %. Данные показатели констатируют высокую интенсивность работы отделения.

В ОСМП поступают пациенты в удовлетворительном состоянии, патология которых не предполагает длительной госпитализации. Распределение по профилям в течение года: терапия – 49,2 %, нейрохирургия – 15,7 %, хирургия – 13,8 %, неврология – 8,8 %, урология – 7,3 %, травматология – 2,8 %, гинекология – 2,4 %. Распределение по группам заболеваний: болезни системы кровообращения – 19,15 %, заболевания ЖКТ – 20,13 %, травмы – 19,88 %, заболевания мочеполовой системы – 9,84 %, болезни нервной системы – 7,37 %. Количество переводов пациентов с койки ОСМП на профильную койку стационара – 7 %.

Опыт использования коек ОСМП в стационаре, оказывающем круглосуточную экстренную помощь, показал, что, несмотря на увеличение потока больных за год на 6 %, мы добились уменьшения госпитализации экстренных больных на 15 %, что привело к уменьшению нагрузки на персонал, расширению возможностей для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, увеличению хирургической активности. Тем не менее работа ОСМП выявила ряд проблем – дефицит площадей для оказания помощи и подготовленных кадров, повышение нагрузки на все диагностические подразделения, работающие в круглосуточном режиме.

Лукьянова И.Ю.[1], Главатских К.Ю.[1], Моисеева Р.А.[2]

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЁМОМ ST

[1] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
[2]СПб ГУЗ №17 «Городская Александровская больница»,
Санкт-Петербург, Россия

Оценка распространенности поражения миокарда по данным ЭКГ у больных инфарктом миокарда (ИМ) имеет важное прогностическое значение и может определять лечебную тактику.

Цель исследования – оценить состояние коронарного русла у больных нижним ИМ с подъемом ST в зависимости от распространенности поражения по данным ЭКГ.

Материал и методы. В исследование включен 101 пациент с острым нижним инфарктом миокарда с подъемом ST. Использовались методы ЭКГ и коронароангиографии (КАГ).

Результаты. Распространенное поражение правого желудочка (RV3-RV6) наблюдалось в 35 % случаев. В 86 % случаев у этих больных выявлялся правый тип кровообращения, в 6 % – левый, в 8 % – сбалансированный. В этой группе больных в 100 % случаев инфаркт-связанной артерией была правая коронарная артерия (ПКА). Уровень окклюзии в 29 % был проксимальный, в 51 % – средней трети и в 17 % – дистальной трети. В 51 % случаев у пациентов с распространенным поражением правого желудочка диагностировали трехсосудистое поражение, включающее поражение ПКА, левой коронарной артерии (ЛКА) и огибающей ветви (ОВ ЛКА).

В группе без поражения правого желудочка правый тип кровообращения определялся в 76 %, левый – в 11 %, сбалансированный – в 13 % случаев. Инфаркт-связанной артерией ПКА оказывалась в 68 % случаев, ОВ ЛКА и ее ветви – в 32 %. Проксимальная окклюзия ПКА отмечалась в 33 %, средней трети – в 47 % и дистальной трети – в 11 % случаев. В этой группе однососудистое поражение диагностировалось в 15 %, двухсосудистое – в 17 %, трехсосудистое – в 68 % случаев. В случае трехсосудистого поражения вторым пораженным сосудом была передняя межжелудочковая ветвь ЛКА (91 %), а третьим – ОВ ЛКА (9 %).

Выводы:

1. У больных нижним ИМ с подъемом ST с распространением поражения на правый желудочек по ЭКГ чаще диагностируется правый тип кровообращения (86 % случаев), чем у больных без поражения ПЖ по ЭКГ (76 % случаев), и в 100 % случаев инфаркт-связанной артерией является ПКА.

2. У больных нижним ИМ с подъемом ST без вовлечения правого желудочка в 32 % случаев инфаркт-связанной артерией является ОВ ЛКА и ее ветви; двух- и трехсосудистое поражение часто сочетается с поражением ПМЖВ ЛКА.

Маркелова Е.В., Арискина О.Б., Осипова И.В.,
Пивоварова Л.П., Мальцева Е.П.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Система гемостаза является важнейшей составляющей гомеостаза организма при тяжелой травме и кровопотере, участвуя в сохранении объема циркулирующей крови, формировании воспаления и регенерации поврежденных тканей. В то же время нарушения в системе гемостаза могут приводить к тромбоэмболическим осложнениям и развитию ДВС в различные периоды травматической болезни.

Цель исследования – динамическая оценка системы свертывания и противосвертывания крови у пациентов с сочетанной травмой (СТ), сопровождающейся развитием шока II и III степени тяжести.

Исследование показателей свертывания и противосвертывания крови проведено у 27 пострадавших с СТ (возраст 39 (18;56) лет, ISS 25 (23;30)) при поступлении, через 1, 3, 5 и 10 суток после травмы. Исследовали количество тромбоцитов (Sysmex XT 4000i) в крови, содержание и активность факторов свертывания (фибриногена, II, V,VII), противосвертывания (АТ III, плазминогена) на автоматическом коагулометре STA-Compact в плазме крови, содержание D-димера (ВББ, Новосибирск) и эластазы нейтрофилов (Hycultbiotech, США) методом ИФА.

При поступлении у всех пациентов наблюдали снижение количества тромбоцитов, активности плазменных факторов коагуляции II, V,VII, концентрации фибриногена, антитромбина III, плазминогена. Одновременно увеличивалось содержание D-димера (в 11 раз) и эластазы нейтрофилов (в 49 раз). Уже через 1 сутки наблюдали восстановление концентрации фибриногена и уровня факторов противосвертывания. Начиная с 5 суток после травмы, отмечали восстановление активности факторов свертывания II, V, VII и гиперфибриногенемию, уровень которой коррелировал с концентрацией С-реактивного белка. На протяжении всего периода наблюдения уровень D-димера превышал норму в 4-10 раз и был тем выше, чем меньше определяемая концентрация фибриногена (r=-0,22). Концентрация эластазы нейтрофилов в этот период была выше референсного уровня в 28-49 раз. Динамика исследованных показателей продемонстрировала, что усиление коагуляционного потенциала наблюдалось в 5-10 сутки после травмы, т.е. в период ранних инфекционных осложнений. Компенсаторное усиление фибринолитической активности крови, в значительной степени обусловленной активацией нейтрофильных гранулоцитов и моноцитов, одновременно отражает активность системного воспалительного процесса.

Махамадаминов А.Г., Набиев А.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

От эффективности функционирования диспетчерской службы во многом зависят качество и своевременность оказания скорой медицинской помощи (СМП) на догоспитальном этапе. Для оптимизации работы диспетчерско-координационной службы СМП нами разработан стандартный перечень вопросов. Эти вопросы предлагается задавать операторам областного или городского диспетчерско-координационного центра при приеме вызова и определении категории срочности выездов медицинских бригад.

Первый пункт стандартного набора вопросов (опросника) связан с определением паспортных данных пациента (Ф.И.О., возраст, адрес, кто вызывает и номер телефона, настоящее местонахождение пациента, что случилось?). Последний вопрос является ключевым звеном, связывающим первый пункт со вторым. В зависимости от полученного ответа диспетчер задает один из вопросов второго пункта.

Второй пункт опросника является определяющим и составлен так, что ответ на них может быть либо утвердительным, либо отрицательным (количество пациентов более одного, пациент в сознании, имеется ли затруднение дыхания, боли в области сердца, сильные боли в животе, тошнота и рвота кофейней гущей, наружные кровотечения, боли и кровотечения у беременных, судороги). Полученный утвердительный или отрицательный ответ позволяет диспетчеру СМП практически во всех случаях определить категорийность срочности вызова, а также установить численность и качественность выезжающих медицинских бригад. Если при этом больной оказался отнесенным к первой или второй категории срочности медицинской помощи, прием вызова должен быть немедленно остановлен, и все усилия должны быть направлены на своевременное и адекватное его выполнение.

Третий пункт вопросов должен быть связан с выяснением общего состояния больного, анамнеза заболевания, характера оказанной ему помощи. Эти вопросы диспетчер задает только больным, нуждающимся в скорой медицинской помощи, второй категории срочности для более детальной оценки состояния больного, а также определения поликлинических вызовов.

Итак, первая категория срочности – это экстренные выезды по вызовам с места происшествия на улицу, в общественные места и учреждения, а также на квартиры. Бригада должна добраться до пациента не позднее чем через 20 минут с момента приема вызова в городах и через 30 минут – в сельской местности. Вторая категория срочности – это обострение хронических заболеваний (до 30-45 минут). Третья категория срочности – поликлинические случаи (повышение температуры, сильная головная боль).

На наш взгляд, вышеприведенный алгоритм действия по приему вызова операторами областного или городского диспетчерско-координационного центра является наиболее практичным и адекватным, а его применение значительно улуч-

шит процедуру приема и определение категорийности каждого экстренного вызова. Вместе с тем, мы призываем к сотрудничеству всех руководящих служб областных или городских диспетчерско-координационных центров с целью определения их мнений и рекомендаций по данному злободневному вопросу.

Махамадаминов А.Г., Набиев А.А.

ПРИМЕНЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

С целью повышения качества постдипломной подготовки врачей скорой медицинской помощи (СМП) сотрудниками кафедры «Экстренной медицинской помощи» Ташкентского института усовершенствования врачей созданы специальные классы, оснащенные современными симуляционными технологиями в виде различных муляжей, фантомов, оборудований для оказания экстренной медицинской помощи, набора учебных видеофильмов, тематических слайдов, а также компьютерно-мультимедийных средств демонстрации последних.

Обучение врачей СМП проводится в этих классах в виде теоретических и практических занятий. При этом особое внимание сотрудники кафедры уделяют проведению практических занятий. Для их осуществления врачи СМП в обязательном порядке распределяются на малые учебные группы. Во время практических занятий широко используются имеющиеся в учебных классах муляжи, фантомы, различные оборудования, предназначенные для осуществления экстренной медицинской помощи. Врачам-курсантам на муляжах и фантомах демонстрируются практические навыки по правильному выполнению ИВЛ, СЛР, удаления инородных тел из дыхательных путей, интубации трахеи, дефибрилляций, различных гемостатических и иммобилизационных манипуляций у травматологических больных, а также практические навыки по родовспоможению.

Кроме того, практические занятия проводятся в виде ролевых игр по разработанному ранее сценарию, во время которых имитируются различные ситуации оказания экстренной медицинской помощи в догоспитальном этапе. Применение подобных интерактивных методов обучения позволяет курсантам освоить не только необходимые практические навыки, но и алгоритмы, пошаговые протоколы оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Сотрудники кафедры подобным образом проводят дальнейшее шлифование клинического мышления врачей-курсантов.

Таким образом, создание классов, оснащенных симуляционными технологиями, а также применение интерактивных методов обучения позволяют значительно улучшить качество познавательного процесса врачей-курсантов и повысить эффективность освоения ими необходимых практических навыков оказания экстренной медицинской помощи достационарного уровня.

Махамадаминов А.Г., Алиджанов Ф.Б. , Халилов А.С.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ ТРАВМАМИ

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Современный травматизм характеризуется значительным увеличением числа больных с множественными и сочетанными травмами (МСТ), сопровождающимися высокими показателями инвалидности и летальности. Актуальность проблемы лечения МСТ с каждым годом возрастает, так как, по данным многих авторов, по числу жертв они превосходят соответствующие показатели военного времени.

Качественная скорая медицинская помощь на догоспитальном и госпитальном этапах, оказываемая больным с МСТ, повышает эффективность лечения, предупреждает тяжелые осложнения и снижает показатели летальности.

В связи с этим вопросы подготовки специалистов системы скорой медицинской помощи, оказывающих неотложную медицинскую помощь больным с МСТ, в настоящее время приобретают особую актуальность. Опыт функционирования системы экстренной медицинской службы Республики Узбекистан показал, что статус врача, оказывающего медицинскую помощь больным с МСТ, должен быть высоким, как в плане его врачебной квалификации, так в качестве организатора лечебно-диагностического процесса. Врач должен обладать комплексом знаний по основной и смежным специальностям, уметь успешно применять их в работе.

В связи с трудностями обучения подобным навыкам на различных учебных циклах, на кафедре экстренной медицинской помощи Ташкентского института усовершенствования врачей организован отдельный тематический цикл усовершенствования, посвященный вопросам оказания неотложной медицинской помощи при МСТ. Организация данного цикла является ярким примером интеграционного процесса между республиканским научным центром экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), с одной стороны, и Ташкентского института усовершенствования врачей, с другой.

Основной базой проведения данного цикла являются специализированные отделения РНЦЭМП МЗ РУз, а также станции скорой медицинской помощи г. Ташкента как наиболее образцовые для всей системы экстренной медицинской помощи. Программа цикла охватывает все теоретические и практические вопросы оказания неотложной медицинской помощи пациентам с МСТ на догоспитальном и госпитальном этапах.

Для повышения качества обучения врачей-курсантов на данном цикле созданы специальные классы, оснащенные современными симуляционными технологиями в виде различных муляжей, фантомов, оборудований для оказания экстренной медицинской помощи, набора учебных видеофильмов, тематических слайдов, а также компьютерно-мультимедийных средств демонстрации последних.

Большое место в учебной программе цикла занимают вопросы проведения практических занятий в догоспитальных и госпитальных звеньях РНЦЭМП. При этом врачам-курсантам предлагается в реальном времени решать различные

диагностические и лечебно-тактические задачи в виде ролевых игр по разработанному ранее сценарию, где имитируются различные ситуации оказания экстренной медицинской помощи больным с МСТ в достационарном и стационарном этапах.

Таким образом, организация и проведение тематических циклов усовершенствования врачей по оказанию неотложной медицинской помощи больным с МСТ на догоспитальном и госпитальных этапах имеют важное значение в подготовке соответствующих специалистов.

Махкамов К.Э., Азизов М.М.

ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Исследовали результаты лечения осложненных аденом гипофиза мозга по данным отделения нейрохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. С ноября 2005 года в нейрохирургическом отделении внедрен транссфеноидальный подход к лечению опухолей гипофиза. За этот период выполнено 223 транссфеноидальные операции. На основании клинико-инструментальных исследований, интраоперационно и по данным микроскопического исследования выявлены 142 аденомы гипофиза (АГ), осложненные питуитарной апоплексией. По размерам аденомы были распределены на: гигантские – 21 больной; микроаденомы – при неизмененном турецком седле – 2; небольшие (16-25 мм) – 15, средние (26-35 мм) – 20; большие (свыше 36 мм) – 84 больных. Оперативные вмешательства проведены в разные периоды заболевания: 5 больных прооперированы в остром периоде; остальные – в период осложнений и последствий. Все больные были оперированы транссфеноидально. Операции выполнялись с использованием операционного микроскопа и начинались с этапа рассечения слизистой перегородки носа. Летальные исходы отмечены в 8 случаях. В 13 случаях отмечалась послеоперационная ликворея, которая в 11 случаях ликвидировалась разгрузочными люмбальными пункциями, соблюдением строго постельного режима, в 2 случаях – проведением повторной операции.

Клиническая картина до- и послеоперационных осложнений протекала на фоне симптоматики, обусловленной АГ – ее размерами, направлением роста и гормональной активностью, и была динамична. Первые двое суток она определялась острой гипоталамо-гипофизарной дисфункцией из-за нарушений в первую очередь внутри АГ; направлением внезапного расширения опухоли и возможным разрывом ее капсулы. При кровоизлиянии в АГ симптоматика была обычно более яркой и полиморфной, чем при развитии некроза в опухоли. Из всех осложненных аденом гипофиза в 25 случаях выявлен полиморфный, разной степени тяжести диэнцефальный синдром, который у 19 больных был диагностирован до операции. В среднем больные находились в стационаре 7 дней (от 3 до 9 дней).

У 125 пациентов удалось получить катамнестические данные в сроки от 6 месяцев до 2,5 лет. За этот период времени у 7 больных отмечен продолженный рост опухоли в сроки от 1 года до 2 лет. Три пациента прооперированы повторно,

4 – прошли курс лучевой терапии в связи с продолженным ростом, 1 – оставлен под наблюдением из-за отсутствия нарастания очаговой симптоматики.

Больные с АГ, осложненной кровоизлиянием и некрозом опухоли, составляют особую группу среди больных аденомой гипофиза, что необходимо учитывать при их лечении. Результаты лечения зависят от тяжести осложненных АГ и периода, во время которого производится хирургическое вмешательство. Несмотря на то, что методом выбора лечения осложненных АГ является транссфеноидальная аденомэктомия, благоприятный исход после операции возможен при адекватной консервативной терапии, направленной на коррекцию гемодинамических нарушений и поддержание гомеостаза.

Махкамов К.Э., Насимов С.Т.

ЗНАЧЕНИЕ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПРИ МСКТ В ВЫБОРЕ СРОКА И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования – выбор срока и метода хирургического лечения нетравматических внутричерепных кровоизлияний (НВЧК) у детей раннего возраста с учетом денситометрических значений МСКТ.

Материал и методы. Работа основана на анализе историй болезни 333 больных детей раннего возраста с НВЧК, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2008 по 2016 год. Среди больных в количественном соотношении преобладали мальчики – 244 (73,27 %). Возраст больных варьировал от 28 до 55 дней. Распределение больных по возрасту показало, что превалировали дети в возрасте от 1 до 2 мес. (76,5 %), наименьшая частота встречаемости наблюдалась у детей от 2 до 3 мес. (4,2 %). Больные поступали в клинику сроком от нескольких часов до 5 суток от начала заболевания. Методом выбора диагностики НВЧК являлось МСКТ головного мозга. По результатам проведенных МСКТ-исследований, субдуральные кровоизлияния встречались в 42 % случаев; паренхиматозные кровоизлияния – в 25 %; субарахноидальные кровоизлияния – в 13 %; паренхиматозные кровоизлияния с прорывом крови в желудочковую систему – в 12 %; в 8 % случаев имело место внутрижелудочковое кровоизлияние.

Результаты. Во всех случаях при поступлении детей с НВЧК, кроме компримирующего фактора головного мозга различной локализации, имело место нарушение свертывающих факторов крови в виде гипокоагуляции. Это является общепринятым противопоказанием к проведению экстренных хирургических вмешательств. С учетом КТ-параметров, выраженности неврологических нарушений и коагулопатии тактика ведения больных определялась в двух направлениях: неотложное удаление гематомы после улучшения коагуляционных свойств крови (до 2-х суток) и отсроченное удаление гематомы малоинвазивным методом через фрезевое отверстие после лизирования гематомы (на 8-10 сутки).

73 (54,88 %) больных детей с НВЧК имели минимальный неврологический дефицит и невыраженную дислокацию головного мозга, позволившие провести активное наблюдение с динамическими КТ-исследованиями в течение 8-10 суток. Это тот срок, когда излившаяся кровь (гематома) приобретает более жидкую (лизированную) консистенцию. Данное обстоятельство позволило нам достичь более полноценного удаления лизированной внутричерепной гематомы малоинвазивным вмешательством (наружное дренирование гематомы через фрезевое отверстие или большой родничок). В эту группу вошли больные, у которых по данным КТ-исследования определялись субдуральная гематома толщиной до 0,7 см, дислокация срединных структур не выше 0,5 см, а также больные дети, имевшие негрубый неврологический дефицит.

Таким образом, переход к активной выжидательной тактике, основанной на проведении терапии, улучшающей свертывание крови с мониторингом неврологического статуса и КТ-картины головного мозга в период наблюдения, оправдан у этой категории пациентов.

Операции выполняли на фоне переливания крови при относительной стабилизации коагулограммы. 24 (18,04 %) детям с выраженной дислокацией головного мозга и грубым неврологическим дефицитом проведена декомпрессивная трепанация черепа с устранением компримирующего фактора.

Выводы. При выборе срока и метода хирургического удаления нетравматических внутричерепных кровоизлияний у детей раннего возраста необходимо учитывать денситометрические показатели, такие как вид, объем, плотность, локализация кровоизлияния, выраженность аксиальной дислокации. Денситометрические показателей сокращают время оперативного вмешательства, что позволяет уменьшить интраоперационные кровопотери.

Махновский А.И.[2], Эргашев О.Н.[1], Блинда И.В.[2], Касимов Р.Р.[3], Усольцев Е.А.[2], Миннуллин Р.И.[2], Хаустов М.В.[2], Шаповалов Н.С.[2]

ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛ ISS И ВПХ-П ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРАНСПОРТАБЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

[1]Комитет здравоохранения Ленинградской области,
[2]ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» Минобороны России, Санкт-Петербург;
[3]ФГКУ «422 Военный госпиталь» Минобороны России, г. Нижний Новгород, Россия

Травмоцентры второго и третьего уровней имеют ограниченные возможности по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с политравмой и достоверно более высокий уровень летальности. В этой связи представляется целесообразным своевременно осуществлять перевод пациентов с политравмой в травмоцентры первого уровня.

Цель исследования – обосновать целесообразность прогнозирования транспортабельности пациентов с политравмой на основании оценки тяжести повреждений с использованием шкал ISS и ВПХ-П.

Материал и методы. Изучено 200 случаев политравм среди пациентов из числа военнослужащих мужского пола (средний возраст 27±8 лет). Для оценки транспортабельности использовали модифицированные критерии шкалы RTS. Достоверность различий показателей ISS и ВПХ-П в группах транспортабельных

и не транспортабельных пациентов определяли на основании теста Манна – Уитни и методом построения таблиц сопряженности с расчетом χ^2 Пирсона. Прогностическую ценность шкал ISS и ВПХ-П определяли методом построения ROC-кривой.

Результаты исследования. У 112 (56 %) пациентов в период 24-72 часа с момента поступления была достигнута стабилизация жизненно важных функций организма и состояние транспортабельности (RTS≥6). Эвакуированы на вертолете – 21 пациент, на самолете – 8, на санитарном автомобиле класса С – 83.

Достоверность различий показателей ISS и ВПХ-П в группах транспортабельных и не транспортабельных пациентов подтверждена тестом Манна – Уитни: U_{ISS}=6470 (Z=3,80, p<0,005), $U_{ВПХ-П}$=7370 (Z=6,01, p<0,001).

Определены референтные значения шкал ISS и ВПХ-П для прогнозирования транспортабельности пациентов с политравмой: ISS<25 (χ^2=26,2; p<0,05) и ВПХ-П<16 (χ^2=36,3; p<0,05). Методом построения ROC-кривой доказано, что шкала ISS имеет среднюю прогностическую ценность (AUC=0,63), а шкала ВПХ-П – хорошую (AUC=0,73).

Выводы:

1. Для прогнозирования достижения стабилизации состояния и транспортабельности пациентов с политравмой могут быть использованы шкалы ISS и ВПХ-П.
2. Значения ISS<25 и ВПХ-П<16 можно рассматривать как критерии прогнозирования стабилизации состояния и транспортабельности пациентов с политравмой.
3. Прогностическая ценность шкалы ISS – средняя, шкалы ВПХ-П – хорошая.

Махновский А.И.[1], Эргашев О.Н.[2], Болдарян А.А.[3], Колесникова Д.В.[3], Дежурный Л.И.[4], Миннуллин Р.И.[1], Блинда И.В.[1], Лега Д.Н.[5]

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ INJURY SEVERITY SCORE ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ПРЕДОТВРАТИМОСТИ ГИБЕЛИ ОТ ТРАВМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

[1]ФГКУ «442 Военный клинический госпиталь» Минобороны России,
[2]Комитет по здравоохранению Ленинградской области,
[3]Филиал № 1 ФГКУ «111 Главный Центр судебно-медицинской и криминалистической экспертизы» Минобороны России, Санкт-Петербург;
[4]Центральный НИИ информатизации и организации здравоохранения Минздрава России, Москва;
[5] ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Травмы и разнообразные внешние причины являются одной из основных причин смертности населения. По данным отечественных и зарубежных авторов, гибель от травм на догоспитальном этапе потенциально предотвратима в 20-50 % случаях. В то же время единые критерии для определения потенциальной предотвратимости гибели еще не разработаны, соответственно представляется целесообразным использовать шкалу Injury Severity Score – ISS.

Цель исследования – обосновать целесообразность применения гипотетического метода на основании шкалы ISS для определения потенциальной предотвратимости гибели от травм на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Изучено 100 случаев гибели от травм на догоспитальном этапе с тяжестью повреждений по шкале ISS от 18 до 57. Потенциальную предотвратимость гибели определяли методом экспертных оценок с учетом мнения 10 врачей-специалистов. Достоверность различий показателей ISS в группах случаев потенциально предотвратимой и непредотвратимой гибели определяли на основании теста Манна – Уитни и χ^2 Пирсона. Для оценки качества гипотетического метода сформирована таблица сопряженности результатов экспертной оценки предотвратимости гибели с различными диапазонами ISS, определены показатели чувствительности и специфичности метода, построена ROC-кривая, произведен расчет AUC (площади под кривой).

Результаты. В 23 случаях гибель от травм на догоспитальном этапе определялась врачами-специалистами как потенциально предотвратимая, в 77 – как непредотвратимая. Достоверность различий показателя ISS между соответствующими группами подтверждена тестом Манна – Уитни ($p<0,05$). На основании анализа таблицы сопряженности результатов экспертной оценки предотвратимости гибели с показателем ISS построены кривые чувствительности и специфичности. Перекрест кривых имел место на уровне ISS=34 и условно разделил шкалу ISS на два диапазона по признаку потенциальной предотвратимости гибели ($\chi^2=15,7$; $p<0,05$). О хорошем качестве разработанного гипотетического метода свидетельствует показатель AUC=0,74.

Выводы:

1. Гипотетический метод на основании шкалы ISS может быть использован для определения потенциальной предотвратимости гибели от травм на догоспитальном этапе.
2. Тяжесть повреждений по шкале ISS менее 34 баллов может рассматриваться как критерий потенциальной предотвратимости гибели.
3. Необходимо продолжать настоящее исследование с целью расширения доказательной базы и улучшения качества метода.

Меркулов Д.С., Фисталь Э.Я.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ И ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака, Донецк

Возрастающая частота вооруженных конфликтов как на территории стран СНГ, так и за их пределами, а также развитие и совершенствование военной техники ставят перед врачами всех специальностей множество вопросов по организации и оказанию медицинской помощи как на этапах медицинской эвакуации, так и на местах оказания специализированной медицинской помощи. Особое место среди повреждений, возникающих во время военных действий, занимает минно-взрывная травма. Развивающиеся в последние годы технологии ведения боя на дальние дистанции с использованием реактивных снарядов выносят минно-взрывную травму на первое место как по частоте, так и по тяжести ранений. Организация медицинской помощи раненым с минно-взрывной травмой в условиях

локальных войн и вооруженных конфликтов продолжает оставаться весьма актуальной и недостаточно изученной проблемой.

Нами произведен сравнительный анализ пострадавших, получивших ранения в результате военного конфликта на Донбассе в 2015 году. В основную группу вошли 62 пострадавших с огнестрельным ранениями и комбинированной минно-взрывной травмой, которым при первичной хирургической обработке (ПХО) применялся метод ультразвуковой кавитации с первичной пластикой раневого дефекта. В группу сравнения вошли 33 пациента с огнестрельными ранениями и комбинированной минно-взрывной травме, которым после ПХО применяли выжидательную тактику с последующей пластикой раневого дефекта. Группы были сопоставимы по возрасту и полу, локализации и глубине поражения. Критериями сравнения были: срок поступления пострадавших, выполнение ПХО в группах до и после поступления в стационар с применением и без применения ультразвуковой кавитации, методы пластического замещения, осложнения.

Срок поступления в клинику в основной группе составил 2,32 суток, в группе сравнения – 5,83; выполнение ПХО до поступления в клинику в основной группе – 15, после поступления – 47, в группе сравнения – 28 и 5 соответственно. Методы пластического замещения в основной группе: пластика местными тканями – 20,80 %, аутодермотрансплантация – 54,30 %, пластика по Красовитову – 4,38 %, пластика лоскутами с осевым кровотоком – 12,8 %, комбинация методов – 7,68 %; в группе сравнения: пластика местными тканями – 23,80 %, аутодермотрансплантация – 53,28 %, комбинированная кожная пластика – 22,92 %, Осложнения были разделены на две подгруппы: а) ампутации конечностей и б) гнойные осложнения. В основной группе пострадавших осложнения подгруппы а) составили 5,56 %, подгруппы б) – 7,35 %; в группе сравнения – 22,86 %и 23 % соответственно.

Вывод: большое количество осложнений в группе сравнения связано с несвоевременным поступлением в клинику, неадекватно выполненной первичной хирургической обработкой ран на этапах эвакуации с развитием в дальнейшем госпитальной инфекции.

Применение ультразвуковой кавитации при первичной хирургической обработке огнестрельных ран позволяет в ранние сроки произвести пластическое закрытие ран и минимизировать осложнения.

Миннуллин И.П., Сорокин В.Г., Ходаков А.И., Федоров А.В.

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ЭЛЕМЕНТ ИХ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова», ФГБУ «Консультативно-диагностический центр» Управления делами Президента Российской Федерации,
Академия информационных технологий, Санкт-Петербург;
Республиканская станция скорой медицинской помощи Чувашской Республики, г. Чебоксары, Россия

На фоне широкого внедрения в медицинскую практику высокотехнологичных методов диагностики и лечения все более актуальным становится доведение

информации о достижениях науки и техники до конечного потребителя – практикующего врача. Развитие информационных технологий сделало потенциально возможным их применение для этих целей. Сегодня ощущается разрыв в доступности к новой медицинской информации у медицинских специалистов, проживающих в крупных центрах, и их коллегами с периферии. Поэтому наша работа представляет собой попытку применения возможностей современных телекоммуникационных технологий для доведения актуальной медицинской информации до практикующих специалистов скорой медицинской помощи, а также использование этих технологий для оценки уровня профессиональной подготовки врачей.

Мы предлагаем концепцию интернет-системы персональной информационно-методической поддержки практикующих врачей конкретного региона в процессе их профессиональной деятельности и в режиме полной самоорганизации. Технической базой системы служит веб-сайт med.testanketa.ru, разработанный Академией информационных технологий (Санкт-Петербург).

Данная система позволяет осуществлять повседневное профессиональное информирование сотрудников первичного звена учреждений здравоохранения, дистанционное консультирование каждого специалиста по его запросу, проводить анализ региональной практики медицинской помощи, тестировать через интернет медицинские кадры.

Организатор проекта (орган управления здравоохранением региона, города, района, муниципального образования либо ведущее медицинское учреждение) получает регистрацию на сайте med.testanketa.ru или оформляет аренду всего сайта, затем регистрирует на нем участников проекта – свои подведомственные организации.

Каждая медицинская организация, зарегистрировавшись на сайте, получает доступ в свой автономный интернет-офис, может создавать или использовать любые электронные анкеты и тесты, проводить через интернет информирование, опросы и тестирование удаленных респондентов (врачей, средний медицинский персонал, иные категории сотрудников).

В медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, этой работой может заниматься организационно-методический отдел или иное подразделение, на которое возложены аналогичные функции.

Анкета (тест) может быть открыта респондентом в любое удобное для него время одним щелчком мыши по ссылке, которую генерирует система при запуске процедуры опрашивания. Интернет-ссылки отправляются адресатам по электронной почте, могут быть доставлены на персональный адрес любого сотрудника.

Респонденту надо иметь лишь компьютер с выходом в интернет (планшет, смартфон). Он может находиться на рабочем месте, дома, на улице, в любом населенном пункте. Получив интернет-ссылку, респондент становится участником цепочки, в которую включены специалисты данного профиля.

Результаты анкетирования и тестирования автоматически заносятся программой в специальные отчеты, которые всегда доступны для просмотра и анализа организаторам проекта, организационно-методическим отделам.

Медицинский работник проверяет качество своей работы, выясняет, насколько правильно он обычно действует в заданных ситуациях, какие допускает

ошибки, неточности, промахи, на что мало обращает внимания. Это важнейший момент профессионального самообразования специалиста.

Разработанная система позволяет создавать и доводить до потребителя электронные тесты для оценки уровня профессиональной подготовки специалистов скорой медицинской помощи (врачей, фельдшеров, медицинских сестер). Периодически проводимое тестирование, осуществляемое через интернет, не требует больших финансовых и временных затрат, является эффективным средством поддержки необходимого профессионального уровня специалистов, обеспечивает процесс их самосовершенствования.

Принципиальным отличием тестов от анкет является то, что они, кроме рекомендованных (правильных) решений и действий, содержат и неправильные варианты – характерные ошибки, встречающиеся на практике. Нами разработаны шесть тестов, соответствующих указанным выше комплексам прикладных компетенций специалистов скорой медицинской помощи – диагностический, фармакологический, реаниматологический, манипуляционный, аппаратный и медико-тактический. С тестами можно ознакомиться на сайте med.testanketa.ru.

Организаторы проекта и руководители отдельных медицинских организаций по установленному графику осуществляют тестирование сотрудников региональной системы скорой медицинской помощи. Интернет-ссылки тестов отправляются на электронные адреса нужных сотрудников, которые выполняют тесты в рамках заданного времени.

Следует отметить, что архивирование каждым специалистом результатов своих тестирований также может играть позитивную роль в становлении специалиста в процессе его практической деятельности. В частности, работник, возвращаясь к результатам проведенных ранее тестирований, имеет возможность просматривать свои ответы, закрепляя таким образом изученный ранее материал.

Предлагаемая система интернет-поддержки специалистов скорой медицинской помощи является перспективным инструментом развития их профессиональных компетенций и повышения качества профессиональной деятельности.

Мирджалилов Ф.Х., Валиев Э.Ю., Хакимов Р.Н.

РОЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СИНДРОМОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Синдром жировой эмболии (СЖЭ) – тяжелое осложнение механической травмы, подчас приводящее к критическому состоянию больных. Единого подхода в объяснении возникновения СЖЭ на сегодня нет. Существующие концепции отражают лишь частные стороны сложного механизма формирования СЖЭ. В то же время исследователи едины в том, что развитию СЖЭ способствуют как характер, локализация, тяжесть повреждений, так и ятрогенные факторы, вызванные отсутствием четкого представления о формировании травматической болезни и единого подхода к построению лечебно-профилактических программ.

За период 2010-2016 гг. мы наблюдали 78 больных, у которых в остром периоде травматической болезни развилось осложнение в виде различных форм

синдрома жировой эмболии. Преобладали лица мужского пола – 52 (67 %), женщин – 26 (33 %), возраст пострадавших варьировал от 18 до 78 лет. У всех больных были множественные повреждения ОДА в сочетании с черепно-мозговой травмой. Сочетание повреждений органов грудной и брюшной полостей составили 50 %. Превалировали повреждения крупных сегментов конечностей. Переломы бедра отмечены у 39 больных, причем у 8 отмечено двустороннее повреждение. Переломы костей голени диагностированы у 25 больных, у 5 отмечены двусторонние повреждения. Переломы костей таза – у 22 больных; у 4 – множественные переломы ребер. У всех больных при поступлении отмечены явления шока II-III ст.

Каналы госпитализации больных, у которых развился синдром жировой эмболии на госпитальном этапе: самотеком – 40 (52 %) пациентов; по линии СМП – 29 (37 %); с направлениями из других лечебных учреждений – 9 (11 %).

Из 40 пациентов, поступивших самотеком, у 12 (28,5 %) наблюдали молниеносную клиническую форму СЖЭ, у 28 (71,4 %) – подострую. Из 38 пациентов, доставленных по линии СМП и направленных из других лечебных учреждений, у 18 (46,1 %) – подострая клиническая форма, у 20 (53,8 %) – субклиническая форма течения жировой эмболии.

У всех пациентов, поступивших самотеком без адекватной иммобилизации и транспортировки, наблюдали ярко выраженный синдром жировой эмболии. Несмотря на проведение адекватной интенсивной терапии, в результате прогрессирования явлений полиорганной недостаточности 4 больных умерли.

У 14 больных, доставленных по линии СМП, тяжелое течение жировой эмболии было связано с неадекватной иммобилизацией всех повреждений, причиной которой явилась неполноценная диагностика повреждений. Также не было проведено адекватное обезболивание (наркотическими препаратами) и инфузионная терапия.

В группе больных, доставленных с адекватной иммобилизацией и транспортировкой, на фоне инфузионной терапии, наркотического обезболивания, оксигенотерапии, клиническая картина СЖЭ протекала легче с благоприятным исходом.

Из 78 больных с синдромом жировой эмболии положительный результат получен в 66 случаях, выход больных из критического состояния и перевод в профильное отделение наблюдали в сроки от 7 до 19 суток.

Таким образом, на данном этапе развития науки с учетом роста транспортного травматизма, практикующие врачи СМП должны выработать определенную настороженность к возможности развития СЖЭ у пациентов группы риска, активно включаться в проведение профилактики, диагностики и лечения этого осложнения. Это:

– своевременное оказание квалифицированной помощи пострадавшим на месте происшествия;

– адекватная иммобилизация с применением вакуумного матраса или пневматических шин;

– щадящая транспортировка специализированным транспортом;

– ранняя адекватная, в том числе и специально ориентированная реологическая дезагрегантная инфузионная терапия;

– применение липотропных препаратов и веществ, препятствующих дезэмульгированию липидов (липостабила, спирта, являющегося чрезвычайно хорошим профилактическим и лечебным средством по отношению к СЖЭ);

– постоянный квалифицированный контроль за состоянием больных.

Длительность полноценной профилактики СЖЭ должна составлять не менее 3 дней как после травмы, так и после отсроченного оперативного вмешательства или транспортировки.

У пациентов с тяжелыми формами синдрома жировой эмболии необходимо производить раннюю стабилизацию всех повреждений ОДА, отдавая предпочтение малоинвазивным методам остеосинтеза на основе аппаратов внешней фиксации.

Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Анализ показателей использования коечного фонда крайне важен для расчета экономических показателей, характеризующих работу больницы. Для оценки влияния формирования стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП) на работу стационара выполнена сравнительная оценка показателей использования коечного фонда (на базе СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе): среднее число дней работы койки в году, средняя длительность пребывания больного на койке, оборот койки в периоды до и после формирования СтОСМП.

Расчеты выполняли с учетом: сокращения в анализируемые периоды коечной мощности стационара на 3,47 % с 835 до 806 коек; значимого увеличения числа экстренно обратившихся больных на 26,15 % с 44 939 до 56 691 чел.; существенного уменьшения числа пролеченных больных на 29,62 % с 40 059 до 30 903 и числа использованных ими койко-дней на 4,9 % с 287 565 до 273 881. После внедрения СтОСМП значимо увеличилbсь средняя суточная обращаемость (суточная пропускная способность) на 26,15 % ($p<0,05$) с 122,78±1,02 до 154,89±1,10, среднесуточная пропускная способность стационара на 100 коек на 30,69 % с 14,70 до 19,22 обращений на 100 коек в сутки.

Повышение эффективности работы госпитального этапа СМП после внедрения СтОСМП привело к росту обоснованности госпитализации и сопровождалось концентрацией в структуре пролеченных больных пациентов тяжелой и средней степеней тяжести с 25,3 % до 32,8 % (без учета больных, поступавших в психомоторном возбуждении).

Изменение структуры пролеченных больных явилось основной причиной неоднозначных результатов, характеризовавших использование коечного фонда, и свидетельствовавших о якобы снижении интенсивности работы стационарных

отделений. В связи с этим, для более точного сравнения и устранения влияния изменений структуры пролеченных больных на результаты сравнительного анализа потребовался расчет стандартизированных значений показателей использования коечного фонда с применением прямого метода стандартизации. Сравнительный анализ показателей использования коечного фонда многопрофильного стационара до внедрения СтОСМП и стандартизированных их значений после внедрения показал, что среднее число дней работы койки в году (среднегодовая занятость койки в году) увеличилось на 3,6 % с 344,39 до 356,78; средняя длительность пребывания больного на койке выросла на 21,17 % с 7,18 до 8,70 дней; оборот койки увеличился на 3,6 % с 47,97 до 49,70.

Таким образом, при практически равной коечной мощности после формирования СтОСМП достоверно улучшились показатели использования коечного фонда: увеличились среднее число дней работы койки в году, средняя длительность пребывания больного на койке (за счет концентрации в стационаре больных средней и тяжелой степеней тяжести), оборот койки, что в целом указывало на рост интенсивности использования ресурсов стационара.

Мирошниченко Ю.В.[1], Ставила А.Г.[2], Кононов В.Н.[1], Родионов Е.О.[1]

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММНО-АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА ДЛЯ УЧЕТА МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА В ВОЕННОМ ПОЛЕВОМ ГОСПИТАЛЕ

[1]ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург;
[2] Главное военно-медицинское управление МО РФ, Москва, Россия

Учет медицинского имущества (МИ) является одной из основных функций управления в системе медицинского обеспечения войск (сил) и непосредственно связан с контролем и анализом деятельности военно-медицинских организаций. Особенно велика роль учета в госпитальном звене медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ). Это обусловлено тем, что в военных госпиталях предъявляются повышенные требования к оперативности предоставления и содержанию текущей и прогнозируемой информации о наличии и движении МИ, а также к качеству отработки учетных и отчетно-заявочных документов. Помимо этого, в военных полевых госпиталях (ВПГ) существенно возрастает необходимость снижения временных затрат на выполнение стандартных учетных операций и уменьшения их трудоемкости.

Исходя из этого, специалистами Военно-медицинской академией имени С.М. Кирова (ВМедА) совместно с ООО «Специальная и Медицинская техника» и ООО «Лаборатория синтеза систем безопасности» в рамках модернизации комплектно-табельного оснащения госпитального звена медицинской службы ВС РФ разрабатывается программно-аппаратный комплекс (ПАК) для учета МИ в ВПГ, состоящий из переносного защищенного персонального компьютера с печатающим устройством и специализированного программного обеспечения (СПО).

При создании указанного ПАК использовался опыт разработки ПАК для учета МИ в войсковом звене медицинской службы, входящего в комплект МИ «Бланки и

книги медицинского учета и отчетности (войсковой) – КБК», прошедшего апробацию в ходе различных командно-штабных и тактико-специальных учений («КАВКАЗ-2016», «ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ-2016», «ОЧАГ-2016» и др.), на которых он получил высокую оценку специалистов.

Кроме того, ПАК для учета МИ в войсковом звене медицинской службы уже несколько лет активно используется в учебном процессе ВМедА при изучении вопросов медицинского обеспечения соединений и воинских частей.

Таким образом, использование ПАК для учета МИ в ВПГ позволит на качественно новом уровне решать ряд важных организационно-управленческих задач, что, в свою очередь, способствует повышению эффективности оказания медицинской помощи раненым (пострадавшим) в госпитальном звене медицинской службы ВС РФ.

Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Реутский И.А., Родионов Е.О.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОТОВНОСТИ БРИГАД СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ К ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург, Россия

Современные вооруженные конфликты и чрезвычайные ситуации характеризуются возникновением массовых санитарных потерь, в структуре которых отмечается значительное число пострадавших как с хирургической, так и с терапевтической патологией, а также с ожогами, отравлениями и т.д. К тяжелым медико-санитарным последствиям приводят и террористические акты, с которыми все чаще сталкивается мировое сообщество. При этом прослеживается тенденция к увеличению доли раненых (пострадавших) с тяжелыми и крайне тяжелыми ранениями, травмами и другими поражениями. Так, в ходе ликвидации незаконных вооруженных формирований в Чеченской Республике (1994-1996 гг.) отмечался высокий удельный вес раненых с тяжелой и крайне тяжелой патологией, который более чем в 2 раза превосходил аналогичные показатели в годы Великой Отечественной войны и в 1,5-1,6 раза, чем во время войн во Вьетнаме и Афганистане.

В этой связи для усиления войсковых этапов медицинской эвакуации и военно-медицинских организаций (ВМО) при массовом поступлении раненых (пострадавших) используются нештатные бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) и врачебно-сестринские бригады (ВСБ), формируемые крупными ВМО. Указанные бригады находятся в постоянной готовности к передислокации в заданный район авиационным, железнодорожным, автомобильным и другими видами транспорта.

Для эффективной работы БСМП (ВСБ) должны укомплектовываться не только высококвалифицированными медицинскими специалистами, но и оснащаться современными образцами медицинского имущества (МИ). Исходя из условий выполнения задач, стоящих перед БСМП (ВСБ), к их оснащению предъявляются требования, во многом схожие с требованиями по оснащению медицинских групп усиления:

– на оснащении должны быть образцы МИ, разрешенные к применению на территории РФ и доступные для закупки на отечественном рынке (приоритет при выборе МИ должен отдаваться образцам отечественного производства);

– номенклатура и количество МИ должны обеспечивать выполнение предусмотренных мероприятий с учетом стандартов и порядков оказания медицинской помощи, установленных подходов к проведению лечебно-эвакуационных и других медицинских мероприятий;

– на оснащении должны находиться максимально готовые к использованию образцы МИ, имеющие наиболее продолжительные сроки годности (эксплуатации);

– выбор медицинских аппаратов и приборов должен основываться на принципах функциональности, портативности и устойчивости при работе в неблагоприятных условиях;

– должна обеспечиваться возможность использования МИ медицинскими специалистами других министерств и ведомств;

– для упаковки МИ должна использоваться современная укладочная тара (ящики медицинские укладочные, контейнеры и др.).

Соблюдение указанных требований стало возможным благодаря преимущественному использованию для оснащения БСМП (ВСБ) сумок медицинских, комплектов МИ, наборов и укладок медицинских, принятых на снабжение ВС РФ и включенных в нормы снабжения МИ соединений, воинских частей и организаций. Они соответствуют мировым стандартам и получили высокую оценку представителей медицинских служб армий зарубежных стран. Помимо комплектов МИ, наборов и укладок медицинских для обеспечения работы специалистов БСМП предусматриваются некоторые медицинские изделия, пригодные к эксплуатации в полевых условиях.

Таким образом, реализованные в ВМедА методические подходы к оснащению БСМП (ВСБ) обеспечивают эффективность выполнения предусмотренных медицинских мероприятий независимо от условий обстановки и возникающих обстоятельств. Помимо этого, преимущественное использование сумок медицинских, комплектов МИ, наборов и укладок медицинских повышает их мобильность и слаженность, а также позволяет значительно сократить срок приведения в готовность БСМП (ВСБ) к убытию в район предназначения.

Мирсидиков М.А., Халилов А.С., Назаров Ш.М.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

Дивертикулез кишечника по праву относят к болезням цивилизации. Значительно чаще его выявляют в индустриально развитых странах, а также регионах, где преобладает так называемый западный характер питания, то есть малошлаковая рафинированная пища. Дивертикулярная болезнь толстой кишки (ДБТК) имеет широкое распространение и в общей популяции встречается в 3-5 % случа-

ев, хотя истинную частоту заболевания определить невозможно. Многие больные ДБТК не обращаются за медицинской помощью, не обследуются, поскольку клинические симптомы наблюдаются лишь у 20 %.

Нами проведен анализ результатов обследования 82 больных с различными осложненными формами дивертикулеза толстой кишки (ДТК), находившихся на лечении в отделениях экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2001-2011 гг. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке. Мужчин было 44 (53,7 %), женщин – 38 (46,3 %). Возраст больных колебался от 19 до 97 лет, при этом среднестатистический возраст составил 61,1±2,45 год. В основном преобладали пациенты старше 60 лет (54,9 %).

Больные обратились самостоятельно (53,3 %), реже по линии скорой помощи (44 %) и в единичных случаях (2,7 %) по направлению из поликлиник. Необходимо отметить, что достаточно большая группа пациентов (68,1 %) обратились в клинику на вторые и более сутки с момента начала заболевания. Это, несомненно, явилось отягощающим фоном для проведения диагностических и лечебных манипуляций, что в свою очередь усугубляло тяжесть состояния больных и оказывало влияние на результат лечения.

Из 82 больных с осложненными формами ДТК, 79 (96 %) обратились в стационар первично, и только у 3 (4 %) больных ранее имели место повторные эпизоды проявления ДТК. В направительных диагнозах 35 пациентов, доставленных машиной скорой помощи и направленных из поликлиник при первичном обращении, ни в одном случае ДТК не был указан. Больные направлялись с самыми разными диагнозами, среди которых наиболее частыми были кровотечение из ЖКТ (19), острый живот (6) и кишечная непроходимость (6).

Следует отметить, что у 96,3 % пациентов направительный диагноз решительно отличался от окончательного диагноза. Всего лишь 3 (3,7 %) больных поступили в стационар с правильными диагнозами, однако необходимо подчеркнуть, что эти пациенты с вышеуказанной патологией обращались повторно.

Таким образом, осведомленность врачей в отношении данного заболевания особенно необходима в условиях старения населения страны, изменения характера питания и увеличения распространенности дивертикулеза кишечника.

С другой стороны, возникновению ошибок способствовало как многообразие заболеваний толстой кишки и кишечных расстройств, так и отсутствие патогомоничных симптомов заболевания. Исследования показали, что тщательный анализ жалоб больных и клинических проявлений позволяет не только заподозрить дивертикулез толстой кишки, но и предположить его различные осложненные формы и целенаправленно направлять дальнейшие диагностические усилия для уточнения диагноза. Диагностика ДБТК, грамотно проводимые профилактические мероприятия позволяют избежать развития грозных осложнений, свойственных этой патологии.

Могучая О.В., Филиппов А.В., Щедренок В.В.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – оптимизировать медицинскую помощь, оказываемую медицинскими работниками линейных бригад скорой медицинской помощи (БСМП).

Проведен анализ более 6 тыс. законченных случаев оказания медицинской помощи пациентам, получившим сочетанную и множественную черепно-мозговую травму (СЧМТ), с участием персонала линейных БСМП за 2004-2006 гг. и 2014-2016 гг. Обработке были подвергнуты следующие медицинские документы: карты вызовов скорой медицинской помощи (СМП), сопроводительные талоны СМП, истории болезни стационаров, протоколы судебно-медицинского исследования. На следующем этапе произведена идентификация документов на одно лицо. Проанализировали медицинскую документацию 25 подстанций СМП и 12 стационаров Санкт-Петербурга, использовали данные городского бюро судебно-медицинской экспертизы.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в мегаполисе, каким является Санкт-Петербург, догоспитальную медицинскую помощь при СЧМТ в значительной части наблюдений (61,9 %) осуществляют линейные врачебные и фельдшерские БСМП. Исследование показало, что время доезда таких бригад до места вызова составляет от 7,3 до 12,3 мин (в среднем 9,8±2,5 мин), а продолжительность работы с пострадавшим – от 30,9 до 56,3 мин (в среднем 43,6±12,7 мин). В подавляющем большинстве наблюдений (83,3 %) бригады укладываются в так называемый «золотой час».

В процессе сравнительной оценки степени тяжести отдельных составляющих СЧМТ, выполнена статистическая обработка неколичественных данных относительно этих повреждений на основе автоматизированного кластерного анализа. Полученные результаты позволили предложить схему, основанную на балльной оценке имеющихся у пострадавшего повреждений для установления их потенциальной шокогенности. Эта схема позволяет быстро и с высокой степенью достоверности ($p<0,005$) дать оценку наличию и степени шока, основываясь на локализации имеющихся и доминировании каких-либо повреждений (патент на изобретение № 2400128).

Данные исследования позволяют сделать вывод о том, что мероприятия, позволяющие оптимизировать и совершенствовать медицинскую помощь пациентам, получившим СЧМТ, должны быть многокомпонентными, при этом базовым может стать систематическое повышение знаний линейных бригад путем обучения на рабочем месте в специализированных бригадах и в центрах политравмы, а также в учреждениях последипломного обучения.

Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Авазов А.А., Карабаев Б.Х., Хусаинова Ш.К.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Введение. В структуре травматизма мирного времени закрытые повреждения живота составляют 2-4 % всех травматических повреждений и являются одним из трудных разделов экстренной хирургии, как в диагностическом, так и в тактическом отношении. Летальность при изолированных повреждениях органов брюшной полости достигает 20-25 %. В случаях, когда травма органов брюшной полости сочетается с повреждением других областей тела (черепа, груди, таза, позвоночника), летальность возрастает до 50-70 %.

Цель исследования – изучить состояние гемостаза у больных с сочетанной травмой.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 602 пострадавших с закрытой травмой груди, поступивших в отделение торакоабдоминальной хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП в 2004-2015 гг. Среди больных с закрытой травмой грудной клетки и живота у 295 (49 %) травма была сочетанной, у 307 (51 %) – изолированной. Мужчин было 377, женщин – 225, в возрасте от 15 до 80 лет. Среди этиологических факторов повреждений основу составляли различного рода падения, которые явились причиной травмы у 444 человек (68 %), у 102 пострадавших (17,1 %) имелись прочие травмы.

Локализация повреждения: слева – у 313 (52,1 %) пострадавших, справа – у 225 (37,5 %), у 67 (11,2 %) – двусторонние повреждения. Легкие были повреждены у 153 (25,4 %). Наиболее частым осложнением закрытой травмы груди был пневмоторакс – 152 больных, в 64 наблюдениях – гемопневмоторакс. У 8 пострадавших встречались ушибы сердца, в том числе у 6 – ишемическая форма, у 2 – аритмическая. У 4 пострадавших – разрыв бронха, у 3 – перикарда.

Сочетанная травма (груди и живота) имелась у 256 (42,5 %) человек, при этом политравма (повреждение 3-х и более анатомических областей) – у 36 (6 %). Наиболее часто наблюдались сочетания с тяжелой черепно-мозговой травмой (у 50), переломами грудного отдела позвоночника (у 38), переломами костей верхней конечности (у 35), нижних конечностей (у 27) и переломами костей таза (у 2). У 8 больных выявлен разрыв купола диафрагмы с эвентрацией органов брюшной полости в грудную клетку; у 18 больных – обширная внутрилегочная гематома, сопровождающаяся кровохарканьем. Также выявлены разрывы главного бронха (у 4) и пищевода (у 8).

У 44 больных выявлены грудно-брюшные повреждения: разрывы кишечника (у 20), печени (у 11), селезенки (у 8), брыжейки кишечника с забрюшинной гематомой (у 5).

Результаты. У больных с сочетанной травмой в послеоперационном периоде оценивали комплекс гемореологических параметров: вязкость крови и плазмы, гематокрит, концентрацию гемоглобина и белков плазмы, деформируемость и аг-

регацию эритроцитов, адгезию лейкоцитов. Исследовали состояние коагуляционного, тромбоцитарного гемостаза и ряда антикоагуляционных показателей крови.

В результате наших исследований установлено, что у 88 % пациентов после перенесённой травмы и операции ухудшение показателей коагуляционного гемостаза не наступало. У 17 % больных имело место повышение спонтанной агрегации тромбоцитов. У больных, перенесших травму в сочетании с кровопотерей, наблюдалось состояние гипокоагуляции.

Однако у 8 % больных при наличии перитонита, послеоперационного панкреатита наблюдались значительные изменения коагуляции, что является предпосылкой формирования острой эмболии или тромбоза. У этих пациентов выявлено повышение вязкости крови, агрегация эритроцитов увеличивалась на 35 %, степень адгезии лейкоцитов – на 40-45 %, спонтанная агрегация тромбоцитов возрастала в 2-3 раза. Развившийся синдром гипервязкости крови оказывает неблагоприятное воздействие на тканевую перфузию. Известно, что возрастание агрегации эритроцитов затрудняет диффузионный перенос кислорода из крови в ткань, а повышение степени адгезии лейкоцитов и спонтанной агрегации тромбоцитов увеличивает сопротивление кровотоку на уровне микроциркуляции и способствует тромбообразованию. В данных условиях мы осуществляли дифференцированный подход к профилактике острого тромбоза:

1. При нарушении коагуляционного звена гемостаза использовали прямые и непрямые антикоагулянты в сочетании с декстранами или инфуколом, рефортаном.

2. При имеющейся активизации тромбоцитарного звена гемостаза мы применяем сочетание антифосфодиэстеразных препаратов с блокаторами кальциевых каналов в комплексе с инфузионной терапией.

3. Недостаточная концентрация или слабая активность антитромбина III купировалась введением свежезамороженной плазмы с гепарином.

4. Тяжелая интоксикация в сочетании с явлениями гемореологической недостаточности корригировалась плазмаферезом в комплексе с экстракорпоральной тромболейкосупрессией.

Выводы. Предложенный подход позволяет селективно и действенно купировать явление гиперкоагуляции и осуществлять эффективную профилактику послеоперационных тромбозов у больных с сочетанной травмой.

Набиев А.А., Махамадаминов А.Г., Тиляков А.Б.

ТЯЖЕСТЬ ШОКА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ЕЁ ОЦЕНКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкентский институт усовершенствование врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

С помощью ретроспективного анализа данных первичного осмотра по историям болезни 224 пациентов с политравмой, доставленных машинами скорой медицинской помощи на стационарное лечение в отдел сочетанных повреждений РНЦЭМП, нами разработана достоверная балльная шкала оценки тяжести шока у больных с политравмой на догоспитальном этапе экстренной медицинской помощи.

Анализ данных проводился раздельно в группах пациентов, у которых согласно первичному осмотру по данным историй болезней были установлено наличие шока легкой (42), средней тяжести (68) и тяжелой (114 больных) степеней.

Для разработки балльной шкалы оценки тяжести шока у больных с политравмой мы выделили 12 объективных критериев: объем кровопотери, объем повреждений, уровень угнетения сознания пациента, глубина комы по шкале Глазго, систолическое давление, частота пульса и дыхания в минуту, время восстановления микроциркуляции, окраска кожи и лица, показатель Альговера, а также психическое состояние пациента.

Статистическую достоверность выделенных критериев в оценке тяжести шока рассчитывали путем определения значения χ2 раздельно по трем степеням тяжести шока. При этом его критическое значение составляло 3,84; превышение χ2 рассчитанных показателей критического значения оценивалось нами как свидетельство статистической достоверности их различий. В итоге все 12 критериев оценки тяжести шока оказались статистически достоверными.

В последующем выделенные критерии по степени их выраженности в логической последовательности были разделены в определенный ряд с проведением математической обработки последних. Для этого нами каждому критерию в зависимости, во-первых, от степени его выраженности, во-вторых, от степени его достоверности (значение χ2) присваивался балл от 1 до 3. При этом мы строго придерживались правила: чем больше степень выраженности и соответственно значение χ2, тем выше балл получал тот или иной критерий. Их сумма свидетельствует о тяжести шока. Для объективной оценки тяжести шока у больных с политравмой мы суммировали все полученные баллы. При этом сумма баллов у 12 достоверных критериев оказалась равной 36,0. На основании полученной суммы мы разработали градации оценки тяжести шока у больных с политравмой: сумма баллов до 9,2 – шок первой степени, от 9,2 до 18,4 – шок второй степени, от 18,4 до 36,0 – шок третьей степени.

Результаты проведенных нами проспективных исследований у 224 больных с политравмой свидетельствуют о том, что предложенная балльная шкала оценки тяжести шока обладает высокими показателями чувствительности (в среднем 77,8 %), специфичности (в среднем 78,3 %), общей точности (в среднем 80,8 %) и вполне соответствует требованиям практической экстренной медицины.

Налапко Ю.И., Гаргат Е.А., Ткачева М.Ю., Стадник А.Д., Оберемок С.Е.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВАНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ DIFFICULT AIRWAY SOCIETY 2015

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»,
г. Луганск, Украина

Проблема обеспечения проходимости верхних дыхательных путей на догоспитальном этапе является приоритетной и должна быть решена в минимальные сроки. Трудная интубация трахеи – клиническая ситуация, когда необходимо более 4 попыток стандартной ларингоскопии или более 5 мин для достижения правильного положения эндотрахеальной трубки. Частота встречаемости трудной

интубации трахеи в педиатрической практике составляет 1 : 2000 - 1 : 2500 случаев. Проблема достижения адекватного газообмена всегда актуальна, поскольку от правильного предупреждения критической гипоксии напрямую зависит качество и конечный результат оказания медицинской помощи пациентам.

Данные тезисы освещают новые рекомендации «Общества по проблемам трудных дыхательных путей» (Difficult Airway Society – DAS) от 2015 года и являются попыткой адаптировать вышеназванные мировые стандарты и рекомендации к практике скорой медицинской помощи.

К предикторам трудной интубации у детей с высокими прогностическими результатами относят: способность к выдвижению нижней челюсти вперед, классификация Mallampati, в сочетании с подвижностью в атланто-затылочном сочленении, маленькая нижняя челюсть и маленькое тиреоментальное расстояние, увеличенный язык. Другими факторами риска являются: возраст менее одного года, ожирение (индекс массы тела ≥ 35), ЛОР-операции и травмы лица в анамнезе. Трудную интубацию также следует ожидать при ряде врожденных синдромов: Пьера Робена, Гольденхара и др.

Оптимизация алгоритма действий при трудной интубации трахеи у детей:

Шаг А. Существуют четыре попытки прямой ларингоскопии с последующей интубацией. Оптимизация положения головы пациента, наружные манипуляции на гортани, выполнение BURP-маневра способствуют выполнению данного алгоритма.

Шаг Б. При невозможности интубации трахеи, необходимо использовать, но не более 3 раз Supraglottic Airway Device (SAD). При успешной постановке – интубация через SAD. При безуспешности выполнения алгоритма и прогрессирующей десатурации ребенка (SpO_2 ≤ 80 %) необходимо перейти к реализации алгоритма «не могу интубировать, не могу оксигенировать».

Таким образом, перед принятием решения о переводе ребенка на ИВЛ и попыткой интубации трахеи следует оценить наличие предикторов трудной интубации, принять меры к их устранению и, если это возможно, иметь резервный план действий.

Некрасов А.А., Савельев О.В., Некрасова Е.А., Фёдорова О.В.

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОШОКОВОГО КОСТЮМА «КАШТАН» НА ЭТАПЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ

ГБУЗ СО «Тольяттинская станция скорой медицинской помощи»,
г.о.Тольятти, Россия

Цель исследования: изучить результаты применения противошокового костюма (ПШК) «Каштан» пострадавшим с травматическим шоком.

Материал и методы: карты вызовов ГБУЗ СО Тольяттинской Станции Скорой Медицинской Помощи (ТССМП) к пострадавшим с множественными, сочетанными и изолированными травмами с клиникой травматического шока.

Противошоковый костюм «Каштан» (ПШК «Каштан») предназначен для предотвращения и купирования травматического и геморрагического шока.

Стандарт оказания помощи пострадавшим с клиникой шока, действующий в ГБУЗ СО ТССМП дополнен противошоковым костюмом (ПШК) «Каштан».

В настоящее время насчитывается 173 случая применения ПШК «Каштан» при травматическом и геморрагическом шоке на этапе скорой помощи г.о. Тольятти.

Показатели гемодинамики пострадавших:

1) травматический шок I ст. наблюдался у 14 пострадавших, АДс 90 мм рт. ст., шоковый индекс Альговера (ШИА) 0,8-1,0;

2) травматический шок II ст. – у 53 пострадавших, АДс 70-90 мм рт.ст., ШИА 1,1-1,5;

3) травматический шок III ст. – у 96 пострадавших, АДс 50-70 мм рт.ст. и ниже, ШИА > 1,5;

4) терминальное состояние – у 10 пострадавших. АДс не определялось, ШИА > 2.

Оценка сознания по шкале Глазго: 20 человек в коме I ст., 37 человек в коме II ст.,16 человек в коме III ст. Тяжесть состояния обусловлена ЧМТ. SpO_2 у всех пострадавших от 70 до 92 %. Всем пострадавшим проведена инфузионная терапия (ИТ): от 500,0 до 2000 ml кристаллоидов и коллоидов.

Результаты. Чаще АД корригировалось после компрессии ножных секций ПШК до 80-100 мм рт. ст. и после инфузии кристаллоидов в объёме до 800 ml, что наблюдалось у 133 (77 %) пострадавших. У 24 пострадавших потребовалась инфузия сред в объёме 1000,0-1500,0 ml, а также в 16 случаях – ИТ общим объёмом больше 2500,0 ml (кататравма). Гормоны назначались в 55 % случаев (90 человек), вазопрессоры – в 29 % случаев (46 человек), до стабилизации АД. Наркотические анальгетики назначались пострадавшим с болевым синдромом.

Выводы. Применение ПШК «Каштан» на догоспитальном этапе, в контексте оказания помощи пострадавшим с травматическим шоком, позволяет стабилизировать гемодинамику, осуществить транспортировку и иммобилизацию, перевести декомпенсированный шок в субкомпенсированный.

Новикова Н.П., Авраменко Т.В.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

Артериальная гипертензия (АГ) является самым распространенным хроническим неинфекционным заболеванием в Республике Беларусь (РБ), составляя до 30-40 % во взрослой популяции. При этом в нашей стране сохраняется устойчивая тенденция неуклонного роста числа вызовов скорой медицинской помощи (СМП) по поводу гипертонических кризов (ГК), большинство из которых являются неосложненными. В структуре вызовов по поводу болезней системы кровообращения АГ в 2016 году составила 50,5 %, постепенно увеличиваясь (в 2015 г. – 49,9 %). В связи с ведущей ролью симпатической гиперактивности в развитии АГ и ГК в последнее время в клиническую практику активно внедряются симпатолитики нового поколения, такие как моксонидин, заменивший «старые» центрально действующие клонидин и метилдопу. По данным многочисленных двойных слепых рандомизированных исследований, моксонидин по антигипертензивной эффек-

тивности не уступает и диуретикам, и бета-адреноблокаторам, и антагонистам кальция, и ингибиторам ангиотензинпревращающих ферментов, а по переносимости достоверно превосходит прежние препараты центрального действия. Моксонидин обладает низкой аффинностью к альфа$_2$-адренорецепторам в стволе мозга, вследствие чего значительно снижается риск развития побочных эффектов, таких как седативное действие и сухость во рту. В терапевтических дозах моксонидин лишен побочных эффектов и вызывает дозозависимое снижение АД без развития синдрома отмены, свойственные клонидину. Моксонидин снижает уровень ренина, ангиотензина II и альдостерона в плазме крови, усиливает натрийурез, что связано со стимуляцией имидазолиновых рецепторов почек. Данные эффекты имеют особое значение, так как уменьшение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) предупреждает развитие и прогрессирование ремоделирования сердца и сосудов.

Снижение гиперактивности симпатической нервной системы на фоне лечения моксонидином сопровождается повышением чувствительности тканей к инсулину, улучшением углеводного и липидного обменов, в частности, снижением уровня глюкозы плазмы крови и лептина сыворотки крови.

Положительное влияние моксонидина на углеводный и липидный обмены делает его препаратом выбора для длительного лечения АГ у пациентов, страдающих сахарным диабетом и метаболическим синдромом.

Важно отметить стабильность антигипертензивного действия моксонидина – отношение остаточного снижения АД к максимальному снижению АД – этот показатель должен быть не менее 50 %, у моксонидина он составляет 70 %. Препарат обеспечивает как краткосрочный (в основном за счет воздействия на симпатические центры головного мозга), так и долгосрочный контроль АД (за счет подавления выброса ренина и улучшения экскреторной функции почек).

Таким образом, оказание эффективной и в то же время безопасной неотложной терапии пациентам с АГ и ГК остается актуальной проблемой реальной клинической практики, требующей постоянного анализа и усовершенствования. В связи с появлением новых антигипертензивных препаратов и результатов рандомизированных многоцентровых исследований, внедрение их в практику, несомненно, будет способствовать улучшению прогноза и качества жизни пациентов с АГ. Внедрение новых организационных форм – переадресация неотложных вызовов, связанных с неосложненными ГК и хронической плохо контролируемой АГ на амбулаторно-поликлинические учреждения здравоохранения, активизация работы «школ АГ» в поликлиниках, более широкое внедрение новых препаратов и их рациональных сочетаний позволит «разгрузить» службу СМП от несвойственных ей функций.

Новикова Н.П., Авраменко Т.В., Удот П.С., Филинов С.В.

СЛУЖБА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ В 2016 ГОДУ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Городская станция скорой медицинской помощи,
Минск, Республика Беларусь

В 2016 году служба скорой медицинской помощи Республики Беларусь (РБ) была представлена 24 станциями, 40 подстанциями, 111 отделениями, 92 постами скорой медицинской помощи (СМП). В РБ работали 861,48 бригада, из них 99,55 – врачебные общепрофильные, 171,25 – специализированные, 590,68 – фельдшерские. Удельный вес врачебных бригад в среднем по стране составил 31,4 %: от 19,3 % в Могилевской области до 42,5 % в Гродненской.

В 2016 году в РБ зарегистрировано 340,3 обращений на 1000 населения за скорой медицинской помощью, что на 1,6 % меньше по сравнению с 2015 годом (345,9 на 1000 населения). Число выездов бригад СМП, по сравнению с 2015 г., уменьшилось на 2,21 %: в 2015 г. – 2 966 254, в 2016 г. – 2 914 284 выезда. В пересчете на 1000 населения число выездов уменьшилось с 313,3 до 306,4. Процент пациентов, доставленных бригадами СМП в больничные организации, составил в среднем по РБ 31,3 %, а госпитализированных от числа доставленных – 72,6 %. Расхождения диагнозов бригад СМП и приемных отделений стационаров выявлены в 0,7 % случаев.

В структуре вызовов бригад СМП по нозологии в 2016 году традиционно на 1-м месте находились болезни системы кровообращения – 35,3 % (2015 г. – 34,9 %); на 2-м – заболевания дыхательной системы – 15,7 % (2015 г. – 15 %); на 3-м – травмы и отравления – 8,3 % (2015 г. – 8,5 %), на 4-м – болезни органов пищеварения – 7,2 % (2015 г. – 7,4 %); на 5-м – психические расстройства и расстройства поведения – 5,4 % (2015 г. –5,8 %), на 6-м – симптомы, признаки и отклонения от нормы – 4,6 % (2015 г. – 4,5 %), на 7-м – болезни нервной системы – 4,1 % (2015 г. – 4 %), на 8-м – болезни мочеполовой системы – 3,1 % (2015 г. – 3,1 %). Всего за 2016 г. бригадами СМП обслужено пациентов на 1,5 % меньше по сравнению с 2015 г. Уменьшилось число обслуженных пациентов по следующим классам заболеваний: психические расстройства и расстройства поведения на 8,4 %; болезни органов пищеварения на 4,5 %, травмы и отравления на 4,2 %; болезни мочеполовой системы на 3,8 %; симптомы, признаки и отклонения от нормы на 0,6 %; транспортировка на 3,2 %. Особенно значительно уменьшилось число лиц, обслуженных по поводу обезболивания (на 46,4 %), что связано с активизацией бригад неотложной медицинской помощи (НМП) в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения (АПО).

Центральной проблемой службы СМП остается кадровый дефицит и не укомплектованность выездных бригад, что ухудшает показатели оперативности и качества оказания СМП. Так, укомплектованность службы врачебными кадрами в 2016 году несколько улучшилась и составила в среднем 71,1 % (в 2014 г. – 66,9 %; в 2015 г. – 68,8 %), фельдшерами – 84,6 %. С целью оптимизации работы службы СМП в территориальных амбулаторно-поликлинических организациях организована работа бригад НМП для обеспечения оказания медицинской помощи

по неотложным вызовам, переданным диспетчерской службой СМП. В соответствии с планами ежегодно для комплектации бригад СМП осуществляются закупки медицинской техники, работающей автономно. Финансирование закупок медицинского оборудования осуществляется в рамках реализации Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016-2020 годы». За 2016 год в ходе реализации программы закуплено 64 электрокардиографа, 64 дефибриллятора, 8 транспортных аппаратов ИВЛ, 31 кислородный ингалятор, 60 пульсоксиметров, 82 небулайзера. Тем не менее удельный вес оборудования со сроком эксплуатации более 5 лет для ЭКГ-аппаратов составил 46 % (потребность в 285 шт.); дефибрилляторов – 44,6 %, (потребность – 336 аппаратов). Потребность в аппаратах ИВЛ составляет 131 единицу, в аппаратах для оксигенотерапии – 112 единиц.

Новикова Н.П.[1], Грачев С.Ю.[1], Суковатых А.Л.[1], Куриленко Е.Х.[1], Романовский Е.В.[1], Горбач А.Е.[1], Шиманский И.Е.[2]

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

[1]ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
[2]Больница скорой медицинской помощи,
Минск, Республика Беларусь

Введение. Сочетанная травма в Республике Беларусь является основной причиной инвалидизации взрослого населения и причиной смерти №1 у детей и лиц до 35 лет. В г. Минске больные с травмами составляют до 25 % от всех госпитализируемых. Лица пожилого и старческого возраста, число которых колеблется от 15 % до 20 %, представляют собой группу повышенного риска, т.к. дают наиболее высокий процент осложнений и неблагоприятных исходов.

Цель работы – предложить алгоритм действий врача на догоспитальном этапе при оказании помощи пожилым пациентам с сочетанной травмой.

Материал и методы. Анализ 150 историй болезни лиц пожилого и старческого возраста, доставленных бригадами СП в отделение сочетанной травмы ГК БСМП г. Минска в 2016 году.

Результаты и обсуждение. Основной причиной получения сочетанной травмы являются ДТП, а также падение с высоты.

Диагностику и лечение проводят по принципу приоритетности:

– высшая степень приоритетности: дыхание, сердечно-сосудистая система, тяжелые кровотечения, тампонада перикарда;

– средняя степень: шок, внутренние кровотечения, ЧМТ, повреждения спинного мозга, перелом позвоночника, ожоги;

– низкая приоритетность: переломы костей, повреждения мышц и периферических нервных стволов, урогенитальные травмы.

При лечении пожилого пациента с сочетанной травмой перед врачом первого контакта стоят следующие задачи:

1. Лечение острой дыхательной недостаточности. Именно гипоксия служит причиной летального исхода у 30 % больных с сочетанной травмой. Интубация

или постановка ларингеальной маски существенно снижает летальность и риск развития аспирации крови или желудочного содержимого.

2. Инфузионная терапия. Для стабилизации гемодинамики используются кристаллоидные (физиологический раствор, раствор Рингера) и коллоидные растворы (6 % раствор гидроксиэтилкрахмала (HAES)). Стартовым раствором является кристаллоид в дозе не менее 20 мл/кг быстро внутривенно капельно за 20-30 минут однократно или двукратно. Опасность «перегрузки объемом» у пожилых больных несколько преувеличена, однако необходимо учитывать частое наличие у данных пациентов сопутствующей кардиальной патологии. Объем инфузии в течение первого часа не должен превышать 30-35 мл/кг.

3. Введение симпатомиметиков. Вопрос о дозировке должен решаться каждый раз индивидуально, методом титрования с помощью шприцов-дозаторов. Скорость инфузии дофамина не должна превышать 10-15 мкг/кг/мин.

4. Обезболивание. Вопрос о целесообразности обезболивания пожилых больных, находящихся без сознания, остается спорным, ибо основным приоритетом является борьба с гиповолемическим шоком. Находящимся в сознании пациентам со стабильной гемодинамикой необходимо проводить обезболивание и/или седацию. Рекомендуется введение наркотического аналгетика и бензодиазепина. Наилучшим сочетанием является применение фентанила в дозе 1,5-2,0 мкг/кг и дормикума (мидазолама) в дозе 0,07-0,10 мг/кг. Проведение обезболивания и седации предполагает наличие аппаратуры по поддержанию проходимости дыхательных путей и умение врача скорой помощи им пользоваться.

Выводы:

1. Адекватная диагностика и проведение интенсивной терапии у пострадавших с сочетанной травмой на догоспитальном этапе – основа успеха.

2. Обязательными условиями подготовки пожилого больного к транспортировке является проведение комплекса интенсивной терапии на месте обнаружения.

Нуриева Э.Г., Петров Г.И., Шигапов Б.Г.

СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ПОДГОТОВКА К МЕРОПРИЯТИЯМ ЧЕМПИОНАТА МИРА ПО ФУТБОЛУ 2018

Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
г. Казань, Россия

В 2018 году в г. Казани ожидается проведение Чемпионата мира по футболу, которое будет сопровождаться значительным притоком участников и гостей международного спортивного праздника. Хроника последних лет демонстрирует повышенную активность террористических организаций и их внимание к массовым мероприятиям, примерами которых могут служить теракты в Ницце и Берлине (2016 г.). Сотрудники службы медицины катастроф не в состоянии предотвратить подобные происшествия, так как предназначение службы – ликвидация медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе терактов.

План медицинского обеспечения мероприятий с массовым скоплением населения можно разработать лишь при наличии точной информации о местах и усло-

виях проведения мероприятий, ожидаемом количестве людей, времени года и ожидаемых погодных условиях.

Составные части Плана медицинского обеспечения следующие:

1. Наличие медицинского пункта с обязательным размещением указателей о его местонахождении. Сотрудники охраны и полиция должны быть точно информированы о местонахождении медпункта.

2. В непосредственной близости от места проведения мероприятия должна находиться в дежурном режиме машина с бригадой скорой медицинской помощи. Ее местонахождение и порядок связи должны быть известны сотрудникам охраны и медперсоналу медицинского пункта.

3. По согласованию с руководством ГИБДД, определяются маршруты, поддерживаемые сотрудниками ГИБДД в проезжем состоянии.

4. Руководство Полиции общественной безопасности выделяет ответственного офицера, который обеспечивает централизованное взаимодействие сотрудников МВД и медработников.

5. Создается необходимый резерв службы медицины катастроф. Резервируются койки в крупных многопрофильных стационарах (БСМП, РКБ).

6. При участии государственных и политических деятелей, вся схема медицинского обеспечения координируется с контртеррористическим отделом УФСБ РФ по РТ.

7. Все детали медицинского обеспечения утверждаются Приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Подобная принципиальная схема организации медицинского обеспечения продемонстрировала повышение возможностей своевременного реагирования на возникающие ЧС.

Пенюгина Е.Н., Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р.

ДИНАМИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕК СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Утверждение приказа Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» позволило инициировать процесс формирования коечного фонда стационарных отделений скорой медицинской помощи (СтОСМП) для реализации новых функций динамического наблюдения и краткосрочного лечения. С целью анализа использования коек скорой медицинской помощи (СМП) выполнено исследование данных годовой формы №30 федерального статистического наблюдения «Сведения о медицинской организации», утвержденной приказом Росстата от 04.09.2015 № 412 «Об утверждении статистического инструментария для организации МЗ РФ федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения», в Санкт-Петербурге с 2012 г. по 2015 г.

Выяснено, что за изучаемый период произошли значительные изменения. Выросло число коек СМП: с 40 коек в 2012 г. до 141 койки в 2015 г. Удельный вес

нового типа коек в коечном фонде Санкт-Петербурга увеличился в 3,42 раза с 0,12 % в 2012 г. до 0,41 % в 2015 г., а число пролеченных больных – в 7,4 раза с 2180 чел. в 2012 до 16051 чел. в 2015 г.

Значительно изменились показатели использования коек СМП за период исследования. Среднегодовая занятость коек СМП сократилась с 435,8 в 2012 г. до 173,8 в 2015 г., средняя длительность пребывания больного – с 6,8 в 2012 г. до 1,3 дней в 2015 г. Выросла интенсивность работы коек (оборот койки) с 54,7 в 2012 г. до 113,9 в 2015 г. Исследование числа умерших на койках СМП и расчет показателя летальности выявили значительное снижение с 0,35 % в 2012 г. до 0,04 % в 2015 г.

Таким образом, с момента введения в номенклатуру коечного фонда коек СМП суточного и краткосрочного пребывания их число увеличилось. Отмечается снижение среднегодовой занятости коек и длительности пребывания больного на койке, которые изначально превышали известные нормативы для первого показателя 330-340 дней, для второго – 3 койко-дня, и рост интенсивности использования коек СМП до 113 пролеченных больных на 1 койко-место. При этом качество оказания помощи улучшилось, о чем свидетельствует снижение уровня летальности среди пролеченных на койках СМП.

Пенюгина Е.Н.[1,2], Багрецова И.А.[1,2], Барсукова И.М.[2,3], Вишняков Н.И.[1,2]

АКТУАЛЬНОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

[1] ФГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,
[2]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
[3]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Совершенствование качества и доступности специализированной дерматовенерологической медицинской помощи больным с заболеваниями кожи в стационаре скорой помощи является весьма актуальной проблемой. При этом необходимо отметить, что у больных с сопутствующими кожными болезнями структура основных диагнозов, послуживших причиной госпитализации, заметно отличается от таковой у больных без дерматовенерологической патологии. Среди больных с кожными заболеваниями наблюдается более высокий показатель оперативной активности (88,3 %) по сравнению со средним показателем по стационару (33,9 %). О тяжести течения заболевания у них свидетельствует и высокий показатель летальности (23,8 %). Средняя длительность пребывания в стационаре (14,1 дня) в группе больных с кожными заболеваниями достоверно выше, чем у пациентов без дерматовенерологической патологии (12,4 дня). Этот показатель связан, прежде всего, с возрастом больных и основным диагнозом, послужившим причиной госпитализации. В группе больных, имеющих сопутствующие кожные заболевания, наблюдается высокая потребность в различных лабораторно-диагностических исследованиях (около 50 исследований на одного больного за период госпитализации). Кожные заболевания у пациентов, требующих

экстренной медицинской помощи, либо сами являются тяжелыми и ведут к неблагоприятному исходу лечения, либо существенно утяжеляют течение основного заболевания. Лечение пациентов с сопутствующей кожной патологией требует существенных ресурсных затрат. Необходима консультативная специализированная дерматовенерологическая медицинская помощь пациентам с сопутствующей кожной патологией.

Перегудов С.И., Косачев А.В.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ЗАЛУКОВИЧНЫМИ ЯЗВАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург, Россия

Важнейшим критерием эффективности хирургического лечения язв, осложненных кровотечением, является летальность. Нами был проведен сравнительный анализ летальных исходов 66 больных с язвами постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, находившихся на лечении в клинике хирургии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 2000 по 2007 годы.

Для удобства сравнения все пациенты в зависимости от метода лечения нами были распределены на три группы:

1 – оперированные в ближайшие часы после начала заболевания или поступления в стационар;

2 – оперированные после рецидива кровотечения в стационаре;

3 – пролеченные консервативно.

В соответствии со сложившейся в нашей клинике тактикой, неотложным оперативным вмешательствам подвергаются больные: с сочетающимися клиниками желудочно-кишечного кровотечения и острого живота, продолжающимся кровотечением, неустойчивым гемостазом и высоким риском рецидива кровотечения. При поступлении всем больным, за исключением больных с клиникой острого живота, сначала предпринимается попытка эндоскопического гемостаза на фоне проводимой консервативной терапии. Безуспешность консервативного лечения также служит поводом к неотложному оперативному вмешательству. Эта категория больных вошла в первую группу. Во вторую группу вошли больные, у которых на фоне успешно проводимой консервативной терапии возник рецидив кровотечения в стационаре и они подверглись неотложному оперативному лечению. Третью группу составили больные успешно прошедшие курс консервативной терапии.

В первой группе отмечалось наибольшее количество умерших – 9 больных. Из них 7 больных находились в тяжелом и крайне тяжелом состоянии и получали интенсивную терапию по поводу основного заболевания, ставшего причиной обострения болезни и развития её осложнений. 2 больных имели сопутствующие заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы и возраст старше 70 лет. У них язвенная болезнь проявилась несколькими осложнениями: в одном случае − кровотечением из залуковичной язвы на фоне декомпенсированного стеноза,

а в другом − кровотечением и перфорацией на фоне субкомпенсированного стеноза и сопутствующей язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Летальность по группе составила 34,6 %.

Во второй группе из 19 больных умерло 4 . Самый молодой из них имел возраст 62 года, а средний возраст составил 73,2 года. Все они имели заболевания сердечно-сосудистой системы, которые на фоне острой кровопотери привели к развитию острой сердечно-сосудистой недостаточности в раннем послеоперационном периоде. Летальность – 20,1 %.

В третьей группе из 21 больного, пролеченных консервативно, умер 1, поступивший переводом из другого стационара в терминальном состоянии на фоне крайне тяжелой кровопотери. Летальность – 4,8 %.

Средний показатель летальности при залуковичной язве, осложненной кровотечением, составил 21,5 %.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у больных с залуковичными язвами двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением, показатель летальности остается достаточно высоким − 21,5 %, по сравнению с 12,7 % при язвах других локализаций. Однако дальнейшее совершенствование методики эндоскопического гемостаза в сочетании с консервативной терапией позволят, на наш взгляд, добиться снижения этого показателя.

Перегудов С.И., Синенченко Г.И., Ромашкин-Тиманов М.В., Вербицкий В.Г., Попенко Л.Н., Коновалов С.В.

К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург, Россия

В последние годы серьезной проблемой стала прогрессирующая устойчивость штаммов микроорганизмов к применяемым в клинике антибиотикам.

Изучены результаты 152 бактериологических исследований экссудата из брюшной полости при перитоните, источниками которого в 76 случаях был червеобразный отросток, в 26 – перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, в 24 – поджелудочная железа, в 20 – желчный пузырь и желчевыводящие пути, в 10 – кишка при острой кишечной непроходимости, в 12 – толстая кишка, в 5 – тонкая кишка и в 1 случае – культя двенадцатиперстной кишки. Исследования выполнены в бактериологической лаборатории СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ.

Возбудителями внутрибрюшной инфекции оказались *E. coli* (39,5 % случаев), *S. aureus* (19,7 %), *Pseudomonas spp.* (12,5 %), *Enterobacter spp.* (11,8 %), *Enterococcus spp.* (7,2 %) и *Klebsiella spp.* (6,6 %). Обнаружено, что наиболее активными антибиотиками против грамотрицательной флоры являются ципрофлоксацин и цефотаксим. Так, к ципрофлоксацину штаммы *E.coli* проявили чувствительность в 82,2 % случаев, умеренную устойчивость – в 8,9 % (общая эффективность препарата 91,1 %). *Enterobacter spp.* были чувствительны к ципрофлоксацину в 50 % случаев, умеренно устойчивы – в 18,7 % (общая эффективность препарата 68,7 %),

Klebsiella spp. были чувствительны в 77,8 % случаев, умеренно устойчивых штаммов не было. К цефотаксиму штаммы *E. coli* проявили чувствительность в 70,5 % случаев, умеренную устойчивость – в 18,2 % (общая эффективность препарата 88,7 %). *Enterobacter spp.* были чувствительны в 43,8 % случаев, умеренно устойчивы – в 12,5 % (общая эффективность препарата 56,3 %). Штаммы *Klebsiella spp.* были чувствительны в 87,5 %, умеренно устойчивых штаммов не было. Среди аминогликозидов наиболее эффективен амикацин (50 % чувствительных и 14,3 % умеренно устойчивых штаммов *Enterobacter spp.*, практически 100 % чувствительность со стороны *Klebsiella spp.*). Однако в отношении *E. coli* этот препарат, по нашим данным, уступает гентамицину (26,3 % чувствительных и 31,6 %умеренно устойчивых штаммов у амикацина против 63,3 % и 4 %, соответственно, у гентамицина). В отношении *Pseudomonas spp.* самую высокую эффективность показал амикацин (91,7 %) – 75 % чувствительных и 16,7 % умеренно устойчивых штаммов. За ним следуют цефтазидим (76,9 % чувствительных и 7,7 % умеренно устойчивых штаммов), ципрофлоксацин (68,75 % и 6,25 %) и полимиксин (66,7 % и 8,4 %, соответственно). При синегнойной инфекции, по нашим данным, оказались неэффективны карбенициллин, гентамицин (до 62,5 % резистентных штаммов), азлоциллин, цефоперазон, нетилмицин (69,2 %), ампициллин и доксициклин (75 %, соответственно). Также обнаружена низкая результативность воздействия на грамотрицательную флору при перитоните со стороны тетрациклина, доксициклина, ампициллина и оксациллина.

Наибольшую активность в отношении *S. aureus* проявил рифампицин – 82,1 % чувствительных и 3,6 % умеренно устойчивых штаммов. По этому показателю рифампицин превосходит цефотаксим (50 % и 3,6 % штаммов, соответственно). Число бактериальных штаммов, устойчивых к ампициллину, оксациллину, цефазолину, гентамицину, линкомицину и доксициклину, превышает 60 %, что свидетельствует о неэффективности их при лечении стафилококковой перитонеальной инфекции.

Таким образом, наиболее эффективными препаратами при внутрибрюшной грамотрицательной инфекции, по результатам бактериологических исследований, оказались ципрофлоксацин, цефотаксим и амикацин. На грамположительные микроорганизмы, выделенные из перитонеального экссудата, наиболее эффективно воздействуют рифампицин, ванкомицин и фторхинолоны.

Петерсон А.И.[1], Иванова Н.И.[2], Пушкин А.С.[1,2], Ахмедов Т.А.[1,2]

ОЦЕНКА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛОРИМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА

[1]ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова» Минздрава России,
[2] СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»,
Санкт-Петербург Россия

Преаналитический этап – важнейшая часть любого клинико-лабораторного исследования, от соблюдения его условий зависят результат и качество анализа.

В экстренных условиях особенно сложно соблюсти все правила взятия биоматериала, в частности: способ взятия, вид пробирок, вид антикоагулянта, количество крови, условия транспортировки, однако ошибки на перечисленных этапах неизбежно будут приводить к ложным результатам исследований.

В результате нарушения этих правил могут возникать следующие ошибки преаналитического этапа: гемолиз *in vivo*, липемия (хилёз), приводящие к значительным изменениям лабораторных показателей.

Гемолиз является наиболее частой причиной преаналитических ошибок. Визуальная оценка позволяет только предположить интенсивность гемолиза и его влияние на результат. Целью нашего исследования было сравнить методы визуальной и колориметрической оценки качества преаналитического этапа. В ходе исследования была проведена оценка гемолиза и липемии в образцах крови при рутинном биохимическом исследовании в клинико-диагностической лаборатории многопрофильного стационара.

Результаты исследования показали значительную субъективность в оценке гемолиза визуальным методом, особенно в образцах, имеющих пограничные концентрации интерферирующих веществ.

Заменой визуальной оценки могут быть современные биохимические анализаторы, где есть функция качественного или полуколичественного определения интерферирующих веществ в сыворотке и плазме крови.

Петраш М.Д. [1], *Бойков А.А.* [1], *Чугунова М.А.* [1], *Миннуллин И.П.* [2]

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТБОРЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИЗ ЧИСЛА СТУДЕНТОВ ВЫПУСКНОГО КУРСА ФАКУЛЬТЕТА «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

[1]СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи»,
[2]ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Специфика профессиональной деятельности сотрудников скорой медицинской помощи предъявляет особые требования к профессиональной подготовке будущих специалистов. В условиях реформирования высшего образования вопрос подготовки врачей скорой медицинской помощи приобретает особую значимость.

В Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете имени академика И.П. Павлова в 2016-2017 учебном году был создан и реализован пилотный проект «Инновационная система углубленной подготовки студентов медицинского университета по скорой медицинской помощи» продолжительностью 360 часов (10 зачетных единиц). Из числа студентов, желающих принять участие в проекте, необходимо было сформировать группы. Для этого в СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» была создана комиссия по отбору кандидатов на подготовку по специальности «скорая медицинская помощь».

Формирование групп проводилось в несколько этапов. На первом этапе со студентами встретились представители администрации СПб ГБУЗ ГССМП. В ходе

беседы студентов ознакомили со спецификой работы, сформировав у них общетеоретическое представление о деятельности врача скорой медицинской помощи.

На втором этапе было проведено психологическое тестирование, завершающееся психологической беседой по результатам опроса.

Главная цель психологического отбора заключалась в выявлении характеристик, способствующих успешной адаптации молодых специалистов в профессиональной деятельности.

В качестве методов использовались: психологическая беседа, анкетирование, набор тестовых методик, способствующих выявлению таких личностных характеристик, как: межличностное взаимодействие, гибкость в общении, самостоятельность, эмоциональная устойчивость; стратегии поведения в трудных ситуациях, уровень работоспособности; оценка способности к решению абстрактно-логических задач в условиях дефицита времени.

На третьем этапе психолог провел индивидуальную беседу, в ходе которой каждый студент имел возможность ознакомиться с результатами тестирования, а также получить информацию о своем личностно-профессиональном профиле. По результатам психологического тестирования и собеседования были выделены студенты, психолого-физиологические качества которых в наибольшей степени подходят к профессиональной деятельности врача скорой медицинской помощи.

На четвертом этапе руководством СПб ГБУЗ ГССМП совместно с начальником учебного центра при участии психолога с каждым студентом была проведена завершающая беседа.

По результатам всех пройденных этапов из 37 студентов выпускного курса факультета «лечебное дело», изъявивших желание принять участие в проекте, комиссией были отобраны 20 студентов, сформированы две учебные группы.

Петров Г.И., Нуриева Э.Г., Шигапов Б.Г.

АКТУАЛЬНАЯ ЗАДАЧА СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ – ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» Минздрава России,
г. Казань, Россия

В Республике Татарстан проблема безопасности жизнедеятельности населения при чрезвычайных ситуациях (ЧС) имеет особую актуальность. Конец XX и начало XXI столетия в России ознаменованы социальными и экономическими потрясениями, криминализацией всех сторон жизни общества, учащением случаев террористических атак. Все перечисленное относится и к городу Казани – крупному мегаполису, практически незащищенному от террористических актов.

В этом аспекте медицина катастроф (МК) занимает одно из важных мест в современной жизни общества, так как главное в катастрофе – не ее размер, а имеющиеся в наличии ресурсы выживания. Сегодня служба МК обеспечивает безопасность жизнедеятельности населения по нескольким направлениям.

Первое направление – психология. Необходима медико-психологическая подготовка как спасателей, так и потенциальных пострадавших. МК дает основы психологической помощи спасателям, проводит их профессиональный отбор.

Второе направление – подготовка населения к действиям и оказанию первой помощи в ЧС.

Третье направление – совершенствование оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) пораженным в ЧС. МК предусматривает максимальное сокращение промежуточных этапов медицинской эвакуации и двухэтапную систему оказания помощи, что положительно влияет на динамику патологического процесса, являясь необходимым условием своевременности оказания ЭМП населению в ЧС.

Четвертое направление – ранняя реабилитация. Восстановление человека как личности, включая все его функции, возможно только при выполнении всего комплекса многоплановых реабилитационных мероприятий. Реабилитация пострадавших должна начинаться в раннем периоде, с момента первой встречи с медициной.

Пятое направление – отдаленная реабилитация. Она требует координации и преемственности действий управленческих структур и учреждений различной ведомственной принадлежности, участвующих в проведении реабилитационных мероприятий, в том числе социальной защиты населения, здравоохранения, труда и занятости населения, образования и профессионального обучения, физической культуры и спорта.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан, а также Центр медицины катастроф возглавляют и координируют деятельность всех участников процесса обеспечения безопасности жизнедеятельности населения.

Пивоварова Л.П., Громов М.И., Малышев М.Е.,
Арискина О.Б., Осипова И.В.

ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛПС-СОРБЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Развитие тяжелого сепсиса (ТС) и особенно септического шока (СШ) сопровождалось драматическим возрастанием в крови концентраций медиаторов воспаления ИЛ-6, ИЛ-8, ЛПС-связывающего белка (ЛПС-СБ), эластазы нейтрофилов и растворимых дефенсинов (антимикробных пептидов гранулоцитов), а также $CD14^+$ моноцитов, ответственных за развитие каскада воспалительных реакций. Одновременно отмечались выраженные нарушения гемостаза. Элиминация из крови ЛПС и цитокинов в сочетании с клетками-продуцентами медиаторов воспаления способна ограничить системное воспаление и нарушения микроциркуляции в пораженных органах.

У 20 пациентов с СШ, леченных с применением селективной ЛПС-адсорбции (14 чел.) и без нее (6 чел.), производили углубленное исследование «воспалительного каскада» до и после сорбции. Селективную ЛПС-адсорбцию проводили сразу после диагностики СШ с использованием колонок Alteco LPS adsorber /Швеция/ или Десепта (Гемос-ДС.150) (НПП Биотех-М, Россия).

28-дневная летальность СШ в группе больных с ЛПС-сорбцией составила 50 % (7 из 14) и была ниже по сравнению с больными без сорбции 67 % (4 из 6).

В ходе мониторинга выявлена различная динамика показателей, начиная с первых суток. У больных с ЛПС-сорбцией через сутки наблюдали снижение количества моноцитов крови в 2 раза, $CD14^+$ моноцитов – в 2,2 раза, дефенсин$^+$ гранулоцитов – в 1,6 раза, уровня ИЛ-6 – в 1,9 раза, ИЛ-8 – в 17,8 раза, ЛПС-СБ – в 1,7 раза, прокальцитонина – в 1,2 раза. У пациентов без ЛПС-сорбции отмечали увеличение общего количества и количества активированных моноцитов и гранулоцитов, а концентрации ИЛ-6, ИЛ-8 ЛПС-СБ не изменялись. Уровень прокальцитонина возрастал в 1,9 раза. Через 3 и 5 дней у больных с ЛПС-сорбцией восстанавливалось количество активированных моноцитов и гранулоцитов, но на этом фоне отмечалось дальнейшее снижение уровня провоспалительных медиаторов и прокальцитонина. В группе пациентов без сорбции через 3 дня уровни воспалительных медиаторов не изменялись за исключением ИЛ-8, уровень которого снижался в 2 раза, а уровень прокальцитонина продолжал возрастать и достиг 35 пг/мл. Больные с чрезвычайно высоким уровнем ИЛ-6, ИЛ-8 и ИЛ-10 в первый день СШ впоследствии умерли, несмотря на осуществленные 1 или 2 процедуры селективной ЛПС-сорбции.

Выводы. ЛПС-адсорбция обеспечивает элиминацию $CD14^+$ моноцитов и дефенсин$^+$ гранулоцитов, обусловливающих «цитокиновый взрыв» и его последствия. Мониторинг концентраций ИЛ-6, ИЛ-8 и ПКТ можно использовать для своевременного выявления пациентов, нуждающихся в ЛПС-адсорбции.

Пискунов Д.П.[1], Эмануэль В.Л.[1,2], Иванова Н.И.[2], Пушкин А.С.[1,2]

ОЦЕНКА СТАБИЛЬНОСТИ АНАЛИТОВ БИОХИМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕМПЕРАТУРНЫХ УСЛОВИЯХ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ХРАНЕНИЯ ОБРАЗЦОВ

[1]ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова» Минздрава России,
[2] СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»,
Санкт-Петербург Россия

В настоящее время наблюдается тенденция к централизации лабораторных исследований. Между взятием биопроб и исследованием их в централизованной лаборатории осуществляются следующие процедуры преаналитического этапа: 1) подготовка проб и/или хранение биопроб; 2) транспортировка; 3) хранение биопроб в централизованной лаборатории до проведения исследования. Проведение каждой из указанных процедур неизбежно влечёт за собой изменения уровней аналитов в биопробах от уровней *in vivo*, присущих биопробам в момент их взятия у пациента

Цель данного исследования – оценка стабильности аналитов биохимического профиля исследований в сыворотке крови человека при различных температурных условиях и длительности хранения образцов.

Были сформированы две группы пациентов, в каждой по 15 человек в возрасте от 40 до 94 лет. Исследуемый профиль тестов включал наиболее часто используемые показатели: АЛТ, АСТ, билирубин общий, глюкоза, калий, креатинин,

КФК, ЛДГ, мочевина, натрий, общий белок, триглицериды, фосфатаза щелочная, хлор, холестерин.

Образцы пациентов первой группы подвергались аликвотированию сыворотки и последующему ее хранению при температуре 4 °С, 23 °С, 30 °С соответственно. Исследование биохимических аналитов производили сразу после взятия материала (нулевая точка) и далее через 4, 24, 48, 72 часа.

Образцы крови пациентов второй группы содержались в пробирках для биохимических исследований крови с активатором свертывания, и аликвотирование сыворотки не производили, т.е. исследуемая сыворотка находилась в непосредственном контакте с клеточным компонентом крови. Образцы хранились при температуре 4 °С, 23 °С, 30 °С. Измерение аналитов проводили сразу после взятия образцов крови (нулевая точка) и через 4, 8, 24, 48 часов.

В первой группе изменения уровней аналитов, превышающие клинически значимые уровни, были выявлены только по натрию. Существенное изменение уровня натрия было отмечено при длительности хранения 72 часа при температуре 30 °С.

Во второй группе аналиты, превысившие клинически значимый уровень, – это глюкоза и калий. Уровень глюкозы клинически значимо изменялся в результате хранения 48 ч при 4 °С и 24 ч при температуре 23 °С и 30 °С.

Результаты проведенного исследования показывают важность соблюдения температурного режима и времени хранения образцов крови для лабораторного исследования, при этом аликвотирование сыворотки/плазмы позволяет значительно расширить диапазоны этих условий.

Повзун А.С., Повзун К.А.

ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

В рамках программы лечения пациентов с острым суставным синдромом (ОСС) проведен промежуточный анализ группы больных остеоартритом (ОА). У 175 больных ОА оценены клинические и лабораторные показатели, проведено их сравнение до и после лечения.

Анализ динамики клинических показателей (n=175) больных ОА до начала лечения и после него выявил статистически достоверное уменьшение количества болезненных суставов (5,98±0,71 и 1,62±0,18, соответственно; $p<0,0001$) и количества припухших суставов (0,73±0,15 и 0,10±0,03, соответственно; $p<0,0001$).

Анализ динамики лабораторных показателей (n=85) до начала лечения и после него выявил статистически достоверное уменьшение уровней гемоглобина (128,53±2,31 и 124,63±2,21 г/л, соответственно; $p<0,01$), лейкоцитов (8,54±0,38 и 7,33±0,27$\times10^9$/л, соответственно; $p<0,001$), удельного количества сегментоядерных лейкоцитов (65,46±1,09 и 58,60±1,10 %, соответственно; $p<0,0001$); увеличение удельного количества лимфоцитов (22,70±1,1 и 29,09±1,06 %, соответственно; $p<0,0001$). Отмечено снижение уровней общего белка (70,38±0,99 и 68,20±0,87 г/л, соответственно; $p<0,01$), холестерина (5,52±0,31 и 5,15±0,22 ммоль/л, соответ-

ственно; p<0,01), билирубина (11,88±0,90 и 10,15±0,68 мкмоль/л, соответственно; p<0,05) и протромбина (92,23±3,41 и 87,69±3,42 %, соответственно; p<0,05).

Полученная динамика показателей в группе больных ОА свидетельствует об эффективности проводимого лечения как в отношении характеристики суставного синдрома (уменьшение количества болезненных и припухших суставов), так и в отношении характеристики показателей воспалительной реакции (уменьшение количества лейкоцитов, удельного количества сегментоядерных лейкоцитов и увеличение удельного количества лимфоцитов).

Повзун К.А., Повзун А.С.

ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

В рамках программы лечения пациентов с острым суставным синдромом (ОСС) проведен промежуточный анализ группы больных остеоартритом (ОА). Оценены клинические и лабораторные показатели 175 больных, проведено сравнение показателей у мужчин и женщин до начала лечения и перед выпиской, оценена их динамика.

При сравнении групп мужчин (n=53) и женщин (n=122) установлено, что средний возраст мужчин был достоверно меньше среднего возраста женщин (56,74±1,78 и 65,25±1,25 года, соответственно; p<0,001). Количество деформированных суставов у мужчин (1,21±0,23) было достоверно меньше, чем у женщин (3,46±0,65; p<0,05).

Уровень лейкоцитов до начала лечения у мужчин был также достоверно выше, чем у женщин (8,89±0,52$\times10^9$/л и 7,67±0,21$\times10^9$/л, соответственно; p<0,01). До начала лечения у мужчин по сравнению с женщинами выявлены статистически достоверно более высокие уровни билирубина (14,72±1,27 и 10,88±0,51 мкмоль/л, соответственно; p<0,01) и АСТ (33,77±4,13 и 25,14±1,76 Ед/л, соответственно; p<0,05).

Оценка динамики клинических показателей у мужчин (n=53) до начала лечения и при выписке выявила статистически достоверное уменьшение количества болезненных суставов (5,88±1,28 и 1,51±0,39, соответственно; p<0,0001) и количества припухших суставов (0,77±0,21 и 0,09±0,04, соответственно; p<0,01).

Оценка динамики лабораторных показателей у мужчин (n=27) показала наличие достоверных различий в показателях количества лейкоцитов (9,78±0,91$\times10^9$/л vs 7,97±0,53$\times10^9$/л; p<0,01), удельного содержания сегментоядерных лейкоцитов (66,04±1,87 % vs 57,67±1,78 %; p<0,001) и лимфоцитов (21,74±1,99 % vs 29,07±1,68 %; p<0,01).

Оценка динамики клинических показателей у женщин (n=122) выявила статистически достоверное уменьшение количества болезненных суставов (6,03±0,85 и 1,66±0,19, соответственно; p<0,0001) и количества припухших суставов (0,71±0,19 и 0,11±0,03, соответственно; p<0,01).

Оценка лабораторных показателей у женщин (n=58) показала наличие достоверных различий в динамике уровня гемоглобина (123,50±2,64 г/л vs 119,8±2,53 г/л; p<0,01), количества лейкоцитов (7,87±0,34×10^9/л vs 7,03±0,30×10^9/л; p<0,05), удельного содержания сегментоядерных лейкоцитов (65,17±1,30 % vs 59,07±1,35 %; p<0,001) и лимфоцитов (23,19±1,37 % vs 29,11±1,32 %; p<0,01).

Таким образом, эффективность проводимого лечения подтверждалась статистически достоверным уменьшением количества болезненных и припухших суставов, количества лейкоцитов, как у мужчин, так и у женщин.

Поликарпов А.В., Кашанский Ю.Б., Кондратьев И.П., Кучеев И.О.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Введение. Вопрос оказания травматологической помощи пострадавшим с переломами дистального отдела предплечья до настоящего времени остается актуальным, так как исходы реабилитации подобных переломов оставляют желать лучшего. Современные способы консервативного и оперативного лечения имеют преимущества и недостатки. Так, консервативное лечение часто приводит к вторичному смещению отломков, развитию невропатии или синдрома Зудека, а также к тугоподвижности в смежных суставах. Недостаток оперативного лечения переломов с открытой репозицией отломков – возникновение дополнительной травмы. При этом не исключаются развитие инфекционного процесса и необходимость повторной операции по удалению металлоконструкций. При многооскольчатых переломах типа «С» часто не удается достичь эффективной фиксации из-за невозможности введения винтов в каждый отломок.

Цель исследования – создать эффективный, малоинвазивный способ остеосинтеза, позволяющий предотвратить осложнения консервативного и оперативного способов и снизить стоимость лечения.

Материал и метод. Для решения поставленной задачи мы разработали способ (приоритетная справка № 2016146891 от 01.12.2016 г.), отличительной особенностью которого является то, что три спицы, фиксирующие дистальные фрагменты перелома, располагаются в их субхондральном слое, проходя поперек предплечья и армируя суставную поверхность лучевой кости под углом между собой от 6° до 30°. Другая спица, удерживающая предплечье в положении пронации, вводится поперечно к нему через проксимальные отломки, несколько выше метафизарной зоны, а ещё одна спица, фиксирующая наиболее крупный осколок лучевой кости, проходит как через последний, так и через её проксимальный отломок и локтевую кость под углом, близким к 45°.

Другим отличием является то, что спицы выстоят над кожей лишь с локтевой стороны, где жестко соединяются между собой затвердевающим пластическим материалом. Кроме того, спицы вводятся таким образом, чтобы между ними образовались наиболее жесткие геометрические фигуры в форме треугольников.

Расположение спиц между собой под углом больше чем 6 ° препятствует их миграции и выходу за пределы костей.

По разработанной методике пролечено 48 пострадавших в возрасте от 24 до 83 лет. У большинства (33 %) пациентов переломы произошли при падении с высоты собственного роста, и лишь в 17 % случаев причиной явилось воздействие высокоэнергетичных факторов. Остеосинтез предложенным методом произведен в период от одной до четырех недель. У всех больных был применен двухэтапный метод лечения: на первом этапе для иммобилизации использовали гипсовую повязку или аппарат внешней фиксации, а на втором – предпринято лечение переломов разработанным способом.

Результаты. Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила 2 дня. У всех пациентов наступило сращение переломов в правильном положении. Воспалительных явлений в местах выхода спиц не наблюдалось.

Таким образом, разработанный способ остеосинтеза технически прост и, благодаря малоинвазивности вмешательства, позволяет осуществить эффективное и финансово малозатратное лечение.

Попов А.А.[1,2], Здзитовецкий Д.Э.[1,2], Чикун В.И.[1], Любченко А.А.[1,2], Рахманов Р.М.[2], Бурмистров Ю.Н.[3], Вятскин И.Е.[1,3], Большакова М.А.[1,2], Попова Е.А.[1,2], Ростовцев С.И.[1,2], Рахманова Е.А.[1]

АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТРАССАХ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

[1]ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,
[2]КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича»,
[3]КГКУЗ «Красноярский территориальный центр медицины катастроф»,
г. Красноярск, Россия

Причины летальности от закрытой травмы живота пострадавших в ДТП на территории Красноярского края можно разделить на немедицинские и медицинские. К немедицинским причинам относятся резкое увеличение количества автомобилей (5 место в Сибирском федеральном округе – на 1 тыс. жителей приходится 263 автомобилей), наличие федеральных и региональных трасс с интенсивным движением, неудовлетворительное состояние дорог и автотранспорта, низкая культура вождения и алкоголизация (около 50 %) участников дорожного движения. Медицинские причины характеризуются тяжестью травмы (80,7 % пострадавших погибло от кровотечения и шока), низким уровнем знаний особенностей оказания первой помощи при закрытой травме живота участниками движения (на месте ДТП погибли более половины (53,1 %) пострадавших, при этом 69,3 % пострадавших не пережили первые сутки).

Многие авторы полагают, что судьбу пострадавшего во многом определяют своевременность и качество оказания медицинской помощи. Безусловно, лица, получившие травмы в результате транспортных несчастных случаев, произошед-

ших на территории населенного пункта, имеют больше шансов на своевременное прибытие бригады скорой помощи, чем пострадавшие в результате ДТП на трассах, удаленных от населенных пунктов. Однако проведенный нами анализ показал, что ранговая корреляция составила по всем территориям Красноярского края r=0,176 (p>0,2), т.е. корреляция между смертностью населения от ДТП и расстоянием до районной больницы не достигает уровня статистической значимости. Детальный анализ 10 районов с самой высокой смертностью от ДТП показал, что только в Ермаковском и Северо-Енисейском районах наблюдалась прямая корреляция, но на указанных территориях плечо доезда составляло более 100 км.

Хотелось бы обратить внимание на тот факт, что на территориях, где скорая медицинская помощь оказывается самостоятельными станциями, смертность из года в год меньше (r= 0,735; p<0,05), чем там, где находятся отделения СМП при ЦРБ (r= 0,475; p<0,002). При этом данная картина сохраняется как на федеральных, так и на краевых трассах.

Пулатов Д.Т., Байбеков И.М.[1]

ЛАЗЕРНАЯ И СВЕТОДИОДНАЯ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Республиканский научный центр экстренной и неотложной медицинской помощи МЗ РУз,
[1]Республиканский специализированный центр хирургии им. В. Вахидова МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Данные стереоморфометрических исследований биоптатов показали, что структурной основой возможности прободения гастродуоденальных язв является существенное возрастание относительной объёмной доли лимфатических сосудов и бесклеточных зон. В комплексном лечении язвенной болезни широко используются различные виды и способы фототерапии: низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ), а в последние годы светодиодное излучение (light emitting diodes – LED). Оценки воздействия лазерной и LED-терапии на морфологию язв, склонных к прободению, не проводилось.

Цель исследования – морфологическое обоснование использования лазерной и LED-терапии в комплексном лечении прободных гастродуоденальных язв и язв, склонных к прободению.

Материал и методики. С использованием световой, электронной трансмиссионной и сканирующей микроскопии, а также стереоморфометрии изучали морфологию фундальных желёз неосложнённых язв (НЯ), до и после фототерапии и язв, осложнённых прободением (ЯОПр). Исследовалось соотношение нормальных эритроцитов – дискоцитов (Д) и патологических форм эритроцитов (ПФЭ) в периферической крови и крови из области язв. Для фотовоздействия использовалось внутрисосудистое облучение крови (не менее 5 сеансов) аппаратом «Матрикс-ВЛОК», ультрафиолетовое излучение – 365 нм. Для локального воздействия на проекции крупных сосудов и облучения эпигастрия при НЯ и ЯОПр использовали лазер «Мустанг» и LED-матрицы Коробова «Барва-Флекс/СИК» – синее и инфракрасное излучение, продолжительность до 10 мин.

Результаты. Фототерапия ЯОПр приводит к снижению относительной объёмной доли лимфатических сосудов и бесклеточных зон. Возрастает относительная объемная доля фибробластов, усиливается синтез ими коллагеновых волокон. Увеличивается относительная объемная доля КС при снижении объёма бесклеточных зон и лимфатических сосудов. Это сопровождается, как правило, рубцеванием язвенных дефектов. Отмечен более выраженный положительный эффект при сочетании внутрисосудистого облучения крови и чрескожного облучения язв как НИЛИ, так и LED. При ЯОПр наблюдалось увеличение относительной объемной доли главных и париетальных клеток фундальных желёз при снижении относительной объемной доли слизеобразующих клеток, что ведёт к усилению факторов агрессии. Фототерапия приводит к возрастанию относительной объемной доли слизеобразующих клеток, особенно добавочных. Их ультраструктура свидетельствует об интенсификации образования секрета, что приводит к относительному усилению факторов защиты.

Выводы. Фототерапия способствует снижению объёма бесклеточных зон, возрастанию относительной объемной доли фибробластов, кровеносных сосудов, что «укрепляет» стенки язв. Возрастание относительной объемной доли слизеобразующих клеток обеспечивает усиление факторов защиты и заживлению язв.

Пушкин А.С.[1,2], Данилова И.А.[1,3], Рукавишникова С.А. [1,2]

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УРОВНЯ СЕРДЕЧНОГО ТРОПОНИНА I С УЧЕТОМ ПАРАМЕТРОВ ВЫЖИВАЕМОСТИ

[1] СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»,
[2] ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ,
[3] СПб ГБУЗ «Городское патологоанатомическое бюро»,
Санкт-Петербург, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться одной из ведущих причин смерти во всем мире. Как правило, пациенты поступают в специализированный стационар с предварительным диагнозом «острый коронарный синдром» с подъемом сегмента ST или без подъема сегмента ST (ОКСпST и ОКСбпST соответственно). ОКСпST в большинстве случаев является острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) и значительных трудностей в дифференциальной диагностике не представляет. У пациентов с ОКС без подъема ST в таких случаях важную диагностическую роль играют сывороточные кардиальные маркеры. В последнее время наиболее чувствительными маркерами инфаркта миокарда во всем мире признаны сердечные тропонины I и T. Благодаря стремительному техническому прогрессу и развитию лабораторной медицины, чувствительность диагностических наборов для определения уровня сердечных тропонинов позволяет выявить очень низкие концентрации биомаркеров в крови пациентов и показывает значения, отличные от нуля, даже в тех случаях, когда клинически значимое поражение сердечной мышцы отсутствует, а также у здоровых людей. В результате высокой чувствительности тестов, накапливается значительное количество примеров использования сердечных тропонинов для стратификации рисков развития фатальных осложнений как в ближайшем, так и в отда-

ленном периодах после ОКС. В своем исследовании мы поставили задачу определить наличие или отсутствие корреляции между уровнем тропонина I при госпитализации пациента и размерами некроза сердечной мышцы по результатам аутопсии в случае смертельного исхода лечения пациента. Результаты исследования показали значимую корреляционную связь, что позволяет рекомендовать применение определения уровня сердечного тропонина I в качестве диагностического инструмента при стратификации риска развития фатальных осложнений у пациентов с ОКС.

Рашидов М.М., Хакимов А.Т., Халилов М.Л.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОХИРУРГИИ ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. При сочетанных травмах органов брюшной полости диагностические и тактические ошибки составляют 27-70 %, послеоперационные осложнения – 50 %. Частота повреждений мочевого пузыря при закрытой травме живота колеблется от 3,5 до 16,6 %.

Цель – изучить возможности и преимущества видеолапароскопии в диагностике и лечении повреждений мочевого пузыря.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 220 пострадавших с сочетанной закрытой травмой живота, находившихся в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи, которым при диагностике и выборе тактики хирургического лечения была применена видеолапароскопия. Мужчин было 161 (73,2 %), женщин – 59 (26,8 %). Средний возраст – 32,5±3,2 года.

У 38,6 % пострадавших доминирующая травма – повреждение живота, которое наиболее часто сочеталось с повреждением соседних анатомических зон: живот + таз – 23 %, живот + грудь – 15,2 %, живот + грудь + таз – 11,8 %. При этом у 17 (7,7 %) больных выявлено повреждение мочевого пузыря.

Практически у половины пациентов с повреждением мочевого пузыря – 9 (52,9 %) – травма получена в результате дорожно-транспортного происшествия, у 5 (29,4 %) – в результате падения с высоты. Пациенты, у которых в процессе диагностики и лечения использовалась видеолапароскопия, составили первую группу – 6 (35,3 %) больных; в 2-ю группу вошли 11 (64,7 %) пострадавших, которым была выполнена диагностическая лапароскопия с последующим переходом на лапаротомию.

На этапе диагностической лапароскопии разрывы селезенки выявили у 50 (22,7 %) пострадавших, печени – у 35 (15,9 %), корня брыжейки – у 13 (5,9 %), поджелудочной железы – у 9 (4,1 %), кишки – у 3 (1,3 %), мочевого пузыря – у 17 (7,7 %), желчного пузыря – у 1 (0,4 %).

Из всех случаев с повреждением мочевого пузыря в 12 (70,6 %) случаях они были внутрибрюшинными, у 4 (23,5 %) больных – внебрюшинными и только в 1 случае (5,9 %) – смешанный разрыв.

Результаты. У 3 пациентов 1-й группы наложен экстракорпоральный, а у 2 – интракорпоральный шов на дефект мочевого пузыря, 1 больного, в связи

с внебрюшинным разрывом около шейки мочевого пузыря, решено лечить консервативно на уретральном катетере.

В группе больных, которым после лапароскопии произведена лапаротомия (2-я группа), у 7 (63,6 %) больных, учитывая тяжесть травмы костей таза, решено наложить эпицистостомы, а у остальных – мочевой пузырь ушит на уретральном катетере.

Летальность отмечалась во 2-й группе у 1 (5,9 %) больного. Средняя продолжительность диагностической видеолапароскопии – 22±8 мин, средняя продолжительность эндохирургических операций – 1 ч ± 25 мин.

В среднем после операции пациенты 1-й группы провели в стационаре 9,34±2,5 койко-дня, 2-й группы – 13,7±3,8 койко-дня.

Выводы. Диагностическая лапароскопия в большинстве случаев позволяет своевременно поставить правильный диагноз, сократить количество напрасных лапаротомий и определить адекватную хирургическую тактику. При изолированных повреждениях мочевого пузыря можно одномоментно лапароскопически ушивать разрыв мочевого пузыря, не прибегая к широкой лапаротомии, что дает значительный экономический эффект.

Резняк Л.Г., Катаной Н.Я., Скуртова Н.В.

ПРИМЕНЕНИЯ НАДГОРТАННЫХ ВОЗДУХОВОДОВ 2-ГО ПОКОЛЕНИЯ (I-GEL) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану,
Кишинев, Республика Молдова

Обеспечение проходимости дыхательных путей и профилактика аспирационных осложнений – одна из ключевых задач, стоящих перед бригадами скорой медицинской помощи (СМП), так как прогрессирование гипоксии неминуемо приводит к ухудшению состояния пациентов во время транспортировки, а также неотвратимо ухудшает эффект последующего стационарного лечения. Установка надгортанного воздуховода I-gel – метод, практически не уступающий эндотрахеальной интубации, а частота удачных манипуляций в затрудненных условиях превышает таковую при интубации. I-gel, предложенный Mohamed Nasir в 2001 г. и введённый в клиническую практику в 2007 г., представляет собой надгортанный воздуховод, изготовленный из медицинского термопластического эластомера. В США в 2012 г. использование I-gel включили в протокол лёгочно-сердечной реанимации.

Нами было проведено 18 надгортанных интубаций с I-gel у 7 больных в коматозном состоянии и у 11 пострадавших в ДТП с явлениями выраженного нарушения дыхания. После преоксигенации были использованы I-gel 3-го, 4-го и 5-го размеров, предварительно увлажнённые. Если до ларингеальной интубации сатурация кислорода (SpO_2) была ниже 90 %, то после применения I-gel SpO_2 была в пределах нормы. Для облегчения установки I-gel производили седацию диазепамом, для снятия нежелательных ларингеальных явлений вводили 1 мг/кг лидокаина и 8 мг дексазона. Все больные были доставлены в больницу с хорошей сатурацией и с транспортабельным давлением. Мы использовали I-gel многократно после обработки и стерилизации. Рвоты или регургитации не было. I-gel

хорошо удерживается самостоятельно, но его необходимо зафиксировать пластырем или тесемкой.

Выводы.

1. I-gel обеспечивает полноценную защиту дыхательных путей у пациента, находящегося в «неудобном положении», лежащего на земле, в салоне заблокированного автомобиля и т.п., тем же обусловлен выбор I-gel в качестве резервного метода при «трудной» интубации трахеи.

2. К достоинствам I-gel также относится скорость выполнения манипуляции (до 10 с) и ее меньшая травматичность, так как не используется прямая ларингоскопия.

3. Наличие широкого выбора размеров I-gel (в том числе педиатрических) позволяет неспециализированным бригадам СМП полноценно осуществлять защиту дыхательных путей у пациентов всех возрастов.

Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Экспертиза качества медицинской помощи на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи (СМП) – важная составляющая современной медицины, позволяющая выявлять системные ошибки, допускаемые врачебными и фельдшерскими бригадами СМП. Для решения этой задачи была выбрана методика автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи (АТЭ КМП).

Экспертной группой Научно-методического отделения организации скорой медицинской помощи (НМООСП) СПб НИИ СП им И.И. Джанелидзе в соответствии с задачами НМООСП, а также по поручению ТФ ОМС и врачебной комиссии института за период 2015-2016 гг. выполнено 220 экспертиз качества медицинской помощи, оказанной на догоспитальном этапе (ДГЭ) СМП: в 2015 г. – 86 случаев, в 2016 – 134 случая оказания медицинской помощи. По результатам проведенных экспертиз, качество медицинской помощи на ДГЭ СМП было признано надлежащим в 93 (41,7 %) случаях, ненадлежащим – в 127 (57,2 %).

В результате проведенных экспертиз были выявлены основные ошибки, допускаемые бригадами СМП на догоспитальном этапе СМП:

1) нарушения правил выполнения транспортной иммобилизации при травмах конечностей, заключающиеся в невыполнении фиксаций двух смежных суставов, а также использование подручных средств иммобилизации вместо штатных;
2) неполное выполнение противошоковых мероприятий при тяжелой сочетанной травме у пострадавших в ДТП, находящихся в состоянии травматического шока (недостаточный объем инфузионной терапии, отказ от выполнения интубации трахеи и проведения ИВЛ во время транспортировки пострадавших);
3) нарушение правил наложения кровеостанавливающего жгута и показаний к его использованию при ранениях конечностей;

4) не всегда оптимальная маршрутизация больных – доставка в другой конец города, минуя профильные стационары, что приводит к удлинению сроков догоспитального этапа СМП и утяжелению состояния пострадавшего.

Необходимо обратить внимание руководителей системы оказания СМП на наиболее типичные ошибки, допускаемые бригадами СМП, для принятия организационных мер, направленных на улучшение качества оказания скорой медицинской помощи.

Рузибоев С.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Карабаев Б.Х., Саидов Ш.А.

ОПАСНОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Введение. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – внезапная закупорка сгустком крови (эмболом) ветви легочной артерии с последующим прекращением кровоснабжения легочной паренхимы. ТЭЛА – синдром, являющийся осложнением венозного тромбоза. Наиболее частой причиной ее развития является тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей.

ТЭЛА является третьей по частоте причиной смерти населения от сердечно-сосудистых заболеваний после инфаркта миокарда и инсульта. Ежегодно от ТЭЛА погибает 0,1 % населения земного шара, причем летальность среди пациентов, не получавших антитромботическую терапию, достигает 30 %. Массивные ТЭЛА заканчиваются летально в 70 % случаев. Смерть, как правило, наступает в течение первых двух часов.

Диагностика ТЭЛА является сложной задачей для практикующих врачей. При жизни диагноз ТЭЛА устанавливается менее чем в 70 % наблюдений, гипердиагностика имеет место в 65 %.

При общей хирургической патологии частота ТГВ составляет 32 %, при переломах головки бедренной кости – 45 %, множественных травмах – 50 %, при гинекологических операциях по поводу злокачественных образований – 22 %, при гинекологических операциях по поводу доброкачественных образований – 14 %. В комбустиологии этот вид сосудистой патологии, нередко являющийся причиной летальных исходов, практически не освещен.

Цель исследования – выявить факторы риска развития тромбоэмболии легочной артерии и её профилактика у больных с термическими травмами.

Материал и методы. Нами было изучена частота ТЭЛА у 105 больных с различными по тяжести и локализации ожогами (2004-2015). Среди 59 умерших от ожогов ТЭЛА выявлена у 15 (25,4 %) больных, у 10 (16,9 %) она послужила непосредственно причиной летального исхода.

При поступлении в Самаркандский филиал РНЦЭМП всем обожженным проведено исследование следующих параметров гемостаза: количество тромбоцитов; РФМК (растворимый фибрин, мг %); АТ III (антитромбин III, %); нарушения в системе протеина С; протромбиновое время (с) и индекс АПТВ по методу В.Н. Туголукова (1952); время рекальцификации по методу W. Howell, E. Holt

(1916); толерантность плазмы к гепарину и тромботест – ферментативный метод; время свертывания крови (мин) по методу R. Lee, P.D. White (1913); содержание плазминогена; гематокрит по гематокритной шкале; фибриноген (г/л) и фибринопластическая активность – ферментативный метод.

Лица без признаков каких-либо заболеваний (10 человек) составили группу контроля.

Результаты. Диагноз ТЭЛА был установлен на основании характерных клинических (диспноэ, боли в груди или синкопэ, кашель, кровохарканье, тахикардия), а также рентгенологических и электрокардиографических данных. У 4 больных тромбоэмболия развилась на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и постинфарктного кардиосклероза, у 2 – на фоне митрального порока сердца.

Исследования показали, что к основным факторам риска относятся: глубокие ожоги свыше 25 % поверхности тела (81 пациент); пожилой возраст больных (65 больных); перенесенный инфаркт миокарда и геморрагический инсульт (28 человек); глубокие ожоги нижних конечностей (78 больных); частые пункции и катетеризации центральных вен (у 37 пациентов); развитие гиперкоагуляции, выявляемое в предэмболическом периоде.

Нами разработана комплексная лечебная программа по профилактике ТЭЛА, в которую включили: антикоагулянты, низкомолекулярные декстраны, никотиновую кислоту, трентал, аспирин, тромбо-АС.

Основой профилактики венозных тромбозов у этой категории больных являются их ранняя активизация и эластическая компрессия нижних конечностей (предпочтительнее использовать с этой целью специальные эластические гольфы и чулки, обеспечивающие максимальное давление на уровне лодыжек с постепенным его снижением в проксимальном направлении) и гепаринотерапия.

При лечении тяжелообожженных с установленным диагнозом проводили консервативную терапию, включающую антикоагулянты и тромболитики, а также симптоматические средства. При этом большое значение придавалось выявлению источников эмболизации.

В результате внедрения в комплексную терапию тяжелообожженных профилактических и лечебных мер летальность от ТЭЛА снизилась от 16,94 % (1999-2003 гг.) до 3,85 % (2004-2015 гг.).

Вывод. Выявление факторов риска развития ТЭЛА благоприятствует решению вопросов диагностики, лечения, профилактики и снижению летальности у тяжелообожженных.

Садреева С.Х., Труханова И.Г., Зинатуллина Д.С.

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Самара, Россия

Актуальность проблемы качества медицинской помощи (КМП) в современном российском здравоохранении диктуется необходимостью выполнения требований статьи 87 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Основная цель экспертизы КМП на догоспитальном этапе (ДЭ) – обеспечение гарантий предо-

ставления на уровне скорой медицинской помощи (СМП) экстренных и неотложных мероприятий надлежащего качества. В 2016 году скорую медицинскую помощь населению Самарской области оказывали 656 бригад: 84 (12,8 %) врачебные и 572 (87,2 %) фельдшерские. Было обслужено 773 162 обращения населения (взрослые составили 81,6 %). Основным документом, по которому проводится экспертиза КМП на догоспитальном этапе, является карта вызова СМП. Факторы, понижающие экспертную оценку качества, связаны с дефектами по оформлению карты вызова, сбору информации о пациенте, с ошибками в определении объема физикального обследования и лечебных мероприятий, в тактике медицинской эвакуации и маршрутизации, вопросах преемственности.

Из анализа отчетов работы Самарской ССМП установлено, что вызовов по поводу гипертонических кризов (ГК): в 2016 г. выполнено 35765 (13,16 %) (в 2014 г. – 38906 (14,38 %), в 2015 г. – 36891 (13,47 %)).

С целью выявления дефектов КМП и соответствия стандарту скорой медицинской помощи при гипертензии, утвержденному Приказом МЗ РФ № 470н от 05.07.2016 г., проведен анализ по 258 картам вызовов СМП к больным с ГК за октябрь 2016 года. Женщин – 76 %, мужчин – 24 %; средний возраст больных – 53,6±11,3 года. Среднее время доезда на вызов – 22±12,3 мин., среднее время нахождения на вызове – 39±11,3 мин. Информированное согласие на медицинское вмешательство оформлено в соответствии с ФЗ № 323 в 87,6 % карт. При сборе информации, физикальном обследовании, включая оценку неврологического статуса, шкалы ком Глазго, АД, ЧД, ЧСС и т.д., в 97,7 % данные собраны в соответствии со стандартом. ЭКГ снято у 95,3 % пациентов, заключение ЭКГ зафиксировано лишь в 69,5 % картах, пульсоксиметрия проведена в 89,5 %. При купировании ГК в 68,9 % случаев применялся один гипотензивный препарат: у 62,9 % – эналаприлат (энап Р); у 18,5 % – магния сульфат; у 10,7 % – урапидил (эбрантил); у 7,9 % – эгилок. В 31,1 % случаев применяли два препарата: эналаприлат + магния сульфат или эгилок + эналаприлат.

В последнее время сформирована соответствующая нормативно-правовая база, регламентирующая осуществление контроля качества медицинской помощи в службе СМП. КМП больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями является важной составляющей безопасности и эффективности медицинской помощи.

Синенченко А.Г., Зиновьев С.В.

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СОМАТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Психические расстройства не только часто встречаются в общей популяции, но и являются частым явлением в общемедицинской практике. Поэтому одним из перспективных направлений является изучение психических расстройств в общемедицинской сети на примере работы соматопсихиатрического отделения многопрофильного стационара скорой помощи.

Проведен анализ лечения 1268 пациентов соматопсихиатрического отделения многопрофильного стационара скорой помощи. Средний возраст больных составил 48,5±5,7 лет (min – 17 лет, max – 95 лет). Чаще в госпитализации нуждались лица мужского пола (n=720, p≤ 0,05), реже – женского (n=548). Основной причиной госпитализации данных пациентов в многопрофильный стационар стали травмы и отравления (n=657, p≤0,01), болезни нервной системы (n=272, p≤0,05), болезни системы кровообращения (n=169, p≤0,05), требующие оказания неотложной терапевтической и хирургической помощи.

В структуре психической заболеваемости большую часть составили больные с органическими психическими расстройствами (46,2 %, p≤0,05), больные с заболеваниями, связанными с приемом психоактивных веществ (33,2 %, p≤0,05), невротическими и связанными со стрессом расстройствами (12,2 %, p≤0,05), значительно реже выявлялись шизофрения и бредовые расстройства (4,2 %) и другие психические заболевания.

В структуре больных с психическими и поведенческими расстройствами, в результате употребления психоактивных веществ, преобладали лица с психическими и поведенческими расстройства в результате употребления алкоголя (62,6 %, p≤0,05), причем данная патология встречалась у мужчин достоверно чаще (62,6 %, p≤0,05), чем у лиц женского пола.

Показаниями для перевода пациентов в соматопсихиатрическое отделение являлись: в 45 % случаев суицидальное поведение; в 41 % случаев экзоформные психозы (интоксикационные психозы на фоне соматической патологии, абстинентного синдрома, психозы на фоне перенесенной травмы головного мозга, нарушения мозгового кровообращения и др.); в 14 % случаев эндоформные психозы или субпсихотические расстройства на фоне соматической патологии.

Выводы. Учитывая результаты проведенного исследования, а также структуру психической патологии у пациентов многопрофильного стационара скорой помощи, необходимо дальнейшее развертывание сети соматопсихиатрических отделений ургентных многопрофильных стационаров.

Скуртов Н.В.[1,2], Чобану Г. К.[1], Катаной Н.Я.[1,2], Резняк Л.Г.[1]

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПО- И ГИПЕРТЕНЗИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОГНОЗ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

[1]Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану,
[2]Национальный центр догоспитальной скорой медицинской помощи,
Кишинев, Республика Молдова

Множество шкал по оценке тяжести травмы используют оценку систолического артериального давления (САД) и оценку по шкале комы Глазго (ШКГ) в качестве независимых факторов.

В исследовании мы оценивали: 1) степень привязанности этих двух переменных при помощи исследования методом случай-контроль у 172 пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ); 2) степень зависимости оценки по ШКГ при поступлении (пШКГ) от наличия догоспитальной гипотензии (САД < 110 мм рт. ст.)

или гипертензии (САД > 140 мм рт. ст.); 3) причинно-следственные связи наличия догоспитальной гипотензии и оценки по ШКГ при помощи критериев Хила.

Результаты исследования показывают, что догоспитальная гипотензия наблюдалась в 3,8 раза чаще при тяжёлых и средних случаях ЧМТ в отличие от легких (p=0,016; 95 % CI). Оценка по ШКГ в догоспитально-гипотензивной группе (n=13) (11,8 ШКГ) была ниже, чем в нормотензивной группе (n=111) (13,8 ШКГ), p=0,001. Категориальная регрессия выявила умеренную корреляцию (r=0,636) между оценкой пШКГ и догоспитальной оценкой САД<110 мм рт. ст., а модель регрессии смогла предсказать 41 % дисперсии. Эта же процедура была применена на гипертензивной группе пациентов и выявила слабую корреляцию (r=0,285), модель регрессии смогла предсказать лишь 8 % дисперсии. Причинно-следственное заключение было подтверждено в 5 из 9 критериев Брадфорда Хила, которые считаются главными и в других исследованиях были достаточными для подтверждения слабых взаимосвязей. Оценка по пШКГ зависела от догоспитального САД<110 мм рт. ст., но зависимость была утеряна при более обширном диапазоне САД (90÷240 мм рт. ст.).

Вывод: догоспитальная гипотензия влияет на прогноз пациентов с ЧМТ вследствие уменьшения оценки по ШКГ, а не только независимо от нее.

Сокорнов И.А., Афончиков В.С., Грицай А.Н.,
Лапшин В.Н., Страхов И.В.

ЛАБОРАТОРНАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ИНФРАРЕНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ АОРТЫ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Всего обследованы 16 пациентов с риском анестезии IV класса по классификации ASA, которым была выполнена резекция аневризмы инфраренального отдела аорты с последующим протезированием её бифуркации. Интраоперационно осуществляли забор двух проб на этапах до пережатия, во время пережатия аорты, непосредственно после запуска кровотока и через 30 минут, с целью оценки изменений pH, $PaCO_2$, BE и уровня K^+ на портативном и стационарном газоанализаторах.

При исследовании на газоанализаторах сравнивали результаты I и II групп на каждом этапе в отдельности. Также проводили оценку времени, затраченного на получение результатов анализов.

На основании полученных данных можно отметить однонаправленные изменения исследуемых показателей КОС, газового состава и уровня K^+ крови при исследовании на портативном и стационарном газоанализаторах. Показатели КОС артериальной крови в начале операции указывали на наличие субкомпенсированного метаболического ацидоза как в I, так и во II группе.

На втором этапе в обеих группах отмечалось уменьшение дефицита оснований, хотя при этом существенных изменений в КОС не отмечено.

После устранения пережатия в обеих группах отмечалось развитие выраженного некомпенсированного метаболического ацидоза, потребовавшего прове-

дения соответствующей коррекции. Через 30 мин после запуска кровотока показатели КОС в обеих группах приближались к норме.

Уровень K^+ крови в начале операции был ниже нормы в обеих группах, что, вероятно, было связано с применением пациентами диуретиков, которые входили в состав комплексной терапии гипертонической болезни. Во время пережатия существенных изменений в содержании K^+ не отмечено. На этапе запуска кровотока отмечалось повышение уровня K^+, обусловленное, по всей вероятности, увеличением его концентрации в зоне ишемии.

Оценка времени, затраченного на получение результатов анализов, показала, что в I группе оно составляло 6,4±1,2 минуты, тогда как при применении стационарного аппарата время получения ответа взятых проб – 19,2±2,5 минуты. Сокращение времени получения результата в I группе пациентов позволяло принять решение по коррекции ВЭБ, КОС, а также определить показания для трансфузии препаратов крови в более короткие сроки.

Сорока В.В., Нохрин С.П., Магамедов И.Д., Рязанов А.Н., Малиновский Ю.П., Белоусов Е.Ю., Петривский С.В., Магомедов С.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА БРЮШНОЙ АОРТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗРЫВОМ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Лечение осложненных аневризм брюшного отдела аорты (АБА) продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной сосудистой хирургии. Даже при значительных размерах аневризматического мешка, заболевание никак себя не проявляет, и только при разрыве возникают клинические симптомы.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с аневризмой брюшной аорты, осложненной разрывом.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 91 пациента, находившихся на лечении 2012-2016 гг. в НИИ скорой помощи с диагнозом АБА, осложненных расслоением, разрывом. Всем больным выполняли УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, компьютерную томографию аорты и висцеральных артерий с контрастированием.

Результаты. Анализ историй болезни показал сохраняющуюся высокую (69 %) летальность при лечении аневризм брюшного отдела аорты, осложненных разрывом. Даже при условии своевременного выполнения протезирования аорты результаты остаются неудовлетворительными.

Основные осложнения: геморрагический шок, острая почечная недостаточность, абдоминальный компартмен-синдром. Также было характерно сочетание у одного пациента двух и более осложнений.

Обращает на себя внимание малый процент среди выполненных операций малоинвазивных эндоваскулярных вмешательств. По ряду причин не везде готовы к выполнению таких вмешательств в скоропомощном режиме.

Выводы:

1. Лечение осложненных АБА продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной сосудистой хирургии. Тяжелый прогноз «естественного течения», трудности ранней диагностики, сложности открытого оперативного вмешательства приводят к высокой летальности, которая достигает 80 %.

2. Острая кровопотеря требует обязательного применения систем возврата крови и «агрессивной» трансфузионной терапии, направленной не только на возмещение клеточных элементов крови, но и плазменных факторов свертывания. Объем кровопотери следует оценивать не только по данным лабораторных исследований, необходимо учитывать объем забрюшинной гематомы, развитие шока.

3. Развитие острой почечной недостаточности требует непрерывной оценки функции почек и участия в процессе лечения специалистов по гемодиализу. Только продолжительный лабораторный и функциональный мониторинг в условиях отделения реанимации позволит снизить послеоперационную летальность.

4. Четкая организация диагностического процесса, подготовленная ангиохирургическая и реанимационная бригада с использованием современных технических средств для реинфузии крови и мониторирования жизненных функций являются основными атрибутами, способствующими снижению летальности у этой тяжелой категории пациентов.

Сперанский И.И., Арефьев В.В., Фирсова Г.М.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ И ГРУППОВЫХ ШАХТНЫХ ТРАВМАХ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

Донбасс является регионом с высоким уровнем потенциальной аварийности. Преобладающее место занимают аварии на угольных шахтах, что обусловлено специфической производственно-экологической средой, определяемой наличием следующих отрицательных факторов: удушливой атмосферой, высокой температурой воздуха и боковых пород; затоплением; отсутствием путей выхода в выработки со свежей струей воздуха; повреждением электросетей и трубопроводов с высоким давлением воздуха и воды; ударной волной; задымленностью, обрушением пород. В очаге поражения одновременно или последовательно может действовать несколько таких опасных факторов. Мы располагаем опытом оказания помощи 1047 пострадавшим шахтерам при 92 групповых и массовых травмах с 1962 по 2014 гг. За это время менялись как тактика и принципы лечения, так и оснащение специализированного ожогового центра клиники. Все это позволяет подвести итог работы, сделать выводы и наметить пути улучшения и перспективы в оказании помощи при массовых поражениях у шахтеров.

Средняя продолжительность времени, прошедшего с момента аварии до прибытия и осмотра бригады врачей, за период 1992-2014 гг. при техногенных авариях и катастрофах в шахтах составляет в среднем 2,5-3 часа. Чем раньше пострадавший с места травмы будет доставлен в специализированный стационар, получив на догоспитальном этапе необходимый объем лечебных пособий, тем лучше результаты дальнейшего лечения и прогноз выздоровления.

Принципы работы медицинской службы г. Донецка при авариях с большим числом пострадавших состоят из следующих организационных мероприятий:

1. Оповещение городских властей, руководства «медицины катастроф» о месте и масштабах аварии.

2. Оповещение лечебных учреждений о возможных пострадавших.

3. Оценка сил и средств подразделений ГВГСС на месте аварии.

4. Осмотр пострадавших на месте аварии, первичная и предварительная (внутриочаговая) сортировка, запрос о необходимом усилении медицинскими силами и средствами, определение кратчайших путей эвакуации и при необходимости развертывание подземной медицинской базы (ПМБ).

5. Определение сортировочных групп для эвакуации.

Диагностика повреждений у шахтеров затруднена, анамнез собрать не удается, поэтому на первый план выдвигается посиндромное оказание неотложной медицинской помощи. Особое место при комбинированных травмах в период шока занимает хирургическое лечение пострадавших. Это современная концепция, предусматривающая раннюю стабилизацию и остеосинтез при переломах трубчатых костей, трепанационные операции при повреждении костей черепа. Важное значение имеют декомпрессионные дренирующие операции, проводимые при циркулярных ожогах III степени и ожогах IV степени любой локализации и площади в период шока на фоне адекватной трансфузионной терапии.

Особую роль в лечении данной группы пострадавших имеет психотерапия, которая должна начинаться в очаге поражения и продолжаться до полного выздоровления пациента.

Таким образом, только раннее и комплексное оказание помощи пострадавшим шахтерам при массовой и комбинированной травме на всех этапах эвакуации и лечения может улучшить результаты лечения, снизить летальность и уменьшить инвалидизацию.

Старков А.С.

АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ И ОСТРО ЗАБОЛЕВШИМ НА ГОРНОЛЫЖНЫХ ОБЪЕКТАХ С МАССОВЫМ ПОСЕЩЕНИЕМ

ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России, Москва, Россия

Стремительный рост популярности горнолыжного спорта и сноубординга в России в 90-х гг. привел к бурному росту предложения соответствующих услуг на российском рынке в виде горнолыжных баз, парков и курортов в традиционных горных районах и вокруг крупных городов. Это развитие происходило в значительной мере хаотично и при полном отсутствии в системе российского законодательства нормативных документов об использовании горнолыжных трасс и их безопасности.

Автором была предпринята попытка оценки существующей системы оказания помощи пострадавшим и остро заболевшим посетителям на горнолыжных объектах России с массовым посещением.

При анализе данных, полученных от администраций 66 горнолыжных объектов в 32 субъектах Российской Федерации, было выявлено, что лишь на 20 объектах (30,3 %) ведется статистический учет случаев травматизма среди отдыхающих. Своя спасательная служба имеется на 23 объектах (34,8 %). Лишь на одном объекте спасатели регулярно проходят аттестацию МЧС России. Ещё на 3 объектах (4,5 %) на период проведения массовых спортивных мероприятий привлекаются специалисты из ближайшего поисково-спасательного отряда МЧС. Таким образом, администрация 40 обследованных объектов (60,6 %) не располагает на своей территории спасательной службой и с высокой долей вероятности организовать оказание адекватной помощи посетителям при необходимости не сможет.

Согласно полученным в ходе опроса данным, оказание медицинской помощи предусмотрено лишь на 13 объектах (19,7 %). В большинстве случаев эта задача возложена на фельдшера или медицинскую сестру медкабинета. Администрация еще 11 объектов (16,7 %) пользуется услугами городской станции скорой медицинской помощи за счет своего расположения в черте города либо привлекает бригады скорой медицинской помощи для дежурств на объекте, но только в выходные дни. Таким образом, 42 объекта (63,6 %) не предполагают возможности оказания медицинской помощи посетителям на своей территории.

Отсутствие систематической подготовки сотрудников горнолыжных объектов к оказанию первой помощи пострадавшим усугубляет сложившуюся картину – лишь 18 объектов (27,3 %) ответили положительно на вопрос об обучении своих сотрудников.

Полученные данные свидетельствуют о низком уровне подготовленности опрошенных горнолыжных объектов к оказанию помощи пострадавшим и остро заболевшим среди посетителей и подтверждают необходимость обратить самое серьезное внимание на организацию медицинского обеспечения мероприятий и объектов, расположенных в высокогорных районах. Эта задача должна решаться комплексно, начиная с тотального обучения персонала объектов и сопутствующих целевых групп приемам оказания первой помощи и заканчивая проработкой планов мероприятий по лечебно-эвакуационному обеспечению при ликвидации последствий вероятных видов ЧС.

Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.

ЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования – оценить эффективность тактики этапного оказания медицинской помощи при острых отравлениях уксусной кислотой.

Материал и методы. В исследование включены 270 пациентов с острым отравлением уксусной кислотой тяжелой степени из числа поступивших в отделение токсикологической реанимации РНЦЭМП в 2007-2016 гг. Пациентов разделили на две группы: 1-я группа (основная) – 128 больных, поступивших в 2012-2016 гг.; 2-я группа – 142 пациента, поступивших в 2007-2010 гг.

Больные основной группы получали усовершенствованный алгоритм интенсивной терапии:

I). Госпитальный этап (1-25-30 сутки): 1. Введение препаратов, улучшающих микроциркуляцию, с момента поступления в течение 3-5 дней с момента отравления. 2. Высокие дозы глюкокортикостероидов – 7-8 мг/кг преднизолона в сутки в течение 21-28 дней. 3. Инъекции цитофлавина по 20,0 мл/сутки, актовегина по 10,0 мл в/в 2 раза в сутки в течение 15-20 дней. 4. Нутритивная поддержка путем инфузии аминокислот – в течение 10-14 дней. Смесь «Атлант» с энергетической ценностью 450 ккал/100 г, из расчета 1,5 г сухого вещества на 1 кг массы тела 3 раза в сутки – в течение 20-27 дней.

II). Этап реабилитации (30-90 сутки). Глюкокортикостериоды – не менее 1 мг/кг преднизолона в сутки в течение 14 дней, затем по 0,5 мг/кг в течение 10-14 дней, затем по 10 мг преднизолона утром перорально в течение 1 месяца. Лидаза по 64 ед 2 раза в день в течение 14 дней, в динамике при необходимости повторить.

Пациенты 2-й группы (группы сравнения) получали традиционную интенсивную терапию.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что из общего числа пациентов 1-й группы острая почечная недостаточность (ОПН) развилась у 16 (12,5 %), в то время как во 2-й группе ОПН развилась у 30 (21,1 %).

Уже на 5-6 сутки количество пациентов без признаков пневмонии, в процентном отношении, в 1-й группе было в 2,1 раза больше, а больных с тяжелой полисегментарной и долевой пневмонией в 2,4 раза меньше, чем во 2-й группе. На 14-16 сутки признаки воспалительного процесса в легких сохранялись у 33,4 % пациентов 1-й группы, что в 1,7 раза ниже аналогичного показателя во 2-й.

В основной группе только у 11 (8,6 %) отмечалось появление позднего пищеводно-желудочного кровотечения (ППЖК), а рубцовая стриктура развилась у 25 (19,5 %) пациентов. Среди пострадавших 2-й группы ППЖК – у 28 (19,7 %), а рубцовая стриктура – у 45 (31,6 %) больных, что превышает показатели основной группы в 2,3 и 1,6 раза соответственно. При этом летальность составила в 1-й группе – 10,7 %, во 2-й – 19,4 %. Продолжительность госпитализации в среднем 16,9±1,4 дня у больных основной группы и 24,3±1,4 у группы сравнения.

Вывод. Внедрение усовершенствованного алгоритма этапного оказания неотложной помощи значительно повышает эффективность лечения больных с острыми отравлениями уксусной кислотой.

Страхов И.В., Лапшин В.Н., Сокорнов И.А.,
Арискина О.Б., Пивоварова Л.П.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНАЦИИ СУБСТРАТНЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПОСТРАДАВШИХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Исследование оксидантной и общей антиоксидантной активности крови проведено у пострадавших с травматическим шоком в остром периоде травматиче-

ской болезни. Всего обследовано 55 пострадавших с травматическим шоком, которые составили четыре группы: 1-я группа – 25 пострадавших получали базисную терапию; 2-я – к базисной терапии был добавлен препарат, содержащий скуцинат; в 3-й – использовали препараты на основе фумарата; в 4-й – комбинация субстратных антигипоксантов.

Полученные данные по оксидантной и общей антиоксидантной активности крови пострадавших при поступлении в противошоковую палату сравнивали с результатами измерений этого показателя у контрольной группы пациентов, которую составили 25 практически здоровых людей.

Для исследования оксидантной активности крови у пострадавших определяли уровень спонтанной и индуцированной хемилюминесценции крови при поступлении в противошоковую палату и через сутки терапии в отделении хирургической реанимации.

Общую антиоксидантную активность крови исследовали при поступлении пострадавших, до начала противошоковой терапии и через сутки в отделении хирургической реанимации. Для оценки общей антиоксидантной активности крови использовали хемилюминесцентную реакцию рибофлавина с перекисью водорода в присутствии ионов двухвалентного железа.

Анализ полученных данных показал значительное повышение уровня спонтанной и индуцированной хемилюминесценции, а также существенное снижение антиоксидантной активности крови, что подтверждает развитие окислительного стресса уже в первый час развития травматического шока. Использование препаратов на основе сукцината или фумарата способствовало повышению общей антиоксидантной активности в 2 раза и снижению оксидантной активности на 30 % по сравнению с исходным уровнем. Применение комбинации субстратных антигипоксантов увеличивало уровень общей антиоксидантной активности в 3 раза и приводило к снижению оксидантной активности крови на 40 %.

Таким образом, представляется целесообразным включение в состав комплексной интенсивной терапии пострадавших с тяжелым течением травматической болезни комбинации субстратных антигипоксантов на основе сукцината и фумарата.

Суковатых А.Л., Грачев С.Ю., Новикова Н.П., Куриленко Е.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

«Потеря проходимости дыхательных путей равноценна потере контроля над состоянием больного, однако это до сих пор ежедневно происходит в госпиталях и других ситуациях по всему миру» (A. Brain,1991). Это высказывание автора ларингеальной маски остается актуальным и в наши дни, особенно в условиях оказания скорой помощи наиболее тяжелому контингенту больных. В настоящее время ларингеальные маски (ЛМ) имеются в распоряжении врачей скорой помощи всех областных центров и крупных населенных пунктов Республики Беларусь. Однако применение данного устройства пока ограничивается единичными случаями.

Так, в г. Минске в 2015 г. ларингеальная маска использовалась у 15 пациентов, в 2016 г. – у 21 пациента. Учитывая малый опыт применения ЛМ на догоспитальном этапе в нашей стране, приведенные ниже данные носят характер литературного обзора и комментариев, основанных на собственном опыте применения ЛМ в условиях стационара.

Показания для использования ЛМ в неотложной помощи:

1. Больной находится в глубоко бессознательном состоянии и не реагирует на раздражители.

2. Не проявляет глоссофарингеальных рефлексов.

3. Нуждается в поддержании проходимости дыхательных путей.

Варианты использования ЛМ на догоспитальном этапе:

1. Спасательное устройство. Применяется после неудачи интубации трахеи, включая случаи «Невозможно Вентилировать Маской / Невозможно Интубировать» (Cannot Mask-Ventilate/Cannot Intubate – CMVCI).

2. Первичное устройство для вентиляции с начала реанимационных мероприятий (с заменой на ЭТТ или без неё).

Неотложные состояния, при которых возможно применение ЛМ:

– остановка сердца;
– утопление;
– передозировка наркотиков или лекарств (опиатов, к примеру);
– вдыхание дыма или токсичных газов;
– травма, включая серьёзную челюстно-лицевую;
– аварийная вентиляция после неудачи интубации;
– невозможность поддержания проходимости дыхательных путей, особенно в условиях потребности в постоянном контроле.

Противопоказания к применению ЛМ:

1. Высокий риск регургитации и аспирации (ожирение, беременность в последнем триместре).

2. Потребность в высоком давлении вентиляции (тяжёлая астма, низкая податливость лёгких).

3. После приёма пищи (относительное).

4. Обструкция дыхательных путей на уровне гортани или ниже (т.е. травмы надгортанника, ожоги ДП, инородные тела).

Приведенные противопоказания носят относительный характер. Применение маски ProSeal, имеющей дополнительную манжету и порт для дренирования желудка, делает возможным применение ее при т.н. «полном желудке» и давлении на вдохе до 30 см водн. ст.

Классическая стратегия спасения на догоспитальном этапе включает в себя: раннее начало СЛР с ранней дефибрилляцией после подтвержденной остановки сердца; сокращение догоспитального этапа с ускоренной транспортировкой к месту оказания квалифицированной помощи; раннее начало оксигенации и вентиляции у пациентов с критической гипоксией. Безусловно, «золотым стандартом» в обеспечении проходимости дыхательных путей в неотложной медицине остается эндотрахеальная трубка с манжетой, но только в том случае, если она введена правильно, т.е. в трахею!

Приводим 10 недостатков интубации на догоспитальном этапе: 1) недостаток подготовленных анестезиологов; 2) необходимость постоянной практики для поддержания навыков для неспециалистов; 3) отказ оборудования (севшие батареи, порванные манжеты, и т.д.); 4) плохая видимость в присутствии крови и отделяемого; 5) гипоксия во время длительных повторяющихся попыток; 6) риск нераспознанной интубации пищевода или бронхов; 7) возможная аггравация повреждения шейного отдела позвоночника; 8) ограниченный доступ в случае зажатия в транспортных средствах; 9) увеличение времени догоспитального этапа; 10) ограниченное наличие анестетиков / неподготовленность персонала к проведению наркоза.

В настоящее время имеется специальная модель ларингеальной маски для неотложной помощи и обеспечения проходимости дыхательных путей в трудных случаях – LMA Fastrach. Она разработана для проведения сердечно-легочной реанимации и для ситуаций прогнозируемых или неожиданных трудностей при обеспечении проходимости дыхательных путей. Позволяет проводить вентиляцию легких как самостоятельно, так и между попытками интубации трахеи трубкой. LMA Fastrach применяется большинством спасательных команд во всем мире, включая NASA. Данная маска, включенная в алгоритм действий по обеспечению проходимости дыхательных путей AHA и ASA , уже внесла свой вклад в спасение тысяч человеческих жизней.

Выводы:

1. Применение ларингеальной маски на догоспитальном этапе представляет собой весьма перспективную альтернативу эндотрахеальной интубации как методу поддержания проходимости дыхательных путей. ЛМ имеет ряд преимуществ, связанных с отсутствием необходимости в специальном оборудовании для установки, простоте техники введения и обучения персонала.

2.Особое внимание необходимо обратить на ЛМ типа LMA Fastrach, специально разработанную для неотложных ситуаций на догоспитальном этапе.

Тарасевич В.Н., Новикова Н.П., Авраменко Т.В.,
Пискун Б.Б., Римашеская Е.П.

СОХРАНЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
Минск, Республика Беларусь

В соответствии с Национальными рекомендациями Министерства здравоохранения Республики Беларусь (РБ) по ведению больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) и установленной последовательностью действий на этапах оказания медицинской помощи таким пациентам, пациенты со стойким (≥ 20 мин) подъемом сегмента ST на ЭКГ или «новой» блокадой левой ножки пучка Гиса являются кандидатами для немедленного восстановления кровотока по закрытой коронарной артерии (тромболитической терапии – ТЛТ, чрескожного коронарного вмешательства – ЧКВ). Снижение сегмента ST на

50-70 % от исходного позволяет с высокой вероятностью прогнозировать успешность реперфузии, более благоприятный прогноз в плане ограничения размера инфаркта, сохранения функции левого желудочка и выживаемости.

В настоящее время в регионах РБ, где существуют возможности быстрой транспортировки пациента с ОКС в специализированный стационар, способный провести экстренное ЧКВ, стратегия интервенционной реваскуляризации рассматривается, как предпочтительная, если удается выполнить ее в течение 90 минут от первого медицинского контакта (ПМК). Пациентам с ИМ рекомендовано стентирование инфаркт-связанной артерии. Догоспитальная ТЛТ с последующей коронарографией как первоначальная стратегия рекомендуется при продолжительности ангинозной симптоматики менее 3 часов и невозможности выполнения ЧКВ в течение 60 минут от ПМК. Эффективность ТЛТ при этом сопоставима с эффективностью ЧКВ. При более позднем проведении реперфузии эффективность ЧКВ выше, чем при ТЛТ. В последующем оптимальное время ангиографии для стабилизации пациентов после успешной ТЛТ составляет 3-24 часа. Если отсутствует возможность выполнения ЧКВ в течение 90 минут после первого проявления болевого синдрома, следует применить ТЛТ в течение 30 минут при отсутствии противопоказаний, что позволяет ограничить размер инфаркта, сохранить функцию левого желудочка и улучшить прогноз выживаемости.

Статистические данные о динамике изменения реперфузионной стратегии в РБ с 2009 по 2015 год показывают, что, несмотря на почти 10-кратное (с 3 % до 29 %) увеличение количества первичных ЧКВ, доля ТЛТ за этот период сохранилась на прежнем уровне – 41 %. При этом в 2 раза (с 56 % до 30 %) сократилось количество пациентов без реперфузионной терапии. В связи с невозможностью достижения принципа «ангиопластика для всех» из-за множества экономических и организационных препятствий (временные задержки при транспортировке для первичного ЧКВ практически неизбежны), а также с учетом появления на фармацевтическом рынке РБ фибринспецифического тромболитика тенектеплазы отечественного производства и поэтому более доступного, имеющегося на оснащении и в службе СМП РБ, следует считать догоспитальную ТЛТ по-прежнему перспективным методом современной догоспитальной реперфузии при ОКСпST.

Полное «открытие» коронарной артерии (TIMI III), быстрая реперфузия, высокая фибриноспецифичность, снижение частоты внутричерепных кровоизлияний, уменьшение частоты реокклюзий, устойчивость к ингибитору активатора плазминогена (PAI-1), отсутствие системных эффектов и антигенности, возможность однократного болюса **–** эти качества выгодно отличают тенектеплазу как тромболитик III поколения от стрептокиназы – отечественного тромболитика I поколения – непрямого активатора плазминогена с низкой скоростью тромболизиса, с выраженными системными эффектами и аллергическими реакциями, а также необходимостью более длительного внутривенного капельного введения.

Теплов В.М., Комедев С.С., Цебровская Е.А., Туров И.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОРТАТИВНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНЕРА В РАБОТЕ СТОСМП

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Введение. Простота использования «карманного» ультразвукового сканера, надежность и информативность исследования являются несомненными преимуществами. Такой сканер наиболее часто рассматривается как прибор для скрининг-исследования, с помощью которого можно быстро выявить жизнеугрожающую проблему и сконцентрировать внимание на значимых находках.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 405 пациентов хирургического и терапевтического профилей, поступивших в экстренном порядке в СтОСМП ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Всем им при поступлении врачом отделения выполнялось скрининговое ультразвуковое исследование органов грудной клетки и брюшной полости с использованием портативного аппарата VScan производства фирмы General Electric. Непосредственно после скрининга сертифицированным врачом осуществлялось полноценное исследование с использованием аппарата DP-50 фирмы Mindray. Полученные результаты сравнивали, определяли частоту ошибочных заключений врачей скорой медицинской помощи, которые могли либо не могли повлиять на лечебно-диагностическую тактику.

Результаты. Те или иные несовпадения были выявлены у 57 (14,07 %) пациентов. Однако детальный анализ ошибок показал, что лишь в 16 случаях, что составило 3,95 % от общего числа исследований, неправильное заключение могло оказать влияние на ход лечебно-диагностического процесса. При исключении из подсчета 207 исследований, не выявивших у пациентов патологических изменений как при скрининге, так и при последующей УЗ-диагностике, количество правильных значимых результатов составило 91,92 %.

Большинство подобных ошибок обусловлено, по нашему мнению, как недостаточным опытом УЗ-диагностики проводивших скрининг, так и небольшим размером экрана VScan, диагональ которого менее 10 см, что несколько снижало возможность определения мелких девиаций.

Выводы. Использование «карманного» УЗ-сканера в качестве скринингового исследования позволяет врачу СтОСМП быстро выявить диагностически значимые нарушения, в последующем определяемые специалистом ультразвуковой диагностики с применением стационарного оборудования. Ускорение диагностического процесса может играть существенную роль при широком спектре жизнеугрожающих состояний.

Теплова Н.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ МАНЕКЕНОВ ФИРМЫ «LAERDAL « (НОРВЕГИЯ) ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Киров, Россия

Инновационным проектом в российском медицинском образовании стало создание в вузах отдельных структурных подразделений – центров практической подготовки, которые позволили использовать междисциплинарный подход в обучении как студентов, так и слушателей системы последипломной подготовки.

Необходимо понимание владения и поддержания врачами независимо от специальности навыков по базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР). Обучение практическим навыкам современной СЛР стало одной из важнейших составляющих обучения различных категорий учащихся системы последипломного образования.

С 2008 года для обучения практическим навыкам в различных областях медицины (анестезиология-реаниматология, хирургия и лапароскопия, травматология и ортопедия, акушерство-гинекология, сестринское дело, педиатрия и т.д.) активно функционирует центр манипуляционных навыков Кировского ГМУ.

Обучение современной СЛР предполагает теоретическую подготовку в виде лекций и семинарских занятий и овладение практическими навыками на манекенах-имитаторах пациента.

По нашему мнению, наилучшими образцами для обучения СЛР являются тренажеры и манекены фирмы «Laerdal» (Норвегия), используемые для отработки навыков СЛР в центре манипуляционных навыков Кировского ГМУ: торс для практики интубации, тренажер реанимации с интерактивным имитатором аритмии, тренажер реанимации «Resusci Anne Skill Reporting, Laerdal», педиатрический тренажер жизнеобеспечения.

Обучение и тренинг СЛР проводятся в специально оснащенной учебной комнате центра манипуляционных навыков. Обучающегося просят выполнить 5 циклов базовой СЛР на манекене-тренажере Resusci Anne Skill Reporting, Laerdal. Манекен заранее укладывается на кушетке или на полу (соблюдение правила «твердой поверхности»).

Диагностика практических навыков включает в себя оценку выполнения непрямого массажа сердца, искусственной вентиляции легких простейшими экспираторыми методами «рот ко рту», «рот к носу» или мешком Амбу.

Таким образом, манекен Resusci Anne имеет четкие анатомические ориентиры и реалистичные ощущения компрессии/вентиляции при обучении правильной технике выполнения СЛР.

Терешичев А.А.[1], Ромашкин-Тиманов М.В.[1], Бондарев М.Р.[1], Вербицкий В.Г.[1,2], Таратыркин Е.К.[2]

ВНУТРИБРЮШНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА СЕТЧАТЫМ ЭКСПЛАНТАТОМ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

[1]ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»
[2]ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ,
Санкт-Петербург, Россия

В настоящие время одним из методов оперативного лечения послеоперационных вентральных и пупочных грыж является метод лапароскопической внутрибрюшной ненатяжной герниопластики с использованием синтетических трансплантатов. При выполнении ЛВГП выбор способа выполнения оперативного вмешательства зависит от того, с каким покрытием используется трансплантат. Трансплантаты, обладающие адгезивным покрытием (PHISIOMESH), не требуют перитонизации, в то время как трансплантаты без специальных покрытий (Пролен), согласно данным литературы и рекомендациям ряда авторов, требуется перитонизировать. Перитонизация трансплантата – достаточно трудоёмкий и длительный процесс, требующий отслоения брюшины на большой площади для его надежной установки. Согласно правилам установки, трансплантат должен на 4 см превышать грыжевой дефект по периметру. Использование сетки с адгезивным покрытием в 5-9 раз дороже, чем сетки без покрытия. После ЛГВП могут образовываться спайки с протезом, но достоверных данных об их встречаемости в литературе нет. Поэтому данный вопрос до конца не исследован и подлежит дальнейшему изучению.

В НИИ СП им. Ю.Ю. Джанелидзе с 2012 по 2017 г.г. нами были прооперированы 62 пациента по поводу послеоперационных вентральных, пупочных грыж и грыж белой линии живота, которым была выполнена ЛВГП с использованием сетчатого трансплантата «Линтекс» без перитонизации. Мужчин было 26 (42 %), женщин – 36 (58 %). Средний возраст – 57,4 года. По поводу пупочной грыжи прооперировано 35 (56 %) человек, по поводу вентральной грыжи – 24 (39 %), по поводу грыжи белой линии живота – 3 (5 %). В 2 (3 %) случаях выполнена одномоментная лапароскопическая холецистэктомия и герниопластика. Сетчатый эксплантат устанавливался изнутри на брюшину и его перитонизация не проводилась.

Ранний послеоперационный период у всех оперированных протекал без осложнений. Троакарные раны зажили первичным натяжением. Послеоперационных осложнений со стороны передней брюшной стенки и брюшной полости, на основании клинического наблюдения, не выявлено. У всех прооперированных швы сняты на 7 сутки после операции. Пациенты наблюдались нами от 1 до 5 лет в отдаленном послеоперационном периоде. Клинических данных за развитие у них абдоминальной спаечной болезни не установлено. У 2 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде выполнены лапароскопические операции по поводу других заболеваний (острый калькулезный холецистит, грыжа передней брюшной стенки другой локализации). При осмотре зоны ранее выполненных операций сращений органов брюшной полости с трансплантатом не установлено.

Таким образом, первый клинический опыт использования ЛВГП без перитонизации эксплантата говорит о возможности использования данной методики и необходимости ее дальнейшего изучения.

Тиляков А.Б., Махамадаминов А.Г.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

В структуре современного травматизма отмечается увеличение числа больных с тяжелыми, множественными и сочетанными травмами. Раннее и адекватное оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе играет важную роль в исходах лечения данного контингента пациентов. При оказании помощи подобным пациентам должен учитываться тот факт, что при политравме развивается сложное многокомпонентное повреждение организма как единого целого, сопровождающееся нарушением функций жизненно важных органов и систем с прямой угрозой жизни пациентов.

При проведении догоспитальной экстренной медицинской помощи пациентам с политравмой приоритетом должна быть пошаговая коррекция жизненно важных функций в виде восстановления проходимости дыхательных путей и проведения ИВЛ. Далее должна проводиться оценка сердечной деятельности и при ее отсутствии – выполнение сердечно-легочной реанимации (СЛР). При наличии пульса проводится коррекция сердечной деятельности (дефибрилляция, медикаменты) и гемодинамических показателей (инфузионная терапия, вазопрессоры).

Надо отметить, что немаловажным для больных с политравмой является проведение адекватного обезболивания, позволяющего улучшить их общее состояние и провести осмотр и обследование больного с целью выявления и коррекции имеющихся различных повреждений. При этом последовательность выполнения диагностических мероприятий должна быть сугубо индивидуальной, в зависимости от локализации доминирующего, наиболее опасного для жизни повреждения.

Выявление повреждений предполагает проведение соответствующих экстренных лечебных манипуляций. При обильном наружном кровотечении – применение способов его временной остановки. При наличии клинических признаков переломов трубчатых костей, позвоночника, таза – проведение транспортной иммобилизации. При признаках открытых и закрытых повреждений живота – наложение соответствующих повязок и немедленная госпитализация с хирургический стационар. Наличие различных ожоговых повреждений или отравлений предполагает проведение мероприятий по закрытию имеющихся ран и детоксикационных мероприятий.

Все вышеперечисленные манипуляции должны выполняться на фоне проведения противошоковых мероприятий, так как наличие политравм практически в обязательном порядке предполагает развитие у подобных больных различных видов шока. Важнейшим компонентом противошоковых мероприятий у больных

с политравмой является экстренное проведение инфузионной терапии, в необходимых случаях в две вены. Наиболее эффективными при этом являются гемодинамические препараты, коллоиды, но их отсутствие не является обоснованием отказа от проведения инфузионной терапии. В этих случаях инфузионная терапия проводится в необходимых объемах кристаллоидами.

Выполнение мероприятий по экстренной диагностике и оказанию неотложной помощи завершается транспортировкой больных с политравмой в стационар, наиболее целесообразным из которых являются РНЦЭМП и его областные филиалы. В процессе транспортировки больных выполняются остальные мероприятия по обследованию и лечению пострадавших.

Таким образом, организация и проведение неотложной медицинской помощи больным с политравмой в догоспитальном этапе имеет большое значение в улучшении результатов их лечения. Соблюдение при этом вышеперечисленных рекомендаций по объему лечебно-диагностических пособий и порядка их осуществления пострадавшим с политравмой на месте происшествия и при транспортировке их в лечебное учреждение позволяет максимально оптимизировать лечебно-диагностический процесс.

Труханова И.Г., Поляков И.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА СУКЦИНАТА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Самара, Россия

Пароксизмальное состояние – это припадок (приступ) церебрального происхождения, проявляющийся на фоне видимого здоровья или при внезапном ухудшении хронического патологического состояния, характеризующийся кратковременностью, обратимостью возникающих расстройств, наклонностью к повторениям, стереотипностью.

Цель исследования – оценить эффективность этилметилгидроксипиридина сукцината при пароксизмальных состояниях (ПС) на догоспитальном этапе (ДЭ).

Задачи:

1. Изучить статистику вызовов скорой медицинской помощи (СМП) в связи с ПС при вегето-сосудистой дистонии (ВСД)(G90, код осложнения 313), хронической ишемической болезни головного мозга (ХИБМ)(I67, код осложнения 313) и эпилепсии (G40, код осложнения 342, 343) по данным г. о. Самара.

2. Проанализировать и оценить эффективность применения этилметилгидроксипиридина сукцината при перечисленных нозологиях.

В исследование вошли 76 пациентов, разделенные на три группы: 1 – пациенты с ХИМБ, церебральным пароксизмом (основные жалобы: головокружение (91 %), головная боль (55 %), лабильность АД (48 %), дрожь в теле (27 %)); 2 – с ВСД, вегетативным пароксизмом (основные жалобы: головокружение (70 %), лабильность АД (66 %), дрожь в теле (60 %), чувство сердцебиения (49 %)), 3 – с эпилепсией с судорожной готовностью. Исключались пациенты с ОНМК,

опухолями головного мозга, последствиями ЧМТ и токсическими энцефалопатиями. Мужчин было 15, женщин – 58, средний возраст по группам 73±7, 27±5 и 36±5 лет соответственно. Всем пациентам вводили внутривенно 5 мл 5 % этилметилгидроксипиридина сукцината внутривенно. За положительный результат принималось уменьшение или исчезновение симптомов, которые послужили поводом к вызову СМП, отсутствие введения других препаратов. За отрицательный результат принималась отсутствие клинически выраженного эффекта и/или необходимость введения других препаратов.

Были получены следующие данные: в 1 группе улучшение наблюдалось у 82 % больных; во 2 – у 62 %. В 3 группе клинического улучшения от монотерапии не наблюдали, всем пациентам дополнительно был введен раствор магния сульфата 25 % – 10 мл в вену, при этом никому не потребовалось введение диазепамов и не отмечалось повторных приступов судорог и повторных вызовов СМП.

Таким образом, количество вызовов в связи с различными пароксизмальными состояниями в г. о. Самара сохраняется на высоком уровне. Монотерапия этилметилгидроксипиридином сукцинатом показывает высокую эффективность при пароксизмах у пациентов с ХИБМ и ВСД.

Тулупов А.Н., Бабич А.И.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОЙ АОРТЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»
Санкт-Петербург, Россия

Повреждения грудной аорты с формированием напряженных гематом средостения и интенсивных внутриплевральных кровотечений всегда являются доминирующими и требующими экстренных оперативных вмешательств.

Мы проанализировали 5 рандомизированных клинических наблюдений, имевших место в СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в течение последних 4 лет. Все пациенты были мужчинами в возрасте от 18 до 63 лет. Двое из них имели сочетанные колотые ранения груди, 3 других – тяжелую закрытую сочетанную травму вследствие ДТП. Все были доставлены в противошоковую операционную института выездными бригадами скорой медицинской помощи реанимационного профиля. До операции 4 пациентам выполняли цифровую рентгенографию и СКТ груди, 3 – УЗИ плевральных синусов, 3 – дренирование плевральных полостей, 1 – диагностическую видеоторакоскопию. Время от момента поступления в стационар до большого оперативного вмешательства составило от 10 до 60 мин.

В качестве операционного доступа у 2 раненых с колотыми ранениями использована стернотомия, у 2 пострадавших с сочетанной закрытой травмой груди – левосторонняя переднебоковая торакотомия.

У обоих раненых с колотыми ранениями груди после стернотомии выявлены напряженные гематомы средостения и кровоточащие раны диаметром около 3 мм восходящего отдела аорты. Эти раны без больших технических трудностей ушиты «на струе». У 1 из них с множественными ранениями груди и признаками продолжающегося внутриплеврального кровотечения стернотомия была дополнена

торакотомией в V межреберье слева по типу «Door Open», ушиванием кровоточащей межреберной артерии и раны нижней доли легкого. Кровопотеря у этих пациентов составила 1 л и 1,5 л соответственно.

Более тяжелая клиническая картина имелась при сочетанной закрытой травме груди у 2 других пострадавших. У них экстренная левосторонняя торакотомия производилась по поводу профузного внутриплеврального кровотечения, констатированного после закрытого дренирования плевральной полости. У обоих диагностирован разрыв перешейка аорты с вскрывшейся в плевральную полость напряженной гематомой средостения. Длина дефектов стенки аорты составляла около 1 см, в связи с чем их зашивание сопровождалось техническими трудностями и массивной кровопотерей (3 л и 6 л). Одному пострадавшему с разрывом перешейка аорты, диагностированным при помощи СКТ с ангиоконтрастированием, через 8 часов после травмы бедренным доступом был установлен стент-графт. У этого пациента имелась напряженная гематома средостения без прорыва в плевральную полость.

У обоих пациентов с колотыми ранениями послеоперационный период протекал благоприятно, и они были выписаны через неделю после травмы. У двух других, которые помимо закрытой травмы груди с разрывом нисходящего отдела аорты имели потребовавшие проведения других срочных и отсроченных оперативных вмешательств тяжелые повреждения еще в 5 и 3 частях тела соответственно, травматическая болезнь протекала крайне тяжело, с пневмонией и тяжелым сепсисом. Один из этих пострадавших выписан из стационара через 1,5 месяцев после травмы с признаками инвалидности, а второй умер от гнойно-септических осложнений через месяц после начала лечения.

Третий пострадавший с тяжелой закрытой сочетанной травмой груди, которому кровотечение удалось успешно остановить путем стентирования, скончался через 9 суток после травмы из-за прогрессирования двусторонней пневмонии и тяжелого сепсиса в результате тяжелых ушибов и разрывов обоих легких.

Разрывы аорты при закрытой сочетанной травме груди по сравнению с ранениями сопровождаются существенно большими кровопотерей (χ^2, $p<0,01$) и тяжестью течения травматической болезни, а также гораздо менее благоприятным исходом.

Тулупов А.Н., Синенченко Г.И., Бесаев Г.М., Сафоев М.И., Никитин А.В.

ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЕ КЛИПИРОВАНИЕ РАЗРЫВА БРОНХА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»
Санкт-Петербург, Россия

Известны способы лечения разрывов бронхов путем длительного закрытого дренирования плевральной полости, путем проведения торакотомии и их зашивания открытым способом, путем проведения торакотомии, а также резекции легкого.

Недостатки этих способов: постоянное поступление через дефект бронха в средостение и плевральную полость инфицированных вдыхаемого воздуха и мокроты при обычном дренировании, отсутствие в связи с этим возможности необходимого для заживления плотного сближения краев разрыва бронха; невозмож-

ность расправления легкого из-за его негерметичности; неизбежность развития острой вентиляционной дыхательной недостаточности из-за коллабирования легкого, сброса вдыхаемого воздуха по дренажам и шунтирования крови; высокая вероятность развития эмпиемы плевры с бронхоплевральным свищом и ригидным легким при длительном плевральном дренировании; большая травматичность доступа при открытом зашивании раны бронха; необходимость удаления неповрежденных вполне жизнеспособных частей легкого при его резекции; инвалидизация пациентов.

Ближайшим к предлагаемому нами способу, описанному ниже, является способ герметизации легкого при наличии бронхоплеврального сообщения путем выполнения временной (на срок до 2-3 суток) эндобронхиальной окклюзии проксимального отдела поврежденного бронха поролоновым обтуратором в сочетании с дренированием плевральной полости (Черкасов В.А., 2006). Однако и этот способ не лишен существенных недостатков: необходимость использования жесткой бронхоскопии под общим обезболиванием с интубацией трахеи; отсутствие необходимого для заживления плотного соприкосновения краев разрыва бронха; невозможность прочной герметизации разрыва за 2-3 суток; необходимость выключения из газообмена значительных объемов легочной ткани и шунтирование через них крови; вероятность развития постокклюзионного синдрома и ателектаз-пневмонии; поступление в средостение и плевральную полость инфицированной мокроты из выключенных из вентиляции отделов легкого; большая вероятность возникновения эмпиемы плевры; возможность миграции поролонового обтуратора и развития асфиксии.

Для повышения эффективности лечения за счет создания благоприятных условий для заживления разрывов бронхов и минимизации условий для развития указанных выше инфекционных и других осложнений с целью аэростаза и плотного сближения краев раны бронха мы предлагаем производить ее эндоскопическое эндобронхиальное клипирование на срок от 10 до 14 суток в сочетании с дренированием плевральной полости. Плевральная полость дренируется под местным обезболиванием двумя дренажами во втором межреберье по среднеключичной линии и шестом – по задней подмышечной линии полихлорвиниловыми трубками диметром от 0,5 до 1,2 см. Далее под общим или местным терминальным (лидокаиновым) обезболиванием производится фибробронхоскопия, санация трахеобронхиального дерева, определение локализации разрыва бронха и его эндоскопическое клипированием клипсами, которые обычно используются для гемостаза в гастроэнтерологии. Такие клипсы обеспечивают необходимое для герметичности и заживления плотное соприкосновение краев разрыва бронха, не препятствуют вентиляции бронхиального дерева и отхождению мокроты. При отсутствии выделения из плевральной полости воздуха и экссудата в течение 2-3 суток, плевральные дренажи удаляют. При необходимости могут осуществляться рентгенография груди и лечебно-диагностическая фибробронхоскопия. Через 10-14 суток производят фибробронхоскопию, клипсы удаляют, трахеобронхиальное дерево санируют, выполняют контрольную рентгенографию груди.

Предложенный способ по сравнению с прототипом гораздо более просто воспроизводим, безопасен, эффективен и дешев. Его новизна подтверждена приоритетной справкой на изобретение №2017104785 от 14.02.2017. Имеется хорошо

иллюстрированный клинический пример успешного применения данного способа при тяжелой сочетанной закрытой травме груди.

Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Ажиниязов Р.С.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Своевременно оказанная медицинская помощь обожженным непосредственно в очагах бедствий является залогом их дальнейшего успешного лечения.

В оказании первой помощи задействованы пожарные, спасатели, персонал скорой медицинской помощи. Пожарные осуществляют прекращение воздействия поражающего фактора и эвакуацию пострадавшего из очага. Спасатели дополнительно снабжены медицинскими укладками и могут оказывать первую помощь в объеме: обезболивание, использование хладопакетов, наложение асептической повязки. Бригада скорой медицинской помощи оказывает первую помощь в объеме установленных стандартов и алгоритмов. При этом мероприятия в отношении пострадавших от ожогов у представителей различных служб часто повторяются, что приводит к увеличению времени транспортировки и ухудшает прогноз. Поэтому чрезвычайно важна координация в действиях этих служб на догоспитальном этапе.

Возможна следующая последовательность клинико-диагностической тактики:

1. Прекратить действие термического агента. Как можно скорее охладить обожженную поверхность струей прохладной воды.

2. Наркотические анальгетики и подача кислорода при обширных ожогах.

3. Ранняя инфузионная терапия у любого пострадавшего с площадью поражения 20 % поверхности тела и более. Возможна пероральная гидратация щелочно-солевым раствором, с использованием «питья Халдана»: 3 г поваренной соли и 1,5 г пищевой соды на 1 литр воды.

4. Лучшей первичной повязкой является сухая асептическая повязка. Обширные обожженные поверхности закрываются стерильными простынями, чистой тканью, бельем.

5. При ухудшении состояния и нарастании ожогового шока: закись азота с кислородом в соотношении 1:1, растворы ГЭК.

6. Во время транспортировки постоянный контроль внешнего дыхания. Ингаляция кислорода. При отеке гортани и удушья – интубация трахеи и ИВЛ.

Таким образом, неотложная помощь при ожоговой травме будет иметь клинический эффект при своевременном и грамотном тактическом взаимодействии как организационных, так и медицинских служб. Быстрое выведение из очага, правильная сортировка пострадавших, ранняя инфузионная терапия и оксигенотерапия составляют противошоковое звено догоспитального этапа.

Тычкова Е.А.

САНИТАРНО-АВИАЦИОННАЯ ЭВАКУАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ ИЗ ЗОНЫ КОНФЛИКТА НА ЮГО-ВОСТОКЕ УКРАИНЫ

ФГБУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России, Москва, Россия

С самого начала конфликта на юго-востоке Украины в зоне боевых действий оказались сотни детей, нуждающихся в медицинской помощи. В тяжелом положении оказались дети, получившие ранения при обстрелах, пациенты с тяжелыми хроническими или врожденными заболеваниями. К этой ситуации не остались равнодушными российские правозащитники. Они обратились к лидерам международных организаций с просьбой об эвакуации раненых и больных детей с территории Донецка и Луганска, сообщили о готовности России предоставить для этих целей транспорт и лечебные учреждения, а также обеспечить их сопровождение медицинским персоналом. Медицинская помощь и медицинская эвакуация как её составляющая регламентируются Постановлением Правительства РФ от 31.10.2014 г. №1134.

Санитарно-авиационная эвакуация пациентов из зоны военного конфликта осуществлялась в двух формах: по экстренным показаниям – эвакуации по обращению Минздрава Донецка и Луганска в Минздрав России; плановые эвакуации – по спискам, предоставленным фондом «Справедливая помощь».

Всего за 3 года проведена санитарно-авиационная эвакуация 474 больных и пострадавших детей. Авиамедицинские бригады ВЦМК «Защита» 41 раз вылетали для медицинской эвакуации больных и раненых детей. Все вылеты осуществлялись на оборудованных модулями медицинскими самолетными бортах МЧС России, в том числе 14 раз на Ан-148 (эвакуированы 48 детей) и 27 раз на Ил-76 (эвакуированы 394 ребенка). За один рейс выполнялась эвакуация от 1 до 32 пациентов. Эвакуацию осуществляли в специализированные клиники Москвы (87,9 %) и Санкт-Петербурга (11,8 %).

В 2017 году деятельность по эвакуации детей Донецка и Луганска продолжается: уже 26 детей (в том числе 9 в возрасте до 1 года) эвакуированы в клиники Москвы и Санкт-Петербурга.

Уразметова М.Д., Хаджибаев Ф.А., Мирзакулов А.Г.

РОЛЬ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Пациенты с острой печеночной недостаточностью (ОПН) являются особенно сложной группой больных в абдоминальной хирургии. Неуклонный рост числа больных, нехватка материала для выполнения органной трансплантации, пожизненное получение иммунносупрессивной терапии, послеоперационные осложнения возводят проблему ОПН в разряд актуальных проблем современной гепатологии. Применение клеточных технологий в лечении ОПН является перспективным направлением, ввиду того, что фетальная ткань не вызывает реакции

отторжения у реципиента, способствует не только восполнению утраченных клеток печени, но, в свою очередь, стимулирует регенерацию имеющихся гепатоцитов поврежденной ткани печени.

Цель исследования – оценить влияние трансплантации эмбриональных гепатоцитов при лечении острой печеночной недостаточности в эксперименте.

Материал и методы. Эксперимент выполнен на белых беспородных крысах, которые были распределены по 3 группам: 1) здоровые крысы; 2) крысы с моделью ОПН; 3) крысы с моделью ОПН, леченные трансплантацией гепатоцитов. Эмбриональные гепатоциты получали из плодов крыс по модифицированному способу Seglen. В эксперименте ОПН получали путем введения половозрелым крысам разведенного в масле в объемном соотношении 1:1 гепатотропного токсина CCl_4 внутрибрюшинно однократно, на следующие сутки выполняли введение в брюшную полость эмбриональных гепатоцитов.

Результаты. На 7 сутки эксперимента активность печеночных ферментов в сыворотке крови животных, подвергнутых токсическому воздействию CCl_4, была резко повышена: АсАТ повышалась соответственно в 5,2 раза, АлАТ – в 1,9 ($p<0,001$) по сравнению с интактными животными. Достоверное повышение активности щелочной фосфатазы при ОПН в эти сроки в 3,2 раза и билирубина в 2,3 раза ($P1<0,001$) указывало на холестаз вследствие массивного паренхиматозного некроза печени. При трансплантации эмбриональных гепатоцитов отмечалось достоверное снижение концентрации в крови печеночных ферментов, щелочной фосфатазы, билирубина. Также отмечена положительная динамика в отношении концентрации мочевины, креатинина, альбумина.

После введения CCl_4 наблюдалось токсическое поражение печени. При лапаротомии на 5-6 сутки у погибших крыс макроскопически отмечались выраженные изменения печени: поверхность печени плотная, красноватой окраски, зернистость и закругленность краев. При микроскопическом исследовании отмечали повреждения гепатоцитов с очагами некрозов и лейкоцитарной инфильтрацией, участки дискомплексации балочных структур. При морфологическом исследовании крыс 3-й группы отмечалось усиление регенеративных процессов, восстановление и сохранность балочных структур с значительным преобладанием неповрежденных гепатоцитов за счет протективной функции пересаженных клеток. Основную массу паренхимы составляли гипертрофированные гепатоциты с ядрами различных размеров. Восстанавливалась цитоплазма некоторых печеночных клеток, при окраске гематоксилином и эозином они окрашивались в розовый цвет.

У крыс 2 группы наблюдается достоверное снижение Т-хелперов в 1,6 раза по сравнению с показателями интактных крыс. Было установлено, что в крови больных крыс количество Т-супрессоров имело тенденцию к снижению и составило в среднем 16,2±0,6 %, что несколько ниже показателей интактных крыс (18,5±0,9 %). У больных крыс относительное число CD16-лимфоцитов на 1-й день эксперимента составило 13,4±1,0 %, что почти в 1,5 раза выше показателя интактных крыс ($P<0,05$). Фагоцитарная активность нейтрофилов была на 11,8 % ниже значений в контрольной группе. Циркулирующие иммунные комплексы во 2-й группе в 1,98 раза были выше значений 1-й группы.

Анализируя полученные результаты в 3-й группе, отмечено положительное влияние трансплантации эмбриональных гепатоцитов, которое выражалось в ста-

билизации и тенденции к восстановлению нормальной концентрации показателей клеточного и гуморального иммунитетов, фагоцитарной активности нейтрофилов и снижению циркулирующих иммунных комплексов.

Выводы. Было доказано положительное воздействие трансплантации эмбриональных гепатоцитов на поврежденную печень, что выражается в улучшении биохимических и иммунологических показателей, в более раннем возникновении репаративных, регенеративных процессов в печеночной ткани, что обосновывает целесообразность трансплантации эмбриональных гепатоцитов при лечении острой печеночной недостаточности.

Утешев М.Ш., Валиев Э.Ю., Миржалилов Ф.Х.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Ежегодно в травмпункт РНЦЭМП обращается от 15 до 20 тысяч больных с различными механическими повреждениями. Из года в год обращаемость растет. За 2014 г. в приемный покой травматологии, нейрохирургии и челюстно-лицевой хирургии обратились 16 707 больных, в 2015 году – 17 754 больных, в 2016 году – 19181 пациентов. Среднее количество обследованных больных, которым оказана необходимая медицинская помощь, в 2016 году составляет 53,5 пациентов в сутки, по сравнению с 2015 годом количество таких больных увеличилось на 5,5. Уровень госпитализации (включая досуточную) составил 42,3 % .

За 2016 г. по приемному покою выполнено 2751 малых операций, 3767 пациентам произведена фиксация конечностей гипсовыми повязками.

Большую часть обратившихся составляет самотек и перенаправленные из других ЛПУ – 64,1 % и только 35,8 % больных доставлены бригадами СМП.

Анализ вида получения травм показывает, что у большинства обратившихся в травматологический пункт травма была бытовой – 68,4 %, почти каждый седьмой пострадавший получил травму в результате криминальных обстоятельств – 16,8 %, а 12,6 % обратившихся больных были с травмами от ДТП.

Почти половина пострадавших – 49,2 % обращались за медицинской помощью в первые 2 часа после получения травмы, 38 % были доставлены или обратились самотеком в течение первых суток, 11,8 % пациентов обратились в травматологический пункт в более поздние сроки.

В травматологическом пункте РНЦЭМП проводится обследование и оказание помощи пострадавшим согласно стандартам диагностики и лечения, с применением всех существующих в центре методов инструментальной диагностики. Пострадавших с учетом характера повреждения транспортируют в палату реанимационно-операционного блока приемно-диагностического отделения, при стабильном состоянии и отсутствии признаков шока проводится диагностика в условиях травмпункта. Поскольку задачей сортировки является выявление всех имеющихся повреждений, ее осуществляют одновременно несколько специалистов – хирург, травматолог, нейрохирург с привлечением специалистов лучевой диагностики (УЗИ, рентген, МСКТ).

Таким образом, наблюдается неуклонный рост травматизма, с увеличением нагрузки на медицинский персонал. Все еще остается высоким процент обращаемости больных самотеком, что повышает риск развития всевозможных осложнений. Привлечение специалистов смежных специальностей к осмотру больного в приемном покое значительно ускоряет время обследования пациентов и снижает процент диагностических ошибок на этапах лечения.

Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Тулянганов Д.Б., Ажиниязов Р.С.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ОБОЖЖЕННЫХ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Особенностью последних десятилетий является рост поражений ожогами значительного количества жителей при различных техногенных катастрофах.

Нами проанализирован опыт организации работы приемного отделения РНЦЭМП в условиях массового поступления пострадавших после аварий, пожаров и катастроф, возникших в период 2005-2016 гг.

Первоочередной задачей при оказании первой помощи при массовом поступлении обожженных является организация медицинской сортировки, которую должны осуществлять одновременно несколько квалифицированных комбустиологов. При этом в первую очередь необходимо оценить тяжесть состояния, определить характер термического поражения и наличие ожогового шока, с последующей немедленной госпитализацией в реанимационное отделение.

В приемном отделении, где проводится сортировка пострадавших, в медицинскую карту и журнал вносятся дата и время поступления, паспортные данные и предварительный диагноз, фиксируется номер медицинской карты. Необходимо подчеркнуть, что в приемном отделении при массовом поступлении пострадавших с обширными ожогами не допускается проведение первичного туалета ожоговой раны, так как это увеличивает время начала противошоковой терапии, усугубляет течение ожогового шока и отрицательно влияет на течение ожоговой болезни.

Основной задачей медицинской сортировки является исключение скопление транспорта на подъездных путях, пострадавших в приемном отделении, задержки неотложных лечебных мероприятий. Обо всех случаях массовых поступлений пострадавших необходимо немедленно сообщить в администрацию центра и штаб РНЦЭМП по чрезвычайным ситуациям. Это позволит быстро организовать квалифицированную медицинскую помощь со стороны смежных специалистов, сконцентрировать необходимое количество медикаментов и создать дополнительные дежурные бригады. Пострадавшим с ограниченными термическими поражениями в приемном отделении проводится первичный туалет ожоговой раны, наложение повязки с растворами антисептиков, введение анальгетиков и их госпитализируют в отделение комбустиологии.

Таким образом, подобный подход организации работы приемного отделения при массовом поступлении обожженных позволяет повысить качество оказываемой помощи и расширить контингент спасаемых больных.

Филимонов В.С., Плавунов Н.Ф., Гапонова Н.И., Кадышев В.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ВЫЗОВОВ К ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ГОРОДЕ МОСКВА

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова», Москва, Россия

С целью определения оценки возможных причин повторных вызовов был проведен сравнительный анализ вызовов, выполненных выездными бригадами Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы (далее – Станция) к пациентам с повышением артериального давления. Материалом для исследования послужила база данных комплексной автоматизированной системы управления деятельностью Станции. В рамках этого исследования было проанализировано 1 605 374 вызовов, выполненных бригадами СМП к пациентам старше 18 лет, обратившимся за медицинской помощью в службу скорой медицинской помощи г. Москвы за период с 01.06.2015 г. по 01.01.2016 г.

К пациентам с гипертонической болезнью бригадами СМП выполнено 154 091 вызовов, из них количество повторных вызовов составило 11 095 (7,2 %) случаев. Количество гипертонических кризов составляет 16,1 % на первичном и 19,4 % на повторном вызове.

Процент медицинской эвакуации в больницу пациентов с гипертонической болезнью незначительный и составил 1,4 %, в то время как при наличии такого осложнения, как гипертонический криз, процент эвакуированных пациентов составил уже 3,2 %. На повторных вызовах отмечается увеличение количества пациентов, доставленных бригадами СМП в стационары Москвы, что составило 4,1 %, в то время как у пациентов с гипертонической болезнью, осложненной гипертоническим кризом – 9,7 %.

На повторном вызове бригадами СМП были диагностированы: острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – в 488 случаях, что составило 0,34 % всех первичных вызовов с повышением АД; острый коронарный синдром (ОКС) – в 299 (0,2 %) случаях. Проведенный детальный ретроспективный анализ карт вызовов с привлечением независимых экспертов не показал наличие прогностического риска развития ОКС и ОНМК на первичном вызове.

При рассмотрении структуры повторных вызовов наиболее часто устанавливался диагноз: «Гипертоническая болезнь» – в 59,5 %. Наличие диагнозов у больных с первичной АГ свидетельствует о наличии сопутствующей патологии у трети пациентов. На основании проведенной работы можно сделать вывод, что благодаря дифференцированной тактике при оказании неотложной медицинской помощи при повторных вызовах к таким пациентам рецидивы повышения АД практически отсутствуют.

Фисталь Н.Н., Фисталь Э.Я, Розин Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ В МИРНОЕ И ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

До 2014 года высокая концентрация промышленных предприятий (20 % всего промышленного производства Украины) и первое место в стране по плотности населения (163 чел/км²) обусловливали высокий производственный и бытовой травматизм. Только в угольной промышленности Донецкой области за период 2000-2013 годов получили траву 71 566 человек, при этом летальность составила 2,4 %. Уровень непроизводственного травматизма до войны достигал 474 человека на 10 тыс. населения, то есть более 200 тыс. человек ежегодно получали травмы различной степени тяжести в быту, из них более 13 тысяч – от ожогов.

С началом боевых действий в Донбассе уровень производственного и бытового травматизма резко снизился в связи с остановкой большинства предприятий, массовой эвакуацией детей и миграцией населения. Первое место по частоте в 2014-2015 годах заняла боевая травма: в результате боевых действий ранения получили более 22 500 человек, более 9 тысяч погибли; на угольных предприятиях за это время были травмированы более 1500 человек, 50 (3,3 %) человек погибли, в том числе 13 человек – вследствие артиллерийских обстрелов предприятий. В 2016-2017 годах интенсивность боевых действий снизилась, активные работы по восстановлению инфраструктуры городов и рост социальной поддержки населения Донецкой народной республики позволили возобновить работу большинства предприятий, способствовали возвращению населения из эвакуации, что соответственно обусловило рост бытовой и производственной травмы.

Особенность работы Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (ИНВХ им. В.К. Гусака) в мирное время – оказание неотложной и высокотехнологической помощи тяжелообожженым и пациентам с комбинированной травмой, больным с травмами и поражениями другой этиологии магистральных сосудов и сердца, неотложная помощь при хирургической и гинекологической патологии, экстренная помощь при инфарктах миокарда и тромбозах. В военное время близость к линии фронта, наличие специалистов и возможностей оказания неотложной помощи обусловили приоритет эвакуации и лечения раненых, доставленных как с непосредственных мест ведения боевых действий, так и населения, пострадавшего от хаотичных артиллерийских обстрелов жилых кварталов и предприятий города.

Изменившиеся условия жизни в Донбассе оказали влияние и на работу медицинских учреждений. Так, в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (ИНВХ им. В.К. Гусака) в мирном 2013 году было выполнено 14 356 оперативных вмешательств, 13,6 % больных оперировано по ургентным показаниям. В 2014-2015 годах, в связи с боевыми действиями и госпитализацией раненых, увеличился удельный вес пациентов, оперированных по неотложным показаниям, – до 21 %.

Использование возможностей и наработок ИНВХ им. В.К. Гусака по оказанию неотложной помощи пациентам с тяжелыми травмами мирного времени, взаимодействие скорой медицинской помощи и горноспасательной службы МЧС, медицинских формирований Министерства обороны ДНР и других оперативных служб позволило эффективно работать в изменившихся условиях. Участие сотрудников института в семинарах и конференциях по травме военного времени, профессиональная поддержка коллег и гуманитарная помощь из Российской Федерации также обусловили качественное оказание медицинской помощи населению Донбасса.

Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Розин Ю.В.

ПРИНЦИПЫ ЭВАКУАЦИИ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ ТРАВМАХ В ДОНБАССЕ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака,
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

В Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (ИНВХ им. В.К. Гусака) высокотехнологическая помощь населению оказывали как в мирное время, так и во время боевых действий. В довоенные годы стационарную помощь получали в среднем 18 тыс. человек, из них неотложную помощь- 13 %. В 2014 году, в связи с отъездом руководства Института и некоторых подразделений, увольнением 20 % сотрудников и отсутствием финансирования и медицинского снабжения возникла угроза закрытия учреждения. Однако благодаря самоотверженности оставшегося коллектива и гуманитарной помощи из Российской Федерации удалось сохранить и учреждение, и его лечебные и научные возможности. Так, в 2014-2016 годах стационарная медицинская помощь в ИНВХ им. В.К.Гусака оказана 32602 пациентам, в том числе неотложная – 21 %, из них – 418 пострадавшим от ранений, связанных с боевыми действиями.

Особенностью работы ИНВХ им. В.К.Гусака в мирное время было оказание неотложной и высокотехнологической помощи тяжелообожженым и пациентам с комбинированной травмой, больным с травмами и поражениями другой этиологии магистральных сосудов и сердца, неотложная помощь при хирургической и гинекологической патологии, экстренная помощь при инфарктах миокарда и тромбозах. Кроме того, Институт имел статус клиники катастроф, принимая тяжелообоженных пациентов со всей страны и всех пострадавших при шахтных авариях и травмах на производстве. В военное время близость к линии фронта, наличие специалистов и возможностей оказания неотложной помощи обусловили приоритет эвакуации и лечения раненых, доставленных как с непосредственных мест ведения боевых действий, так и мирного населения, пострадавшего от хаотичных артиллерийских обстрелов жилых кварталов и предприятий города.

По виду ранений пострадавшие распределились следующим образом: 30 % – осколочные повреждения; 9 % – пулевые; 20 % – ожоги; комбинированная минно-взрывная травма была основным видом поражения у 41 % пострадавших. Половина раненых доставлены в пределах «золотого часа» с места получения ранения сразу в специализированное учреждение, то есть соблюдалась двухэтапная система эвакуации. Комбинированная минно-взрывная травма по характеру возникновения, клиническим признакам и механизму эвакуации соответство-

вала комбинированной шахтной травме, что позволило использовать опыт лечения массовых травм мирного времени в период боевых действий. В лечении осколочных и пулевых ранений использован опыт и возможности сосудистого и рентгенэндоваскулярного отделений для извлечения инородных тел и восстановления кровообращения в поврежденных тканях. Таким образом, в связи с эвакуацией населения и боевыми действиями в 2014-2015 годах наблюдалось уменьшение количества плановых операций и резкий рост ургентных операций (увеличение в 1,8 раза). С 2016 года в связи с устойчивой тенденцией возвращения населения, ростом промышленного производства и снижением интенсивности боевых действий соотношение плановых и ургентных операций возвращается к довоенному периоду.

Следовательно, преемственность догоспитального и стационарного этапов скорой медицинской помощи и лечения, использование инновационных технологий и научно-практического опыта мирного времени в условиях боевых действий, взаимодействие служб Скорой помощи, оперативных бригад эвакуации раненых, МЧС и клинических медицинских учреждений позволили сохранить качество неотложной медицинской помощи населению при массовых травмах.

Хаджибаев А.М., Султанов П.К.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ КАТАТРАВМОЙ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Кататравмы составляют 30-35 % от всех случаев тяжелых травм и занимают второе место после дорожно-транспортных происшествий по числу политравм в мирное время. Характер повреждений при падении с высоты во многом отличается от механических повреждений иного генеза, например, от автодорожных травм. При кататравмах могут повреждаться внутренние органы, отдаленные от места соударения в результате сотрясения организма при падении с высоты.

Цель исследования – совершенствовать диагностику и тактику хирургического лечения больных с кататравмой путем разработка алгоритма хирургического лечения при сочетанной кататравме, основанного на балльной оценке тяжести травмы ISS.

Материал и методы. В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи с 2010 по 2014 гг. на стационарном лечении находились 729 пострадавших в результате падения с высоты, которых распределили на две группы. Основная группа – 168 больных, получившие в 2014 году стационарное лечение по разработанному алгоритму: 143 мужчины и 25 женщин в возрасте от 17 до 82 лет (средний возраст – 38,17±1,07 лет). Контрольная группа – 561 человек, проходившие стационарное лечение в период 2010-2013 гг.: 481 мужчина и 80 женщин в возрасте от 15 до 89 лет (средний возраст – 37,72±0,67 лет). По тяжести повреждения контрольная и основная группы были сопоставимы.

Результаты. Предлагаемый алгоритм предназначен для больных с сочетанной кататравмой. Пострадавшие с тяжелой высотной травмой, минуя кабинет

приемного врача, поступали в отдел противошоковой терапии, включающий хирургическую реанимационную палату с операционной, оснащенную всем необходимым диагностическим и лечебным техническим оборудованием. При этом одновременно проводили все противошоковые мероприятия по принципу «ABCDE», включающие катетеризацию периферической или центральной вены; установку мочевого катетера с проведением пробы Зельдовича; при необходимости интубацию трахеи с санационной бронхоскопией; пункцию перикарда в случае тампонады сердца; пункцию с дренированием плевральных полостей при наличии гемо- или пневмоторакса.

Формулировку предварительного диагноза осуществляли в соответствии с требованиями МКБ-10. Определение тяжести повреждения отдельных органов проводили по классификации AAST (American Association for the Surgery of Trauma) согласно балльной оценке травм AIS. Оценку же тяжести травмы организма мы рекомендуем проводить согласно балльной шкале оценки тяжести политравм ISS с учетом доминирующего повреждения. После установки предварительного диагноза и определения тяжести травмы, тактику лечения пострадавших с кататравмой определяли согласно рекомендуемому алгоритму, при этом дирижером всех лечебных мероприятий и действий смежных специалистов является ответственный хирург.

Согласно принципу противошоковых мероприятий «ABCDE» после восстановления дыхательной деятельности путем восстановления проходимости дыхательных путей, устранения напряженного пневмоторакса и дренирования плевральных полостей, определяли наличие активного кровотечения как внешнего, так и внутреннего (в плевральные полости и в брюшную полость). При наличии активного кровотечения и обильного поступления воздуха по дренажам из плевральных полостей, а также в случае тампонады сердца на УЗИ, в первую очередь необходимо проводить торакоскопию, либо торакотомию с целью гемостаза и восстановления герметичности в дыхательных путях и целостности внутренних органов. В случае остановившегося кровотечения и малого поступления воздуха по дренажам из плевральных полостей и при наличии повреждения другой анатомической области, угрожающей для жизни больного, в первую очередь необходимо проводить оперативное лечение доминирующего повреждения, а затем вернуться к окончательному гемостазу и восстановлению целостности органов грудной клетки.

Причиной активного внутреннего кровотечения могут быть повреждения органов брюшной полости. Для улучшения их диагностики нами создана тактика, основанная на шкале Ultrasound Score – USS. При нулевом балле USS (при отсутствии свободной жидкости в брюшной полости) следует проводить УЗИ в динамике; в случае наличия доминирующего повреждения другой анатомической области, производили операцию доминирующего повреждения. При USS, равном «1» или же «≥2», проводили диагностическую лапароскопию или лапаротомию соответственно. После остановки внутрибрюшного кровотечения и восстановления целостности внутренних органов живота, проводили операции других анатомических областей.

В случае выявления на МСКТ признаков сдавления головного мозга гематомой или при наличии внутрижелудочковых кровоизлияний; переломов позвонков с полным нарушением функции спинного мозга и при отсутствии другого домини-

рующего повреждения, в первую очередь проводили операции на голове и позвоночнике. В ином случае, сначала оперировали доминирующие повреждения другой анатомической области, с последующим восстановлением целостности структур головы. В случае переломов конечностей и костей таза и при наличии доминирующего повреждения другой анатомической области, в первую очередь проводили операции доминирующего повреждения с последующим восстановлением переломов костей скелета.

Как мы видим, согласно рекомендуемому алгоритму, первым этапом восстанавливаются функции жизненно важных органов с устранением повреждений анатомических областей, где имеется доминирующий, жизнеугрожающий характер повреждения. Восстановление же анатомо-функциональной целостности других анатомических областей, где характер повреждения не является доминирующим, проводится вторым этапом. На вопрос следует ли проводить второй этап лечения в экстренном порядке в ходе одного наркоза после первого этапа по принципу ETC (Early Total Care) или же отсрочить второй этап лечения на более поздние сроки после улучшения состояния больного по принципу DCS (Damage Control Surgery), ответит прогнозирование шкалы тяжести травмы ISS. Согласно рекомендуемому алгоритму, при благоприятном прогнозе ISS (до 16 баллов) операции всех анатомических областей проводятся в один этап под одним наркозом. При ISS более 16 баллов отсроченные операции следует отложить на второй этап после стабилизации жизненно важных функций организма.

Примененный алгоритм позволил повысить число сочетанных и двухэтапных операций в 1,3 и 3 раза относительно показателей контрольной группы. Наибольшее число операции были произведены на органах брюшной полости (81,6 % и 84,7 % соответственно) и грудной клетки (54,8 % и 42,8 %). При сравнении основной и контрольной групп больных, одинаковых по типу получившего лечения, мы видим, что общая летальность в основной группе меньше в 1,7 раза, существенно уменьшилась летальность при изолированных, сочетанных и двухэтапных операциях (в 1,8; 2,7 и 6,2 раза соответственно). Сравнивая же больных с кататравмой по поврежденным анатомическим областям, мы выявили, что в основной группе летальность больных с повреждениями головы уменьшилась в 1,6 раза, груди – в 1,9 раза, живота – в 1,7 раза, таза – в 1,8 раза и позвоночника – в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой.

При сравнении результатов лечения больных, однотипных по тяжести травмы, в основной группе летальность среди больных с тяжелыми и критическими повреждениями меньше в 1,85 и 2,1 раза, а число больных с осложнениями в 1,2 раза, чем в контрольной. Почти в 2 раза уменьшилось развитие полиорганной недостаточности и сепсиса, в 1,5 раза – аспирационного синдрома. Такие осложнения, как жировая эмболия и ТЭЛА, в основной группе не были выявлены.

Таким образом, алгоритм хирургического лечения при кататравмах заключается в использовании шкалы тяжести травмы ISS, повышающей доступность и точность диагностики прогнозирования исхода лечения. Разработанный алгоритм хирургического лечения при сочетанной кататравме на основе учета сочетанных повреждений различных анатомических областей, их взаимоотягощяющего влияния друг на друга, а также тяжести травмы, определяет последовательность и метод оперативных вмешательств различных анатомических областей, решая такти-

ку хирургического лечения пострадавших сочетанной кататравмой. В результате этого значительно уменьшаются осложнения и общая летальность больных с тяжелой высотной травмой.

Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Султанов Д.Т.

ВНЕДРЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ В ПРАКТИКУ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

В 1998 году в Республике Узбекистан была создана оригинальная модель службы экстренной медицины (СЭМ), основанная на многоуровневой основе, при которой все организационно-структурные звенья объединены в единую службу с устойчивыми организационно-методологическими вертикальными и горизонтальными связями. Основная задача службы – оказание гарантированной государством бесплатной, доступной и качественной неотложной медицинской помощи во всех регионах и для всех слоев населения страны.

На сегодняшний день структура СЭМ Узбекистана включает головной многопрофильный Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его 12 филиалов в каждом регионе страны. Кроме того, в 172 населенных пунктах страны созданы отделения экстренной медицинской помощи при районных медицинских объединениях. В структуру службы скорой медицинской помощи (СМП) входят: городская станция СМП г. Ташкента, областные станции СМП (12), а также станции СМП при городских/районных медицинских объединениях.

Служба СМП, являясь важным звеном здравоохранения, выполняет большой объем работы по оказанию экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. В СЭМ имеются 806 учреждений СМП (1 станция, 12 подстанций, 187 отделений с 606 подстанциями), где круглосуточно дежурят 1718 бригад СМП.

Служба экстренной медицинской помощи (СЭМП) Республики Узбекистан создана согласно Указу Президента УП №2107 от 10.11.1998 «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан».

Деятельность СЭМП как единой системы основывается на принципах: доступность, оперативность, следование стандартам диагностики и лечения, а также этапность. Именно этапность оказания медицинской помощи, подразумевающая неразрывное взаимодействие догоспитального и госпитального этапов в рамках единой системы экстренной медицинской помощи, является залогом слаженного действия этих служб, преемственности, а также всесторонней подготовки медицинских кадров. Ротация врачебного персонала между службой скорой медицинской помощи и учреждениями госпитального звена внутри единой системы дает возможность формирования всесторонне образованного медицинского персонала, владеющего всем арсеналом диагностических и лечебных методов при экстренных ситуациях.

В целях обеспечения своевременности и качества оказываемой экстренной медицинской помощи, а также единства и преемственности лечебно-диагностического процесса, работа на соответствующих уровнях строится на разработан-

ных лечебно-диагностических стандартах. За 2016 год системой СМП обслужено 6 902 246 вызовов. Анализ деятельности скорой медицинской помощи показывает, что в 2016 году вызовы по основному предназначению составили 56,2 %, вызовы, не требующие скорой медицинской помощи, – 34,9 %, перевозка больных из стационара в другие учреждения – 8,7 %, ложных вызовов – 0,9 % всех вызовов.

Одним из путей решения вопроса является автоматизация ключевых звеньев приема и обработки вызова. С этой целью в стране внедряется единый телефон вызова СМП «103», посредством которого обрабатываются порядка 20 тыс. звонков в сутки. Основная цель создания данного механизма – создание единой для Министерства здравоохранения электронной системы управления и мониторинга деятельности всей службы СМП.

Кроме того, для уменьшения времени доезда до пациента, особенно в труднодоступных районах, произведена так называемая регионализация машин СМП, т.е. размещение их в максимально приближенных к населенным пунктам учреждениях первичного звена здравоохранения – поликлиниках и сельских врачебных пунктах. Это позволит на основе совместно разработанных и утвержденных регламентов и индикаторов, создать систему мониторинга за обращениями населения в службу скорой медицинской помощи (например, систему оповещения по заявкам, обработанным с большим опозданием по телефонным звонкам, которые не были обработаны и т.д.).

Преимущества внедряемой автоматизированной системы управления представлены на рисунке 1.

Рис. 1. Преимущества АСУ и навигации единой диспетчерской службы ЭМП

Оснащение службы СМП единым программно-аппаратным комплексом, направленным на автоматизацию системы управления, формирование единой геоинформационной системы Министерства здравоохранения на основе GPS-навигации и адресно-поисковой системы, обеспечение автотранспорта скорой медицинской помощи GPS-трекерами приведут к эффективному контролю и мониторингу вызовов на номер «103», уменьшению расходов на эксплуатационные затраты бригады СМП на один вызов, обеспечат приближение времени обслуживания вызова к международным стандартам за счет повышения операционного управления диспетчерской службы.

Создание информационной системы и организация сети передачи данных для службы экстренной медицинской помощи, предусматривающих оперативное управление, координацию деятельности выездных бригад и специализированного автотранспорта, прием и обработку информации, а также взаимодействие с экстренными службами других министерств позволят сформировать действенный механизм приема всех вызовов, оперативного выезда бригад с одновременным взаимодействием с профильными лечебными учреждениями, вышестоящими органами и экстренными службами других ведомств.

Хаджибаев А.М., Янгиев Б.А., Хашимов М.А., Янгиев Р.А.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

За период с 2003 по 2016 гг. в клинику РНЦЭМП обратились 1895 больных с различными инородными телами (ИТ) верхнего отдела пищеварительного тракта. У 26 (1,4 %) больных ИТ было фиксировано в стенку пищевода с образованием глубокого пролежня, поэтому удалить ИТ эндоскопическим путем было невозможно. Данной группе больных ИТ было удалено оперативным путем. У остальных 1869 пациентов ИТ было удалено во время проведения эндоскопии. Кроме этого, у 218 (11,5 %) пациентов отмечалось повреждение стенки пищевода собственно ИТ или же проведенной эндоскопической манипуляцией по их удалению. Повреждение шейного отдела пищевода – у 136 больных, грудного – у 62 и абдоминального – у 20. В первые 6 часов с момента нахождения ИТ в пищеводе и проведения эндоскопической манипуляции по их удалению поступили 138, в промежутке 6-24 ч – 64, спустя сутки и более – 40 больных.

У 210 больных наблюдались повреждения до мышечного слоя стенки пищевода. После 2-5-дневного консервативного лечения они были выписаны. Остальные 34 (13,9 %) прооперированы. У 26 больных причиной операции явилось ИТ, фиксированное в стенку пищевода, которое невозможно было удалить эндоскопически. У остальных 8 больных основанием для операции явилось сквозное повреждение всех слоев стенки пищевода собственно инородным телом или вследствие эндоскопической манипуляции по его извлечению.

При сквозных повреждениях стенки пищевода в нашей клинике придерживаются активной хирургической тактики, включающей в себя: выбор оптимального хирургического доступа, ушивание дефекта стенки, укрытие линии швов, адекват-

ное дренирование средостения, «выключение» пищевода и обеспечение адекватного энтерального питания.

Поступившим в течение первых суток 24 больным было выполнено ушивание дефекта стенки пищевода с укреплением линии шва прилегающими тканями или медиастинальной плеврой и дренированием средостения в зоне повреждения. При травмах шейного отдела (18) линию шва укрепляли кивательной мышцей, грудного отдела (2) – листком медиастинальной плевры, а абдоминального отдела (4) – дном желудка по типу манжеты Ниссена или Тупе. Остальным 10 больным, поступившим спустя сутки и более с уже развившимся гнойным медиастинитом, выполнено вскрытие флегмоны шеи и средостения с проведением активного дренирования данной области. Из них 1 больному с гнойным медиастинитом выполнены торакотомия, медиастинотомия, промывание гнойной полости с дренированием средостения и плевральных полостей двухпросветными дренажами. Всем оперированным больным для обеспечения адекватного питания проводили желудочный зонд или накладывали гастростому. Умерли 5 (14,7 %) оперированных больных, поступивших в поздние сроки с клиникой развившегося гнойного медиастинита, остальные пациенты после проведенного лечения были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Активная хирургическая тактика при сквозных повреждениях пищевода является наиболее эффективным методом лечения данной категории больных. При этом увеличение летальности у этой группы больных прямо пропорционально срокам задержки операции и развития у них гнойно-воспалительных осложнений.

Хаджибаев Ф.А., Алиев Б.А.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Ущемленные грыжи в структуре неотложных хирургических заболеваний уступают только острому аппендициту, острому холециститу и острому панкреатиту (Савельев В.С., 2004). При этом частота послеоперационных осложнений достигает 25 %, а частота рецидивов – 35 %. К сожалению, послеоперационная летальность при ущемленных грыжах также не имеет тенденции к снижению и у ряда пациентов превышает 20 %.

С учетом вышесказанного нами систематизированы подходы к выбору тактики хирургического лечения ущемленных вентральных грыж. За последние 5 лет в хирургическом отделение РНЦЭМП госпитализированы 888 больных с клинической картиной ущемленных вентральных грыж, из них 835 (94,0 %) пациентам выполняли экстренную операцию, а у остальных 53 (6,0 %) пациентов наблюдалось самостоятельное разущемление грыжевого выпячивания.

Из числа прооперированных больных мужчин было 292 (35,0 %), женщин – 542 (65,0 %). Возраст пациентов колебался от 25 до 92 лет, средний возраст – 54 года. Доля больных пожилого и старческого возраста – 35,9 % (300 пациентов).

Наиболее часто ущемлению подвергались послеоперационные грыжи – в наших наблюдениях таковых было 255 (30,5 %). Далее по частоте ущемления

идут пупочные (217), паховые (188) и бедренные (175) грыжи. Всех 255 случаях послеоперационные грыжи развились после срединной лапаротомии. У 124 (14,9 %) оперированных больных имели место рецидивные грыжи. Средняя продолжительность грыженосительства составила 5,8±1,1 лет.

При вскрытии грыжевого мешка наиболее часто (61,0 %) обнаруживали ущемление пряди большого сальника изолированно (43,8 %) и в сочетании с петлей тонкой кишки (13,5 %). Ущемление только тонкой кишки без большого сальника обнаружено у 301 (36,0 %) больного. Достаточно редко – в 25 (3,0 %) случаях – встречали ущемление толстой кишки. Еще реже выявлена грыжа Рихтера-Литтре (пристеночное ущемление) – у 6 (0,7 %) пациентов, что было характерно исключительно для бедренных (4) и паховых (2) грыж. Флегмона грыжевого мешка имела место у 15 (1,8 %) больных.

Из числа больных с ущемлением большого сальника (n=509) резекция ущемленной пряди выполнена у 167 (32,8 %). Как было указано, ущемление тонкой кишки имело место в сумме в 421 (50,4 %) случае, из них в 26 (6,2 %) случаях пришлось прибегнуть к резекции органа ввиду его некроза. В наших наблюдениях мы не отмечали случаев некроза толстой кишки. Резекцию кишки с последующим наложением межкишечного анастомоза вне зависимости от вида ущемленной грыжи всегда выполняли через срединную лапаротомию (в т.ч. в 9 случаях выполнена операция Грекова), при этом по возможности старались завершить операцию трансназальной интубацией тонкой кишки.

При выборе метода пластики предпочтение отдавали наиболее простому. При косых паховых грыжах выполняли укрепление передней стенки пахового канала, а при прямых – задней. Наиболее часто при косых паховых грыжах использовали способ Жирара – Спасокукоцкого – Кимбаровского. При прямых и сложных формах паховых грыж во всех случаях выполняли пластику задней стенки по Bassini, Postempsky, Кукуджанову. У женщин во всех случаях использовали методику Жирара – Спасокукоцкого – Кимбаровского. Основными методами лечения ущемленных пупочных грыж была пластика по Сапежко и только в единичных случаях – по Мейо.

С появлением ненатяжных методов в наиболее сложных случаях у 21 пациента выполнена герниопластика с использованием сетчатой заплаты: у 18 больных – по методу Lichtenstein при паховых грыжах, в 3 случаях – при пупочных и вентральных грыжах больших размеров.

При перитонитах, флегмонах грыжевых ворот их пластику не делали, производили хирургическую обработку гнойной раны мягких тканей, которую завершали ее дренированием.

Частота послеоперационных осложнений при ущемленных вентральных грыжах составила 19 %, летальность – 8,8 %.

Таким образом, ущемленные грыжи живота остаются одной из наиболее распространенных ургентных хирургических заболеваний с высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности. Использование ненатяжных методов пластики грыжевых ворот способствует улучшению результатов хирургического лечения этой тяжелой категории больных. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения ущемленных грыж требуют переноса акцента профилактических работ на своевременную плановую санацию грыженосителей.

Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Махамадаминов А.Г.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТО-БИЛИАРНЫХ СВИЩЕЙ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

Цель данного исследования – улучшить результаты диагностики и лечения больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной развитием холецисто-билиарных свищей (ХБС). Работа основана на анализе результатов лечения 134 больных с ХБС, поступивших в хирургические отделения РНЦЭМП МЗ РУз. Мужчин было 28, женщин – 106; средний возраст – 59,2 года.

Больным проводили общеклинические, лабораторные и специальные инструментальные исследования. Среди последних: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с папилосфинктеротомией (ЭРХПГ, ЭПСТ), чрескожно-чреспеченочная холангиография и стомия (ЧЧХГ, ЧЧХС), а также МРТ-холангиография.

У всех больных при поступлении наблюдались явления механической желтухи, а у 50 (37,3 %) она сочеталась с клиникой гнойного холангита. Согласно классификации M.A. Beltran, A. Csendes et al. (2008) у 58 больных определялся ХБС, занимающий 1/3 окружности, у 72 – 2/3 окружности гепатикохоледоха, а у 4 – ХБС с разрушением гепатикохоледоха по всей окружности.

В связи с наличием у всех обследованных больных явлений механической желтухи, процесс их лечения старались начинать с выполнения эндоскопических вмешательств на холедохе. При этом литоэкстракцию удалось осуществить только у 5 (3,8 %) больных после механической литотрипсии. У 112 (83,6 %) больных хирургические вмешательства были выполнены после ЭПСТ, у 13 (9,7 %) – после ЭПСТ и ЧЧХС, а у 4 (2,9 %) пациентов – без эндоскопических манипуляций.

У 90 больных было выполнено традиционное ушивание свища с дренированием гепатикохоледоха. Из них у 56 ушивание осуществлялось без пластики, а у 34 – с пластикой гепатикохоледоха. У 3 пациентов оперативное вмешательство завершалось гепатикоеюностомией, а у 1 – гепатикодуоденостомией.

У остальных 35 пациентов произведена операция ликвидации ХБС по новой методике нашей клиники, заключающейся в проведении резекции желчного пузыря с сохранением его задней стенки и формированием из нее лоскута для закрытия образованного дефекта в стенке общего желчного протока. Во время закрытия дефекта образовывали канал, через который осуществляли дренирование общего желчного протока по типу Пиковского. На данный способ лечения больных ЖКБ, осложненной образованием ХБС, нами получено удостоверение на рационализаторское предложение № 00004 от 20.02.2012 г.

Послеоперационные осложнения возникли всего у 34 больных. Специфические послеоперационные осложнения в виде несостоятельности швов гепатикохоледоха (5), деформации и сужения последнего (3) наблюдались при традиционных оперативных вмешательствах. У пациентов, оперированных по методике нашей клиники, их не было.

Таким образом, лечение больных ЖКБ, осложненной образованием ХБС, должно быть комплексным и начинаться с эндоскопических вмешательств на холедохе. При неэффективности последних больным показаны различные открытые хирургические вмешательства, и операцией выбора является ликвидация ХБС по методике нашей клиники.

Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Джамалдинов И.М.,
Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н., Шелаев О.И.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КАМНЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Острая обтурация большого дуоденального сосочка (БДС) конкрементами, как правило, клинически манифестирует быстропрогрессирующей механической желтухой и острым панкреатитом. Результаты лечения данной категории больных напрямую зависят от сроков устранения ущемления, при этом методом выбора принято считать эндоскопическую папиллосфинктеротомию.

Нами проанализированы результаты лечения 6191 больного с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной механической желтухой, госпитализированных в отдел экстренной хирургии РНЦЭМП в 2002-2016 гг. Возраст больных – от 18 до 92 лет (средний возраст 64,1±3,7 года). Из них у 493 (7,9 %) больных при обследовании установлен диагноз «ущемленный камень БДС». Мужчин было 139 (28,3 %), женщин – 354 (71,7 %). Все больные госпитализированы в экстренном порядке. Из них 70 (14,2 %) больным ранее была произведена холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Болевой синдром различной интенсивности был отмечен во всех наблюдениях, поэтому в течение 1 суток поступили 196 (39,8 %) больных, позже суток от начала приступа заболеваний – 297 (60,2 %) больных.

Всем больным помимо клинико-биохимических исследований проводили ультразвуковое сканирование печени, желчных путей и поджелудочной железы. В анализах крови за исключением лейкоцитоза у 262 (53,2 %) пациентов патологических отклонений не выявлено. В биохимических анализах крови, несмотря на полный блок желчевыводящих протоков, у 206 (41,8 %) больных содержание билирубина в крови было в пределах нормы. Это обычно отмечали у пациентов, поступивших в первые часы от начала приступа заболевания. У 188 (38,1 %) пациентов наблюдали повышение уровня диастазы крови и мочи, что указывало на наличие билиарного панкреатита.

При подозрении на ущемленный камень БДС по экстренным показаниям больным проводили фибродуоденоскопию с боковой оптикой. Экстренная дуоденоскопия с непосредственным осмотром области БДС позволила диагностировать целый ряд патологических процессов. Выбухание продольной складки, отек и гиперемия области БДС, наличие на нем фибринных наложений, отсутствие поступления желчи наблюдалось у всех пациентов. У 412 (83,6 %) больных визуализировался край ущемленного конкремента в устье БДС. Наличие признаков блока терминального отдела общего желчного протока, вызванного ущемленным

конкрементом БДС, безусловно, явилось абсолютным показанием к экстренной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). При этом у 44 (9 %) больных выявлены признаки гнойного холангита. Усугубление патологических изменений в поджелудочной железе вследствие попадания контраста в панкреатический проток требует четких показаний к эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ). РХПГ проводили всем больным, но, учитывая опасность прогрессирования панкреатита, контрастирование желчевыводящих протоков проводили после устранения блока терминального отдела холедоха путем ЭПСТ и удаления ущемленного конкремента, т.е. разобщения устьев панкреатического протока и холедоха. В этом случае папиллосфинктеротомия дает возможность немедленно устранить причину обструкции.

У 441 (89,5 %) больных после успешного выполнения ЭПСТ с литоэкстракцией состояние больных улучшилось и боли исчезли. У 53 (10,8 %) больных после проведенной ЭПСТ, несмотря на устранения блока БДС, разрешения механической желтухи, состояние усугубилось инфицированием очагов панкреонекроза и забрюшинной клетчатки. В связи с этим больным произведены операции по устранению гнойных осложнений острого панкреатита. Умерли 9 (1,9 %) пациентов от полиорганной недостаточности на фоне сепсиса.

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются методом выбора в лечении больных с ущемленным камнем БДС, направленным на восстановление естественного желчеоттока и устранение билиарной и панкреатической гипертензии. Результаты лечения ущемленного камня БДС зависят от ранней диагностики и, соответственно, возможно раннего восстановления желчевыведения, к чему способствуют учет характерных клинических, биохимических, сонографических и эндоскопических признаков заболевания, а также расширение показаний к ЭПСТ. Относительно высокая вероятность развития билиарного панкреатита, в том числе его деструктивных форм, при ущемленном камне БДС остается на сегодняшний день не до конца разрешенной проблемой и требует дальнейших исследований.

Хадырка Л.Г[1,2] , Катаной Н.Я.[1,3] Скуртова Н.В[1,3]

ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

[1]Национальный центр медицинской неотложной помощи,
[2]Институт матери и ребенка, отделение неотложной помощи,
[3] Государственный университет медицины и фармации им. Николае Тестемицану,
Кишинев, Республика Молдова

Острый коронарный синдром (ОКС) – это неотложное кардиологическое состояние, которое необходимо диагностировать как можно раньше для выявления больных, у которых раннее вмешательство может привести к улучшению прогноза.

Цели исследования:

1. Повысить число больных, которым был поставлен диагноз ОКС и назначено правильное своевременное лечение на догоспитальном этапе.

2. Выявить больных в терапевтическом диапазоне и госпитализировать их в специализированные учреждения.

Материал и методы. Мы проанализовали 250 карт обращения за скорой медицинской помощью больных с ОКС за период с 1 января по 1 июня 2016 года.

Результаты. По итогам ретроспективного исследования было выявлено следующее. Возраст больных с ОКС колебался от 30 до 87 лет (средний возраст – 60 лет). Преобладали мужчины – 153 (60,47 %) случая, женщин – 100 (39,52 %). Было установлено, что 151 (59,68 %) больной имели сопутствующие заболевания: ишемическую кардиомиопатию, артериальную гипертензию, сахарный диабет и мерцательную аритмию. Из них только 50 (19,76 %) получают ежедневное лечение. В целях диагностики ОКС всем больным была сделана электрокардиограмма, в результате чего ОКС с подъёмом сегмента ST выявлен в 99 (39,13 %) случаях, ОКС без подъёма сегмента ST – в 154 (60,86 %). В ходе оценки было выявлено, что 212 (83,79 %) больных находятся в терапевтическом диапазоне острого коронарного синдрома, вследствие чего эти больные получили доклиническую медицинскую помощь и были срочно госпитализированы в специализированные медицинские учреждения для получения раннего лечения – тромболизиса и первичной ангиопластики.

Выводы. Острый коронарный синдром остаётся патологией с очень высокой частотой возникновения – 5/1000 и высоким риском смертности, которая чаще всего поражает мужчин – в 59,68 % случаев. Необходимо выявлять лица в терапевтическом диапазоне данной патологии для их срочной госпитализации в специализированные медицинские учреждения.

Хакимов Э.А., Карабаев Б.Х., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Сатторов Б.С.

НАРУШЕНИЯ ГОМЕОСТАЗА И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Введение. ДВС-синдром – наиболее распространенный и опасный вид патологии гемостаза, представляет собой катастрофу, подобно шоку, и сопровождает ожоговую болезнь. Самые неблагоприятные последствия ДВС-синдрома отмечаются при его остром течении. Поэтому исследование системы гемостаза у пациентов с ожоговым шоком представляет собой актуальную задачу.

Цель исследования – изучить параметры системы гемостаза у больных с ожоговым шоком, их зависимость от тяжести течения.

Материал и методы. При поступлении в Самаркандский филиал РНЦЭМП, в срок не позднее 12 часов, у 47 больных с ожоговым шоком в возрасте от 60 до 92 лет было проведено исследование следующих параметров гемостаза: количество тромбоцитов, РФМК (растворимый фибрин, мг %); АТ III (антитромбин III, %); нарушения в системе протеина С; протромбиновое время (с) и индекс АПТВ – по методу В.Н.Туголукова (1952); время рекальцификации – по методу W.Howell, E.Holt (1916); толерантность плазмы к гепарину и тромботест – ферментативный метод; время свертывания крови (мин) – по методу R.Lee, P.D.White (1913);

содержание плазминогена; гематокрит – по гематокритной шкале; фибриноген (г/л) и фибринопластическая активность – ферментативный метод.

Группу контроля составили 10 человек без признаков каких-либо заболеваний.

Всем больным проводили ряд лечебно-профилактических мер, направленных на поддержание антитромботического потенциала: проводили профилактическую антикоагулянтную терапию, создавали компрессию нижних конечностей бинтованием, проводили достаточную по объему и содержанию инфузионно-трансфузионную терапию, обеспечивали адекватную противовоспалительную и противоболевую терапию, осуществляли раннюю активизацию больных.

Результаты. В первые часы после травмы у пациентов с ожоговым шоком были выявлены разнонаправленные показатели коагуляционных тестов, характерные для начала развития острого ДВС-синдрома. Показателем развития острого ДВС-синдрома являлось потребление субстратов свёртывания – тромбоцитов и фибриногена. В наших исследованиях тромбоцитопения имела место у большинства пациентов, причём количество тромбоцитов составляло $150{,}5 \pm 3{,}5 \times 10^9$/л, что было на 35,0 % меньше ($p<0{,}05$), чем в группе контроля, а содержание фибриногена у пациентов с ожоговым шоком было выше в 1,9 раза, соответственно. Более отчётливые различия между пациентами с тяжелым течением ожогового шока и группой контроля были выявлены по показателям одного из маркеров тромбинемии: повышенного содержания в плазме промежуточного продукта трансформации фибриногена в фибрин. Тяжелая термическая травма сопровождается резким повышением в крови растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), продуктов деградации фибрина и фибриногена (ПДФ), Д-димеров, что свидетельствует о высоком уровне тромбинемии. Уровень РФМК был выше в 5,2 раза у больных с ожоговым шоком. У пациентов с ожоговым шоком по сравнению с контрольной группой определялось выраженное снижение важнейших физиологических антикоагулянтов протеина С в 1,6 раза и АТ III на 20 % ($p< 0{,}05$). Параллельно происходило снижение уровня плазминогена, относящегося к противосвертывающей системе – в 1,7 раза ($p<0{,}05$).

Указанные изменения системы гемостаза являются характерными признаками ДВС-синдрома, развивающегося при ожоговом шоке.

Основным лечебным мероприятием является устранение причин ДВС-синдрома: лечение ожоговой болезни и ликвидация входных ворот для инфекции – ожоговых ран. Специфическим лечением ДВС-синдрома является введение гепарина по 5000 ЕД 4 раза/сутки или фраксипарина (0,3 мл) 1 раз/сутки, внутривенное введение от 500 до 2000 мл свежезамороженной плазмы, антиферментов (контрикал 50-300 тыс. ЕД/сутки, гордокс и т.п.). В дополнение необходима комплексная круглосуточная инфузионная и детоксикационная терапия.

Выводы. В первые часы после заболевания у пациентов с ожоговым шоком наблюдался начальный период развития ДВС-синдрома: тромбоцитопения, повышение уровня РФ на фоне снижения активности физиологических антикоагулянтов. Своевременное выявление этого опасного для жизни больных осложнения, адекватная и ранняя коррекция системы гемостаза является залогом благоприятного исхода заболеваний.

Хашимов М.А., Шелаев О.И., Ешмуратов А.Б.,
Джамалдинов И.М., Мирахмедов Н.Н., Исраилов Т.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Гастродуоденальные кровотечения, эндоскопический гемостаз и профилактика рецидива кровотечений остаются одной из важнейших проблем ургентной хирургии. Несмотря на совершенствование эндоскопических методов остановки язвенных гастродуоденальных кровотечений, уровень летальности остается на высоком уровне от 10-14 % до 30 %.

Цель исследования – улучшить результаты диагностики и лечения больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 6687 пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК), госпитализированных в РНЦЭМП за период с 2001 по 2016 гг. Мужчин было 4180 (62,5 %), женщин – 2507 (37,5 %). Язвенная болезнь желудка диагностирована у 1391 (20,8 %) больного, двенадцатиперстной кишки – у 5296 (79,2 %). В течение первых 12 часов от момента возникновения клиники кровотечения в стационар доставлены 2039 (30,5 %) больных, в сроки от 12 до 24 часов – 2414 (36,1 %), от 24 до 48 часов – 1378 (20,6 %) и позже 48 часов – 856 (12,8 %). Для гемостаза ЯГДК использовались диатермокоагуляция (ДТК), аргоноплазменная коагуляция (АПК), обкалывание смесью растворов 0,18 % адреналина с добавлением 3 % гипертонического раствора и 35 % этанола в изолированном виде, а также в комбинации: ДТК + обкалывание, АПК + обкалывание. В основном пациенты обращались с состоявшимся (остановившимся) кровотечением. В соответствии с классификацией J.A.Forrest (1974) пациенты распределились следующим образом: F-IA – 87 (1,3 %), F-IB – 241 (3,6 %), F-IIA – 2053 (30,7 %), F-IIB – 2708 (40,5 %), F-IIC – 1164 (17,4 %), F-III – 434 (6,5 %). Методы эндоскопического гемостаза потребовались у 3049 (45,6 %) пациентов: обкалывание язвы раствором этанола и адреналина – у 1308 (42,9 %) больных, моноактивная ДТК – у 673 (22 %), АПК – у 656 (21,6 %), ДТК + обкалывание – 63 (2 %), АПК + обкалывание – 349 (11,5 %). Язвы желудочной локализации требовали эндоскопического укрепления гемостаза в 28 %, дуоденальные язвы – в 72 % случаев.

Результаты. При продолжающемся кровотечении по F-IA и F-IB, когда затруднена визуализация источника кровотечения, целесообразно первым этапом выполнить инъекцию в зоне предполагаемого источника кровотечения 0,18 % раствором адреналина на 3 % гипертоническом растворе хлорида натрия (5-10 мл), что уменьшает интенсивность кровотечения. Эффективный гемостаз в дальнейшем достигается применением дополнительной аргоноплазменной коагуляцией. При активно продолжающемся артериальном кровотечении по F-IA эндоскопический гемостаз оказался эффективным у 22 (25,3 %) больных, при венозном кровотечении по F-IB – у 229 (95 %). Рецидив кровотечения при состоявшихся кровотечениях после выполнения первичного эндоскопического гемостаза наблюдался у 157 (5,2 %) больных, в том числе у 39 (6 %) из 656 после применения АПК

и значительно чаще – у 118 (9 %) пациентов из 1308 после применения изолированного метода обкалывания.

Выводы. Гастроинтестинальная эндоскопия с применением современных средств эндоскопического гемостаза является центральным звеном ведения больных с язвенными кровотечениями. В лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями должна применяться активно-индивидуализированная лечебная тактика, включающая эндоскопический гемостаз, динамическую эндоскопию, прогнозирование вероятности развития рецидива кровотечения. Комбинированные способы эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях стали неотъемлемой частью комплексного хирургического лечения, что позволило значительно снизить рецидивы желудочно-кишечного кровотечения и показания к оперативному лечению.

Хожиев Х.Ш., Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТОКСИЧЕСКИХ АЛКОГОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкент, Республика Узбекистан

Токсический алкогольный гепатит (ТАГ) – тяжелое осложнение этаноловой интоксикации, в основе которого лежат дистрофические и некротические изменения паренхимы печени.

По данным научно-клинического отдела токсикологии РНЦЭМП, с 2002 по 2016 годы поступило 6583 больных с острыми токсическими гепатитами (ТГ), из них у 4562 (67,8 %) – токсические алкогольные гепатиты, при этом острая печеночная недостаточность (ОПечН) развилась у 918 (20,1 %) пострадавших, из них умерли 138 (3,02 %).

Диагностические мероприятия для определения тяжести ТАГ обязательно включали в себя наблюдение и изучение клинических данных, тщательный сбор анамнеза, проведение биохимических исследований крови – билирубина, АлТ, АсТ, щелочной фосфатазы, свободного аммиака, определение билирубина в моче, УЗИ печени.

Интенсивная терапия ТАГ включала как общие принципы лечения гепатитов, так и специфическое воздействие. Наш опыт показал, что эффективное лечение ТАГ невозможно без адекватной антидотной терапии, при этом наиболее эффективным антидотом является препарат глутатион, который нейтрализует токсины алкоголя и стимулирует репаративные процессы в клетках печени. Препарат вводится в средней дозе – 1200 мг/сутки в/в капельно с момента поступления в течение 2-3 дней.

Инфузионная терапия с форсированным диурезом является обязательным компонентом общей дезинтоксикационной терапии. Защитная печеночная терапия проводится путем внутривенного введения 20 % раствора глюкозы с инсулином; препаратами глюкокортикоидами, витаминами в группы В и С. Из гепатопротекторов наиболее эффективным является эссенциале в дозе до 0,5 мл/кг/сут., с целью восстановления и сохранения клеточных структур печени и фосфолипидозависи-

мых энзиматических систем. Для снижения уровня аммиака в крови при развитии ОПечН применяли орнитин (гепа-мерц) в дозе 25-50 мг/кг/сут. При выраженной гипербилирубинемии и внутрипеченочном холестазе – ремаксол по 400,0 мл 2 раза в сутки. При развитии ОПечН, учитывая нарушение белоксинтезирующей функции печени, гипопротеинемию и особенно гипоальбуминемию, с целью уменьшения отечно-асцитического синдрома и профилактики геморрагического синдрома вводился 10-20 % раствор альбумина и СЗП.

Таким образом, в интенсивной терапии ТАГ необходим комплексный подход, направленный на элиминацию алкоголя, на дифференцированный подбор гепатопротекторной терапии, профилактику и терапию острой печеночной недостаточности.

Хоровская Л.А.[1], Котенко Л.В.[2], Ковальчук Ю.П.[2]

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БИОХИМИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ НА ДУБЛИРУЮЩЕМ ОБОРУДОВАНИИ, НА ПРИМЕРЕ ARCHITECT C8000 И UNICELL DXC800 SYNCHRON

[1]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
[2]ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова», Санкт-Петербург, Россия

В современных условиях медицинские лаборатории используют анализаторы разных производителей с однотипным ассортиментом исследований, обеспечивая бесперебойный операционный диагностический процесс для оказания плановой и неотложной медицинской помощи, что требует применения дублирующего оборудования. Современная стандартизация рекомендует проведение межприборных и межлабораторных сравнений для оценки сопоставимости данных лабораторного тестирования.

Цель исследования – провести сравнение результатов наиболее востребованных 14 биохимических аналитов, выполненных при измерении на биохимических анализаторах ARCHITECT C8000 («ABBOTT», США) И UNICELL DXC800 («Beckman Coulter», США).

Материал и методы. Образцы венозной крови, взятые у пациентов, находящихся в клиниках, измерялись в дубликатах у 40 плановых пациентов на анализаторах ABBOTT Architect 8000 C («ABBOTT», США) и UniCel 800 pro («Beckman Coulter», США) в соответствии с протоколами международной стандартизации.

Результаты. Результаты сравнения биохимических показателей показали, что 8 из 14 измеряемых аналитов имели статистически значимые различия ($p<0,05$). Результаты измерений альбумина, АСТ, глюкозы, общего билирубина, мочевины, несмотря на имеющиеся статистические различия, были в пределах приемлемой ошибки (АТЕ). Превышение АТЕ было отмечено в результатах измерения уровней концентрации креатинина, натрия, общего кальция, что может вызвать сложности при интерпретации результатов. Выявленные различия были обусловлены применением разных методов исследования, а также возможной интерференцией лекарственной терапии и эндогенной интоксикации с используемыми лабораторными технологиями, особенно у пациентов, находящихся

в критических состояниях, что может наблюдаться при таких патологических процессах, как гипер- и гипопаратиреозы, интоксикация, дегидратация, поражение костной ткани, онкологические заболевания, саркоидоз, болезнь Педжета, тиреотоксикоз, акромегалия, дефицит витамина D, почечная недостаточность и др.

Выводы. Медицинские лаборатории должны проводить процедуру сравнения результатов дублирующего оборудования для предоставления клиницистам информации о сопоставимости получаемых результатов и возможности правильной интерпретации данных лабораторных исследований.

Чечулова А.В., Сорока В.В., Чечулов П.В.

МАРКЕРЫ СТРАТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПО ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРАХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Цель работы. Определить наиболее значимые клинико-лабораторные маркеры тяжести течения острого венозного тромбоэмболизма (ВТЭ) у пациентов молодого возраста для стратификации на группы риска.

Материал и методы. В проспективном исследовании было проанализировано 57 клинических случаев острого венозного тромбоэмболизма (ВТЭ) у пациентов молодого возраста (до 45 лет). Мужчин было 31, женщин – 26, средний возраст составил 37,4 года (17-45 лет). Изолированный ТГВ (иТГВ) был выявлен в 68,4 % случаев (n=39) с проксимальной и дистальной локализацией тромбоза (24:15); изолированная ТЭЛА – в 3,5 % (n=2) и ТГВ, осложненный ТЭЛА (проксимальный: дистальный – 12:4), – в 28,1 % (n=16). Для определения наиболее значимых клинико-лабораторных маркеров тяжести ВТЭ пациентов стратифицировали на две группы: с легкими проявлениями ВТЭ (пациенты с дистальным ТГВ, n=19) и тяжелым ВТЭ (пациенты с проксимальным ТГВ, либо с явлениями тромбоэмболии легочной артерии, n=38). Межгрупповые различия в распределении маркеров тяжести оценивали с помощью точного критерия Фишера, $p \leq 0,05$. Для оценки влияния клинико-лабораторных факторов (боль и отек пораженной конечности; одышка; ЧСС/мин; температура тела (°С); лейкоциты; тромбоциты; белок в моче) на тяжесть ВТЭ использовали однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Анализ проводили с помощью статистического пакета SPSS (версия 17,0; SPSS Inc, Chicago, USA).

Результаты. В 66,7 % случаев у пациентов молодого возраста венозный тромбоз протекал в тяжелой форме либо с проксимальной локализацией, либо с явлениями тромбоэмболии ветвей легочной артерии. Отек пораженной нижней конечности наблюдался в 2 раза чаще при проксимальном ТГВ, чем при дистальном (84,2 % vs. 44,4 %; p=0,011). Боль в пораженной конечности отмечали одинаково часто в обеих группах (73,7 % vs. 66,7 %; p=0,67). Одышка была характерна для всех пациентов с явлениями тромбоэмболии (p=0,030). ЧСС/мин значимо не различалась между группами (82,7 (±18,61) vs. 84,9 (±17,34); p=0,86). Средние показатели белой крови 8,26±3,02 (10^9/л) достигали верхней границы нормы и выше

при тяжелом течении ВТЭ, однако различия были незначимы (p=0,485). Субфебрильная температура тела 37,1±0,477(°C) (p=0,006) и микропротеинурия 0,03±0,051 (г/л) (p=0,080) были характерны для осложненного течения ВТЭ.

Выводы. К маркерам тяжелого течения острого ВТЭ можно отнести отек пораженной нижней конечности, одышку, субфебрильную температуру тела и микропротеинурию. Стратификация пациентов по тяжести ВТЭ на раннем госпитальном этапе определит тактику ведения пациента для дальнейшего амбулаторного либо стационарного лечения.

Шаламов Д.В., Афончиков В.С.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОАГУЛОПАТИИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Тяжелая сочетанная травма в ряде случаев сопровождается коагулопатией разной степени выраженности. Прогнозирование развития коагулопатии крайне важно, так как позволяет своевременно проводить заместительную терапию компонентами крови и препаратами факторов свертывания.

Нами проведено сравнительное исследование возможности прогнозирования развития острой тяжелой посттравматической коагулопатии при оценке пострадавших по шкале ISS и шкале TASH (Trauma Associated Severe Hemorrhage). В исследование были включены 49 пострадавших, доставленных в противошоковую палату после получения травмы с тяжестью шока от 22 до 48 по шкале ISS. Всем пострадавшим при поступлении и в конце первых и третьих суток выполняли стандартную коагулограмму, общий анализ крови (оценку количества тромбоцитов), а также тромбоэластограмму (с цельной цитратной кровью и с цитратной плазмой, обедненной тромбоцитами). Определяли коэффициент корреляции Пирсона между балльной оценкой тяжести по вышеуказанным шкалам и показателями коагулограммы и тромбоэластограммы.

В ходе исследования нами были получены следующие результаты:

1. В момент поступления отмечена корреляционная зависимость шкалы TASH и уровня Hb(-0,87), TASH и МНО (0,54).

2. В конце первых суток от момента получения травмы отмечена корреляционная зависимость шкалы TASH и уровня Hb (-0,72), TASH и величины R в TEG цельной крови (0,53), TASH и величины MA в TEG плазмы обедненной тромбоцитами (0,59), и лишь зависимость угла α со шкалой ISS (-0,65).

3. В конце третьих суток от момента получения травмы отмечена корреляционная зависимость шкалы TASH и МНО (0,73).

4. В конце первых и третьих суток от момента получения травмы отмечена корреляционная зависимость шкалы TASH и количества тромбоцитов (0,6 и 0,72 соответственно) и отсутствие зависимости балльной оценки по ISS и количеством тромбоцитов.

Полученные результаты позволяют предполагать, что степень тяжести острой посттравматической коагулопатии в большей степени зависит не от тяже-

сти травматического шока по шкале ISS (как утверждается многими авторами), а от объема и скорости кровопотери, оцененной по шкале TASH.

Учитывая это, шкала (TASH) является более достоверной с точки зрения прогнозирования развития ранней травматической коагулопатии при сочетанной шокогенной травме.

Шарипова В.Х., Фокин И.В.

ВЫПОЛНЕНИЕ ТРУДНОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз,
Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Перед проведением любого анестезиологического обеспечения необходимо установить надежный венозный доступ, основным из которых является периферический. При невозможности установки ангиокатетера в периферическую вену показана катетеризация центральной вены. В свою очередь, в сравнение с периферическим венозным доступом катетеризация центральных вен сопровождается осложнениями, превосходящими по тяжести, частота которых встречается от 6 % до 10 %.С внедрением ультразвуковой визуализации в анестезиологическую практику, стало возможным определение глубоких периферических вен, которые визуально или пальпаторно не определяются. В ранее проведенных исследованиях приводятся результаты или малого количества больных или результаты в педиатрической практике. Представляется актуальным освещение результатов по установке ангиокатетеров при тяжелом периферическом доступе под ультразвуковым контролем у больных с экстренной хирургической патологией.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении анестезиологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. В исследование были включены 32 пациента с экстренной хирургической патологией, у которых канюляцию периферической вены проводили под ультразвуковой визуализацией или после двух неудачных попыток постановки ангиокатетера в периферическую вену по наружным ориентирам или проводился сразу по причине отсутствия поверхностных периферических вен. Ультразвуковая визуализация осуществлялась портативным аппаратом SAMSUNG MEDISON SonoAce R3 мультичастотным линейным датчиком 5-12 МГц в поперечной плоскости по отношению к вене.

Результаты. Из всех случаев с трудным венозным доступом мужчин – 19, женщин – 13. Основной причиной трудного венозного доступа у 9 (47 %) мужчин была относительная гиповолемия, совмещенная с психологической напряженностью перед операцией, у 7 (54 %) женщин – ожирение. В 27 (84 %) случаях установку ангиокатетера проводили сначала по наружным анатомическим ориентирам, а в случае неудачных попыток – под ультразвуковой визуализацией, у 5 (16 %) пациентов ангиокатетер устанавливался сразу под ультразвуковым контролем. Катетеризацию центральной вены пришлось выполнить 4 (12 %) пациентам после неудачных попыток постановки ангиокатетера под ультразвуковым контролем. Из 28 удачных его установок под ультразвуковой визуализацией, катете-

ризация глубокой вены локтевой ямки была произведена в 20 (72 %) случаях, в 8 (28 %) – произведена катетеризация поверхностной яремной вены.

Выводы. Постановка ангиокатетера у больных с трудным периферическим венозным доступом под ультразвуковым контролем является промежуточной ступенью перед необязательной катетеризацией центральной вены, снижающей потенциальные осложнения от центрального венозного доступа. Целесообразность отказа от многократных попыток постановки ангиокатетера по анатомическим ориентирам у больных с плохо выраженными периферическими венами диктуется снижением риска развития флебитов и тромбозов, уменьшением болевых и неприятных ощущений от многократных попыток. Рекомендуется проводить канюляцию периферической вены под ультразвуковой визуализацией после двух неудачных попыток.

Шацкова О.В., Тихонова С.Е.

МОТИВАЦИЯ К ПОЛУЧЕНИЮ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В ХОДЕ ПЕРМАНЕНТНОГО ОБУЧЕНИЯ СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова», Москва, Россия

Введение. Для работников скорой медицинской помощи (СМП) наиболее трудным является отсутствие возможности консультации с коллегами, необходимость единоличного принятия решения в экстренной ситуации. В связи с этим обучение сотрудников СМП является наиболее важной задачей в референтных группах. Умение выполнять мануальную часть работы «на рефлексах» позволяет отвлечь внимание персонала, дает ему возможность определиться с диагнозом, дальнейшей тактикой. И в данном случае наблюдается обратная картина – мотивация сотрудников к теоретическому обучению падает, так как они не видят непосредственного результата своей деятельности.

Цель исследования – оценить результативность проводимого цикла обучения врачей и фельдшеров Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (Станция) с внедрением в программу практических семинаров теоретических блоков.

Материал и методы. На базе Симуляционного научно-образовательного центра ГКБ им. С.П. Боткина с января 2016 г. осуществляется обучение врачей и фельдшеров Станции методам сердечно-легочной реанимации (СЛР). Цикл обучения – 16 часов. На отработку навыков базовой СЛР отведено 7 часов и 1 час, разделенный на 15-минутные интервалы и посвященный патофизиологическим аспектам постреанимационной болезни. По итогам обучения 38 групп по 8 человек при входном контроле показали уровень знаний – 13±3 балла, по окончании цикла – 30±2. Переломная точка приходилась на начало 2-го дня обучения, когда уровень знаний составил 27±4 баллов. Степень удовлетворенности слушателей оценивалась путем анонимного опроса по пятибалльной шкале со средней оценкой – 4,7 балла.

Выводы. На основании проведенной оценки можно заключить, что внедряемый цикл обучения принципам СЛР врачей и фельдшеров Станции эффективен

и адекватно воспринимается слушателями цикла. Модульность теоретической части занятия с обширной практической частью, включающей в себя ситуационные задачи, максимально приближенные к повседневной работе врачей и фельдшеров СМП, позволяет повысить заинтересованность слушателей обучающим процессом и тем самым улучшить усвояемость и выживаемость знаний.

Шестаков Г.С.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО ЧИСЛА БРИГАД СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Станция скорой медицинской помощи представляет собой медицинскую организацию со сложной системой функционирования и управления. Сложность работы обусловлена многоуровневыми колебаниями потока поступающих вызовов, разными условиями деятельности, наличием большого числа структурных подразделений в составе станций больших городов. Станции и отделения скорой медицинской помощи оказывают экстренную помощь внезапно заболевшим и пострадавшим вне учреждения на месте вызовов, поступающих от населения, проживающего на определенной территории. Многообразие условий, обусловленных особенностями района обслуживания (протяженность, состояние дорог, уровень обращаемости и др.), значительно затрудняет сравнительную оценку деятельности бригад, подстанций, станций скорой медицинской помощи. Этим обусловлено отсутствие общефедеральных показателей и нормативов, пригодных для сравнительной оценки работы различных станций, определения оптимально необходимого числа бригад скорой помощи, оценки качества управления бригадами.

Оценка деятельности станций (подстанций) и отделений скорой медицинской помощи с применением существующих в настоящее время показателей не дает возможности проводить сравнение результатов работы как самих станций, так и их структурных подразделений (таблица 1).

Таблица 1

Показатели работы станций скорой медицинской помощи в городах и населенных пунктах различного типа

Города	Число выполненных выездов	Число выполненных выездов в сутки	Число выездов, выполненных одной бригадой в сутки	Среднее время выполнения одного выезда одной бригады (в мин.)	Средний пробег автотранспорта при выполнении одного выезда (в км)
Москва	1 920 088	5 260,5	12,9	70,6	17,0
Челябинск	325 741	890,0	11,0	49,8	16,5
Самара	315 838	863,0	12,0	78,0	10,7
Тверь	126 231	422,2	13,3	58,0	13,3
Тюмень	204 280	558,0	15,4	39,0	20,4
Калуга	129 282	354,1	16,0	56,2	17,6

Приказ Минздрава России № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» рекомендует создавать выездные бригады «…с учетом необходимости обеспечения круглосуточной посменной работы, численности населения, средним радиусом территории обслуживания, средней нагрузки на одну бригаду скорой медицинской помощи в сутки, коэффициентом загрузки бригад скорой помощи», но это рекомендация, а где сама методика!

Для определения оптимально необходимого числа бригад станций и отделений скорой медицинской помощи, сравнительной оценки работы станций, подстанций, бригад скорой помощи и медицинского персонала нами применен метод математического моделирования, позволивший определять показатель среднесуточного объема работы, выполняемой станцией, подстанцией, бригадой скорой помощи и медицинским персоналом независимо от различия условий районов обслуживания. По результатам нашего исследования, при выполнении среднесуточного объема работы от 800 до 1000 условных единиц, станция выполняет без опоздания более 95 % поступающих вызовов.

Необходимую оценку результатов позволяет провести получаемый при математическом моделировании комплексный показатель. Значения комплексного показателя работы станций, подстанций и бригад скорой помощи позволяют сделать вывод о неравномерном объеме выполняемой работы как различными станциями, подстанциями, так и бригадами, работающими на различных подстанциях (таблица 2).

Таблица 2

Показатели среднесуточного объема работы одной бригады различных подстанций станции скорой медицинской помощи г. Твери (в условных единицах)

Подстанция	Среднесуточный объем работы	
	подстанции	бригады
№ 1	18 355,2	2 781,0
№ 2	22 757,4	3 501,1
№ 3	20 901,9	6 967,3
№ 4	12 640,5	3 717,7
№ 5	9 282,7	2 730,2
Центральная	3 206,6	641,3
По станции	115 912,3	3 311,7

Применение при моделировании деятельности станции скорой помощи ограниченного числа параметров, характеризующих работу бригад, имеется возможность получить один комплексный показатель объема работы станции (подстанции) скорой помощи в течение суток в определенном промежутке времени (месяц, квартал, год) и определить оптимально необходимое число бригад (таблица 3).

Таблица 3

Оптимальное число бригад на подстанциях станции скорой медицинской помощи г. Твери (в среднесуточном исчислении)

№ подстанций	Число бригад		Нагрузка на одну бригаду	
	фактическое	оптимальное	фактическая	оптимальная
1	6,6	20,3	14,3	4,6
2	6,5	25,2	13,5	3,5
3	3,0	23,2	12,6	1,7
4	3,4	14,0	14,5	3,4
5	3,4	10,3	13,9	4,7
Центральная	5,0	3,5	6,6	10,0
По станции	27,9	96,5	12,5	4,6

Для обеспечения своевременного выполнения поступающих вызовов станция скорой медицинской помощи должна управляться как транспортная организация, что может быть достигнуто при определении логистики передвижения бригад.

Шилов В.В., Лукин В.А., Андрианов А.Ю.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ВЕЩЕСТВАМИ НАРКОТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия

Развитие тяжелых инфекционных осложнений – одна из ведущих причин смертности при острых отравлениях веществами нейротропного действия.

Цель исследования – определить критерии риска развития пневмоний у пациентов с острыми отравлениями веществами наркотического действия тяжелой степени.

Материал и методы. Обследованы 225 больных с острыми отравлениями опиатами, которые в дальнейшем были разделены на 3 группы: выжившие без осложнений – 54 человек; выжившие с осложнениями – 132; умершие – 39 человек. Основная причина летального исхода – пневмонии в соматогенной фазе отравления.

В качестве маркеров активности воспаления исследовали содержание цитокинов – интерлейкины-6, -8, -10 (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10), прокальцитонина (ПКТ), а также содержание в крови фибриногена и Д-димера. Исследования проводили при поступлении, на 1, 3 и 5 сутки после острого отравления. Оценку предсказательной ценности концентраций лабораторных маркеров в крови через 1 сутки после отравления и выбор их пороговых значений проводили с помощью оценки ROC-кривых.

Результаты. Среди изученных показателей наиболее четкую связь с развитием пневмоний ($p<0,05$) имели уровни ИЛ-10, ПКТ и Д-димера в крови пациентов через 1 сутки после поступления (уровни корреляции $r=0,71$; $r=0,69$; $r=0,68$ соот-

ветственно). Предсказательную ценность маркеров и выбор их пороговых значений оценивали с помощью ROC-кривых, разбив исследуемую выборку на два класса: отсутствие и развитие пневмоний. У пациентов с острыми отравлениями опиатами достаточно резко выраженная изогнутость ROC-кривых выявлена для ИЛ-10, ПКТ и Д-димера. Для прогноза риска развития пневмоний после острого отравления веществами наркотического действия хорошую предсказательную ценность имеют концентрации ИЛ-10 (AUC= 0,94) в крови на 1 сутки с пороговым значением 150 пг/мл, ПКТ (AUC=0,92) с пороговым значением 5,3 нг/мл и Д-димера (AUC=0,96) с пороговым значением 1,53 мкг/мл в сыворотке крови.

Выводы. Применение лабораторных показателей с высокой прогностической значимостью через 24 часа после острого отравления позволяет предсказать развитие инфекционных осложнений в виде пневмоний.

Эмануэль В.Л.

ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Каждый врач начинает свою деятельность с именем Гиппократа, принимая присягу, и, наверно, каждый врач в своей практике встречается с понятием «facies Hippokratae», отражающим изнеможенное лицо умирающего.

Достижения фармакотерапии и современной эфферентной терапии, располагающей гемодиализом, гемосорбцией, плазмаферезом и другими эффективными методами очищения организма, обуславливают актуальность вопроса лабораторной оценки интоксикаций для прогноза и тактики лечения.

Рассматривая синдром интоксикации, необходимо учитывать многогранность этого патофизиологического комплекса, различая такие характеристики, как интоксикация, токсины, эндогенные токсины, токсемия, токсикоз. Эндогенная интоксикация как многокомпонентный синдром характеризуется накоплением в тканях и биологических жидкостях избытка продуктов нормального или извращенного обмена веществ. Одним из главных моментов интоксикационного синдрома являются продукты протеолиза: денатурированные белки как источники антигенной инвазии и аутоагресии. Алгоритм лабораторной оценки интоксикации включает: 1) параметры гомеостаза – температура, АД, ВД, ОЦК, КОС, осмолярность, ионограмма; 2) оценку саногенетических систем: связывания, транспорта, превращения (детоксикации), элиминации (функциональное состояние почек, печени) токсинов, гемостаза и др.; 3) оценку маркеров интоксикации.

Оценка осмотической концентрации позволяет судить о накоплениии осмотически активных веществ при деструкции ткани. Разница расчетной и фактической осмолярности, так называемая дискриминанта осмолярности, рассматривается как критерий токсемии.

При решении проблем, связанных с интоксикационным синдромом, все более очевидно проявляется тенденция к объединению разнообразных диагностических подходов на этапах оптимизации назначений, организации согласованного

сбора, многофакторного анализа и комплексной оценки результатов лабораторной диагностики.

Сегодня уже можно говорить о формировании нового междисциплинарного направления – лабораторной интегральной диагностики, появление которой обусловлено не только потребностями современной медицины, но и теми изменениями, которые привносят автоматизация и компьютеризация лабораторных исследований и быстрое развитие медицинских технологий.

Юлдашев Ш.С., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Бахронов А.А., Даминов Ф.А., Зохидова С.Х.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Введение. Частота тромбоэмболии мезентериальных сосудов по отношению к больным, госпитализированным в хирургическое отделение, составляет 0,05-0,1 %. Тромбоз мезентериальных сосудов является тромбоэмболическим осложнением сердечно-сосудистых заболеваний: ИБС, мерцательная аритмия, эндокардит, гипертоническая болезнь и сопровождается высокой летальностью до 90-95 %.

Цель исследования – проанализировать факторы риска, исходы течения и лечения больных с тромбозом мезентериальных сосудов.

Материал и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП за последние 10 лет на лечении находились 182 больных с тромбозом и тромбоэмболией мезентериальных сосудов. Мужчин – 101, женщин – 81, лиц в возрасте до 60 лет – 161, старше 60 лет – 29. Большинство страдали тяжёлыми заболеваниями с повышенной склонностью к тромбообразованию и эмболии. Клиника ОНМК зависела от быстроты развития, локализации и распространённости тромбоза, величины инфаркта кишечника, возраста больного и сопутствующих заболеваний. У 151 (82,9 %) больного наблюдалось острое внезапное начало заболевания с быстрым прогрессированием процесса. У них наиболее часто отмечались острые, сильные боли в животе, беспокойное поведение, многократная рвота, общая резкая слабость, бледность или цианоз кожных покровов, тяжелое состояние, обусловленное болевым шоком и интоксикацией, частый слабый пульс, понижение АД, гиперлейкоцитоз со сдвигом формулы влево, притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, отсутствие кишечной перистальтики. У всех больных в анамнезе имелись тяжелые сердечно-сосудистые заболевания. Диагноз тромбоэмболии мезентериальных сосудов при поступлении в клинику установлен у 45,6 % больных. У остальных диагноз подтвержден дополнительными методами исследования: лапароцентез – 30, лапароскопия – 45 и микролапаротомия 13 случаев. Во всех случаях больные были оперированы. У 159 (87,3 %) больных – поражение верхней брыжеечной артерии. Тромбоэмболия основного ствола с тотальным некрозом всей тонкой и половины ободочной кишки отмечена у 21 больного. У них операции завершены дренированием брюшной полости. Исходы заболевания были неблагоприятными, смерть наступила на 1-2 сутки.

У 9 больных диагностирован тромбоз артерий 2-3-го порядка, с сегментарным поражением разных отделов тонкой кишки. При этом в 18 случаях операция завершена резекцией петли тонкой кишки с наложением анастомоза «конец в конец». В 31 случае, когда некротический процесс располагался в илеоцекальном углу с переходом в слепую и восходящий отдел ободочной кишки, операция завершена резекцией дистального отдела тонкой кишки и правосторонней гемиколэктомией, с илеотрансверзоанастомозом «конец в конец». В 3 (1,6 %) случаях тромботический процесс диагностирован в нижней брыжеечной артерии, при котором операция завершена левосторонней гемиколэктомией с наложением трансверзостомы. Восстановление непрерывности кишечника производили спустя 6-8 месяцев. При всех радикальных операциях производился двухмоментный лаваж брюшной полости с назоинтестинальной интубацией (НИИ) тонкой кишки. НИИ была произведена 48 больным, ретроградная интубация толстой кишки – 8. По ходу операции всем больным выполняли блокаду корня брыжейки раствором новокаина (0,5 % – 150-200 мл) с гепарином (5000 ЕД) и дренирование брюшной полости. У 2 (1,1 %) больных во время операции диагностирован массивный венозный тромбоз.

Радикальное оперативное вмешательство в виде субтотальной резекции тонкой кишки было безуспешным. Летальность при тромбозе мезентериальных сосудов составила 50,0 %. Таким образом, тромбоз и тромбоэмболия брыжеечных сосудов являются грозной патологией, которая приводит к высокой летальности. Общая летальность – 65 %, послеоперационная – 44,5 %.

Выводы. По нашему мнению, в диагностике существенное значение имеют обзорная рентгенография органов брюшной полости, лапароскопия и лапароцентез, интра- и послеоперационная антикоагулянтная терапия, что позволило нам существенно снизить летальность. Немаловажное значение для профилактики этого заболевания принадлежит санитарно-просветительной работе и диспансеризации населения с целью выявления больных с группой риска тромбоэмболических осложнений.

Ямпольский Р.М., Иванова Н.П., Плавунов Н.Ф.,
Пиковский В.Ю., Логвинов Ю.И., Братищев И.В.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ТРЕНИНГА ПРИ ПОДГОТОВКЕ СОТРУДНИКОВ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СМП

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова»,
ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина»,
Медицинский симуляционный центр, Москва, Россия

Огромное значение в подготовке выездного персонала скорой медицинской помощи (СМП) имеет использование симуляционных технологий. Более полутора лет в медицинском симуляционном центре (МСЦ) при ГКБ им. С.П. Боткина г. Москвы проводится обучение врачей и фельдшеров выездных бригад СМП комплексу расширенной сердечно-легочной реанимации (СЛР) и интенсивной терапии. За это время обучение прошли более 500 сотрудников Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы. Оснащение МСЦ позволяет проводить симуляционный тренинг сотрудников в условиях, близких к реальной обстановке, совершенствовать навыки СЛР, а также проводить обуче-

ние работе с оборудованием и новейшими устройствами для обеспечения респираторной поддержки, методик обеспечения внутрикостного доступа и манипуляциям, необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Начиная с февраля 2017 года, в симуляционный цикл для сотрудников СМП было включено обучение работе с автоматическим устройством для непрямого массажа сердца LUCAS 2, на данный момент времени не входящий в оснащение выездных бригад, но имеющий ряд преимуществ и перспективу дальнейшего использования аппарата в условиях оказания скорой медицинской помощи.

Включение в цикл расширенной СЛР работы с устройством LUCAS 2 показало высокую заинтересованность сотрудников процессом обучения, быстрое освоение методики работы с устройством как фельдшеров так и врачей СМП. В результате использования устройства для непрямого массажа LUCAS 2 достигается расширение проводимого манипуляционного объема протокола СЛР даже при работе бригады в неполном составе, улучшение качества проведения манипуляций ввиду снижения физической нагрузки сотрудников, а также возможностью транспортировки пострадавших в отделение реанимации и интенсивной терапии даже в условиях остановки кровообращения без снижения качества проведения СЛР.

Как показывает практика, сотрудники выездных бригад, прошедшие обучение по комплексу расширенной СЛР в МСЦ, показывают высокий уровень владения навыками работы с медицинской аппаратурой и психологической подготовки при действиях в ургентных ситуациях, что позволяет считать симуляционный тренинг одним из перспективных направлений в профессиональной подготовке врачей и фельдшеров СМП.

СОДЕРЖАНИЕ

Авраменко Т.В., Новикова Н.П.
К ВОПРОСУ О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЕТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ 3
Алимов Р.Р.
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТАРИФОВ ОПЛАТЫ УСЛУГ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА..... 4
Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г.
АНАЛИЗ ОБОСНОВАННОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА..... 5
Анисимова С.Н., Баютин А.М., Курочкин А.В.
ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 6
Артамошина М.П.
ДОГОСПИТАЛЬНЫЕ СКОРОПОМОЩНЫЕ АСПЕКТЫ ОШИБОК ВЕДЕНИЯ МОНИТОРИНГА СМЕРТНОСТИ ОТ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ..... 7
Афончиков В.С., Шаламов Д.В., Михеева А.В., Пичугина Г.А.
СИНДРОМ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 8
Ахметжанов К.К.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 9
Бабаджанов Ж.К., Эшчанова Г.Б.
ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА) 10
Бабаджанов Ж.К., Эшчанова Г.Б.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАГУСНЫХ ПРОБ В КУПИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ..... 11
Багдасарьян А.С., Сирунянц А.А., Пухняк Д.В., Камалян Ж.А., Геращенко Е.В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛОБАЛЬНОЙ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В Г. КРАСНОДАРЕ..... 12
Багрецова И.А., Барсукова И.М., Вишняков Н.И., Пенюгина Е.Н.
АНАЛИЗ ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ И СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 13
Багрецова И.А., Барсукова И.М., Вишняков Н.И., Пенюгина Е.Н.
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПАТОЛОГИИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ..... 14
Барсукова И.М., Бумай А.О.
О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ 15
Барсукова И.М., Глушков С.О.
ВОЗРОЖДЕНИЕ «НЕОТЛОЖЕК» САНКТ-ПЕТЕРБУРГА 16

Божко В.О., Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г.
АНАЛИЗ РАБОТЫ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ 17
Большакова И.А., Кучеренко М.А., Самарина В.Ю., Ковалевский Д.В.
РОЛЬ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ЕДИНОЙ КОНЦЕПЦИИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ 18
Большакова И.А., Балабушевич А.В., Самарина В.Ю., Никифорова Е.П., Старикова О.В., Кастальская Т.А., Ковалевский Д.В.
КАЧЕСТВО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ И РЕШЕНИЯ 20
Большакова И.А., Кабелин Д.М., Лебедев В.Р., Ковалевский Д.В., Никифорова Е.П., Волынкин Д.А., Самарина В.Ю.
ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «03» 21
Большакова И.А., Кабелин Д.М., Никифорова Е.П., Лебедев В.Р., Ковалевский Д.В., Ануфриев А.В., Волынкин Д.А.
ОПЫТ ИНТЕГРАЦИИ СИСТЕМ «112» – «03» – «124» 23
Большакова М.А., Ростовцев С.И., Бурмистров Ю.Н., Вятскин И.Е., Любченко А.А., Попов А.А., Попова Е.А., Рахманов Р.М., Рахманова Е.А.
ОПЫТ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПОТЕРПЕВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТРАССАХ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ 25
Борисова Л.В., Рукавишникова С.А., Иванова Н.И., Пушкин А.С., Ахмедов Т.А.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАСЧЕТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ЭКСТРЕННЫХ БОЛЬНЫХ 26
Бумай С.О., Бумай А.О., Барсукова И.М.
ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАЙОННОГО ЗВЕНА 27
Вагнер Д.О., Солошенко В.В., Крылов К.М., Мичунский К.Э., Юрина В.Н.
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ОЖОГОВ СРЕДСТВАМИ БЫТОВОЙ ХИМИИ 28
Вашетко Р.В., Дмитриев О.В., Синенченко Г.И., Ильина Г.И., Бородай Е.А.
ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ 29
Вербицкий В.Г., Федоров А.В., Перегудов С.И., Ромашкин-Тиманов М.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ВАЗОАКТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА 30
Вишняков Н.И., Багрецова И.А., Пенюгина Е.Н., Барсукова И.М.
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 31
Ворошилов Н.А., Эмануэль В.Л.
Р.О.С.Т. – ТЕНДЕНЦИИ, ВОЗМОЖНОСТИ, ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ: ПОВОД ДЛЯ ДИАЛОГА ИЛИ КОНФЛИКТА? 32
Гидиримский А.М., Головин Б.П., Катаной Н.Я., Хадыркэ Л.Г.
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА 33

Глушков С.И., Карпищенко А.И., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Ливанов Г.А., Жерегеля С.Н.
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА КАК ЛАБОРАТОРНЫЙ ТЕСТ В КЛИНИКЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ 34
Глушков С.О., Барсукова И.М.
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК САНКТ-ПЕТЕРБУРГА 35
Глушков С.О., Барсукова И.М.
ПРОБЛЕМЫ С ПРЕЕМСТВЕННОСТЬЮ ИЛИ ОТСРОЧЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ДЕТСКИЕ СТАЦИОНАРЫ 36
Головин Б.П., Гидиримский А.М., Катаной Н.Я., Хадыркэ Л.Г.
РЕОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА 37
Гончаров С.Ф.
ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ 38
Гончаров С.Ф., Баранова Н.Н.
МЕДИЦИНСКАЯ ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ..... 39
Грачев С.Ю., Суковатых А.Л., Новикова Н.П., Тарасевич В.Н.
ОЦЕНКА ЗНАНИЙ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ПО ВОПРОСАМ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 41
Грачев С.Ю., Новикова Н.П., Борисов А.В., Дылевский С.Н.
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 43
Дмитриев О.В., Вашетко Р.В., Синенченко Г.И., Ильина В.А., Бородай Е.А., Ермолаева М.М., Озеров В.Ф.
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ТОЛСТОЙ КИШКИ..... 44
Дубикайтис П.А., Барсукова И.М.
КОЛЕБАНИЯ ЧАСТОТЫ ОБРАЩЕНИЯ ЗА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР 45
Дулаев А.К., Кажанов И.В., Мануковский В.А., Бесаев Г.М., Преснов Р.А., Микитюк С.И., Лега Д.Н., Кузьмин И.С.
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТРАВМЫ 46
Емельянова А.В., Сафронова А.И., Бойков А.А.
АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ДИСМЕНОРЕЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 47
Изотова О.Г., Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА..... 48
Иосиф Бен Дор (Yosef Ben Dor)
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ НА МЕСТЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ. ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ ДАННЫХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯПРИБОРА ИНФРАСКАНЕР 2000 49
Кадышев В.А., Плавунов Н.Ф., Проскурина Л.Н.
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ЭКСТРЕННЫХ КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ БРИГАД Г. МОСКВЫ 50

Кажанов И.В., Мануковский В.А., Тулупов А.Н., Гаврищук Я.В., Микитюк С.И., Дорничев В.В., Колчанов Е.А.
ВНЕБРЮШИННАЯ ТАМПОНАДА ТАЗА КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТАЗОВОГО КОЛЬЦА.....51
Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Туляганов Д.Б., Ажиниязов Р.С.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ.....52
Карабаев Х.К., Захидова С.Х., Тагаев К.Р., Мизамов Ф.О., Кенжемуратова К.С., Хусаинова Ш.К., Карабаева Г.Х.
ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....53
Карабаев Х.К., Мустафакулов И.Б., Тагаев К.Р., Кенжемуратова К.С., Карабаева Г.Х.
ЧАСТОТА И ИСХОДЫ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ 54
Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Нарзуллаев С.И.,Тагаев К.Р., Карабаев Б.Х., Шоназаров И.Ш., Юнусов О.Т.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 55
Катаной Н.Я., Гидиримский А.М., Рабовила А.А., Куров И.В., Хадыркэ Л.Г.
АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИНСУЛЬТОВ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА.....56
Качанова Н.А.
САНИТАРНО-АВИАЦИОННАЯ ЭВАКУАЦИЯ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ.....57
Кенжаев М.Л., Аляви А.Л., Кенжаев С.Р., Рахимова Р.А., Тургунбоев Ш.Б.
ПРОДОЛЬНАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ МАЛЫМИ ДОЗАМИ ДОБУТАМИНА 58
Кенжаев М.Л., Аляви А.Л., Борисова Е.М., Кенжаев С.Р., Саттаров Х.И., Тургунбоев Ш.Б.
РЕПЕРФУЗИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST 59
Ковальчук Ю.П., Ковальчук Е.Ю.
ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....60
Койиров А.К.
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ЭТАПЕ 62
Койиров А.К., Саттаров Х.И., Ражабов Н.М.
ПРИМЕНЕНИЕ ТАХИБЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....63
Комедев С.С., Туров И.А., Цебровская Е.А., Теплов В.М.
ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ ТЭЛА В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....65
Крылов К.М., Крылов П.К., Орлова О.В., Шлык И.В.
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ОБЩИМ ОХЛАЖДЕНИЕМ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ СМП: РЕЗУЛЬТАТ РЕФОРМИРОВАНИЯ 66
Курбанов К.М., Мирзаханов Д.Т., Облов С.Ю., Халилюлин Р.И.
ОПЫТ РЕОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН.....66

Куриленко Е.Х., Грачев С.Ю., Новикова Н.П., Суковатых А.Л., Борисов А.В., Комликов С.Ю.
О РОЛИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСТА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ 68
Линец Ю.П., Зайцева Т.Е., Чикин А.Е., Артюхов С.В.
ПРОБЛЕМЫ И СПОСОБЫ ИХ РЕШЕНИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНЫХ СТАЦИОНАРАХ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ..... 70
Линец Ю.П., Зайцева Т.Е., Чикин А.Е., Артюхов С.В.
СТАЦИОНАРНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПЕРВЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ В ГОРОДСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ..... 71
Лукьянова И.Ю., Главатских К.Ю., Моисеева Р.А.
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЁМОМ ST 72
Маркелова Е.В., Арискина О.Б., Осипова И.В., Пивоварова Л.П., Мальцева Е.П.
ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ..... 73
Махамадаминов А.Г., Набиев А.А.
ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ..... 74
Махамадаминов А.Г., Набиев А.А.
ПРИМЕНЕНИЕ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 75
Махамадаминов А.Г., Алиджанов Ф.Б. , Халилов А.С.
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ ТРАВМАМИ..... 76
Махкамов К.Э., Азизов М.М.
ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА..... 77
Махкамов К.Э., Насимов С.Т.
ЗНАЧЕНИЕ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПРИ МСКТ В ВЫБОРЕ СРОКА И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ..... 78
Махновский А.И., Эргашев О.Н., Блинда И.В., Касимов Р.Р., Усольцев Е.А., Миннулин Р.И., Хаустов М.В., Шаповалов Н.С.
ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛ ISS И ВПХ-П ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРАНСПОРТАБЕЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ..... 79
Махновский А.И., Эргашев О.Н., Болдарян А.А., Колесникова Д.В., Дежурный Л.И., Миннулин Р.И., Блинда И.В., Лега Д.Н.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ INJURY SEVERITY SCORE ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ПРЕДОТВРАТИМОСТИ ГИБЕЛИ ОТ ТРАВМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 80
Меркулов Д.С., Фисталь Э.Я.
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ И ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ 81
Миннуллин И.П., Сорокин В.Г., Ходаков А.И., Федоров А.В.
ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ЭЛЕМЕНТ ИХ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ 82

Мирджалилов Ф.Х., Валиев Э.Ю., Хакимов Р.Н.
РОЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С СИНДРОМОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ 84
Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ
СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....86
Мирошниченко Ю.В., Ставила А.Г., Кононов В.Н., Родионов Е.О.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГРАММНО-АППАРАТНОГО КОМПЛЕКСА
ДЛЯ УЧЕТА МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА
В ВОЕННОМ ПОЛЕВОМ ГОСПИТАЛЕ 87
Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Кононов В.Н., Реутский И.А., Родионов Е.О.
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОТОВНОСТИ БРИГАД СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ К ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ
ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ 88
Мирсидиков М.А. Халилов А.С., Назаров Ш.М.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ДИАГНОСТИКИ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ 89
Могучая О.В., Филиппов А.В., Щедренок В.В.
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....91
Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Авазов А.А.,
Карабаев Б.Х., Хусаинова Ш.К.
ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ .92
Набиев А.А., Махамадаминов А.Г., Тиляков А.Б.
ТЯЖЕСТЬ ШОКА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ЕЕ ОЦЕНКА
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 93
Налапко Ю.И., Гаргат Е.А., Ткачева М.Ю., Стадник А.Д., Оберемок С.Е.
ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ
У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ОСНОВАНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ DIFFICULT AIRWAY SOCIETY 2015 94
Некрасов А.А., Савельев О.В., Некрасова Е.А., Фёдорова О.В.
ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОШОКОВОГО
КОСТЮМА «КАШТАН» НА ЭТАПЕ «СКОРОЙ ПОМОЩИ» 95
Новикова Н.П., Авраменко Т.В.
ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 96
Новикова Н.П., Авраменко Т.В., Удот П.С., Филинов С.В.
СЛУЖБА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ:
ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ В 2016 ГОДУ.....98
Новикова Н.П., Грачев С.Ю., Суковатых А.Л., Куриленко Е.Х.,
Романовский Е.В., Горбач А.Е., Шиманский И.Е.
АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ
ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.....99
Нуриева Э.Г., Петров Г.И., Шигапов Б.Г.
СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И ПОДГОТОВКА
К МЕРОПРИЯТИЯМ ЧЕМПИОНАТА МИРА ПО ФУТБОЛУ 2018 100
Пенюгина Е.Н., Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р.
ДИНАМИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕК СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....101

Пенюгина Е.Н., Багрецова И.А., Барсукова И.М., Вишняков Н.И.
АКТУАЛЬНОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 102
Перегудов С.И., Косачев А.В.
ЛЕТАЛЬНОСТЬУ БОЛЬНЫХ С ЗАЛУКОВИЧНЫМИ ЯЗВАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ. 103
Перегудов С.И., Синенченко Г.И., Ромашкин-Тиманов М.В., Вербицкий В.Г., Попенко Л.Н., Коновалов С.В.
К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ВТОРИЧНОМ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ..... 104
Петерсон А.И., Иванова Н.И., Пушкин А.С., Ахмедов Т.А.
ОЦЕНКА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА БИОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОЛОРИМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА..... 105
Петраш М.Д., Бойков А.А., Чугунова М.А., Миннуллин И.П.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТБОРЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИЗ ЧИСЛА СТУДЕНТОВ ВЫПУСКНОГО КУРСА ФАКУЛЬТЕТА «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»..... 106
Петров Г.И., Нуриева Э.Г., Шигапов Б.Г.
АКТУАЛЬНАЯ ЗАДАЧА СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ – ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ 107
Пивоварова Л.П., Громов М.И., Малышев М.Е., Арискина О.Б., Осипова И.В.
ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛПС-СОРБЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ 108
Пискунов Д.П., Эмануэль В.Л., Иванова Н.И., Пушкин А.С.
ОЦЕНКА СТАБИЛЬНОСТИ АНАЛИТОВ БИОХИМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТЕМПЕРАТУРНЫХ УСЛОВИЯХ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ХРАНЕНИЯ ОБРАЗЦОВ..... 109
Повзун А.С., Повзун К.А.
ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ 110
Повзун К.А., Повзун А.С.
ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН..... 111
Поликарпов А.В., Кашанский Ю.Б., Кондратьев И.П., Кучеев И.О.
МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ..... 112
Попов А.А., Здзитовецкий Д.Э., Чикун В.И., Любченко А.А., Рахманов Р.М., Бурмистров Ю.Н., Вятскин И.Е., Большакова М.А., Попова Е.А., Ростовцев С.И., Рахманова Е.А.
АНАЛИЗ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТРАССАХ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ..... 113
Пулатов Д.Т., Байбеков И.М.
ЛАЗЕРНАЯ И СВЕТОДИОДНАЯ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОБОДНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ 114
Пушкин А.С., Данилова И.А., Рукавишникова С.А.
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УРОВНЯ СЕРДЕЧНОГО ТРОПОНИНА I С УЧЕТОМ ПАРАМЕТРОВ ВЫЖИВАЕМОСТИ..... 115

Рашидов М.М., Хакимов А.Т., Халилов М.Л.
ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОХИРУРГИИ ПРИ ТРАВМЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 116
Резняк Л.Г. Катаной Н.Я. Скуртова Н.В.
ПРИМЕНЕНИЯ НАДГОРТАННЫХ ВОЗДУХОВОДОВ 2-ГО ПОКОЛЕНИЯ (I-GEL) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 117
Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 118
Рузибоев С.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Карабаев Б.Х., Саидов Ш.А.
ОПАСНОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ.....119
Садреева С.Х., Труханова И.Г., Зинатуллина Д.С.
К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 120
Синенченко А.Г., Зиновьев С.В.
СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СОМАТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА 121
Скуртов Н.В., Чобану Г.К., Катаной Н.Я., Резняк Л.Г.
ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПО- И ГИПЕРТЕНЗИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОГНОЗ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ 122
Сокорнов И. А., Афончиков В. С., Грицай А. Н., Лапшин В. Н., Страхов И. В.
ЛАБОРАТОРНАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ИНФРАРЕНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ АОРТЫ 123
Сорока В.В., Нохрин С.П., Магамедов И.Д., Рязанов А.Н., Малиновский Ю.П., Белоусов Е.Ю., Петривский С.В., Магомедов С.Б.
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА БРЮШНОЙ АОРТЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗРЫВОМ 124
Сперанский И.И., Арефьев В.В., Фирсова Г.М.
ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ И ГРУППОВЫХ ШАХТНЫХ ТРАВМАХ.....125
Старков А.С.
АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ И ОСТРО ЗАБОЛЕВШИМ НА ГОРНОЛЫЖНЫХ ОБЪЕКТАХ С МАССОВЫМ ПОСЕЩЕНИЕМ 126
Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.
ЭТАПНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ.....127
Страхов И.В., Лапшин В.Н., Сокорнов И.А., Арискина О.Б., Пивоварова Л.П.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНАЦИИ СУБСТРАТНЫХ АНТИГИПОКСАНТОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПОСТРАДАВШИХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ 128
Суковатых А.Л., Грачев С.Ю., Новикова Н.П., Куриленко Е.Х.
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ МАСКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....129
Тарасевич В.Н., Новикова Н.П., Авраменко Т.В., Пискун Б.Б., Римашеская Е.П.
СОХРАНЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....131

Теплов В.М., Комедев С.С., Цебровская Е.А., Туров И.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОРТАТИВНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНЕРА
В РАБОТЕ СТОСМП 133
Теплова Н.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ МАНЕКЕНОВ ФИРМЫ «LAERDAL» (НОРВЕГИЯ)
ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ 134
Терешичев А.А., Ромашкин-Тиманов М.В., Бондарев М.Р.,
Вербицкий В.Г., Таратыркин Е.К.
ВНУТРИБРЮШНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА
СЕТЧАТЫМ ЭКСПЛАНТАТОМ В СТАЦИОНАРЕ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 135
Тиляков А.Б., Махамадаминов А.Г.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ 136
Труханова И.Г., Поляков И.А.
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА
СУКЦИНАТА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 137
Тулупов А.Н., Бабич А.И.
ПОВРЕЖДЕНИЯ ГРУДНОЙ АОРТЫ
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ 138
Тулупов А.Н., Синенченко Г.И., Бесаев Г.М., Сафоев М.И., Никитин А.В.
ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЕ КЛИПИРОВАНИЕ РАЗРЫВА БРОНХА
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ 139
Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Ажиниязов Р.С.
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ 141
Тычкова Е.А.
САНИТАРНО-АВИАЦИОННАЯ ЭВАКУАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ
ИЗ ЗОНЫ КОНФЛИКТА НА ЮГО-ВОСТОКЕ УКРАИНЫ 142
Уразметова М.Д., Хаджибаев Ф.А.,Мирзакулов А.Г.
РОЛЬ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 142
Утешев М.Ш., Валиев Э.Ю., Миржалилов Ф.Х.
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП 144
Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Туляганов Д.Б., Ажиниязов Р.С.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ОБОЖЖЕННЫХ 145
Филимонов В.С., Плавунов Н.Ф., Гапонова Н.И., Кадышев В.А.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРВИЧНЫХ И ПОВТОРНЫХ ВЫЗОВОВ
К ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ГОРОДЕ МОСКВА 146
Фисталь Н.Н., Фисталь Э.Я, Розин Ю.В.
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
В МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ
В МИРНОЕ И ВОЕННОЕ ВРЕМЯ 147
Фисталь Э.Я., Фисталь Н.Н., Розин Ю.В.
ПРИНЦИПЫ ЭВАКУАЦИИ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
ПРИ МАССОВЫХ ТРАВМАХ В ДОНБАССЕ 148
Хаджибаев А.М., Султанов П.К.
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ СОЧЕТАННОЙ КАТАТРАВМОЙ 149

Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Султанов Д.Т.
ВНЕДРЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ В ПРАКТИКУ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН 152
Хаджибаев А.М., Янгиев Б.А., Хашимов М.А., Янгиев Р.А.
ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПИЩЕВОДА ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ 154
Хаджибаев Ф.А., Алиев Б.А.
ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ 155
Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Махамадаминов А.Г.
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТО-БИЛИАРНЫХ СВИЩЕЙ 157
Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Джамалдинов И.М., Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н., Шелаев О.И.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КАМНЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА 158
Хадырка Л.Г., Катаной Н.Я., Скуртова Н.В.
ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 159
Хакимов Э.А., Карабаев Б.Х., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Сатторов Б.С.
НАРУШЕНИЯ ГОМЕОСТАЗА И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ 160
Хашимов М.А., Шелаев О.И., Ешмуратов А.Б., Джамалдинов И.М., Мирахмедов Н.Н., Исраилов Т.Т.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ 162
Хожиев Х.Ш., Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТОКСИЧЕСКИХ АЛКОГОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ 163
Хоровская Л.А., Котенко Л.В., Ковальчук Ю.П.
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БИОХИМИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОЛУЧЕННЫХ НА ДУБЛИРУЮЩЕМ ОБОРУДОВАНИИ, НА ПРИМЕРЕ ARCHITECT C8000 И UNICELL DXC800 SYNCHRON 164
Чечулова А.В., Сорока В.В., Чечулов П.В.
МАРКЕРЫ СТРАТИФИКАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПО ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРАХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 165
Шаламов Д.В., Афончиков В.С.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОАГУЛОПАТИИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ 166
Шарипова В.Х., Фокин И.В.
ВЫПОЛНЕНИЕ ТРУДНОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ВЕНОЗНОГО ДОСТУПА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ 167
Шацкова О.В., Тихонова С.Е.
МОТИВАЦИЯ К ПОЛУЧЕНИЮ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В ХОДЕ ПЕРМАНЕНТНОГО ОБУЧЕНИЯ СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 168
Шестаков Г.С.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО ЧИСЛА БРИГАД СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 169

Шилов В.В., Лукин В.А., Андрианов А.Ю.
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИЙ
ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ВЕЩЕСТВАМИ НАРКОТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ... 171
Эмануэль В.Л.
ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ... 172
Юлдашев Ш.С., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Бахронов А.А., Даминов Ф.А., Зохидова С.Х.
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ ... 173
Ямпольский Р.М., Иванова Н.П., Плавунов Н.Ф., Пиковский В.Ю., Логвинов Ю.И., Братищев И.В.
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ТРЕНИНГА
ПРИ ПОДГОТОВКЕ СОТРУДНИКОВ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СМП ... 174

Научное издание

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – 2017

МАТЕРИАЛЫ

16-го ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА
(НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ)
ПОСВЯЩЕННОГО 85-ЛЕТИЮ
СПб НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ
И 35-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ И.И. МЕЧНИКОВА

8-9 июня 2017 г.

Редактор *И.Б. Нечуева*
Верстка оригинал-макета *О.В. Ивановой*

Подписано к использованию 22.05.17. Формат 60×84 1/8, 188 стр.
Тираж 500 экз. Заказ № 113/17.
Оригинал-макет подготовлен редакционно-издательским центром ПСПбГМУ
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.