Министерство здравоохранения Луганской Народной Республики

Государственное учреждение
«Луганский республиканский Центр экстренной медицины
и медицины катастроф»
Луганской Народной Республики

Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 90-летию создания станции скорой медицинской помощи города Луганска

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ»

20-21 апреля 2017 года

Луганск

За 90 лет существования луганской станции скорой медицинской помощи, её сотрудники не раз оказывались в эпицентре различных трагических событий: неоднократно помогали жертвам несчастных случаев и природных катастроф, рисковали жизнью на полях сражений Великой Отечественной Войны, спасали людей в период активных боевых действий на Донбассе в наше время.

О том, как самоотверженно и героически наши врачи и фельдшеры выполняли свой профессиональный и человеческий долг в 2014-ом году, могут рассказать десятки тысяч луганчан. Тогда, наперекор всем ужасам войны, служба неотложной помощи продолжала свою работу, спасая жизни в тылу и на передовой.

Уважаемые сотрудники луганской станции скорой медицинской помощи!

Всегда оказываясь первыми среди тех кто, выполняя свой долг, встаёт на защиту жизни и здоровья людей, вы с честью выдерживаете выпавшие на вашу долю испытания и подтверждаете своё право носить гордое звание медицинского работника. Одним своим появлением вы вселяете в людей надежду на спасение.

Вы, как никто другой знаете, как велика цена каждой секунды и как трудна за нее борьба, но ваша врачебная наблюдательность, быстрота реакции и настоящая преданность своему делу позволяют вам одержать победу в борьбе за самое дорогое, что есть у человека – за его здоровье и жизнь!

От всей души желаю вам лёгких дорог и пациентов, пусть выезды всегда заканчиваются благополучно, и пусть вам всегда хватает сил оставаться здоровыми, жизнерадостными и всеми любимыми!

С праздником!

Председатель Совета Министров
Луганской Народной Республики
С.И. Козлов

Уважаемые работники скорой медицинской помощи!

Жизнь современного общества невозможно представить без функционирования станций скорой медицинской помощи, само существование которых вселяет в нас уверенность в благополучное преодоление любых критических ситуаций, связанных с угрозой здоровью и жизни человека.

90 лет «скорая помощь» Луганска стоит на страже здоровья горожан, обеспечивая круглосуточную медицинскую помощь жителям города. Все эти годы в любую погоду, в любое время суток кареты «скорой помощи» спешат на помощь к горожанам, и в дома луганчан приходят медики неотложки готовые унять боль, снять приступ, вернуть надежду. Жители нашего города точно знают, что в критический момент бригада «скорой» прибудет к каждому, кто в ней нуждается.

Многие именитые врачи и руководители учреждений здравоохранения города начинали свое восхождение к вершинам своего профессионального мастерства с работы в бригадах «неотложки», приобретая там бесценный опыт спасения жизни людей, оперативного реагирования в сложных ситуациях и, что самое главное, чуткого отношения к людям.

Эта сфера медицины, как ни одна другая, требует умения взвешенно и быстро принимать решения, ставить диагноз, не имея возможности полноценно обследовать больного, оказывать неотложную медицинскую помощь, располагая минимальным набором медицинских препаратов и подручных средств. Порой за одну смену вам приходится бывать реаниматологом и акушером, психиатром и педиатром. Каждый день в повседневном труде вы несете на себе самую серьезную ответственность, так как ценой ошибки в вашей профессии может стать человеческая жизнь.

Спасибо вам за тяжелый труд, который вы, работники скорой помощи, выполняете вот уже 90 лет, за ваши чуткие сердца, за ваше неравнодушное отношение к пациентам, за то, что каждым своим днем вы доказываете, что чужой боли не бывает. Желаю вам удачи в ваших добрых делах и по-настоящему скорой помощи всем нуждающимся, успешной деятельности и только положительных результатов работы, огромных сил и бодрости духа, искреннего уважения людей и щедрой благодарности судьбы. Пусть Господь благословит ваш жизненный путь и наградит вас терпением и крепким здоровьем.

С праздником, с 90-летием Луганской станции скорой и неотложной медицинской помощи!

Глава Администрации города Луганска
Луганской Народной Республики
М.В. Пилавов

Сегодня Луганская станция скорой помощи отмечает юбилей – 90 лет со дня основания.

За всю свою историю станция скорой медицинской помощи Луганска переживала разные времена. В первой половине 20-го столетия она состояла всего из нескольких фельдшеров, конюха, лошади с телегой, которая служила единственным транспортом. На сегодняшний день наше медицинское учреждение оснащено современным оборудованием и необходимой техникой.

Но задача у специалистов этой службы во все времена была и остаётся одна – оказать скорую медицинскую помощь каждому, кто в этом нуждается. Круглосуточно автомобили скорой помощи выезжают по самым разным вызовам. Неотложные и фельдшерские, врачебные и акушерские бригады спешат на вызов, чтобы оказать квалифицированную помощь человеку, находящемуся в критической ситуации.

В Луганске нет, наверное, ни одной семьи, которая хотя бы раз в жизни не набирала «103». Уверен, что праздник сегодня не только наш. Это праздник всего города, так как без структуры скорой медицинской помощи, нацеленной на оказание помощи людям, трудно представить себе жизнь современного общества.

Хочу поздравить с юбилеем всех своих коллег и сказать им огромное спасибо за профессиональный труд, за сердечное отношение к делу, за самоотверженность. Благодарю вас за вашу работу, бесценные знания, за те ночи и дни, которые вы проводите на работе, сохраняя здоровье горожан. Ежечасно и ежедневно вы спасаете и сохраняете самое ценное, что есть у людей – их жизнь и здоровье.

В самые трудные минуты вы приходите на помощь людям, совершая порой невозможное, проявляя сострадание и благородство, ответственность и высочайший профессионализм, чуткость и доброту. Вы, преданные своей профессии, проявляли настоящий героизм, оказывая первую помощь во время боевых действий и мирным жителям, и нашим ополченцам, даже ценой собственной жизни.

И пусть не только в юбилей, но и в будни звучат в ваш адрес искренние слова благодарности за нелегкий труд.

Директор ГУ «Луганский республиканский Центр экстренной медицины и медицины катастроф» ЛНР
Д.С. Пархомчук

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ЛУГАНСКА

Зарождение и начало пути «Скорой помощи»

Зарождение скорой медицинской помощи в г. Луганске можно отнести к 1908 – 1911 годам. Луганская городская Дума на экстренных собраниях 1908, 1910 и 1911 годов неоднократно рассматривала вопрос о выделении средств для «…безусловно, желательной организации постоянного дезинфекционного отряда для борьбы с холерой и приобретения городской кареты скорой помощи».

Однако, не получив таких средств, городская Дума обратилась к состоятельным частным лицам, выделившим на эти цели денежную ссуду под сравнительно небольшой процент. На эти средства была приобретена «Карета скорой помощи» и дезинфекционная камера, содержался дезинфекционный отряд, были построены бараки для холерных больных. Октябрьская революция 1917 года и последовавшая за ней гражданская война разрушили созданную силами горожан систему неотложной помощи.

В 20-е годы XX века предпринимаются попытки восстановления службы неотложной помощи и экстренную медицинскую помощь в городе оказывали 5 заводских амбулаторий-медпунктов.

В ноябре 1920 года в Луганске был образован институт разъездных врачей, для оказания населению медицинской помощи на дому. Город был условно поделён на пять районов (Каменный Брод; Гусиновка; Новый свет; центр; ж.д. вокзал и Елизаветовка), в каждом из которых был свой разъездной врач. На этих врачей и возлагалось оказание экстренной медицинской помощи в Луганске. Такая система просуществовала до июня 1925 года, когда врачебная помощь на дому была передана в ведение 1-й рабочей поликлиники и стала централизованной. Три разъездных врача этой поликлиники обслуживали всю территорию города с 09.00 до 15.00. По срочным вызовам, в любое время дня и ночи, выезжал дежурный врач, который также находился в 1-й рабочей поликлинике.

В феврале 1926 года при поликлинике организовывают карету скорой помощи, которую упраздняют в июне того же года, вследствие возвращения к институту районных разъездных врачей. Еще через полгода эта система опять становится централизованной.

Скорая медицинская помощь в те годы оказывалась городскому населению Луганска амбулаториями заводов или других предприятий. «Карета скорой помощи» выезжала, главным образом, к застрахованным жителям согласно постановлению Луганского окрисполкома «О порядке оказания медицинской помощи на дому застрахованным и приравненным к ним лицам».

Остальные граждане могли вызвать врача на дом из амбулатории только в исключительных случаях.

Только в январе-марте 1927 года в плане работы Луганской Инспектуры охраны здоровья появилось решение о создании в городе службы скорой помощи, ответственность за ее организацию возлагалась на инспектора Окрздравотдела врача Захера.

Таким образом, датой организации Луганской станции скорой медицинской помощи следует считать апрель 1927 года. Станция «скорой» разместилась тогда в двух комнатах здания Постоялого двора по ул. Ленина, д. 57 (ранее – ул. Петербургская, с 1918 г. – ул. Петроградская).

Штат «скорой» состоял из 8 сотрудников: главного врача (на общественных началах) И.Т.Дворецкого, врачей-совместителей Я.И.Ищенко, Г.В.Попандупало и Л.С.Финтиктикова, трех кучеров-санитаров А.Калинина, Е.Кулешова, А.Иванова и дворника-завхоза.

Фото 2. Первый коллектив врачей луганской «скорой»

Трудности 30-х лет – разруха, эпидемии, голод, недостаток транспорта и фуража для лошадей – естественно сказались и на работе скорой помощи. Об этом свидетельствует такая запись в приказе по Инспектуре охраны здоровья: «…для лошадей установить норму 15 фунтов овса на день и 30 фунтов сена.

Основание: распоряжение горсовета».

Одновременно главный врач «скорой» докладывает в горсовет: «Одна из лошадей скорой помощи заболела и по заключению ветврача должна быть освобождена от работы. За отсутствием запасной лошади в скорой помощи мы вынуждены закрыть ее деятельность».

Детство “скорой”

Но вызовов на «скорую» поступало много, работа ее коллектива была напряженной. К примеру, сохранился протокол заседания городского профсоюзного актива, обсуждавшего бюджет на 1928-1929 годы, где записано: «Ставка кучера скорой помощи недостаточна, так как его работа носит нервный напряженный характер по сравнению с таковой прочих учреждений обыкновенного типа, кроме пожарной охраны. Постановили: добиться подтягивания зарплаты кучера скорой помощи до уровня кучера пожарной команды».

Специальный санитарный автотранспорт в те годы отсутствовал. Первая машина Луганской скорой помощи была изготовлена на шасси «Шевроле» в Одессе рабочими завода «Кузово-механик» по спецзаказу Луганской Инспектуры охраны здоровья.

Самоотверженную работу персонала «скорой» в этот период характеризует выписка из протокола заседания Бюро секции охраны здоровья Луганского горсовета рабоче-крестьянских и красноармейских депутатов: «Принимая во внимание быструю, четкую и отважную работу кареты скорой помощи при спасении рабочих, заваленных в шахте, благодаря чему заваленные рабочие были спасены, Бюро секции выносит группе работников кареты скорой помощи, принимавшей участие в данной работе, а именно Финтиктикову, Лившицу, санитару Лимареву и шоферам Велику и Теппелю свою благодарность, а заведующему каретой скорой помощи врачу Дворецкому, который руководил всей работой при спасении заваленных рабочих, Бюро секции выносит благодарность и премирует кожаным пальто. Это постановление опубликовать в местной печати».

Тридцатые годы характерны для станции ростом ее кадров, перестройкой материально-технической базы и выработкой методов работы «скорой». Так, в 1937 году на ней работало уже 9 врачей, 5 средних медработников и 3 санитара. Автопарк составлял уже 10 санитарных машин.

В грозные годы Великой Отечественной войны лучшие сыны и дочери Луганской «скорой» ушли на фронт. На полях войны погибли врачи И.Т.Дворецкий, Г.В.Попандупало, Л.С.Финтиктиков и многие другие.

Но и в тылу ни на секунду не прекращалась борьба за жизнь и здоровье людей, так как «скорая» продолжала свою работу вплоть до оккупации города немцами. После освобождения Луганска от немецко-фашистских захватчиков в феврале 1943 г. оставшиеся в

живых ее сотрудники возобновили свою работу. Главным врачом «скорой» в военные годы (1943 – 1947 г.г.) был «лекпом» Мефодий Степанович Музыченко.

Юность и отрочество

Послевоенное возрождение и реорганизация

Послевоенный этап развития службы скорой медицинской помощи в г. Луганске ознаменован переходом от минимальных методов оказания только срочной помощи, элементарных медицинских манипуляций и транспортировки больных или пострадавших в ближайшую больницу – к выполнению вызовов практически ко всем заболевшим жителям города, как на месте происшествия, так и у постели больного.

Фото 3. Коллектив «скорой» в послевоенные годы

Неуклонно увеличивалась мощность станции: в 1947 г. работали 42 сотрудника и 4 выездные бригады «скорой», в 1957 г. – 137 сотрудников и 7 бригад, в 1967 г. – 255 сотрудников и 19 бригад, в 1977 г. – 396 сотрудников и 30 бригад, в 1987 г. – 610 сотрудников и 42 бригады, в 1997 г. – 587 сотрудников и 28 бригад, в 2007 г. – 575 сотрудников и 34 бригады.

Фото 4. Послевоенный автопарк станции

Районированный принцип работы, введенный в 1969-1971 годах позволил максимально приблизить срочную медицинскую помощь к населению и значительно сократил пробег санитарного автотранспорта. Таким образом, радиус пробега автомашин сократился с 15-20 км до 5-10 км, среднее время следования бригады к месту вызова уменьшилось до 15-20 минут. В семидесятые годы станция скорой медицинской помощи г. Ворошиловграда в своей структуре объединяла: управление с центральной диспетчерской службой, автохозяйство с ремонтной базой гаража, имела свою радио-телефонную службу.

Созданная, от чертежей до исполнения техники, центральная диспетчерская служба (ЦДС) станции была оборудована оригинальным комплексом радиотелефонной, коммутационной и селекторной связи, которые позволили иметь бесперебойную связь с выездными бригадами на линии, подстанциями и другими абонентами. С тех пор (1974 г.) население города смогло практически моментально связаться со «скорой» по автоматически закольцованным телефонным каналам «03».

Технический комплекс ЦДС является действительно оригинальным, так как ни в те годы, ни до настоящего времени не выпускается отечественное диспетчерское оборудование для службы «скорой». Созданная тридцатилетие назад аппаратура, естественно, со временем модернизировалась и, к чести работников радиослужбы станции, успешно функционирует и до настоящего времени.

Ответственными подразделениями управления станции были также круглосуточно работающие консультативно-информационная служба (КИС) и справочное бюро и отдел медицинской статистики. Справочное бюро выполняло не только функцию информации населения и лечебных учреждений о вызовах, выполненных бригадами скорой медицинской помощи. Его немаловажной задачей являлось обеспечение четкой преемственности в работе «скорой» и лечебных учреждений города – оно ежедневно передавало «активные» вызовы в регистратуры поликлиник к больным, нуждающимся в амбулаторном лечении, а также информировало районные СЭС об инфекционных больных.

Отдел медицинской статистики является координационным центром станции, здесь, в результате обобщения повседневной работы каждого подразделения станции, вырабатываются основные показатели их деятельности, что позволяет более эффективно и своевременно планировать и управлять всей службой скорой медицинской помощи.

Для улучшения качества обслуживания населения была организована круглосуточно функционирующая консультативно-информационная служба (КИС) по телефонам «003». В КИС работали врачи высшей категории, знающие практику и имеющие большой стаж работы на скорой помощи. В течении суток по телефону давались квалифицированные консультации по медицинским и фармацевтическим вопросам.

«Ударный кулак» здравоохранения

Бесспорно, серьезным достижением Луганской «скорой» в шестидесятые годы было создание специализированных бригад (СБСМП) и станция по праву является одним из «пионеров» их создания в бывшем Советском Союзе и на Украине. Специализированные бригады, в зависимости от вида и профиля выполняемых вызовов, оснащены дополнительной медицинской аппаратурой и оборудованием. Медицинский персонал СБСМП комплектовался из наиболее подготовленных медработников, прошедших хорошую «скоропомощную» подготовку на линейных бригадах, но, несмотря на это, – персонал проходил специальную переподготовку и овладевал специальными методами высококвалифицированной экстренной медицинской помощи соответственно профилю работы СБСМП.

Первой в 1966 году была создана специализированная хирургическая бригада, которая в 1975 году трансформировалась в противошоковую, затем в реанимационную Основателями реанимационной службы были врачи Вольный И.Ф., Желтов Н.В., Визиров Г.А., Климов В.Т., Глушко В.А.. Их воспитанниками и последователями являются Краевая С.Б., Фурманов М.Г., Белоусов П.А., Головня Ю.П., Красовский О.Н., и др.

Реанимационная служба станции, на «плечи» которой возложены ответственные и многотрудные задачи спасения человеческой жизни, призвана оказывать анестезиолого-реанимационную помощь крайне тяжелым больным и пострадавшим на месте происшествия, у постели больного и в пути следования, а также общепрофильным и специализированным бригадам станции и лечебным учреждениям города.

В этой службе создавались и были внедрены многие портативные современные медицинские аппараты, а также – «прообраз будущего» – реанимационный многоместный автомобиль повышенной проходимости.

В 1974 году начала создаваться кардиологическая специализированная служба: вначале СТЭБ – специализированные тромбо-эмболические бригады, в 1986г. – СКБ или специализированные кардиологические бригады, в 2000 г. – 4 специализированные кардиореанимационные бригады (СКРБ).

Основателями и одними из первых ее врачей-кардиологов были Бикшаев Б.Г. (старший врач), Аношина Т.И., Троянов Э.Л., Пономарева В.И., Струков В.В. и их ученики Вязовик А.Я., Некраса А.И., Роменский В.М., Цыкунцов В.А. и Соломенцев И.А., а также последователи – Бойко А.В., Пащенко Л.Н. и другие. Кардиологические спецбригады «скорой», как бы они не назывались, всегда были форпостом практического здравоохранения города в противоинфарктной службе. Они по кадровому подбору и уровню

профессиональной деятельности были признаны одной из лучших кардиологических служб догоспитального этапа в Украине.

Весьма необходимой в нашей напряженной и полной стрессов жизни является специализированная неврологическая бригада (СНБ или «инсульт-бригада»), которая в виде психоневрологической спецбригады была создана в 1978 году и затем разделилась на самостоятельные – неврологическую и психиатрическую.

Основателями СНБ были врачи Вейсберг И.Б, Коморный А.М., Коваленко С.С., Золкин П.А., Грачев В.Н., продолжателями их дела были врачи-невропатологи Грицаенко В.Ю., Шендрик М.В., Гартвич Е.В., Злобина И.А..

Удел работы СНБ – это тяжелые церебральные и гипертонические кризы, ОНМК и другая острая неврологическая патология.

Специализированная психиатрическая бригада – специфическая служба станции, которая работает в особо напряженных психо-эмоциональных и физических условиях. Поэтому бригада укомплектована специально подготовленными врачом-психиатром, фельдшером, санитаром и водителем-санитаром, которые, кроме своей специальности, владеют методами «успокоения» буйных или агрессивных больных.

Первыми создателями и врачами психиатрической бригады были Нафтель Р.А., Альяная Н.В., Васильченко Р.А., Галинкин В.И. и их преемники Померанцев В.И., Черепахин Ю.А., Быченко В.А., Оберемок С.Е., Салманов А.С.

Три педиатрические бригады также являются одной из заслуг коллектива станции. «Детская скорая» - сложное дело, ибо врач-педиатр и его фельдшер, помимо педиатрической подготовки, должны быть еще и хорошими «няньками», умеющими быстро успокоить плачущего ребенка и его взволнованных родителей.

Педиатрическая служба станции сформирована в 1978 году, ее основателями были Скоб Г.Д., Венгер В.Д., Локтионов П.И. и их преемники - Моркин В.И., Венгер М.Ф., Никитина Е.П., Коломиец Н.В., Рыбалка О.А., Гладкова С.А., Скалецкая Е.В., Волков И.Е., Жорова Л.В.

Специализированные бригады “скорой”, образно названные “ударный кулак” практического здравоохранения города, являются тем резервом, который в любую минуту готов оказывать консультативную и практическую медицинскую помощь тяжелым больным в любой городской больнице. Особое значение имеет их “боевая готовность” в вечернее и ночное время, в выходные и праздничные дни.

Главная сила «скорой»

Одним из весомых и существенных достижений Луганской «скорой» явился тот факт, что в результате многолетней работы по подбору и воспитанию врачебных кадров, удалось добиться максимального уровня (88% от всех выполненных вызовов) оказываемой врачебной скорой и неотложной медицинской помощи населению. Не умаляя роли самостоятельно выезжающих фельдшерских бригад, руководство станции на всех этапах ее развития считало, что все же уровень врачебного мышления и подготовки в вопросах диагностики и построения программы оказания медицинской помощи предпочтительней.

Врачи и фельдшеры выездных бригад планомерно оттачивают формы и методы лечебно-диагностической работы, повседневно совершенствуют свой уровень профессиональной квалификации и «скоропомощенское» мастерство.

Контроль над качеством лечебно-диагностической работы выездного медперсонала проводится заведующими подстанциями на ежедневных «пятиминутках», а также контрольно-экспертными органами станции – лечебно-контрольной комиссией (ЛКК) и комиссией по изучению летальных исходов в присутствии бригад «скорой» (КИЛИ).

Заведующими подстанциями также составляются индивидуальные планы повышения квалификации выездных врачей и среднего медперсонала, по темам которых медперсонал готовит рефераты, рецензируемые специалистами станции. За основу этого планирования принимаются неудовлетворительные качественные показатели каждого медработника выездных бригад по той или иной патологии.

«Передний край» медицины катастроф

Как известно, бригады скорой медицинской помощи при угрозе или возникновении чрезвычайных ситуаций (ЧС) любого характера или масштаба с массовым количеством пораженных являются «разведкой» и «ударным батальоном» Государственной службы медицины катастроф.

Славные, героические и мужественные страницы истории вписали Луганские «скоропомощиники» при ликвидации последствий ЧС в повседневной работе (паводковые наводнения, неоднократные шахтные и другие катастрофы, крупномасштабные ДТП, печально знаменитые «Луганский трамвай», «Эстакада» и другие).

Наиболее мужественный и незабываемый вклад в историю «скорой» внесли ее работники-ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 году. Это 815 медицинских работников и водителей Луганской области, которые более года добровольно выполняли свой гражданский и общечеловеческий подвиг в Макаровском, Барышевском и Яготинском районах Киевской области.

Луганчане-чернобыльцы - «скоропомощники» в необычайно сложных условиях на контрольно-пропускных пунктах и в 30-километровой зоне «отчуждения» выполняли неимоверно трудную работу по оказанию медицинской помощи пострадавшему и эвакуированному населению.

В память об этих трагических событиях руководитель этих работ награжден знаком «20-летие ликвидации последствий аварии в Чернобыле».

Умудренная зрелость

Компьютерный мозг «скорой»

Особой вехой на многотрудном историческом пути «скорой» и одним из ее крупных достижений явилось создание компьютерной многоцелевой автоматизированной системы управления деятельностью всей службы – «АСУ-ССМП».

Зарождение прогрессивных и эффективных способов информационно-аналитического обеспечения для управления деятельностью высоко динамичной системой скорой медицинской помощи следует отнести к 1986 году, когда впервые на этапе ЦДС начал внедрятся «ручной вариант» алгоритмов приема вызовов по телефонам «03». Затем поэтапно (1988-1995 годы) создались «АРМ – медстатистика» и группа АСУ станции. У истоков создания компьютерного комплекса и его программного обеспечения стоят инженер ЭВМ Могильников С.В. и техник-программист Бондаренко А.А.

Сейчас первая очередь «АСУ-ССМП» находится в рабочем режиме и обеспечивает все уровни руководителей станции целенаправленной и емкой информацией, позволяющей ее быструю обработку и принятие соответствующих управленческих решений.

Уже сегодня АСУ позволило повысить эффективность работы «скорой» за счет внедрения АРМ на главных направлениях информационно-аналитического обеспечения различных уровней управления станцией. При этом следует учесть, что кроме видимых аспектов эффективности, немаловажный результат перехода управления на средства вычислительной техники активизировало такие ее неформализованные грани, как снижение психо-эмоциональной нагрузки на работников, оптимизацию их труда, моральную удовлетворенность достигнутыми результатами своей работы и т.д.

Мысли и свершения

Во «главе угла» работы руководства станции на всех этапах ее развития была и остается кадровая политика – как укрепление и стабилизация профессионально подготовленных кадров всех категорий тружеников, так и вопросы их повседневного повышения профессиональной квалификации.

Несмотря на тяготы социально-экономического положения, коллективу станции удавалось сохранить «костяк» годами подготовленных квалифицированных врачей и средних медработников, водителей и других тружеников.

Высокий уровень профессиональной квалификации, постоянная работа по совершенствованию объема и качества экстренной медицинской помощи, естественно, выразилось во внедрении в практику современных высокоэффективных методик или способов лечебно-диагностической работы.

В практику работы выездных бригад за последние года внедрены новые лекарственные препараты, методики лечения.

Выездные бригады станции оснащены портативной наркозно-дыхательной аппаратурой и многофункциональными аппаратами для дыхательной реанимации.

За три последних десятилетия сотрудниками Луганской «скорой» получено 5 Авторских свидетельств Государственного Комитета по изобретениям и открытиям СССР и 37 Удостоверений на внедренные рационализаторские предложения. Опубликовано большое количество работ в научно-практических изданиях.

Итогом научно-практической деятельности специалистов станции к юбилейному году явилось издание методических рекомендаций «Информационно-аналитическое обеспечение службы скорой медицинской помощи» (2002), «Современные методы диагностики и оказания медицинской помощи при обструктивных заболеваниях органов дыхания на догоспитальном этапе» (2007), «Применение L-лизина эсцината при неотложных и критических состояниях на догоспитальном этапе» (2007), создан учебно-демонстрационный фильм «Медицина катастроф – Служба спасения» (2005) и др.

Квинтэссенцией работы специалистов станции явилось издание книг: «Алгоритм экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе» (2001), «Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи в педиатрии» (2003), «Стандарты качества экстренной медицинской помощи» (2004), «Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе» (2004), «Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе» (2006), «Применение L-лизина эсцината и/или комбинации его с другими нейропротекторами при неотложных и критических состояниях на догоспитальном этапе» (2008), «Информация, анализ и управление в службе скорой медицинской помощи» (2008), «Принципы оказания экстренной медицинской помощи при острой сосудистой тромботической патологии на догоспитальном этапе» (2008), «Сердечно-лёгочная и церебральная реанимация на догоспитальном этапе» (2009), «Интенсивная терапия критических состояний на догоспитальном этапе» (2009), «Интенсивная терапия при тяжёлой нейротравме и политравме на догоспитальном этапе» (2010), «Экстренная

медицинская помощь взрослым и детям на догоспитальном этапе» (2012), «Экстренная медицинская помощь при острой кардиальной патологии на догоспитальном этапе» (2011), «Экстренная неврология и нейротравматология на догоспитальном этапе» (2012», «Организация, планирование и менеджмент в службе скорой медицинской помощи» (2013), «Оказание первой помощи пострадавшим» (2017), «Острый коронарный синдром» (2017).

Более чем тридцатилетняя совместная плодотворная работа специалистов Луганской “скорой” с конструкторами и работниками Луганского завода горноспасательной техники “Горизонт” привела к созданию и выпуску портативной многоцелевой медицинской аппаратуры и оборудования, защищенных Авторскими свидетельствами об изобретении и Удостоверениями рационализаторских предложений.

Созданный реанимационный автомобиль повышенной проходимости многоцелевого назначения на шасси транспортного средства “ГАЗ-66” был оборудован и оснащен для оказания полного объема экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в труднодоступных по дорожным условиям районах.

“Реанимобиль” мог использоваться в службе скорой медицинской помощи, в подвижных формированиях горноспасательной медицины и других спасательных служб.

Аппарат для дыхательной реанимации “ГС-11Р”

Аппарат для дыхательной реанимации и интенсивной терапии нарушений дыхания “Горноспасатель-11 реанимационный” предназначен для восстановления функций внешнего дыхания и газообмена у больных и пострадавших.

Аппарат выполняет функции: ингаляцию кислорода, искусственную и вспомогательную вентиляцию легких, аспирацию инородного содержимого из дыхательных путей.

Аппарат может использоваться в службе скорой медицинской помощи, горноспасательной медицине, подвижных формированиях медицины катастроф, в лечебных учреждениях. Аппарат также рассчитан для применения в непригодном (загазованном, загрязненном и т.п.) атмосферном воздухе.

Ингалятор аэрозольный универсальный “АЭРИ”

Портативный ингалятор пневматический предназначен для ингаляции мелкодисперсного аэрозоля лекарственных препаратов или кислорода и кислородно-воздушной смеси.

Аппарат может применяться в автономном варианте (заводской комплектации), в виде модуля к любому дыхательному аппарату (например, ГС-11Р), от централизованной кислородной сети или баллонов любой емкости.

Аппарат для закисно-кислородного наркоза “Анальгон”

Портативный аппарат для закисно-кислородного наркоза “Анальгон” предназначен для

проведения анальгезии и анестезии пациентам в условиях работы службы скорой медицинской помощи, других подвижных медицинских формирований, в системе медицины катастроф, в приемных отделениях и палатах интенсивной терапии лечебных учреждений.

Отличительные особенности аппарата от зарубежных и отечественных аналогов данного класса - отсутствие блока ротаметрических дозиметров, что исключает искажение установленных параметров “закись азота - кислород” при перемене положения аппарата или вибрациях; безотказная работа в любом положении аппарата, при вибрациях и сотрясениях во время движения автомобиля (самолета или другого транспортного средства).

Созидатели «скорой»

«Прародители и отцы»

Как выше было сказано, первым главным врачом Луганской «скорой» был Иван Тимофеевич Дворецкий (1927-1941гг.), руководивший ею до начала Великой Отечественной войны, на полях которой он и погиб. Как указано выше, после освобождения г. Луганска от оккупации главврачом станции был до 1947 года «лекпом» М.С. Музыченко.

В восстановленном историческом ракурсе хронология «прародителей» – главных врачей станции – следующая: Шаинский Г.М. (1947-1948 гг.), Гайдар Р.А. (1948-1951 гг.), Алферова Н.И. (1951-1953 гг.), Кузьмина Т.А. (1953-1960 гг.), Бергер Ю.Ф. (1960-1965 гг.), Кочетов М.П. (1965-1966 гг.), Гордеева А.Ф. (1966-1970 гг.).

В годы войны (1941-1943 гг.) «скорой» руководили врач Гайдар Раиса Андреевна, затем врач Алферова Антонина Васильевна (1947-1955 гг.). К 20-летию на станции работали 42 сотрудника: 12 врачей, 22 средних медицинских работников, 8 санитаров и 4 выездные бригады.

С 1955 по 1957 годы главным врачом Луганской станции скорой медицинской помощи работала Шлепченко Нина Борисовна, затем врач Кузьмина Валентина Дмитриевна (1957-1960 гг.). На момент 30-летия на станции работали 137 сотрудников: 33 врача, 27 средних медицинских работников, 47 санитаров, 7 выездных бригад.

С 1960 по 1967 годы главным врачом станции становится Бергер Юрий Федорович. В шестидесятые годы начал формироваться мощный кадровый состав врачей и среднего медперсонала станции, что являлось немалой личной заслугой Бергера Ю.Ф. К 40-летию на станции работало 255 сотрудников – это 65 врачей, 82 средних медработника, 53 санитара, на линии функционировали 19 выездных бригад, в том числе – 2 специализированные.

С 1967 по 1968 годы станцией руководила врач Гордеева Ангелина Федоровна.

С 1968 по 1970 годы главным врачом становится Кочетов Михаил Федорович, который затем много лет работал заместителем главного врача по медицинской работе и стоял у истоков создания медицинской части станции.

К 50-тилетнему юбилею на станции работали: 396 сотрудников – это 106 врачей, 126 средних медицинских работников, 95 водителей. На линии функционировало 30 выездных бригад, в том числе – 5 специализированых.

Более подробно исторический вклад главных врачей Луганской «скорой» документально прослеживается следующим образом.

Бабаев Владимир Михайлович руководил станцией в период 1970-74 гг. Его немалой заслугой является непосредственное участие в строительстве первого типового здания «скорой» по ул. Даля, д. 3, в котором разместили тогда ЦДС, управление станции и подстанцию Каменнобродского района.

Игнатенко Борис Иванович работал главным врачом станции в 1974-75 гг.. В этот период происходила психологическая и кадровая перестройка в коллективе, которую, к чести главного врача, он смог преодолеть.

Шпакевич Алексей Петрович являлся главным врачом станции в 1975-80 гг. В этот период начал стабилизироваться кадровый состав врачей и средних медработников, что явилось немалой личной заслугой главврача, умевшего привлечь людей на «скорую», отстаивать их интересы и интересы общего дела.

Галинкин Валерий Иосифович руководил станцией в период 1980-85 гг. За время его руководства решились два немаловажных вопроса: ему удалось прочно сплотить коллектив станции и организовать его работу таким образом, что Луганская «скорая» во многих важнейших аспектах деятельности вышла в число передовых. Его немалой заслугой следует признать также стабильное развитие специализированной службы станции. Галинкину В.И. удалось добиться передачи гаражных боксов для ремонтной базы автослужбы на Медгородке, а также – расширения служебно-бытовых помещений первой подстанции.

Вольный Игорь Федорович руководил станцией в период 1985-95 гг. Его основными заслугами необходимо признать следующее: существенно укрепились кадровый состав и материально-техническая база «скорой», совершенствовались и развивались специализированные бригады, начата и продолжается работа по созданию компьютерного комплекса «АСУ-скорая помощь». Он организовывал, в качестве главного специалиста облздравотдела, работу луганских медиков и принимал личное участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. К заслуге Вольного И.Ф. необходимо отнести

передачу здания по ул. Лермонтова, а также – перевод третьей подстанции в новое помещение на кв. Мирном.

Померанцев Валентин Иванович руководил станцией с 1995 по 2012 гг. На протяжении десятка лет в тяжелый период социально-экономического кризиса он смог сохранить высокопрофессиональный и работоспособный коллектив “скорой”, а также поддерживать материально-техническую базу станции, несмотря на финансирование “по остаточному принципу”. Его отличает умение преодолевать тяготы “рыночной экономики”, в том числе – и в здравоохранении.

Заслугами Померанцева В.И. следует считать увеличение мощности станции приростом 6 линейных бригад, создание 6-й подстанции в г. Счастье, а так же, как суммарный результат работы первого руководителя, – аттестацию станции на высшую аккредитационную категорию.

Балатанова Елена Александровна с 2003 года работала начмедом «скорой». Являясь квалифицированным врачом-кардиологом, она системно и на современном уровне подходила к вопросам медицинского обеспечения станции, повышения профессиональной квалификации медперсонала и контроля над его деятельностью, внедрения прогрессивных лечебно-диагностических методов и другой многогранной работы медицинской части. Позже занимала пост главного врача станции с 2012 по 2014 годы. Врач, которая отдала более 20-ти лет работе на линейной и специализированной кардиологической бригаде.

Пархомчук Демьян Степанович в июне 2014 года распоряжением председателя областного Совета был назначен и.о. главного врача Луганской городской станции скорой медицинской помощи, в августе 2014 назначен главным врачом. Молодой, перспективный врач, который начинал работать на «скорой» санитаром, затем фельдшером, показал себя как грамотный и высококвалифицированный руководитель. Особенно это было важно в особый (военный) период. На базе Луганской станции скорой медицинской помощи Демьян Степанович объединил работу всех структур Службы городов и районов по принципу территориального Центра экстренной медицины и медицины катастроф с возможностью оперативного контроля.

И в дальнейшем по его инициативе на основании распоряжения Совета Министров Луганской Народной Республики от 07.04.2015 был создан ГУ «Луганский республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» ЛНР, с общей численностью 4230,75 штатных единиц. Было сформировано и успешно функционирует в составе Центра 8 крупных станций скорой медицинской помощи (Луганск, Алчевск, Антрацит, Краснодон, Красный Луч, Первомайск, Свердловск, Стаханов).

Сегодня служба скорой помощи, объединённая в единый Центр, выполняет задачи

организационно-правовых принципов обеспечения граждан Республики экстренной (скорой) медицинской помощью; оказывает экстренную (скорую), в том числе экстренную (скорую) специализированную и неотложную медицинскую помощь в повседневных условиях незавершенного военного конфликта. При этом одним из его структурных подразделений является отдел экстренной и плановой консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (далее – отдел ЭиПКМПиМЭ или санитарная авиация), открытый 1 апреля 2016 года. Основной задачей его является обеспечение круглосуточной готовности к оказанию экстренной медицинской помощи высококвалифицированными специалистами.

В отделе ЭиПКМПиМЭ работает свыше 75 высококвалифицированных специалистов Республики, из которых 9 имеют степень доктора, кандидата медицинских наук. Качественный состав специалистов отдела санавиации Центра представлен анестезиологами-реаниматологами; нейрохирургами и нейротравматологами; торакальными хирургами; кардиохирургами (сосудистыми хирургами); челюстно-лицевыми хирургами; эндоскопистами; комбустиологами; акушерами-гинекологами; травматологами-ортопедами; хирургами; неврологами; гематологами; пульмонологами; ревматологами, отоларингологами; нефрологами, офтальмологами, терапевтами и др. специалистами.

В октябре 2015 года создан отдел телемедицинских онлайн консультаций на базе Луганской скорой, который работает в режиме 24/7/365. Консультантами являются ведущие лечебные учреждения РФ, такие как научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава РФ, ФГБУ «НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н.Бурденко», Институт хирургии им. А.В.Вишневского, ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина», НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, ФГБУ «Гематологический научный центр», ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Е.И.Чазова, ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И.Шумакова» Минздрава РФ, НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», ФГБУ «Научный центр здоровья детей РАМН», ФГБУ «Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи детям им. З.И.Круглой (Орел) и многие другие.

Создан учебно-методический центр (школа медицины катастроф), только за первый год работы школы прошли обучение свыше 800 человек без базового медицинского образования.

Все подразделения Службы экстренной (скорой) медицинской помощи поставлены в равные условия. Сегодня ГУ «ЛРЦЭМПиМК» является самым крупным лечебным учреждением в ЛНР.

Учителя и наставники

В период коренной реорганизации структуры станции в 1968 году была введена должность «заместитель главного врача по медицинской работе».

Первым «начмедом» – первым заместителем главного врача станции по медицинской работе – в период с 1968 по 1981 гг. был **Кочетков Михаил Петрович**. В те годы начали формироваться изначальные формы основной медицинской статистической документации, зарождалась работа лечебно-контрольных органов, устанавливались формы повышения профессиональной квалификации медицинского персонала «скорой».

Коморный Анатолий Михайлович – с 1985 по 1991 гг., благодаря профессиональному опыту и настойчивости в выполнении поставленной цели, сумел «выкристализовать» основные направления деятельности медчасти: совершенствовался контроль за использованием медикаментов и медоборудования, правильностью ведения медицинской документации, планомерным повышением профессиональной квалификации, соблюдением санитарно-эпидемических требований и соблюдением медицинской формы выездным медперсоналом «скорой».

Баштинский Анатолий Ефимович – с 1991 по 1997 гг., имея 12-летний стаж заведования крупной подстанцией, привнес методичную «скрупулёзность» в ранее проделанные этапы становления медчасти. Активизировалась работа общественных Медицинского и Фельдшерского советов станции. С его личным участием зародились истоки создания сборника “Информационно-аналитическое обеспечение службы скорой медицинской помощи”.

Васильченко Раиса Андреевна – с 1997-2003 гг. внесла немалый вклад в дальнейшее развитие экспертной работы, внедрение передового опыта, эффективность повышения профессиональной квалификации и аттестации медперсонала. Ее, как начмеда, отличали личная собранность и настойчивость в достижении поставленных целей и задач.

Михайлик Юрий Григорьевич – с 2011-2014 гг. Находясь на должности заместителя главного врача по медицинской работе, уделял внимание должному оказанию экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе, проводил регулярные обще станционные конференции, занятия, внедрял новые лекарственные средства. Все это позволило повысить профессионализм медицинских работников Луганской скорой медицинской помощи.

Бондаренко Лариса Анатольевна – с июля 2014 года работала заместителем главного врача по медицинской работе ЛГССМП, а с июня 2015 года – заместителем директора по медицинской части ГУ «ЛРЦЭМПиМК» ЛНР. Врач, которая сразу после интернатуры в 1995 году пришла работать на Луганскую скорую. Работала изначально на «линейной» бригаде, затем на бригаде интенсивной терапии и реанимации. Все свои знания практикующего доктора она использует в своей работе. Обучает молодых специалистов, работает по совершенствованию навыков с уже работающими не один год врачами, помогает решать насущные вопросы скорой помощи.

Пешков Юрий Викторович – с 2001 по 2014гг. работал заместителем главного врача по организационно-методической работе. Имея 27-летний стаж работы на “скорой” и десятилетний опыт заведования крупной подстанцией, он четко выполняет задачи оперативной и методической работы станции. Кроме того, Пешков Ю.В. является умелым “директором” циклов усовершенствования среднего медперсонала “скорой” Луганской области и не только “скоропомощников”, но и сельской медицины и медработников здравпунктов промпредприятий.

Особо важная задача по профессиональному, морально-этическому и трудовому воспитанию среднего и младшего медицинского персонала возложена на главных фельдшеров станции, которые выполняют эти многогранные функции благодаря немалому опыту предыдущей работы на выездных бригадах «скорой». Одна из их ответственных функций заключается в координации работы старших фельдшеров подстанций.

Хронология возникновения института старших и главных фельдшеров станции следующая: Романова Е.А. начала работу на «скорой» в 1945 году, с 1953 по 1978 гг. была бессменной старшей медсестрой, затем – старшим фельдшером станции; Липина Т.Д. работает на станции с 1970 года, в период с 1976 по 1981гг. – старший фельдшер станции; Кабалина Е.У. работала на «скорой» с 1963 по 2006 гг., с 1976 года – старший фельдшер, с 1986 года – главный фельдшер станции.

Романова Елена Александровна в период с 1945 по 1978 гг. внесла огромный вклад в развитие скорой помощи, по сути, является «матерью» всех последующих поколений старших и главных фельдшеров. С 1964 по 1978 гг. работала старшей медсестрой, затем – старшим фельдшером станции. Ее трудами и личными человеческими качествами заложены те прочные традиции, которые сохраняет и продолжает нынешнее поколение «старших над средними и младшими».

Романова Е.А. – Отличник здравоохранения, ветеран труда.

Кабалина Елена Ульяновна с 1976г. – старший, с 1986 по 2006 гг. – главный фельдшер станции. За 43-летний трудовой путь на Луганской «скорой» она прошла хорошую

школу от рядового фельдшера выездной бригады и по многим ступенькам «выросла» до главного фельдшера. Ее всегда отличали безмерная забота о своих коллегах-друзьях, преданность порученному делу и сердечность. Кабалина Е.У. – Отличник здравоохранения, ветеран труда.

Липина Тамара Дмитриевна с 1970 по 1976 гг. работала старшим фельдшером станции. Ее всегда отличали неутомимый энтузиазм, настойчивость и «неукротимый» характер в выполнении любого дела. Липина Т.Д. – Отличник здравоохранения, ветеран труда.

Евтушенко Ирина Михайловна работала в должности главного фельдшера станции с 2006 по 2014 гг. До этого прошла хорошую школу на выездных бригадах «скорой», работала старшим фельдшером крупной подстанции. Евтушенко И.М в должности главного фельдшера станции, кроме повседневной работы, выполняет немаловажные функции по воспитательной работе со средним и младшим медперсоналом, в повышении его профессиональной квалификации, соблюдении трудовой и производственной дисциплины, осуществляет систематический контроль за санитарно-эпидмиологическими, метрологическими и другими аспектами функционирования станции.

Черкасова Нина Петровна в октябре 2014 года была назначена на должность главного фельдшера Луганской городской станции скорой медицинской помощи, в мае 2015 года – ГУ «Луганский республиканский Центр экстренной медицинской помощи» ЛНР. Нина Петровна сразу же после окончания Свердловского медицинского училища, которое закончила с красным дипломом, пришла работать на Луганскую скорую помощь. Зарекомендовала себя как целеустремленный и ответственный сотрудник. Данные качества помогают ей и на должности главного фельдшера. Под ее началом находятся более тысячи сотрудников, которые считают ее требовательным, но справедливым руководителем.

Воспитатели и неутомимые труженики

С момента структурной реорганизации станции в 1971 году основная нагрузка по выполнению вызовов стала задачей подстанций «скорой», которые создавались не только по районированному принципу, но и с учетом плотности населения и среднего радиуса доступности выполнения вызовов в зоне обслуживания.

Непосредственное руководство подстанциями возложено на заведующих и старших фельдшеров подстанций, которые кроме основных своих функций, так же участвуют в решении всех хозяйственно-бытовых и социальных вопросов своих работников.

Коллективный разум

Прочной традицией Луганской «скорой» стала активная позиция ее общественных коллективных органов – Медицинского и Фельдшерского советов, Технической комиссии автослужбы, которые вырабатывают стратегию и тактику в осуществлении ключевых задач станции.

Коллективное мнение или «коллективный разум» – это та мощная сила, тот «рычаг», которые на всех этапах становления «скорой» позволяли ей решать кардинальные, порой трудновыполнимые, задачи и проблемы станции.

Так, Медицинский совет подробно рассматривает и утверждает перспективное и комплексное планирование основных направлений развития “скорой” как в целом по станции, так и по ее структурным подразделениям. Немаловажным вопросом Совета всегда являлось определение кадровой политики руководителей станции и подразделений.

Кардинальными задачами Фельдшерского совета также являются вопросы “стратегического” планирования развития и совершенствования деятельности средних и младших медицинских работников станции.

Своеобразная деятельность технической комиссии, как коллективного органа управления, позволяет решать не только кадровые и технические вопросы, но и контролировать профессиональную и специальную “скоропомощенскую” подготовленность водительского состава станции.

АВТОСЛУЖБА

Неотъемлемой составляющей оказания скорой помощи является специализированный санитарный автомобильный транспорт. Его безотказная работа, опыт и профессионализм водителей позволяют быстро и беспрепятственно доставлять медицинской персонал для оказания экстренной (скорой) медицинской помощи.

Свое начало автомобильная служба берет с 1927 года, когда в распоряжении медицинских работников была одна пароконная линейка и 3 кучера-санитара. Но уже к 1937 году станция была укомплектована 10 санитарными автомобилями.

Со временем автомобильный парк расширялся и к концу 1990 года насчитывал 150 водителей и 50 единиц санитарного автотранспорта.

Автомобильная служба станции, как отдельное структурное подразделение, была создана в 1974 году. Ею руководили: Арзанов М.А. (1974-1975 гг.), Лисютенко М.В. (1975-1977 гг.), Сапельников А.И.(1977-1991 гг.), Захаров В.П. (1991 г.), Кравченко В.А. (1991-2016 гг.). С марта по декабрь 2016 г. автомобильную службу возглавлял Головакин А.А. В декабре 2016 года начальником гаража назначен Кубарев В.И., а с декабря 2015 г. заведующим ремонтно-эксплуатационным отделом назначен Мокляк И.Н.

Для обеспечения бесперебойной работы санитарного автотранспорта на линии в штате гаража имеются 4 дежурных механика, обеспечивающие круглосуточный ремонт специализированных автомобилей всего Центра, токарь и 4 автослесаря и другой вспомогательный персонал.

Автомобильная служба и ремонтная база гаража надежно обеспечивают одну из основных задач станции – бесперебойную и безаварийную работу санитарных носилочных автомобилей экстренной (скорой) медицинской помощи. Традиционно подходит руководство и к подбору водительских кадров, учитывая не только профессиональные, но и общечеловеческие качества, умение работать в экстремальных условиях, способность к сплоченным действиям с медицинскими работниками бригады.

Автомобильная служба на сегодняшний день имеет в своем распоряжении отремонтированные боксы, ремонтный зал со смотровыми ямами и четырьмя ремонтными постами и т.д.

Установлена противопожарная сигнализация. Произведен монтаж системы видеонаблюдения, как внутри помещения, так и по периметру, с выводом на пульт охраны. Установлено проволочное заграждение по верхней части бетонного забора. На охраняемой территории гаража обустроена стоянка, на которую перемещены подлежащие списанию транспортные средства.

Для улучшения технического обслуживания в 2016 году установлен шиномонтажный пост на территории гаража. Установлены, окрашены и пронумерованы стеллажи для хранения автомобильных шин в зависимости от эксплуатации (летние, зимние).

В соответствии с Распоряжением Главы Луганской Народной Республики от 25.06.2016 № 440/06/02 «Об осуществлении мероприятий по государственной регистрации транспортных средств» проведена экспертиза маркировочных обозначений транспортных средств, закрепленных за Центром, их регистрация, а также оклейка санитарного транспорта согласно установленным стандартам.

С водительским составом проводятся занятия и беседы по безопасности дорожного движения, а также способам увеличения межремонтных пробегов автотранспортных средств.

Ведется учетная документация по работе и обслуживанию автотранспорта, приобретению и списанию запчастей и других материалов.

Особо хочется отметить ветеранов автомобильной службы, которые на протяжении десятков лет трудятся на «скорой». Это механик гаража – Яковлев А.Г., работающий на предприятии с 1974 г. и не покинувший свой пост в тяжелые месяцы 2014 г., многие водители, проработавшие более 15 лет.

90-летний юбилей Луганской станции скорой медицинской помощи – не просто праздничное событие и наша история на этом не заканчивается; это повод подумать о том, что сделано, и о том, что еще предстоит сделать.

Сотрудники станции всегда на передовой, где необходима экстренная помощь. Так было и в беспокойные 90-е годы, и во время военного конфликта 2014 года. Своим появлением медики вселяют надежду на спасение, и люди верят: приехала «скорая» – все будет хорошо.

Вот и сегодня, в юбилей, бригады скорой помощи так же спешат на вызов к пациентам. У «скорой» нет выходных и праздников – 365 дней в году и 24 часа в сутки коллектив всегда на посту, в постоянной готовности к спасению человеческих жизней. Поэтому, как сказал Сергей Багненко, ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета, главный специалист Минздрава по скорой помощи, «скорая помощь – это такая служба, которая, наверное, умрёт последней».

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Багаев В.Г., Амчеславский В.Г., Быков М.В.

НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы, Россия.

Введение. В России по данным Росстат в год регистрируется более 3 млн обращений в медицинские учреждения детей с травмами. Летальность у детей с травмой достигает 2,5% и является ведущей причиной смертности во всем мире (1, 2). Основной причиной смерти при тяжелой механической травме (ТМТ) являются тяжелые сочетанные повреждения, которые при ТМТ регистрируются в 70% случаях. Тяжесть состояния пациента при сочетанных повреждениях связано с феноменом «взаимного отягощения повреждений» (3).

Цель исследования. Провести анализ оказания анестезиолого-реанимационной помощи детям при тяжелой механической травме.

Материалы и методы. В анализ вошли 65 пострадавших детей с ТМТ, поступивших в НИИ НДХиТ за период с 2014 по 2015 год. Средний возраст поступивших в клинику был 9,6 ± 5 лет, мальчиков было 44(68%), девочек - 21 (32%). Анализ ТМТ позволил выявить у детей следующие повреждения: черепно-мозговая травма у 62 (95,4%) пострадавших, травма грудной клетки с ушибом легких – 43 (86,2%), скелетная травма – 39 (60%), мягкотканные дефекты – 36 (55,4%), травма живота с повреждением паренхиматозных органов – 26 (40%), краниофациальная - 20 (30,8%), спинальная – 11 (18,0%).

Результаты исследования. Перед поступлением больного с ТМТ в клинику, дежурная бригада информируется «отделом госпитализации – 03» о времени доставки больного в институт. Придерживаясь концепции «золотого часа» в департаменте здравоохранения г. Москвы проводится мониторинг доставки пострадавших с ТМТ в стационар, среднее время от момента травмы до поступления стационар составляет 47 минут (данные ДЗ г. Москвы, 2016 г). Бригада врачей в составе хирурга, травматолога, нейрохирурга и двух анестезиологов встречают больного и определяют тактику его обследования и лечения в «шоковой палате» приемного покоя, обосновывая принятые решения экс – консилиумом.

Мероприятия в «шоковой палате» осуществляются по программе ATLS (Styner J.K., 1978), которая включает: A (airway) – восстановление проходимости дыхательных путей; B (breathing) – выявление нарушений дыхания и вентиляции легких; C (circulation) – выявление нарушений гемодинамики и кровотечения; D (disability) – оценка неврологического статуса и E (exposure) – устранение воздействия внешних факторов и обеспечение доступа ко всем частям тела. Всем пострадавшим, поступающим в «шоковую палату» приемного покоя,

выполняется Гарвардский стандарт мониторинга, берутся анализы крови на КОС с определением гемоглобина, гематокрита и определения группы крови с Rh- фактором. Работая по протоколу ATLS, реаниматологом в первую очередь, корригируется угрожающее жизни поражение, параллельно реанимационным мероприятиям проводятся диагностические, которые не препятствуют лечебным.

Пунктируется две, а при необходимости 3 вены для проведения инфузионно-трансфузионной и инотропной терапии. Допускается снижение систолического АД до 20% от исходного, не прибегая к его повышению до исключения скрытого внутриполостного кровотечения. Хирургом проводится УЗ - исследование брюшной и плевральных полостей на предмет свободной жидкости (крови). При выявлении внутриполостного кровотечения больной экстренно переводится в операционную для выполнения хирургического гемостаза. В первые сутки по экстренным показаниям было прооперировано 23 (35,4%) пострадавших детей. При отсутствии неостановленного кровотечения пострадавшие направляются в кабинет компьютерной томографии, где при сочетанной травме выполняется «КТ всего тела». Метод позволяет практически одномоментно выявлять интракраниальные, торакоабдоминальные, сосудистые и костные повреждения. При отсутствии показаний к экстренному оперативному вмешательству больные переводятся для мониторинга и интенсивной терапии в реанимационное отделение.

В проведении ИВЛ нуждалось 56 (86,2%) детей. Основным показанием к проведению интубации и переводу на ИВЛ были: уровень сознания при изолированной ЧМТ менее 9 баллов, а при сочетанной травме менее 10 баллов при оценке по шкале комы Глазго (ШКГ); нарушение проходимости верхних дыхательных путей (травма лицевого скелета, языка, гортани, трахеи); прогрессирующее нарушение ритма дыхания; стойкая или прогрессирующая гипоксемия (ушиб легких, множественные переломы ребер); состояние после сердечно-легочной реанимации. Уровень сознания детей при поступлении в клинику составил 9,8 ± 5,8 баллов (ШКГ), тяжесть пациентов, оцениваемая по шкале RTS (*Revised Trauma Score) соответствовала* 6,4 ± 3,1 баллам, а по шкале ISS (Injury Severity Score) - 24 ± 4,6 баллам.

При нестабильности гемодинамики, гипотензии (шок, ушиб сердца и т.д.) к терапии подключали инотропную поддержку (дофамин, норадреналин), необходимость её применения была у 50 (80%) детей. Параллельно с инотропной поддержкой проводили инфузионную терапию, направленную на восполнение ОЦК. Без кровопотери поступило 8 (12,3%) пострадавших, у остальных была кровопотеря различной степени: 1 ст. – 39 (60%), 2 ст. – 13 (20%), 3 ст. – 4 (6,2%), 4 ст. – 1 (1,5%).

При проведении анестезиологического пособия в «шоковой палате» или операционной учитывали состояние гемодинамики. При артериальной гипотензии препаратами выбора во время вводной анестезии была схема «кетамин + реланиум». При артериальной нормотензии у детей старше 7 лет использовали схему «пропофол + опиоиды», а у младшего возраста севофлуран, изофлуран до 1 МАК. При экстренной интубации использовали сукцинилхолин, при отсроченной или плановой эсмерон в возрастных дозировках. Поддержание анестезии при нестабильной гемодинамике обеспечивали схемой «реланиум + кетамин / фентанил», при стабильной - изофлуран, севофлуран до 1,0 – 1,5 МАК + внутривенно фентанил. При ЧМТ не использовали закись азота и ксенон, по причине повышения ими внутричерепного давления и вероятности увеличения пневмоцефалии. Миоплегию достигали миорелаксантами недеполяризующего действия (ардуан, эсмерон). При проведении анестезии не допускали гипервентиляции (pCO_2 35 – 45 мм рт.ст.), гипотензии (снижение систолического АД менее 30% от возрастной нормы), гипоксии и гипотермии.

После окончания оперативного вмешательства, в операционной экстубировали детей, у которых: уровень сознания до операции был 10 баллов (по ШКГ) и выше; в период наблюдения до операции уровень сознания не снижался более чем на 2 балла (по ШКГ); были стабильными ЖВФ до– и во время операции, а также отсутствовала необходимость послеоперационного нейромониторинга (ВЧД, ЦПД). Переводились на ИВЛ в реанимацию дети: с уровнем сознания по ШКГ до операции менее 10 баллов; со снижением уровня сознания более чем на 2 балла по ШКГ за период наблюдения до операции; имеющие нестабильность ЖВФ до– и во время оперативного вмешательства; нуждающиеся в нейромониторинге (ВЧД, ЦПД).

Выводы. 1. Улучшение результатов лечения детей с тяжелой механической травмой требует взаимодействия структур и подразделений, участвующих в этапах транспортировки и стационирования.

2. При оказании анестезиолого-реанимационного обеспечения у детей с тяжелой механической травмой следует строго придерживаться протокола ATLS.

Литература

1. БарановА.А., АльбицкийВ.Ю. Смертность детского населения России. //– М.: Литтерра, 2007. – 328 с.

2. Ramesh Ramaieas et al. Sedation and analgesia for the pediatric trauma patients. Int J Crit Illn Ini Sci. 2012 Sep-Dec; 2(3): 156–162.

3. Шапкин Ю.Г., Селивестров П.А. Феномен взаимного отягощения повреждений при политравме. Пермский медицинский журнал. 2016, № 5, с. 82 – 94.

УДК 616.12-008.3-073.96:616.127-005.8-08

ВЕКТОРКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Белая И.Е., Коломиец В.И., Некраса А.И.

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск

Ограниченные возможности электрокардиографии в динамике контроля тромболитической терапии (ТЛТ) при инфаркте миокарда (ИМ) требуют поиска новых методов исследования состояния мышцы сердца. Одним из таких методов является современная векторкардиография (ВКГ) с использованием кардиодиагностического комплекса МТМ-СКМ по методике И.Т.Акулиничева, позволяющая отображать величину и направление равнодействующей всего электрического поля сердца в течение каждого цикла его деятельности.

Цель исследования – определить чувствительность и специфичность векторкардиографии в диагностике эффективности тромболитической терапии.

Материал и методы исследования. Обследовано четверо больных в остром периоде ИМ с подъемом сегмента ST, которым проведен тромболизис. Инструментальное исследование включало электрокардиограмму (ЭКГ) и ВКГ. Электрокардиографически регистрировались стандартные, усиленные однополюсные и грудные отведения, а также отведения по Небу. Исследование электродвижущей силы сердца (ЭДС/С) проводили на современном кардиодиагностическом многофункциональном комплексе МТМ-СКМ Северодонецкого научно-производственного предприятия «Микротерм». Векторкардиографически фиксировали петли P, QRS и T в системе координат в пяти проекциях ($ВА_{1-5}$) с последующим анализом вращения петель в соответствии с ходом часовой стрелки, направления главного вектора, вида трассы, величины максимального вектора, площади, скорости распространения импульса по трассе петель P, QRS и T, углового расхождения петель QRS-T и QRS-P, наличия размыкания петель QRS и T и направления вектора ST.

Результаты и их обсуждение. Больной Р., 75 лет, был госпитализирован в инфарктное отделение Луганской городской клинической многопрофильной больницы № 1 через 2 часа после появления давящих болей за грудиной, которые были купированы бригадой скорой помощи. Артериальное давление – 160/90 мм рт.ст.

На ЭКГ при поступлении ритм синусовый, правильный, 78 в минуту, вольтаж снижен в грудных отведениях, электрическая ось сердца нормальная (угол α +67°). Регистрируются QR в V_{2-5} с элевацией сегмента ST в V_{2-6} и в I, avL с доминантой в V_4 до 0,4 мВ и

реципрокные изменения в III, avF в виде депрессии сегмента ST на фоне полной блокады правой ножки пучка Гиса.

С учетом времени поступления больного от начала ангинозного приступа, данных ЭКГ и отсутствия абсолютных и относительных притивопоказаний больному назначено введение 1,5 млн. ед. стрептокиназы внутривенно капельно на фоне базисной терапии согласно протоколу оказания медицинской помощи больным с ИМ с зубцом Q.

С помощью векторного анализа получена дополнительная информация об ЭДС/С Выявлена незамкнутость петель QRS и T: в $ВА_1$ – 0,32 мВ, в $ВА_{2,3}$ – 0,08 мВ, в $ВА_4$ – 0,46 мВ и в $ВА_5$ – 0,33 мВ. При этом вектор ST направлен вперед, влево и вниз как отражение повреждения передне-перегородочно-верхушечно-боковой стенки левого желудочка (ЛЖ). Дополнительно к информации о повреждении и некрозе указанной области ЛЖ, получены данные о нарушении кровоснабжения миокарда в базальных отделах желудочков, на что указывает нарушение пространственного взаимоотношения петель QRS и T и изменения формы петли T в 5 проекции. Еще отмечено замедление проведения импульса в области передней стенки ЛЖ, верхушки и базальных отделов желудочков за счет изменения скоростных показателей в $ВА_{1,4,5}$. Кроме этого, увеличена площадь петель P в первых трех проекциях в 1,3-1,8 раз при неизмененных показателях их максимального вектора, что может указывать на гемодинамическую перегрузку предсердий. Бухтообразность трассы петель P, их перекрест у основания в $ВА_{4,5}$ с изменением направления вращения петель, сгущение отметок времени по петлям P во всех проекциях свидетельствуют о замедлении распространения возбуждения по миокарду предсердий, выраженного преимущественно в области задне-боковой стенки левого предсердия и задней стенки правого предсердия. Увеличение углового расхождения петель QRS-P в 1, 4 и 5 проекциях доказывает наличие нарушенных процессов реполяризации в передней стенке предсердий, задне-боковой стенке левого предсердия и задней стенке правого предсердия.

Через 90 минут от начала тромболизиса на ЭКГ не зарегистрировано снижение сегмента ST на 50% от исходного в V_{2-4} и появление реперфузионных аритмий, однако в $V_{5,6}$ сегмент ST стал изоэлектричен и увеличилась амплитуда зубца R. При этом ВКГ-исследование позволило выявить в динамике некоторое уменьшение площади QRS во всех проекциях, уменьшение суммарной площади петель T за счет 1, 4 и 5 проекций, увеличение углового расхождения петель QRS и T в $ВА_{1-4}$, уменьшение величины размыкания петель QRS и T в 1 проекции до 0,13 мВ, в 4 проекции – до 0,25 мВ и в 5 проекции – до 0,15 мВ. При этом увеличилась площадь петель P во 2 и 3 проекциях при уменьшении углового расхождения петель QRS и P и разнонаправленных изменениях скоростных показателей во всех проекциях. В то же время в $ВА_{4,5}$ значительное уменьшение площади петель P

сопровождалось двумя перекрестами петель. Так, в результате векторного анализа на фоне снижения электрической активности миокарда ЛЖ, регистрируется сокращение зоны повреждения (уменьшение величины размыкания петель QRS и Т в 1,8-2,5 раз) в передне-перегородочно-верхушечно-боковой области ЛЖ при сохраняющейся ишемии вокруг зоны повреждения. Кроме того, отмечается уменьшение ЭДС/С в области задней стенки предсердий, сопровождающейся локальной блокадой (перекресты петель Р в $ВА_{4,5}$) при гемодинамической перегрузке предсердий на фоне функциональной гетерогенности миокарда за счет ишемических проявлений.

Через 180 минут после начала ТЛТ отмечаются ЭКГ-признаки эффективной реперфузионной терапии в виде снижения сегмента ST в V_2 на 0,10 мВ, в V_3 – на 0,15 мВ, в V_4 – на 0,25 мВ, что соответствует снижению сегмента ST на 50% и более от исходного. Реперфузионные аритмии не зарегистрированы.

При ВКГ наблюдается появление перекреста петли QRS в 1 проекции на фоне уменьшения ее площади, перекреста петель Т в 1, 4 и 5 проекциях, уменьшение площади петель Т во всех проекциях (при этом в $ВА_{2,3}$ произошла нормализация показателя), сгущение отметок времени по петлям Т во 2 и 3 проекциях, некоторое увеличение углового расхождения петель QRS и Т в 1 проекции, уменьшение величины размыкания петель QRS и Т еще в 1,3-1,8 раза: в $ВА_1$ до 0,07 мВ, в $ВА_2$ – до 0,06 мВ, в $ВА_3$ – до 0,05 мВ, в $ВА_4$ – до 0,16 мВ, в $ВА_5$ – до 0,11 мВ. Во всех проекциях отмечаются перекресты петель Р с изменением направления их вращения, прогрессирующее уменьшение их площади, разнонаправленные изменения углового расхождения петель QRS и Р, сгущение отметок времени в динамике по петлям Р в $ВА_{1-5}$. Следовательно, результаты ВКГ, дополнительно к ЭКГ, дают возможность подтвердить значительное уменьшение зоны повреждения миокарда при сопутствующем ухудшении проводимости по передней стенке левого желудочка и сохранении ишемических проявлений на фоне снижения ЭДС/С. Динамическое уменьшение электрической активности предсердий с выраженным замедлением проведения импульса и нарушением процессов реполяризации могут свидетельствовать о вовлечении в патологический процесс предсердий с существенным нарушением кровоснабжения в них.

Выводы. Применение современной ВКГ-методики исследования ЭДС/С с использованием нового полиграфа МТМ-СКМ позволяет с высокой разрешающей способностью, в реальном режиме времени, не только динамически оценивать эффективность ТЛТ, но и получать информацию об электрической активности как в зоне поражения миокарда, так и за пределами некробиотических изменений.

УДК: 616.212.2-001.5

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РИНИТОВ ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА

И.Е. Берест, В.Р. Деменков, Т.М. Приставко

ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», ЛНР

Введение. Вопросам лечения такого осложнения изолированных и сочетанных переломов костей носа как посттравматический ринит в литературе уделяется недостаточное внимание. Клиническая картина, исследования функционального состояния слизистой оболочки полости носа свидетельствуют о наличии у этой группы больных воспалительных изменений слизистой оболочки полости носа, которые являются ответной реакцией на травму срединной зоны лица и смежных областей.

Цель и задачи исследования: повысить эффективность лечения посттравматических ринитов при изолированных и сочетанных переломах костей носа путем разработки патогенетического метода лечения.

Материалы и методы исследования. В Луганской республиканской клинической больнице под нашим наблюдением находилось 42 больных с изолированными и сочетанными переломами костей носа в возрасте 21-64 лет (женщин – 13, мужчин – 29). Причинами травм были ДТП (19 случаев), падения с высоты (6 случаев), удары по лицу (17 случаев). При переломах костей носа повреждение смежных областей выявлены у 31 больного (73,8%) в виде переломов стенок верхнечелюстной пазухи, орбиты, решетчатого лабиринта, лобной пазухи, гемосинусов. Больные с посттравматическим ринитом были разделены на 2 группы наблюдения: в I (контрольной) группе (n=15) больным ежедневно производился туалет носа, местно назначались сосудосуживающие средства в виде капель в нос по 3-4 капли 2 раза в день в течение 5 дней, орошение носовой полости изотоническими солевыми растворами 3-5 раз в день; во II группе (n=27) дополнительно проводился туалет полости носа с 0,5% гидрокортизоновой мазью 2 раза в день, с целью улучшения мукоцилиарного клиренса были назначены муколитические препараты (амброксол или ацетилцистеин) в стандартных дозировках в течение 7 дней. Для оценки эффективности лечения исследовались следующие параметры: визуальный контроль – выраженность воспалительных явлений слизистой оболочки в баллах, проходимость носовых ходов с помощью зеркала Гляцеля, исследование скорости мукоцилиарного транспорта (МЦТ) по данным сахаринового теста, pH-метрия носового секрета, цитологические мазки-отпечатки с поверхности нижней носовой раковины.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования выявлено значительное затруднение носового дыхания, снижение скорости МЦТ, особенно на стороне повреждения, у всех больных посттравматическим ринитом. Данные pH-метрии секрета слизистой оболочки полости носа свидетельствовали о достоверном повышении щелочности среды. Цитологическая картина мазков-отпечатков с поверхности нижней носовой раковины указывала на выраженную воспалительную реакцию (десквамация эпителия, повышенная миграция лейкоцитов). При сравнении результатов лечения в двух группах на 10-й день выявлены достоверные ($p<0,05$) значительные улучшения функций носа, снижение воспалительной реакции слизистой оболочки полости носа у больных во второй группе. Клинический эффект объясняется патогенетической направленностью лечения, которое оказывает противовоспалительное, противоотечное действие за счёт торможения высвобождения цитокинов из лимфоцитов и макрофагов, угнетения высвобождения эозинофилами медиаторов воспаления, нарушения метаболизма арахидоновой кислоты и синтеза простагландинов, улучшения мукоцилиарного клиренса.

Выводы. Таким образом, хотя симптомы посттравматического ринита не являются ведущими в клинике травм, они требуют соответствующих лечебных мероприятий с целью предупреждения осложнений в послеоперационном периоде. Предложенный нами способ ведения больных эффективный патогенетический метод лечения посттравматических ринитов при изолированных и сочетанных переломах костей носа.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕРОТОНИНОВОГО СИНДРОМА

Бобык О.А., Кондуфор О.В., Булкина Н.Э.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»,

кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии

ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница», ЛНР

Введение

Применение лекарственных препаратов, влияющих на самые различные медиаторные системы, несомненно, расширяет терапевтические возможности современного врача. Группа антидепрессантов, оказывающих влияние на обмен серотонина, получила название селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Данная группа препаратов обычно хорошо переносится пациентами, воздействует на различной степени выраженности депрессивные расстройства и практически не вызывает

побочных эффектов. Однако, иногда назначение данной группы препаратов, зачастую в сочетании с другими лекарственными средствами, повышающими серотонинергическую передачу, может привести к развитию потенциально смертельно опасной реакции – серотонинового синдрома. В литературе описаны смертельные случаи вследствие некорректного лечения данной патологии и несвоевременной ее диагностике.

Цели и задачи

Изучение побочных эффектов антидепрессантов, дифференциальная диагностика серотонинового синдрома и выбор оптимальных методов проведения интенсивной терапии.

Материалы и методы

Нами было обследовано 25 пациентов (15 мужчин и 10 женщин) с побочными эффектами приёма антидепрессантов (в виде диспепсических нарушений, повышения температуры тела, окулогирных кризов, тремора, дизартрии, повышения мышечного тонуса, вегетативных нарушений в виде потливости, тахикардии, повышении артериального давления, эйфории).

Исследование проводилось согласно диагностическим критериям серотонинового синдрома (Sternbach, 1991). С целью дифференциальной диагностики данного синдрома от нейролептического синдрома и фебрильной шизофрении, дополнительно исследовались лабораторные показатели КФК, СОЭ, уровень лейкоцитов, лимфоцитов, аланиновая и аспарагиновая трансаминазы.

Результаты и их обсуждение

Согласно проведенным исследованиям было установлено:

развитие экстрапирамидной симптоматики у 7 пациентов было связано с дополнительным приёмом нейролептиков;

развитие эйфории у 4 пациентов было вызвано инверсией аффекта, вследствие одновременного приёма нескольких антидепрессантов;

у 10 пациентов выявлена соматическая патология;

у 3 пациентов, согласно критериям (Sternbach, 1991) был диагностирован серотониновый синдром легкой степени, который был купирован отменой антидепрессантов и назначением транквилизаторов из группы бензодиазепинов;

у 1 пациента был диагностирован серотониновый синдром средней тяжести, для лечения которого применялись методы интенсивной терапии в виде инфузионной терапии в сочетании с назначением аминазина и транквилизаторов из группы бензодиазепинов.

Выводы

Серотониновый синдром является крайне редкой, но опасной ятрогенной патологией. Знание его клинических проявлений и основных принципов интенсивной терапии, а также

профилактика развития таких состояний являются важными в первую очередь для практических врачей, которые могут столкнуться с развитием серотонинового синдрома в процессе проведения терапии антидепрессантами и оказания своевременной неотложной помощи.

УДК: 618.5-089.888.61-005.1(477.61)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ВО ВРЕМЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В УРГЕНТНОМ ПОРЯДКЕ В УСЛОВИЯХ ЛРКБ «ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Валиев О.А., Силищева И.П., Паламарчук Ю.Д., Правниченко С.Ю.

ГУ «Луганская Республиканская клиническая больница» перинатальный центр, ЛНР.

Резюме. Выполнен анализ результатов лечения пациентки с острой массивной кровопотерей при кесаревом сечении. Показаны особенности коррекции гемодинамических и метаболических нарушений. Коррекция кровопотери и вызванных ею нарушений одной инфузионно-трансфузионной терапией недостаточно эффективна и увеличивает частоту развития синдрома массивных инфузий. Наиболее эффективным для коррекции кровопотери и её последствий является сочетание инфузионной терапии и устранения источника кровотечения, достигая постоянного гемостаза.

Ключевые слова: массивная кровопотеря, геморрагический шок, интенсивная терапия, инфузионно-трансфузионная терапия, постгеморрагические осложнения.

Основной причиной материнской смертности является массивная кровопотеря и геморрагический шок. В структуре кровотечений определяющих материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, преобладают: отслойка плаценты, предлежание плаценты и нарушение в системе гемостаза. При острой кровопотери существенные изменения претерпевает система свёртывания крови как одна из основных систем в поддержании гомеостаза. Сдвиги в системе гемостаза прикровопотере могут выражаться от не значительной скоропроходящей гиперкоагуляции до развития острого синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС-синдром). Остановка кровотечения, восстановление адекватного транспорта кислорода, а также стабилизация гемодинамики, поступление кислорода в достаточном количестве позволяет предотвратить развития критического состояния у пациенток с массивным кровотечением.

Цель работы: Улучшить результаты лечения пациенток с массивной акушерской кровопотерей.

Материалы и методы исследования: Пациентка 1973г.р. (43года). Находилась на лечении в ЛРКБ «ПЦ» в отделение медицины плода и ранних сроков беременности. С диагнозом: IVБеременность 18 недель. ЭКО. Угроза прерывания беременности. Ретрохориальная гематома. Кисты сосудистых сплетений. Краевое предлежание плаценты. Возрастная повторно родящая. ОГА рубец на матке – Кесарево сечение в 2003 г. (ЭКО). 1991г., 1993г. - трубная беременность, двухсторонняя тубэктомия. ОСА аутоиммунныйтиреоидит. Миокардитический кардиосклероз. Блокада ЛНПГ, СН 0-I. Хронический бескаменный холецистит. Панкреатит. Хронический гастрит. МКД. Гестационный пиелонефрит без нарушения уродинамики обеих почек, латентное течение.

С 26 недели беременности находилась на лечении в отделении патологии беременных. В сроке 33 недели в ургентном порядке взята в операционную в связи с обильными кровянистыми выделениями из половых путей.

Диагноз:IV Беременность 32-33 недели. ЭКО. Центральное предлежание плаценты. Истинное вращение плаценты. Кровотечение. Геморрагический шок III.

Выполнено: Лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки по Дерфлеру. Экстирпация матки без придатков. Висцеролиз. Дренирование брюшной полости через культю влагалища.

В операционной:

Установлен желудочный зонд. Выполнена постановка 2-х периферических катетеров(18G), 1 центральный венозный доступ (катетер 2-х канальным, 18 G). 2-й центральный венозный катетер не установлен ввиду технических трудностей. Оперативное вмешательство выполнено в условии общей анестезии с ИВЛэндотрахеальным методом. Для индукции при массивной кровопотере препарат выбора-кетамин (1,5 мг/кг в/в, вес женщины 70кг), с целью поддержания анестезии препаратом выбора - ГОМК. Общий объём кровопотери составил 4л (до операции=1500мл., интраоперационно 2500мл.) Общий объём инфузии в операционной составил: кристаллоидов=6900мл., эр.массы=1854мл, СЗП=2820мл. В операционной отмечалось снижение гемодинамики до 60/30 мм.рт.ст.; ЧСС=145 уд. в мин. Во время оперативного вмешательства проводилось лабораторное исследование гемоглобина (Hb 63 г/л, Эритроциты $1,82*10^{12}$/л),тромбоциты ($53*10^{9}$/л), фибриноген. Коагулограмма: МНО(6,24),ПО(3,71), РФМК (5,0), ПИ(26,8), ПВ (48,2 сек.), АЧТВ (36,6 сек).

Целевые показатели-триггеры трансфузии:

Показатель	**Цель**	**Действия**
Гемоглобин	Менее 85 г/л	Трансфузия эр.массы

МНО	Больше 1,5	Трансфузия СЗП
Тромбоциты	Менее $50X10^9$/л	Трансфузия тромбоконцентрата
Фибриноген	Менее 1,5 г/л	Трансфузия криопреципитата (1 пакет на 5кг).

Гемодинамика поддерживалась инфузией норадреналина в дозировке 2-4 мкг/кг/мин на этом фоне артериальное давление на цифрах 90/60-100/60 мм.рт. ст., PS = 100 в минуту.

Введено: антифибринолитический препарат (транексамовая кислота 15 мг/кг); Внутривенно VII-тканевой фактор свёртываемости (коагил 2,4); Фейба (1000Ед); Протрамплекс (600МЕ).

Длительность операции 13:45-16:05. Наблюдение в операционной до 18:00. Пациентка переводится в ОАИТ. Проводится медикаментозная нейромиоплегия (ГОМК и ардуан). Продолжается инфузиясимпатомиметиков.

За сутки с учётом операционной пациентке введено всего 14 874 мл жидкости (препараты крови: эр. масса - 1854мл, СЗП - 2820 мл., альбумин 10% - 500мл., (всего 5174 мл.); кристаллоида, коллоиды - 9700мл). ЦВД + 20 см. вод.ст.; диурез 200мл.

На вторые сутки:

Пациентка в медикаментознойнейромиоплегии, дыхание - ИВЛ аппаратом Servo. В режиме PCV, $P_{вд.}$=19 см.вод.ст, PEEP=5 см.вод.ст., ДО=500 мл, ЧДД=18 вд. в мин; FiO_2=0,4. Гемодинамика дестабилизирована, поддерживается адреномиметиками (норадреналин – 4 мкг/кг/мин) АД=110/65 мм.рт.ст., ЧСС=90 уд в мин., ЦВД+80 см.вод.ст.

Упациентки постгеморрагическая анемия тяжёлой степени. ОПН в стадии анурии. ДВС. Внутрибрюшное кровотечение (подтверждённое геморрагическим отделяемым по дренажу и на УЗИ ОБП).

Клинико-лабораторно (Нв – 55г/л, эр- $1.64x10^{12}$г/л, Ht – 14.79, тр- $31x10^{12}$г/л).

Произведена трансфузия эр.массы, СЗП, тромбомассы.

Взята в операционную: Релапаротомия. Ревизия брюшной полости. Перевязка внутренних подвздошных артерий с 2-х сторон. Удаление яичников с 2-х сторон. Дренирование брюшной полости с 2-х сторон. Тампон Микулича забрюшинно справа.

Длительность операции 6 часов.

Инфузионно-трансфузионная терапия:

- Эритроцитарная масса – 1324 мл;
- Свежезамороженная плазма – 2200 мл;

- Криопреципитат – 360 мл;
- Тромбомасса – 600 мл;
- Альбумин 10% - 250 мл;
- Коллоиды – 1500 мл;
- Кристаллоиды – 1050 мл

Всего: 7284 мл

Диурез – 3150 мл.

Во время операции в/в введено Транексамовая кислота 15 мг/кг, новосевен 100 КЕД, Фейба 500 ЕД, контрикал 200000 ЕД, Протромплекс 600 ЕД.

Кровопотеря -1700 мл.

Для дальнейшего лечения переведена в ОАИТ ПЦ. На момент перевода из операционной

Нв- 110г/л, эр.-3,26х10^{12}г\л, Ht – 29,26, тр- 90х10^{12}г/л.

В отделении проводилась инфузионная и трансфузионная терапия (2979 мл). Диурез 4580 мл.

ЦВД +80 см вод ст.

Всего за сутки с учётом операции:

Внутривенно введено 10263 мл.

Диурез – 7730 мл.

Пациентке проводилась продлённая ИВЛ. Медикаментозная седатация. Гемодинамика поддерживалась малыми дозами симпатомиметиков.

Третьи сутки.

Тонико-клонические судороги.

Собран консилиум в составе гематолога, невропатолога, уролога, анестезиологов-реаниматологов, акушер-гинекологов.

Заключение гематолога: ДВС-синдром, постгеморрагическая анемия тяжёлой степени. Рекомендовано: К лечению Фейба 2000ЕД/сутки в/в.

Заключение невропатолога: Энцефалопатия постгипоксическая, эпилептиформный синдром.

Заключение уролога: Острое повреждение почек преренальное от 31.01.17г. в стадии восстановления диуреза. Нарушение уродинамики справа, гидронефроз II.

Клинико-лабораторно: Нв-63 г/л, эр – 1,82х10^{12}г/л, тр. – 43х10^{9}г/л.

Произведена гемотрансфузия, трансфузия плазмы, тромбовзвеси, альбумина.

Четвёртые сутки.

Продолжается продлённая ИВЛ. Гемодинамика поддерживается малыми дозами симпатомиметиков. Пациентка в медикаментозной седатации(оксибат). Магнезиальная

терапия, инфузионная терапия. Произведена трансфузия альбумина 10 %-100 мл. Фейба 2000 ЕД в/в.

Пятые сутки.

Продолжается продлённая ИВЛ. Гемодинамика стабильна. Магнезиальная терапия, инфузионная терапия. Фейба 2000 ЕД в/в.

Шестые сутки.

По восстановлению сознания, дыхания, рефлексов, мышечного тонуса в полном объёме в 12^{45}экстубирована (ИВЛ 6 суток). Гемодинамика стабильна. Магнезиальная терапия, инфузионная терапия, трансфузия свежезамороженной плазмы (560 мл), альбумин 10%-250 мл.

В связи с нарушение пассажа по кишечнику вызван хирург.

Хирург: Толстокишечная непроходимость.

Рекомендовано:

- УЗИ и RОБП;
- очистительная клизма
- стимуляция кишечника.

Седьмые сутки.

Осмотр республиканским хирургом, данных о непроходимости нет. Удалён тампон Микулича.

Восьмые сутки.

Удалены желудочный зонд, дренажи.

Контроль УЗИ ОБП: без отрицательной динамики.

Развился психоз, энцефалопатия. Нуждалась в медикаментозной седациидексдором, сибазоном.

Девятые сутки.

Консультирована:

- психиатр: Деллириозный синдром соматического генеза.
- невропатолог: Постгипоксическая энцефалопатия в стадии восстановления.

На десятые – одиннадцатые сутки:

УЗИ контроль: С тенденцией к снижению свободной жидкости.

Пятнадцатые сутки.

УЗИ контроль: Свободной жидкости не визуализируется. Гидронефроз I степени. Диффузная патология почек.

За период наблюдения в ОАИТ получала лечение:

Симпатомиметики (норадреналин, мезатон), седация (реланиум, ГОМК, сибазон, дексдор); Антибактериальная терапия (амоксиклав, левофлоксацин, метрогил, меронем); Церебропротекторы (цераксон, цитофлавин, глиатилин), гемостатики и антифибринолитики (дицинон, транексам); заместительная терапия (СЗП, тромбомасса, эр.масса); доноры факторов свёртывания (фейба, коагилVII, протромплекс 600); спазмолитики (Но-шпа); эндотелиотропная терапия (магния сульфат, L- лизина эсцинат); профилактика стрессовых язв (омез, квамател, альмагель); комплекс витаминов группы В (мильгамма); стимуляция кишечника (прозерин, церукал, нормазе); противогрибковые (флюканазол); инфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды); пробиотик (линекс).

Двадцать первые сутки. На момент перевода:

Пациентка в ясном сознании, адекватна, ориентирована верно в месте и во времени. Без неврологического дефицита. Жалоб не предъявляет. Вентиляционные функции не нарушены. Гемодинамика стабильна. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий.Энтеральное питание усваивает полностью. Пассаж по кишечнику сохранён. Диурез адекватен. Моча светлая.

Лабораторно:

Ан.крови клин.:Hb 110г/л; эр. $3.1*10^{12}$/л; $L6,4*10^{9}$/л; Тромбоциты $194*10^{9}$/л.

Биохим. ан. крови: общ. белок 62 г/л; Альбумин 31,0 г/л; Bi 19,87 мкмоль/л; АлАТ 35.84 Ед/л; АсАТ 39,4 Ед/л; Амилаза 205,6 Ед/л; Мочевина 7,9 ммоль/л; Креатинин 71,67 мкмоль/л.

Общий ан.мочи:Белок-отр.; жёлт.; прозр.; уд. вес 1.015; pH 5,0; эр. 0-3в п/з; L-2-4 в п/з.

Пациентка переводится в послеродовое отделение с последующей выпиской из стационара.

Выводы

1. Своевременно, быстро, организованно и в полном объёме проведенная интенсивная терапия при острой кровопотере даёт возможность избежать или снизить до минимума осложнения и период выхаживания послеоперационных больных с острой массивной кровопотерей.
2. Необходимо как можно быстрее, сначала количественно, а затем и качественно (инфузия препаратов крови) восполнить объём циркулирующей крови.
3. Использование донаторов факторов свёртывания способствует снижению риска развития ДВС синдрома.
4. При массивной кровопотере происходят нарушения кислотно-основного состояния и водно-электролитного состава крови, поэтому важна диагностика дефицита или избытка ионов Na^{+}, K^{+}, Ca^{2+}, Cl^{-} и их коррекция.

Литература

1. Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации, протоколы лечения в акушерстве и гинекологии 2016г.
2. Министерство здравоохранения РФ. Приказ №183-н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) её компонентов». 2 апреля 2012г.
3. Пырегов А.В., Куликов А.В., Баранов И.И., Серов В.Н. Профилактика и терапия массивной кровопотери в акушерстве (проект протокола). Анестезиология и реаниматология. 2010г.; (6) 58-64.
4. Тимохова С.Ю., Голубцов В.В. Оценка комплекса мероприятий по профилактике и коррекции массивной акушерской кровопотери// Общая реаниматология. 2014., Т.10 №3. С.22-31.
5. Шифман Е.М., Куликов А.В., Беломестнов С.Р. Интенсивная терапия и анестезия при кровопотере в акушерстве. Клинические рекомендации. Анестезиология и реаниматология. 2014; (2): 76-78.
6. Штабницкий А.М., Интенсивная терапия при массивных акушерских кровопотерях. В кн.: Гельфанд Б.Р., Салтанов А.И., Интенсивная терапия национальное руководство. М.: «ГЭОТАР-Медиа»; 2009г.: m 2; (11): 120-133.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БУРХАВЕ

Валуйский В.В., Чайка О.О., Пызин А.К., Васильев Н.В., Дайнеко А.В.

Луганская республиканская клиническая больница

Луганский государственный медицинский университет

Резюме: в статье отражены основы диагностики, лечения пациентов с синдромом Бурхаве. Учитывая редкое встречаемость данной патологии, данный опыт является неоспоримо ценным для определен тактики лечения данных больных, как на ранних этапах, так и дальнейшей этапной коррекции пищеводно-плеврального свища.

Ключевые слова: синдром Бурхаве, гнойный медиастинит, пиопнемоторакс, эмпиема плевры, пищеводно-плевральный свищ.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH BOERHAAVE'S SYNDROME

Lugansk Republican Clinical Hospital

Lugansk State Medical University

Valuiskiy V.V., Chaika O.O., Pizin A.K., Vasiliev N.V., Daineko A.V.

Key Words: Boerhaave's syndrome, purulent mediastinitis, pneumothorax, pleural empyema, esophageal pleural fistula.

Summary: The article reflects the basics of diagnosis, treatment of patients with the Boerhaave's syndrome. Given the rare occurrence of this pathology, this experience is undeniably valuable for determining the tactics of treatment of these patients, both in the early stages, and further stage correction of the esophageal pleural fistula.

Синдром Бурхаве (спонтанный разрыв пищевода, банкетный пищевод, нетравматический разрыв пищевода) - спонтанный разрыв всех слоев стенки пищевода. Для синдрома характерны расстройство глотания, рвота, резкие боли в груди и развитие шока. Впервые был описан голландским врачом Германом Бурхаве в 1724 году. Своевременная диагностика данного заболевания представляет большие трудности как из-за его редкости, разнообразия клинических проявлений, часто симулирующих различную патологию со стороны других органов, так и неосведомленности большинства врачей. Спонтанный разрыв пищевода является редко встречающимся заболеванием, и составляет 2-3% от всех случаев повреждения пищевода. Предрасполагающим фактором спонтанного разрыва пищевода могут являться изменения в мышечном слое стенки пищевода (лекарственный эзофагит, пептическая язва пищевода на фоне гастроэзофагорефлюксной болезни), а непосредственной причиной является внезапное повышение внутрипищеводного давления, что часто встречается при интенсивной рвоте после обильного приема пищи, жидкости и употребления алкоголя, а также может возникать при булимии, поднятии больших тяжестей, дефекации, интенсивном кашле, родах, приступе эпилепсии.

Спонтанные разрывы пищевода характеризуются возникновением больших дефектов стенки пищевода (от 4-5 до 10-12 см) и чаще всего локализуются на левой стенке нижнегрудного отдела пищевода. В подавляющем большинстве наблюдений разрывы пищевода ориентированы продольно и локализуются в его наиболее слабом отделе - непосредственно над диафрагмой. Редко встречаются повреждения шейного, среднегрудного, абдоминального отделов пищевода. При спонтанном разрыве пищевода величина разрыва мышечной оболочки всегда превышает величину дефекта слизистой оболочки. В большинстве случаев одновременно повреждается медиастинальная плевра, вследствие чего появляется сообщение, как правило, с левой плевральной полостью, что приводит к развитию эмпиемы плевры. Классическая картина синдрома Бурхаве характеризуется триадой Маклера: рвота съеденной пищей (иногда с примесью крови), подкожная эмфизема в шейно-грудной области, сильная боль в грудной клетке (реже в области живота).

Наш опыт базируется на наблюдении 16 пациентов с синдромом Бурхаве, которые с 2003 по 2017 год находились на лечении в торакальном отделении ЛРКБ. Все пациенты были мужчины. С момента разрыва пищевода прошло от 1 до 7 суток. 12 больным диагноз был поставлен в хирургическом отделении по месту жительства после дренирования эмпиемы плевры слева и получении пищевых масс. Четверым больным диагноз спонтанного разрыва был поставлен в торакальном отделении, они были направлены в стационар с диагнозом – пиопневмоторакс.

Основываясь на нашем опыте лечения данной патологии, считаем, что наиболее актуальным является ранее диагностика данной патологии и переведение больного в специализированный стационар. Наиболее простым и информативным методом диагностики мы считаем экстренное проведение рентгенологического исследования пищевода с водорастворимым контрастом по месту первичной госпитализации. Основываясь на нашем опыте, при отсутствии водорастворимого контраста, возможно использование бариевой взвеси (нами не было отмечено фатальных осложнений после применения сульфата бария). Следующим шагом, после постановки диагноза является дренирование левой плевральной полости по Бюлау с целью декомпрессии плевральной полости. Последующей постановкой назогастрального зонда и исключением энтерального питания (для исключения попадания пищевых масс в пищеводную фистулу), назначением, адекватного обезболивание пациента, массивной антибактериальной и дезинтоксикационной терапии. Следующий этап лечения должен осуществляться в специализированном отделении. Проведение ЭФГДС желательно (с целью уточнения размеров и локализации разрыва, состояние слизистой пищевода и желудка), но это возможно только после адекватного дренирования плевральной полости. Поэтому данное обследование целесообразнее проводить опытным эндоскопистом и в присутствии оперирующего хирурга, с целью уточнения оперативной тактики. Объем оперативного вмешательства (независимо от сроков заболевания) должен включать – торакотомию слева, ушивание дефекта пищевода двухрядным швом, широкое раскрытие заднего средостения с дренированием плевральной полости. С целью декомпрессии желудка и обеспечения адекватного энтерального питания производится наложение гастростомы с проведением питательного зонда за связку Трейца и выведением его через гастростому. Использование микроеюностомы считаем менее эффективным, поскольку назогастральный зонд не обеспечивает адекватного дренирования желудка.

После проведенного оперативного вмешательства наступает не менее важный этап лечения больного, включающий массивную антибактериальную дезинтоксикационную терапию, обеспечение адекватного парентерального и энтерального зондового питания, санации полости эмпиемы и средостения с периодическим рентгенологический и УЗИ

мониторинговым контролем. На основании этого нами у всех больных диагностирован контрлатеральный плеврит. На 6-7 сутки п/о периода появлялись признаки несостоятельности пищевода, что требовало дополнительной коррекции в лечении - обеспечения постоянного адекватного дренирования плевральной полости с санацией антисептиками плевральной полости и свища, что способствовало ограничению полости эмпиемы, дисциплинированию пищеводно-плевральной фистулы и стабилизации состояния больного. Дальнейшее лечение ограниченной эмпиемы плевры проводилось по методу Вишневского (введением в полость мазевых тампонов до заживления свища и закрытием полости эмпиемы). У всех пролеченных больных отмечалось заживление пищеводного свища, не потребовавшего дополнительных оперативных вмешательств. Процесс заживления свища контролировался на ЭФГДС и контрастным рентген исследованием.

В результате проведенного данной тактики лечения четырнадцать пациентов были выписаны с выздоровлением в сроки 2,5-3 месяца с момента начала заболевания у них отмечали - полное заживление пищеводно-плевральной фистулы, закрытие эмпиемы плевры. Летальный исход наблюдался у 2 пациентов вследствие прогрессирования эндотоксического шока на фоне тотального гнойного медиастинита и развитием полиорганной недостаточности.

Из 14 выздоровевших пациентов, после ушивания пищевода - у 13 отмечена частичная несостоятельность швов пищевода с формированием хронической ограниченной эмпиемы плевры и пищеводно-плевральной фистулы. У одного пациента отмечено первичное заживление ушитого дефекта пищевода.

Проведение эзофагэктомии при данной патологии с последующей толстокишечной пластикой считаем нецелесообразной и опасным оперативным вмешательством в связи с тяжелым состоянием пациента и воспалительным процессом как средостения и плевры, так и стенки пищевода, что заведомо позволяет предполагать высокий риск несостоятельности анастомоза и генерализации воспалительного процесса плевры и средостения.

Предложенная тактика лечения позволяет добиться хороших результатов лечения у 87.5 % пациентов и снизить процесс летальности с 75-85% до 12,5%.

Литература

1. Вижинис Е.И. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный медиастинитом (синдром Бурхаве). БелМАПО 2005.
2. Завгороднев С.В., Корниенко В.И., Пашков В.Г. и др. Спонтанный разрыв грудного отдела пищевода, осложненный гнойным медиастинитом, двусторонним гидропневмотораксом, эмпиемой плевры и бронхиальным свищом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2007; 4: 54-56.

3. Корымасов Е.А., Бенян А.С., Пушкин С.Ю. и др. Спонтанный разрыв пищевода, осложненный распространенным гнойно-некротическим медиастинитом и сепсисом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2011; 1: 70-71.
4. Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве). Эндоскопическая хирургия 2009; 6: 48-50.
5. Mahmodlou R.,Abdirad I.,Ghasemi-rad M. Aggressive surgical treatment in late-diagnosed esophageal perforation: a report of 11 cases. ISRN Surg. 2011.
6. Smith J.S., McCallister J.W. Boerhaave's syndrome. West J Emerg Med. 2010 February; 11(1): 74–75.
7. Vaidya Sh., Prabhudessai S., Jhawar N., Patankar R.V. Boerhaave's syndrome: thoracolaparoscopic approach. J Minim Access Surg. 2010 Jul-Sep; 6(3): 76–79.

УДК 613.861:616.8-008.615

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

С.В. Витрищак, Е.В. Санина, Е.Л. Савина, Е.В. Сичанова, С.В. Жук

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», г. Луганск

Резюме: анализ психолого-социальных реакций жителей Донбасса на перенесенное психотравмирующее воздействие (военные события лета 2014 года) выявил тенденции к развитию психосоматических нарушений, требующих коррекции с целью психогигиенической профилактики развития соматической патологии.

Ключевые слова: психотравмирующее воздействие, адаптация, стресс.

THE BASIC DIRECTIONS OF CARRYING OUT OF REHABILITATION ACTIONS FOR THE PERSONS WHO HAVE TRANSFERRED A PSYCHOTRAUMATIC STRESS DISORDER

S.V. Vitrischak, E.V. Sanina, E.L. Savina, E.V. Sichanova, S.V. Zhuk

State Institution "Lugansk State Medical University named after St. Luke", Lugansk, Lugansk People's Republic

Summary: The analysis of the psychological and social reactions of the inhabitants of Donbass to the suffered psychotraumatic effects (military events of the summer of 2014) revealed tendencies to

the development of psychosomatic disorders requiring correction for the purpose of psychohygienic prophylaxis of the development of somatic pathology.

Key words: psychotraumatic effect, adaptation, stress.

Современные тенденции политических и экономических трансформаций, носящих глобальный характер и непосредственно затрагивающих каждого человека, создают для многочисленных групп населения Донбасса неблагоприятную обстановку, ставят под сомнение настоящее и будущее благополучие, создают угрозу жизни и здоровью, заставляют людей в корне менять привычный образ жизни. Биологический страх смерти, ответственность за жизнь и здоровье близких людей, стресс, невзгоды и лишения испытали и продолжают испытывать люди, живущие на территории Луганской и Донецкой народных республик, особенно в зонах разграничения. Психоэмоциональные реакции человека на экстремальные условия, особенно в случаях значительных материальных потерь и гибели людей, возникающие в связи с опасениями за свою жизнь и жизнь окружающих, могут надолго лишить человека способности к рациональным поступкам и действиям [5]. Такие реакции могут сохраняться надолго, даже при отсутствии реальной опасности.

Психологическая травма, связанная с событиями высокой интенсивности при одновременном отсутствии возможности адекватного совладания и превышении приспособительного потенциала может быть причиной нарушения адаптации и приводить к расстройствам, связанным со стрессом. Травматический стресс, как класс критических изменяющих жизнь событий, обладает крайне негативным воздействием по причине серьезной угрозы жизни и высокой степенью интенсивности. Его тяжело контролировать, вплоть до полной невозможности контроля; как правило, он превышает возможности совладания и чаще всего непредсказуем.

Последствиями психологического травмирующего воздействия являются длительные или острые эмоционально-негативные состояния, затрудняющие жизнедеятельность человека и приводящие к нарушению поведения. В конечном счете, по истечении определенного времени при отсутствии коррекционных мероприятий состояние человека уже может нуждаться в активной помощи врачей-психиатров [1]. Между тем подобные нарушения поведения имеют психологические причины, связанные с недостаточностью личностных ресурсов для преодоления стресса либо с чрезмерностью и избыточностью дезадаптирующих воздействий в чрезвычайных обстоятельствах.

Показатели распространенности посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у контингента лиц, переживших экстремальные ситуации, по данным литературы, колеблются от 10% у свидетелей события до 95% у тяжело пострадавших (в том числе с соматическими повреждениями).

По данным J.R.Davidson (1995), распространенность ПТСР колеблется от 3,6 до 75% (у переживших экстремальные события). Соответствующие эпидемиологические исследования, проведенные в США среди ветеранов вьетнамской войны, позволили установить ПТСР у 30% лиц; парциальные и субклинические проявления синдрома были дополнительно выявлены у 22% участников войны.

В отечественной литературе Ю.В.Поповым и В.Д. Вид (1998) был представлен показатель распространенности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс, равный 50-80% [7].

Однако следует отметить, что в любых, даже самых тяжелых условиях 12—15% людей сохраняют самообладание, правильно оценивают обстановку, четко и решительно действуют в соответствии с ситуацией [3]. Это определяется уровнем их психологической защиты, которая формируется в повседневных условиях.

Кроме того, существует две формы реакции человека на чрезвычайную ситуацию — пассивная и активная. Ощущение опасности у одних превращается в чувство обреченности, делает человека совершенно беспомощным, растерянным и неспособным к целенаправленным действиям, в том числе и к активной защите.

У других людей угрожающая обстановка способна вызвать общий подъем духовных и физических сил, побудить их выполнять свои задачи настойчивее, точнее и быстрее, не зная усталости. Одних людей инстинкт самосохранения подталкивает к бегству от угрожающих обстоятельств и факторов внешней среды, а других, наоборот, мобилизует к активным ответным действиям [6].

Также следует различать психоэмоциональные (нормальные) реакции людей на экстремальную ситуацию и патологические состояния. Для первых характерна психологическая понятность реакции, ее прямая зависимость от ситуации и, как правило, небольшая продолжительность. При таких реакциях сохраняются работоспособность (хотя она и снижается), возможность контакта с окружающими и критическая оценка своего поведения. При патологических расстройствах развиваются болезненные состояния, выводящие человека из строя, требующие специальной помощи.

Обычно посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется тремя группами симптомов: постоянно возвращающиеся переживания стрессовых событий; отторжение реальности; состояние возбуждения, настороженности, агрессии.

Переживание событий. Человека преследуют воспоминания, которые он не может контролировать. воспоминания наплывают в любой момент, и все, происходящее в реальности, здесь и сейчас, уходит на второй план. Натолкнуть на такие воспоминания может что угодно: запах, звук, расстановка мебели, поза говорящего. Контролировать свой

сон человек не может: пережитая травма выражает себя в ночных кошмарах, результатом чего может быть развитие боязни сна. Бессонница – один из ярких симптомов посттравматического синдрома. Могут случаться галлюциногенные переживания, Переживания после психологической травмы могут вести к регулярно возвращающемуся посттравматическому чувству вины или суицидальным мыслям.

Отторжение реальности. Человек равнодушен к тому, что происходит в окружающем мире, испытывает депрессивное состояние. Характерна эмоциональная холодность: человек не способен на переживания положительные, радостные. Любовь, сопереживание, теплота в состоянии стрессового расстройства человеку недоступны, он не хочет поддерживать дружеские связи из «прошлой» жизни, видеть родных, заводить новые отношения. Отчуждение от общества – еще один из ярких симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Возбуждение, настороженность, агрессия. В состоянии стресса человек постоянно чувствует себя незащищенным, ожидает повторения событий. Это выражается в настороженности, готовности к немедленному отпору. Все, что напоминает о травме, может вызвать бурную неадекватную реакцию: например, человек при громком звуке, напоминающем стрельбу, бросается на пол и т. д. Агрессивность: при любой угрозе (реальной и мнимой), человек предпочитает сразу дать отпор с помощью грубой силы.

Следует учитывать, что у человека, переживающего посттравматическое состояние, не обязательно должны присутствовать все указанные признаки. Психологическая травма влечет за собой индивидуальную эмоциональную реакцию, которая в симптомах может выразиться тоже индивидуально.

Психологи активно исследуют причины возникновения так называемых психосоматических заболеваний, при которых наибольшее значение имеют именно психологические факторы. Такие соматические страдания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, гипертония или ишемическая болезнь сердца, часто возникают вследствие чрезвычайных обстоятельств на фоне длительных и интенсивных состояний гнева, ярости, злости или страха, отчаяния, депрессии и печали. Таким образом, лица, пережившие стресс, могут оказаться пациентами врача, проявлять неадекватное поведение при здоровой психике, связанное с происшедшими в их жизни трудными, болезненными событиями, погружение в душевное нездоровье по причинам, которые окружающими воспринимаются как уважительные.

Важно отметить, что развитие психических и психосоматических расстройств имеют следующие периоды: а) непосредственно после перенесенного стрессового расстройства; б) ближайшие (в течение года); в) среднесрочные (до 5 лет); г) отдаленные (через 5 лет) [2]. И

чем дольше временной период после перенесенного стресса, тем сложней справиться с последствиями и больше вероятность серьезных осложнений в психоэмоциональном состоянии человека.

Непосредственные и ближайшие расстройства характеризуются высоким уровнем тревожной напряженности и психической неустойчивости, а также депрессией. Среднесрочные и отдаленные расстройства имеют важные черты при отсутствии адаптации: неуклонный процесс психосоматической инвалидизации, прогрессирующая утрата здоровья; снижение длительности и качества жизни всех участников чрезвычайной ситуации. Главные последствия действия негативных факторов заключаются в возможном развитии алкогольной и наркотической зависимостей; антисоциальном поведении и совершении противоправных действий, а также возможности самоубийств.

Кроме того, ПТСР вызывает дистресс, нарушения в социальной, трудовой и других сферах жизнедеятельности. Могут развиться неспецифические соматические жалобы: повышенная напряженность, утомляемость, психосоматические переживания.

Умение совладать со стрессом, адекватное поведение позволяет избежать проблем в будущем в виде развития психосоматической патологии, зачастую очень серьезных нозологических характеристик.

Так, например, копинг-стратегия, умение преодолевать трудности в различных сферах и формах проявления свидетельствуют о степени адаптации после пережитой стрессовой ситуации, а значит свидетельствует о степени защиты собственного здоровья.

Многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном символическом выражении эмоций. А тест, позволяющий выявить признаки проявления алекситимии, рассматривается как маркер возможности развития психосоматических заболеваний.

Это подтверждается клиническими исследованиями различных ученых (Peter Emmanuel Sifneos) [4]. Таким образом, **целью** исследования явилось определение основных направлений проведения реабилитационных мероприятий для лиц, перенесших психо-травмирующее стрессовое расстройство.

Были поставлены **задачи исследования:**

1. Определить основные проявления ПТСР жителей Донбасса после перенесенного стрессового расстройства, связанного с военными действиями.

2. Выявить степень проявлений психосоматических нарушений у людей с ПТСР.

Для исследования использовали копинг-тест Лазаруса и Торонтскую алекситимическую шкалу.

Обследовали 142 человека. Тестирование проводили в возрастных группах: I - 19-20 лет – 81 человек (49 девушек и 32 юноши, студенты Луганского государственного медицинского университета), II группа - от 25 до 50 лет – 27 человек и III - старше 50 лет – 34 человека (врачи и фельдшеры-курсанты факультета последипломного образования того же университета, все женского пола).

Методы исследования. Копинг-тест предназначен для определения копинг-механизмов, копинг-стратегий и способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности. Методика была разработана Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой в 2004 году [5].

Тест позволяет определить совладающее поведение как целенаправленное социальное поведение, позволяющее справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, – через осознанные стратегии действий. Это сознательное поведение направлено на активное изменение, преобразование ситуации, поддающейся контролю, или на приспособление к ней, если ситуация не поддаётся контролю. Это важно для социальной адаптации здоровых людей. Стили и стратегии рассматриваются как отдельные элементы сознательного социального поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями.

Тест для выявления алекситимии (Торонтская алекситимическая шкала) был разработан в США (G. J. Taylor и соавт., 1985) и адаптирован в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [5].

Диагностика алекситимии позволяет выявить свойства личности, связанные с затруднениями в определении и описании собственных эмоций и эмоций других людей; затруднениями в различении эмоций и телесных ощущений; снижении способности к символизации, в частности, к фантазии; фокусировании преимущественно на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям; склонность к конкретному утилитарному логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций.

Результаты исследований. При анализе теста на проявления алекситимии выявились следующие закономерности. В первой возрастной группе 22,5% девушек и 31% юношей имели признаки алекситимии (более 74 баллов). Менее 62 баллов (уровень здоровых людей) демонстрировали 49% девушек и 31% юношей. Результаты трети девушек-студенток и студентов-юношей (28,5 и 38% соответственно) и находились в зоне риска.

Во второй возрастной группе по тесту алекситимии были получены такие результаты: 28,5% врачей-курсантов и фельдшеров имели проявления алекситимии (более 74 баллов). Нормальные значения отмечались у 32,3% обследованных. В зоне риска с пограничными проявлениями находилась значительная часть обследованных второй группы (39,2%).

В третьей группе абонентов проявления алекситимии демонстрировали 33,5% обследованных, нормальные показатели были у большинства – 53,7% - респондентов. В зоне риска находились результаты 12,8% обследованных респондентов.

Среди компонентов копинг-теста наибольшее количество баллов (более 13) в большинстве случаев отмечалось для субшкал бегство-избегание, принятие ответственности, планирование решения проблемы и положительной переоценки.

Соотношение результатов распределилось следующим образом. В первой возрастной группе, как у девушек, так и у юношей низкий уровень напряженности отсутствовал. Высокий уровень напряженности (выраженная дезадаптация), демонстрировали 85,7% девушек и 84,4% юношей.

Во второй возрастной группе, равно как и в третьей, также отсутствовали результаты, свидетельствующие об адаптивном варианте копинга. Показатели дезадаптации, подтверждающие высокий уровень напряженности копинга, демонстрировали 91,5% респондентов второй и 97,2% третьей возрастной групп.

Важным фактором для усугубления проявлений ПТСР следует считать слабую информированность и настороженность самих респондентов о характере влияния пережитого стресса на их психологическое и соматическое состояние, на степень адаптации к социальным условиям после пережитой психологической травмы.

Проведение анкетирования было анонимным, но желающим узнать свой результат предлагалось указать фамилию с гарантией конфиденциальности. Таких оказалось только 37,2% всех респондентов. Действительно заинтересовались результатами только 12% обследованных.

Таким образом, практически все респонденты нуждались в проведении коррекционных мероприятий, среди которых (до обращения к специалисту) мы предложили желающим использовать следующие методы.

Во-первых, совершенно очевидно, что среди различных социальных групп населения необходимо проводить разъяснительную работу психогигиенической профилактической направленности, делая акцент на освещении важности влияния измененного психологического состояния на общее физическое здоровье.

Во-вторых, с целью профилактики развития психологических и соматических осложнений мы предложили такие подходы, которые может при желании использовать любой человек, осознающий важность проблемы.

Основная методика лечения — когнитивно-поведенческая терапия. Это значит, что пациент должен: осознать влияние своих мыслей на свое настроение и поведение; уметь не только выявить свои негативные мысли, но и наблюдать за ними, за их воздействием на свое

состояние; свои фобии и боязни, основанные на иррациональных, необъяснимых переживаниях, заменить рациональными, логичными объяснениями.

Начальной ступенью терапии всегда является подробное тестирование, направленное на изучение причин и факторов, повлиявших на возникновение посттравматического синдрома. Затем разрабатывается схема лечения, которая включает:

1. Помощь в воздействии на свое здоровье. Осознание и поиск затаенных обид, чувства вины, с целью переосмысления и высвобождения.

2. Поддержка душевного состояния при осознании пациентом вторичных выгод от болезни: болезнь “дает разрешение” уйти от неприятной ситуации, от сложной проблемы.

Переживание посттравматического стрессового расстройства предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих; появляются условия для того, чтобы переориентировать необходимую для разрешения проблемы психическую энергию или пересмотреть свое понимание ситуации; появляется стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения; отпадает необходимость соответствовать требованиям, которые предъявляют к вам окружающие и вы сами.

3. Обучение навыкам расслабления, релаксации и визуализации здоровья. Этот процесс приводит к формированию положительных ожиданий и отвлечению от болезненных ощущений.

4. Формирование положительных мысленных образов.

5. Помощь в преодолении затаенных обид. Затаенная обида оказывает постоянное стрессовое воздействие. Человек обучается канализации обиды и приемлемому прощению.

6. Постановка целей, формирующих будущее. Цель выступает как смыслообразующий фактор. Создание новых целей в жизни с учетом полученной травмы или болезни.

При невозможности повлиять на такую окружающую ситуацию, используются приемы создания специальными методами “философского” взгляда на жизнь, некоторой отстраненности от суеты, что помогает даже в кризисных ситуациях.

Методы психокоррекционной помощи позволяют ускорить процесс выздоровления. Одним из важных составляющих психокоррекции является создание позитивного видения будущего и хорошего настроения у пациента. Формирование самостоятельного, творческого поиска своего места в жизни.

На состояние человека влияют и отношения с людьми, которые его окружают. К окружающим людям стоит отнести не только близких родственников, но и медицинский персонал, который не всегда учитывает эмоциональное состояние пострадавшего.

Многие исследователи отмечают, что навсегда и полностью избавиться от посттравматического расстройства почти невозможно. Примером тому — афганский синдром, который может преследовать человека всю жизнь. Тем не менее, лечение подобного расстройства необходимо, оно способно нормализовать жизнь травмированного человека и вернуть ему способность радоваться и любить.

Выводы.

1. Примерно одинаковое количество респондентов (более 30%), не зависимо от возраста, имеют проявления алекситимии, следовательно, весьма вероятна возможность развития у них психосоматической патологии.

2. Вне зависимости от проявления алекситимии большинство респондентов всех возрастных групп демонстрируют высокий уровень дезадаптации после перенесенного травматического воздействия.

3. Во всех возрастных группах полностью отсутствуют адекватные адаптивные реакции на стрессовое воздействие.

4. Такая выраженная дезадаптивная реакция на перенесенное стрессовое расстройство нуждается в проведении коррекционных мероприятий по предложенной схеме.

5. Предложенная схема когнитивно-поведенческой терапии позволит справиться с перенесенным ПТСР и сохранит психическое и соматическое здоровье людей, что позволит сохранить их социальную роль в рамках активной и плодотворной жизненной позиции.

Литература

1. Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа: Пер. с англ.— М.: Академический Проект, 2001.— 368 с.

2. Клиническая психология. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб. - 2003. – 1312 с.

3. Ковалев В.В. Ситуационные реакции, проявляющиеся в нарушениях поведения, как форма психогенных (реактивных) расстройств у детей и подростков. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1979. - № 10. - С. 1386-1391.

4. Кровяков В.М. Психотравматология – М., 2005. – С.67-68.

5. Менделевич В.Д. Клиническая (медицинская) психология: Учебник. – М.: Медицина, 1995. — 581 с.

6. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия //Социальная и клиническая психиатрия. 1999. - № 3. -С. 63-69.

7. http://centercep.ru/

УДК 616-001.36:612.116.2-083.98

ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ И КОАГУЛОПАТИИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ

К.П.Воробьев,

ГП «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»,

Луганск, ЛНР

Резюме. В тезисах раскрываются основное содержание четвертой редакции европейских рекомендаций по оказанию помощи при массивной кровопотере и коагулопатии после травмы.

Ключевые слова: травма, кровопотеря, коагуляция.

EUROPEAN RECOMMENDATIONS ON MANAGEMENT OF MAJOR BLEEDING AND COAGULOPATHY FOLLOWING TRAUMA

K.P. Vorobyov, SE "Lugansk State Medical University. St. Luke ", Lugansk, LNR

Summary. In the theses, the main content of the fourth edition of the European recommendations for the treatment of massive blood loss and coagulopathy after trauma is disclosed.

Key words: trauma, blood loss, coagulation.

В докладе предлагается краткий анализ содержания четвертой редакции европейских рекомендаций по оказанию помощи при массивной кровопотере и коагулопатии после травмы, которые были опубликованы в апреле 2016г и находятся в свободном доступе (https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-016-1265-x). Для обозначения силы и убедительности клинических рекомендаций используется система GRADE, которая делит рекомендации на сильные (1) и слабые (2). Уровень достоверности клинической информации делится на высококачественные доказательства (А), доказательства среднего качества (В) и низкого качества (С). В тексте тезисов будут использоваться данные обозначения под каждой рекомендацией.

Основные рекомендации. В первом разделе (первичная реанимация) основное внимание уделяется необходимости минимизации времени доставки пациентов (1А) в специализированные подразделения травмы (1В), указывается на то, что межбольничная транспортировка не изменяет общую смертность, как и первичная транспортировка в крупный центр травмы. При обсуждении физических способов остановки кровотечений из открытых ран конечностей рекомендуется использовать дополнительный жгут в дооперационном периоде (1В). Локальное сдавление артерий считается недостаточно эффективным из-за коллатерального кровотока. Для обеспечения адекватной доставки кислорода следует избегать гипоксемии (1А) и избыточной вентиляции пациентов с травмой

(1B). Гипервентиляция рекомендуется только при наличии признаков развивающегося сдавления мозга (2C).

Во втором разделе, который посвящен диагностике и мониторингу кровотечения в процессе первичной оценки рекомендуется использовать комбинацию физиологической оценки пациента, анатомических особенностей повреждения, механизма травмы и реакции пациента на начальную реанимации (1C). Если у пациентов с геморрагическим шоком источник кровотечения не установлен, тогда пострадавшие нуждаются в немедленном дальнейшем обследовании (1B), а при подозрении на травму туловища - в ранней компьютерной томографии (1B). При значительном внутригрудном, забрюшинном и внутрибрюшном кровотечения, а также при гемодинамической нестабильности рекомендуется срочное вмешательство (1A). Первоначально низкий гемоглобин может быть индикатором тяжелого кровотечения (1B), но нормальный уровень гемоглобина в раннем периоде не позволяет исключить тяжелое кровотечение (1B). Рекомендуется совместная оценка лактата и избытка оснований как чувствительного теста оценки и мониторинга степени кровопотери и шока (1B). В вопросах выбора критериев для мониторинга коагуляции рекомендуется использовать традиционные лабораторные методы (1A) и/или тромбоэластографию (1C).

В третьем разделе для обеспечения транспорта кислорода рекомендуется поддерживать целевое систолическое артериальное давление в диапазоне 80 - 90 мм рт.ст. (1C), а у пострадавших с тяжелой ЧМТ (GCS ≤8), рекомендуется поддерживать среднее артериальное давление более 80 мм рт.ст. (1C). Рекомендуется ограничительная стратегия замещения объема кровопотери для достижения желаемого уровня АД (1B). Первой линией вазотропной поддержки является норадреналин (1C), а при ушибах миокарда рекомендуется инотропная терапия добутамином или адреналином (1C). Следует использовать сбалансированные кристаллоидов (1A); у пациентов с тяжелой ЧМТ надо избегать гипотонических растворов, таких как Рингер-лактат (1C); использование коллоидов должно быть ограничено из-за неблагоприятного воздействия на гемостаз (2C). Целевой уровень гемоглобина рекомендуется поддерживать на уровне 7 до 9 г/дл. (1C). Рекомендуется поддержание нормотермии (1C).

Экстренный контроль кровотечения проводится при нарастающей симптоматике и при коагулопатии (1B). Необходима стабилизация тазового кольца (1B), а при последующей гемодинамической нестабильности – выполняют перитонеальную тампонаду, ангиографическую эмболизацию и/или хирургический контроль кровотечения (1B), а также использование местных гемостатических средств (1B).

Стартовая терапия кровопотери ориентирована на: мониторинг и меры по поддержанию коагуляции сразу после госпитализации (1B); при ожидаемой массивной кровопотере рекомендуется использовать плазму и эритроцитарную массу в соотношении 1: 2 по мере необходимости (1B), а также концентрат фибриногена и эритроцитарную массу в соответствии с уровнем гемоглобина (1C). Транексамовая кислота рекомендуется вначале болюсом в дозе 1 гр, а затем 1 г в течение 8 ч (1A).

Отсроченную интенсивную терапию рекомендуют строить на основе: мониторинга коагуляции (1C); протромбиновое время и АЧТВ рекомендуется поддерживать ниже в 1,5 раза от нормы (1C); у пациентов без существенного кровотечения следует избегать переливания плазмы (1B); фибриноген или криопреципитат следует назначать при уровне фибриногена в плазме менее 1,5 - 2,0 г/л (1C). Уровень тромбоцитов следует поддерживать выше 50×10^{9}/л (1C), а при продолжающемся кровотечении и/или ЧМТ - выше 100×10^{9}/л (2C), с начальной дозой от одной до четырех единиц (2C). Уровень кальция следует поддерживать в нормальном диапазоне (1C). Если пострадавший получал дезагреганты и при продолжающемся кровотечении также показано введение тромбоцитов и измерение их функциональной активности (2C). Использование концентрата протромбинового комплекса рекомендуется на фоне предшествующей терапии антагонистами витамина К (1A). Использование рекомбинантного фактора свертывания VII предлагается при отсутствии эффектов проведенной терапии в полном объеме (2C). Через 24 ч после остановки кровотечения рекомендуется профилактика тромбозов (1B) в виде пневмомассажа (1C) и бинтования конечностей (2C).

В заключительной части рассматривается внедрение рекомендаций с акцентом на разработку адаптированных локальных рекомендаций (1B) и разработкой мер оценки их эффективности (1C).

БИЛОКАЛЬНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛЕНИ И ДЕФЕКТОМ БОЛЬШЕБЕРОВОЙ КОСТИ

Гаврилов И.И.[1], КрутьА.С.[2], Панкратьев А.А.[1]

[1] – ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет»

[2] – ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №15» ЛНР

Введение. Известно, что билокальный остеосинтез при лечении больных с дефектом большеберцовой кости является методом выбора. А при лечении больных с дефектом

большеберцовой кости на фоне остеомиелита или огнестрельного перелома данный метод является наиболее рациональным.

Придерживаясь стандартного подхода к режиму дистракции зоны остеотомии (1 мм в сутки) в отдельных наблюдениях мы не добивались адекватного развития и перестройки костного регенерата. При этом возникала необходимость в проведении дополнительных манипуляций и значительно удлинялись сроки лечения.

Цель настоящей работы заключалась разработке тактики лечения больных с огнестрельными переломами голени и дефектами большеберцовой кости путем применения рационального режима дистракции зоны остеотомии при билокальном остеосинтезе.

Материалы и методы исследования. За период 2014-2016гг под нашим наблюдением находилось 27 пациентов с огнестрельными переломами голени и дефектом большеберцовой кости. Все пациенты получали стационарное лечение в отделении костно-гнойной инфекции городской больницы №15 г. Луганска. До поступления в стационар эти больные получали лечение по месту жительства (службы), где им выполнялись хирургические обработки огнестрельных ран. Сроки поступления в отделение с момента получения ранения составляли от 1 до 2х месяцев. Возраст пострадавших варьировал от 20 до 45 лет и в среднем составлял 34 года (± 3).

Тактика лечения данной группы пациентов заключалась в следующем. Прежде всего, выполняли некрсеквестрэктомию с резекцией патологически измененной костной ткани и формированием в проксимальном и дистальном фрагментах большеберцовой кости опилов с поперечной плоскостью сечения. Затем выполняли поперечную остеотомию в метафизарной зоне большеберцовой кости и фиксировали образовавшиеся фрагменты аппаратом Илизарова. Режим стабилизации зоны остеотомии продолжался от 10 до 14 суток. Для определения рационального режима дистракционного режима зоны остеотомии на контрольных рентгенограммах измеряли величину дефекта зоны резекции большеберцовой кости. При дефекте кости от 3 до 5 смрежим дистракции был следующий. Дистракцию зоны остеотомии первые 3см проводили со скоростью 1мм в сутки (4 раза по 0,25мм), а затем по 0,5мм в сутки (2 раза по 0,25мм). При дефекте большеберцовой кости от 5 до 9см скорость дистракции зоны остеотомии первые 3см равнялась 0,75мм в сутки (3 раза по 0,25мм), а затем по 0,5мм в сутки до стыковки костных фрагментов в зоне резекции. При дефекте большеберцовой кости более 9см предпочтение отдавали остеотомиям одновременно в проксимальном и дистальном метафизах кости. В этих случаях, после прекращения режима стабилизации, дистракцию каждой из зон остеотомии осуществляли со скоростью 0,5мм в сутки.

В наших наблюдениях дефект большеберцовой кости от 3 до 5см имели 18 человек, дефекты от 5 до 9см имели 7 пациентов, а у двух пациентов дефект большеберцовой кости составлял более 9см.

Заключительным этапом лечения данной группы больных был период фиксации. Цель данного периода заключалась в достижении окончательной оссификации дистракционного регенерата и консолидации зоны стыковки костных фрагменов.

Результаты и их обсуждение.

Исходы лечения данной группы больных прослежены от 6 месяцев до двух лет. В настоящее время лечение закончено у 19 больных, а 8 человек еще находятся на этапе лечения. При анализе лечения пациентов исследуемой группы было установлено следующее. В группе пациентов, которые имели дефект большеберцовой кости от 3 до 5см (13 человек) период дистракции в среднем продолжался в течение 2-3 месяцев, а период фиксации составлял4—6 месяцев, при этом общий срок лечения не превышал9 месяцев. В группе пациентов, которые имели дефект большеберцовой кости от 5 до 9см (6 человек), период дистракции продолжался в среднем 4-5 месяцев, период фиксации – 6-8 месяцев, а общий срок лечения составлял около 12-14 месяцев. У семи пациентов в период лечения приходилось перемонтировать аппарат Илизарова, перепроводить или проводить добавочно спицы. Это было связано с воспалительным процессом в местах проведения спиц или ослаблением жесткости фиксации костных фрагментов. В одном случае, уже в начале периода дистракции, на фоне обострения гнойно-некротического процесса и септического состояния пациента, развился тромбоз подколенной артерии и ему была выполнена ампутация поврежденной конечности на уровне бедра. У остальных больных, которые выписались из стационара, опороспособность поврежденной конечности была восстановлена. Однако, как правило, все эти пациенты продолжали получать амбулаторно физиофункциональное лечение по поводу нейротрофических нарушений, контрактур и рубцовых изменений в поврежденной конечности.

Мы полагаем, что уменьшение скорости дистракции зоны остеотомии через 1 месяц после начала этого этапа лечения (при дистракции до 3см), способствует адекватному «созреванию» дистракционного регенерата. Такая тактика «выращивания» дистракционного регенерата объясняется тем, что уже с увеличением диастаза в зоне остеотомии в пределах 3см снижается жесткость фиксации костных фрагментов. При этом, возникающая подвижность костных фрагментов может не только задерживать процессы оссификации регенерата, но и способствовать формированию ложного сустава.

Выводы:

1. Билокальный остеосинтез в лечении больных с огнестрельными переломами и дефектом большеберцовой кости является весьма эффективным и может применяться как метод выбора в лечении больных с данными повреждениями.

2. Применяемый режим дистракции зоны остеотомии большеберцовой кости при билокальном остеосинтезе является рациональным и позволяет в оптимальные сроки замещать дефект кости полноценным регенератом и добиваться консолидации зоны стыковки костных фрагментов.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Гарбуз Е.П.[2], Ткачева М.Ю.[1], Стадник А.Д.[1],Шальнева У.П.[1], Пискорская Л.В.[2]

[1] ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2] ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», Луганск

Введение. Судороги наиболее распространенная патология детского возраста. Как правило, наличие судорог у ребенка ставит врача перед решением большого спектра задач - определение причины возникновения судорог, возможной их взаимосвязи с каким-либо соматическим или генетически детерминированным заболеванием, определение риска повторных эпизодов судорог, трансформации их в эпилепсию, установление возможных предикторов прогноза, выбора тактики терапии и профилактики.

Решение данных аспектов проблемы имеет принципиально важное значение для профилактики формирования детской инвалидности и ориентации родителей в оценке заболевания у ребенка. Сложность решения данных задач определяется исключительно высоким полиморфизмом клинических проявлений судорог, разнообразием нозологических форм, при которых наблюдаются судороги, полиэтиологичностью судорог (в частности, причинной роли как средовых, так и генетических факторов).

Клиническая практика показывает, что при неправильной интерпретации природы судорог, недостаточном учете факторов риска и несвоевременной и неадекватной терапии возможно развитие как резистентных к антиконвульсантам, так и «псевдорезистентных» форм эпилепсии с выраженными нарушениями нервно-психических функций, возникновение умственной отсталости и глубокой инвалидизации детей.

Продолжающиеся судороги, как генерализованные, так и парциальные припадки, как с нарушением витальных функций, так и без них, являются показанием к началу оказания

неотложной помощи. Уточнение анамнеза, осмотр больного проводится параллельно с оказанием помощи.

Цель исследования: усовершенствовать алгоритм лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе у детей с судорожным синдромом.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ карт вызовов бригад СМП (форма 110/у) к 74 пациентам с судорожным синдромом различного генеза, которые были доставлены для дальнейшего лечения в отделение анестезиологии и реанимации Луганской республиканской детской клинической больницы с 2010 по 2016 г.

Результаты исследования и их обсуждение.

Объем медицинской помощи, оказываемый специалистами неотложных состояний на догоспитальном этапе:

1. Осуществить первичный осмотр ребенка для оценки нарушения витальных функций по алгоритму «ABCDE». Неврологический осмотр - определение общемозговой, очаговой симптоматики, менингеальных симптомов, оценка уровня интеллекта и речевого развития ребенка
2. При нарушении газообмена:

А. Инсуффляции увлажнённого кислорода со скоростью 6 л/мин., при SpO2 менее 94% через маску или назальные катетеры.

Б. Постановка воздуховода, ларингеальной маски, как временной меры обеспечения проходимости верхних дыхательных путей.

В. Эндотрахеальная интубация и перевод на искусственную вентиляцию легких показаны при нарушении сознания до уровня комы I-II ст. (5-7 баллов по шкале ком Глазго), дыхательной недостаточности III–IV степени.

3. Обеспечить внутривенный или внутрикостный доступ.

4. Медикаментозная терапия:

4.1. Купирование судорожного синдрома:

4.1.1. Средством первого выбора в стратегии лечения судорожного синдрома, являются бензодиазепины. Наиболее эффективно внутривенное введение 0,5% раствора диазепама в разовой дозе 0,5 мг/кг. При отсутствии эффекта – через 10 минут допустимо повторное введение препарата в дозе 2/3 от первоначальной. Ректальный диазепам (0,5 мг/кг) или лоразепам (0,1 мг/кг) следует вводить, если внутривенный доступ не может быть установлен быстро.

Необходимо учитывать, что у детей грудного возраста и при эпилептическом статусе седативные препараты могут вызвать остановку дыхания. При угрозе остановки дыхания в условиях не купируемых судорог необходимы вызов специализированной выездной бригады

скорой медицинской помощи, перевод ребенка на ИВЛ с последующей экстренной медицинской эвакуацией в реанимационное отделение стационара.

4.1.2. При отсутствии выраженного эффекта показано внутривенное введение вальпроата натрия для инъекций из расчета – сразу 2 мг/кг внутривенно струйно, затем внутривенно капельно по 6 мг/кг/час, растворяя каждые 400 мг в 500 мл 0,9% растворе натрия хлорида или 20% растворе декстрозы; Или (в условиях работы специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи) - внутривенное введение фенитоина (дифенина) в дозе насыщения 20 мг/кг;

4.1.3. При некупирующихся судорогах препаратами выбора являются барбитураты короткого действия. Тиопентал натрия одновременно вводится внутривенно и внутримышечно в суммарной дозе 8-10 мг/кг (не более 15 мг/кг). Для внутривенного введения применяется 0,25-0,5-1,0 % раствор препарата, а для внутримышечного - 2-5 %.

4.1.4. При неэффективности противосудорожного эффекта бензодиазепинов показано введение Натрия оксибутирата 20% - 100 мг/кг внутривенно.

4.2. При нарушении сознания для предупреждения отека мозга, при гидроцефалии или гидроцефально-гипертензионном синдроме показано назначение петлевых диуретиков - лазикс 1-2 мг/кг и глюкокортикоидов 3-5 мг/кг/сутки в перерасчете на преднизолон внутривенно или внутримышечно.

4.3. При фебрильных судорогах вводят Sol. Analgini 50% - 0,1 мл/год (10 мг/кг) внутривенно в сочетании с Sol. Suprastini 2% - в дозе 0,1–0,15 мл/год жизни внутримышечно, но не более 0,5 мл детям до года и 1,0 мл - детям старше 1 года жизни;

4.4. При гипогликемических судорогах внутривенно струйно вводят 20% раствор глюкозы из расчета 2,0 мл/кг с последующей госпитализацией в эндокринологическое отделение;

4.5. При гипокальциемических судорогах внутривенно медленно вводят 10% раствор кальция глюконата - 0,2 мл/кг (20 мг/кг) (после предварительного разведения 20% раствором декстрозы в 2 раза).

Показания к госпитализации детей в стационар отделение интенсивной терапии:

- судороги с нарушением функции дыхания;
- судороги с последующим нарушением сознания;
- судороги у детей первого года жизни;
- судороги впервые выявленные;
- судороги неясного генеза;
- фебрильные судороги на фоне отягощенного анамнеза;
- судороги вследствие черепно-мозговой травмы;

- дети с судорожным синдромом на фоне инфекционного заболевания (в реанимационное отделение инфекционного профиля)

При условии самостоятельного купирования судорог на догоспитальном этапе, а также отсутствия нарушений витальных функций, ребенок может быть госпитализирован в отделение соматического профиля под динамическое наблюдение дежурного врача.

Вывод: Качество и своевременность оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе у детей с судорожными синдромами определяют во многом дальнейший прогноз и течение заболевания.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ МЕЖДУ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ И ГОСПИТАЛЬНЫМ ЭТАПОМ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Гарбуз Е.П.[2], Ткачёва М.Ю.[1], Ярошевский Р.В.[2], Пискорская Л.В.[2], Стадник А.Д.[1]

[1] ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2] ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», Луганск

Введение. Интенсивный рост транспортного травматизма, возросшее количество природных и техногенных катастроф, отголоски локального военного конфликта существенно изменили классическое представление о политравме у детей. Доминирующее значение приобрели тяжелые множественные и сочетанные повреждения, последствия которых занимают ведущие позиции в структуре заболеваемости и причин смертности детского населения. Летальность при множественных и сочетанных повреждениях достигает 40 %, а инвалидизация - около 45 %.

Таким образом, проблема диагностики и лечения данной патологии является одной из наиболее актуальных. Чтобы создать действенную систему лечения пациентов с политравмой, необходимо принять во внимание проблему преемственности при оказании первичной медицинской помощи, как на догоспитальном этапе, так и при поступлении больного в стационар.

Цель исследования: проанализировать качество преемственности оказываемой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапе детям с травмой различного генеза.

Материалы и методы исследования: анализ качества оказания помощи при травме различной степени тяжести выполнен на основании базы данных карт вызовов бригад скорой медицинской помощи (форма 110/у) к 58 пациентам, которые были доставлены для

дальнейшего лечения в отделение анестезиологии и реанимации Луганской республиканской детской клинической больницы с 2015 по 2016 г. Возраст детей был от 1 месяца до 18 лет.

Структура полученной травмы среди госпитализированных детей и подростков в зависимости от нозологии за период 2015-2016 гг. представлена в таблице 1.

Характер помощи на догоспитальном этапе анализировали критериям рекомендованными протоколами оказания догоспитальной медицинской помощи детям с травмой [1,2,3]:

1. наличие адекватного обезболивания;
2. транспортная иммобилизация;
3. была ли проведена инфузионная терапия;
4. наличие или отсутствие сосудистого доступа.

Таблица 1

Структура травмы среди госпитализированных детей и подростков

Нозология	**2015 год**	**2016 год**
ЗЧМТ	12	8
ОЧМТ	4	6
Минно-взрывная травма	5	1
Сочетанная травма	2	3
Политравма	7	2
Кататравма	1	6
Огнестрельное ранение	-	1
Всего	**31**	**27**

Результаты и их обсуждение:

Сводные статистические данные анализа деятельности бригад СМП представлены в таб.2.

Таблица 2

Сводные статистические данные анализа деятельности бригад скорой медицинской помощи

Критерий оценки	**2015 год**		**2016 год**	
	количество	**% от общего числа**	**количество**	**% от общего числа**
Обезболивание	9	29	7	26
Иммобилизация	12	38	9	33
Инфузионная терапия	5	16	4	15
Венозный доступ	13	42	11	40

Анализ полученных результатов показал, что тяжесть состояния пациентов не во всех случаях требовала проведения обезболивания и начала инфузионной терапии, тем самым объясняется относительно невысокий процент выполнения данных мероприятий. Также, учитывая короткое плечо доставки (в случае 10 минутной до специализированного стационара), не всегда оказывалось целесообразным потеря времени на установку периферического доступа.

Выводы:

1. Временной интервал между травмой и специализированной помощью должен быть сведен к минимуму.
2. Объем медицинской помощи при политравме определяется с учётом утверждённых протоколов.
3. Физикальное обследование должно быть направлено, в первую очередь, на диагностику и устранение угрожающих жизни состояний, включает в себя оценку согласно алгоритму «ABCDE».
4. Наружное кровотечение должно быть остановлено. Любое устройство по типу кровоостанавливающего жгута эффективно.
5. Догоспитальная кровопотеря должна быть оценена.
6. Инфузионная терапия при политравме у детей должна опираться на принципы стартовой малообъёмной ресусцитации.
7. Основным методом обезболивания при политравме является введение наркотических аналгетиков, а также использование новокаиновых блокад мест переломов.
8. При соответствующих показаниях, иммобилизация является обязательной, осуществляемой после обезболивания процедурой, с использованием стандартных или подручных средств.

Литература

1. Левкин О.А. Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи при политравме на догоспитальном этапе / О.А. Левкин. Б.М. Голдовский, К.В. Сериков // Медицина неотложных состояний. – 2014. - №4 (59). – С. 108-110.
2. Оказание медицинской помощи при политравме на догоспитальном этапе: (метод.рекоменд.) / Сост.: И.З. Яковцов и др. – Х., 2007. – 23 с.
3. Приказ Министерства охраны здоровья Украины от 17.01.2005 № 24 " Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Медицина невідкладних станів".

УДК: 616.858

ОЦЕНКА РЕГУЛЯЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДА СТАБИЛОМЕТРИИ

Гельпей М.А., Исачкина Н.С., Колмакова Т.С., Гончарова З.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Ростов-на-Дону, Российская Федерация.

Постуральные нарушения являются одними из наиболее инвалидизирующих клинических симптомов болезни Паркинсона (БП). Стабилографическое исследование проведено у 25 пациентов с БП и у 9 родственников пациентов без каких-либо клинических проявлений неврологических заболеваний. Результаты свидетельствуют о значительном снижении компенсаторных возможностей поддержания равновесия и основной стойки при БП и позволили выявить нарушения регуляции двигательной активности у здоровых людей, входящих в группу риска развития БП.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, стабилография.

ESTIMATION OF THE REGULATION OF MOTOR ACTIVITY IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE BY THE STABILOMETRY.

M.A. Gelpey, N.S. Isachkina, Z.A. Goncharova, T.S. Kolmakova.

The Rostov State Medical University. Rostov-on-Don, Russia

Postural disorders are among the most disabling clinical symptoms of Parkinson's disease. Stabilography was conducted in 25 patients with PD and in 9 patients’ relatives without any clinical manifestations of neurological diseases. The results indicated a significant decrease of compensatory possibilities of maintaining equilibrium and basic posture in PD and have revealed violations of the regulation of motor activity in healthy people who are at risk of developing PD.

Key words: Parkinson's disease, stabilography.

Вступление: Болезнь Паркинсона (БП) - неуклонно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, в основе которого лежит преимущественное поражение дофаминергических нейронов черной субстанции (ЧС), проявляющееся сочетанием гипокинезии с мышечной ригидностью, дрожанием, постуральной неустойчивостью, а также широким спектром немоторных проявлений [1]. Установлено, что клинические симптомы

болезни Паркинсона многообразны и включают в себя вегетативные, сенсорные и нервно-психические расстройства. В настоящее время этот спектр немоторных проявлений рассматривается как предиктор БП, опережающий двигательные симптомы более чем на 10-20 лет [2]. На поздних стадиях диагностика БП не вызывает трудностей не только для неврологов, но и для врачей других специальностей. В настоящее время серьезной проблемой остается диагностика заболевания на ранних стадиях, когда моторный дефект выражен минимально, а лечение патологии наиболее эффективно. По данным эпидемиологического исследования Гончаровой З.А. (2014 г.) в г. Ростове-на-Дону на I стадию приходится всего 8,1% из всех пациентов. В то же время на II стадии на учете состоит 41,6% пациентов, на III – 40,37%. [3].

Нарушения ходьбы и постуральной устойчивости относятся к числу основных проявлений БП и развиваются на определенном этапе у всех пациентов [4]. На ранних стадиях заболевания нарушения ходьбы, как правило, не вызывают серьезных проблем у пациентов, но по мере прогрессирования БП и присоединения постуральной неустойчивости их влияние неуклонно нарастает, сопровождаясь появлением застываний, падений, в итоге приводя к неизбежной инвалидизации больного [5].

Появление современных инструментальных методов исследования ходьбы и функции равновесия позволяет более детально изучить особенности нарушения ходьбы и постуральной устойчивости на разных стадиях БП. Одним из таких методов является стабилография – сочетающая такие преимущества как неинвазивность, возможность автоматической обработки, возможность массового использования. Суть методов стабилографических исследований сводится к оценке биомеханических показателей человека в процессе поддержания им вертикальной позы [6].

В настоящее время отмечается накопление в семьях случаев БП. При наличии одного близкого родственника, страдающего БП, риск этого заболевания увеличивается в 2–2,5 раза. В связи с этим актуальным является оценка риска развития БП у родственников больных и поиск ранних признаков, формирующих клиническую картину данного заболевания.

Цель исследования: оценка регуляции двигательной активности у пациентов с БП, а также их родственников с помощью метода стабилографии.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе неврологического отделения клиники ГБОУ ВПО РостГМУ в период с марта 2016 года по ноябрь 2016. При выполнении работы использовались данные анамнеза, медицинской документации, полного неврологического осмотра и инструментального обследования 25 пациентов с БП (14 мужчин, 11 женщин), 9 родственников пробандов (4 мужчин, 5 женщин) и 31 человек для контрольной группы (13 мужчин, 18 женщин). Стабилографическое исследование

выполнялось в лаборатории экстремальных физических методов диагностики и лечения РостГМУ. Стабилометрия осуществлялась в специально оборудованном помещении в присутствии врача. В исследовании применялись установки стоп пациента на платформе по американской позиции. Тест состоит из трех проб – с открытыми (ОГ) и закрытыми глазами (ЗГ) и удержание центра равновесия в мишени (М). В первой пробе испытуемому предлагалось стоять в основной стойке с открытыми глазами в течение 52 секунд с заданием: сосчитать про себя круги белого цвета, появляющиеся на экране. Во второй пробе (52 с) испытуемый стоял в основной стойке с закрытыми глаза и считал звуковые сигналы. По завершению проб испытуемый сообщал количество кругов и сигналов.

Результаты исследования. В анализируемой нами выборке средний возраст составил 62,3±7,7 лет, стадия по Хен-Яру в среднем составила – 2,4±0,7. Дебют заболевания наблюдался в среднем в 55,9±8,6 года. Длительность заболевания была от 0,5 до 15 лет, средняя длительность заболевания – 6,4±4 года.

При проведении анализа стабилограммы установлено, что пологая кривая графика амплитуды колебания тела стоя в состоянии покоя с открытыми глазами характеризует неустойчивое равновесие тела при БП.

Также выявлена значимая диссоциация между клинической выраженностью постуральной неустойчивости и стабилометрическими показателями, отражающими состояние вертикального баланса тела.

При анализе стабилограммы в зависимости от возраста и продолжительности БП были выявлены достоверные корреляции между возрастом пациента и данных пробы с ОГ и между длительностью болезни и пробы с М (r=-0,4 и -0,6 соответственно, $p \leq 0,05$).

Было выявлено значительное различие между показателями стабилометрии у пациентов с БП и лиц в контрольной группе. Средние значения проб у пациентов: ОГ – 73,8±26; ЗГ – 61,1±27; М – 62,2±23. В контрольной группе: ОГ – 88,9±8,6; ЗГ – 81,1±8,3; М – 75,1±16,9. В то же время показатели родственников пробандов занимали промежуточное положение: ОГ – 88,8±4,9; ЗГ – 71,8±26,9; М – 65,8±22,9.

Выводы: Компьютерная стабилометрия позволяет объективизировать нарушения постуральных функций и оценивать их состояние в динамике**.** Возраст и продолжительность заболевания значительно ухудшают показатели стабилометрии. С помощью стабилографического метода можно установить нарушение регуляции двигательной активности у здоровых людей, входящих в группу риска развития БП.

Полученные в данном исследовании результаты требуют дальнейшего изучения при большем объеме выборки.

Литература

1. Левин О.С., Федорова Н.В. Болезнь Паркинсона. - М.:МЕДпресс-информ, 2012. - 352с.
2. Черникова И.В., Гончарова З.А., Хадзиева Х.И., Рабаданова Е.А. Клинические предикторы болезни Паркинсона. // Кубанский научный медицинский вестник. — 2015. — №3 (152). — С. 134-139.
3. Гончарова З.А., Черникова И.В., Рабаданова Е.А., Хадзиева Х.И. Современные аспекты эпидемиологии и ранней диагностики болезни Паркинсона. // Медицинский вестник юга России. – 2014. - №3. – С. 15-21.
4. Нодель М.Р., Яхно Н.Н. Недвигательные нарушения при болезни Паркинсона и их влияние на качество жизни. Болезнь Паркинсона и расстройства движений. Руководство для врачей по материалам I Национального конгресса 2008: 92-94
5. Карпова Е. А. Постуральные нарушения при болезни Паркинсона (клинико-стабилометрический анализ): дис. …канд. мед. наук. М., 2003. 114 с.
6. Клинико-стабилометрический анализ постуральных нарушений при болезни Паркинсона / Е. А. Карпова, И. А. Иванова-Смоленская, Л. А. Черникова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004. № 1. С. 20–23.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАРУЖНОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ СРЕДНИХ ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ (МЕТОДИКА AGEE)

Головченко В.В., Бледнов А.В.

ГУ «Луганская городская многопрофильная больница № 2», отделение травмы кисти, ЛНР

Переломовывихи средних фаланг (СФ) пальцев кисти относятся к внутрисуставным повреждениям проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС). Особенностью ПМФС является большой объем сгибательно-разгибательных движений ($100\text{-}105^0$), ограничение которых приводит к выраженному нарушению функции пальца и кисти. Перелом основания средней фаланги, как правило, носит мелкооскольчатый характер; при повреждении более 40 % суставной поверхности перелом имеет тыльную нестабильность, что приводит к подвывиху или вывиху фаланги (на практике подвывих может иметь место и при повреждении 15%). Переломовывихи СФ могут сочетаться с повреждением волярной пластинки и коллатеральных связок ПМФС.

Описаны и используются методы консервативного и оперативного лечения данного повреждения. Оперативные методы подразделяются на фиксацию ПМФС спицей в

положении сгибания (спица проводится в головку проксимальной фаланги), методы наружной фиксации, динамической наружной фиксации, открытые методы лечения перелома. Открытые способы оперативного лечения данного повреждения с фиксацией спицами, серкляжной проволокой, винтами или пластинами, а также закрытые методы вправления с фиксацией аппаратами внешней фиксации могут приводить к развитию стойких контрактур в ПМФС.

Метод наружной динамической фиксации позволяет разрабатывать движения в ПМФС в ранние сроки после операции. Одним из методов динамической фиксации является метод Agee, который заключается в проведении двух спиц во фронтальной плоскости (первая спица проходит через центр головки проксимальной фаланги, вторая – через основание средней фаланги), при этом спица должна быть проведена через дорзальный участок основания и, ни в коем случае, не должна быть проведена через зону перелома. Третья спица (стержень) вводится с тыльной поверхности в саггитальной плоскости в диафиз средней фаланги перпендикулярно ранее проведенным спицам. Затем спицы изгибаются определенным образом и, при помощи резиновых тяг, монтируется конструкция, которая позволяет устранить подвывих средней фаланги, репонировать перелом и, удерживая в правильном положении, позволяет выполнять движения в ПМФС.

Фиксация данной конструкцией должна проводиться 4-5 недель. Движения начинают разрабатывать через 3-5 дней после операции. Однако при движении в зоне металл-кость в головке проксимальной фаланги может произойти лизис костной ткани, что способствует развитию воспаления и потере стабильности конструкции. Данный метод нами был усовершенствован (патент 94534). По нашей методике в головку проксимальной фаланги проводится не спица, а металлическая трубочка, длина которой на 2-3 мм превышать толщину пальца на этом уровне. При этом комплекс трубочка-кость является стабильным и при движениях пальцем не происходит движения в зоне металл-кость, что снижает риск воспаления и лизиса костной ткани вокруг металла. Затем через отверстие трубочки проводится спица.

Цель исследования: оценка результатов оперативного лечения закрытых переломовывихов средних фаланг пальцев кисти по методике предложенной Agee (или ее модификации), применяемой в отделении травмы кисти ГУ «Луганской ГМБ № 2».

Материалы и методы.

По методу Agee и по модифицированному методу было прооперировано 6 пациентов. У двоих пациентов были переломовывихи средних фаланг II пальцев, у одного – III пальца и у 3 пациентов – IV пальцев. При этом у 2 пациентов операции были выполнены в течение первых 3-5 дней после повреждения, а у 4 пациентов операции выполнены через 3-

3,5 недели после травмы. В одном случае была выполнена открытая репозиция фрагментов средней фаланги с фиксацией микровинтами 1,2 мм с дополнительной фиксацией по Agee в модификации. Активные движения в ПМФС во всех случаях начинали на 3-5 день после операции в зависимости от выраженности отека. Конструкции были демонтированы через 4-4,5 недели после операции.

Результаты.

Во всех случаях подвывихи были устранены во время операции, консолидация наступала в обычные сроки. У обоих пациентов, которые обратились в первые несколько суток после травмы, и им была выполнена операция в течение 1-4 дней после травмы разработка движений в ПМФС проходила очень легко. Объем движений при наличии аппарата был в пределах 60-70^0, а после демонтажа полный объем восстанавливался к 7-10 дню, полные нагрузки на кисть разрешены через 2-3 недели после демонтажа. У пациентов, которые обратились в более поздние сроки (3-3,5 недели после травмы) объем движений в аппарате был значительно меньше (в пределах 15-25^0). После демонтажа во всех случаях была необходимость в лечении в условиях поликлиники или водолечебницы (курсы массажа, ЛФК, озокеритотерапия). Восстановление объема движений происходило не ранее 2-3 месяцев после демонтажа аппарата.

Выводы.

Метод лечения переломовывихов средних фаланг пальцев кисти по Agee является эффективным способом лечения. Данный метод не требует специальных металлоконструкций или инструментария, выполним в условиях травматологической операционной. При использовании модифицированного метода исключаются движения в зоне металл-кость, что уменьшает возможность миграции спиц, потери стабильности и воспаления. Данный метод позволяет выполнять разработку движений в ПМФС с первых дней после операции, что способствует лучшему функциональному результату лечения.

УДК:616-089-06

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПОДСЛИЗИСТОЙ РЕЗЕКЦИИ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

В.Р. Деменков, Т.М. Приставко, И.Е. Берест

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», ЛНР

Актуальность проблемы. Подслизистая резекция носовой перегородки является одной из самых частых операций в ЛОР-отделениях. Искривления носовой перегородки встречается преимущественно у мужчин.

Подслизистая резекция носовой перегородки выполняется под общим обезболиванием или под местной инфильтрационной анестезией, в 20-30% случаев после этой операции встречались неудовлетворительные результаты: не удавалось полностью восстановить носовое дыхание через обе половины носа, у части больных возникали перфорации носовой перегородки [1].

Цель и задачи исследования: изучить частоту и характер осложнений после подслизистой резекции перегородки носа путем ретроспективного анализа результатов операции.

Материалы и методы исследования. Мы наблюдали 162 больных с искривлением носовой перегородки с нарушением носового дыхания, среди них мужчин 106 (65,44%), женщин 56 (34,6%). Искривление носовой перегородки в хрящевом отделе было обнаружено у 84 (51,8%), в костном – 42 (25,9%), в костно-хрящевом – 36 (22,3%). Было установлено, что из 162 пациентов у 115 (70,9%) в анамнезе была травма носа или лицевого черепа. У 76 больных (46,9%) операции были выполнены под общим наркозом, у 86 (53,1%) – под местной инфильтрационной анестезией.

Результатами операций были удовлетворены 130 (82,3%) пациентов, не удовлетворены – 32 (19,7%). Анализируя результаты неудач, нами было установлено, что затруднение носового дыхания у этих пациентов было обусловлено чаще всего не искривлением носовой перегородки, а гиперплазией носовых раковин, прежде всего нижних. Отмечено, что эти лица длительное время пользовались сосудосуживающими каплями. Слизистая оболочка носовой перегородки у них была истончена, сухая. У 16 (9,8%) пациентов обнаружены в хрящевом отделе носовой перегородки перфорации. Они были небольших размеров 1-3мм, во время операции они часто просматривались и обнаруживались только после удаления тампонов. По краям этих перфораций образовывались небольшие валики, покрытые корками, легко кровоточащие. Эти перфорации при форсированном носовом дыхании вызывали свист, что больше всего беспокоило пациентов, их было трудно закрыть. С этой целью мы использовали фрагменты аутохряща носовой перегородки пациентов, гомохрящ, который длительное время выдерживали в 0,5-1% растворе формалина. Кроме того, закрывали дефекты носовой перегоролки с помощью фрагментов перпендикулярной пластинки решетчатой кости, смещенной в зону перфораций. В редких случаях, когда не удавалось закрыть эти мелкие перфорации, то расширяли эти отверстия до 0,5 см и этим удавалось прекратить свист.

Выводы. Учитывая, что 19,7% пациентов в послеоперационном периоде не были удовлетворены носовым дыханием, мы рекомендовали при искривлении носовой перегородки и хроническом гипертрофическом рините после резекции носовой перегородки

производить вазотомию и латерофиксацию нижних носовых раковин. У этих больных отмечалось стойкое восстановление носового дыхания через обе половины носа.

Литература

1. Пискунов Г.З. Септопластика. Коррекция перегородки носа и внутриносовых структур. – Москва, 2005. – 39с.

АНАЛИЗ И ОБЪЕМ ОКАЗАННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «КРАСНОЛУЧСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА «КНЯГИНИНСКАЯ» ВО ВРЕМЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Ковалёв Ю.В., заведующий травматологическим отделением
Государственного учреждения «Краснолучская центральная многопрофильная больница «Княгининская» Луганской Народной Республики

Неотложная травматологическая помощь предоставляется населению города Красный Луч численностью 121796 человек круглосуточным травматологическим пунктом и травматологическим отделением на 50 коек, в том числе 20 коек нейротравматологических.

Регламентирующим приказом по травматологической службе является приказ № 41 от 30.03.1994 года, в частности, положение об ортопедо-травматологиеском отделении городской больницы, приказ № 507 28.12.2002 «Стандарты амбулаторно-поликлинической помощи», «Клинические рекомендации по лечению переломов», «Протокол оказания медицинской помощи больным с черепно-мозговой травмой», и «Клинические протоколы оказания помощи пострадавшим с термическими ожогами».

Цель статьи: информировать об этапах эвакуации, медицинской помощи, проведенном лечении, травмирующих факторах в очаге чрезвычайной ситуации.

Медицинская помощь делилась на:

1.Первая медицинская помощь – оказывается на месте поражения и выполняется самими пострадавшими в виде самопомощи и взаимопомощи и направлена на выполнение простейших мероприятий – временное устранение причин, угрожающих жизни или способствующих развитию тяжёлых осложнений.

2. Первая врачебная помощь – выполняется врачами скорой медицинской помощи на этапе эвакуации, её целью является устранение причин, непосредственно угрожающих жизни в данный момент

Важным этапом первой врачебной помощи является распределение пострадавших на сортировочные группы:

- I сортировочная группа – пострадавшие с крайне тяжёлыми, несовместимые с жизнью повреждениями, находящиеся в агональном состоянии, которые нуждаются в симптоматической терапии[1].

- II сортировочная группа – пострадавшие с тяжёлыми повреждениями, сопровождающимися быстро нарастающими опасными для жизни расстройствами основных жизненно важных функций организма, для устранения которых необходимы срочные лечебно-профилактические мероприятия. В травматологическое отделение данные больные госпитализировались с черепно-мозговой травмой, отрывами конечностей, открытыми и закрытыми переломами [1].

- III сортировочная группа – пострадавшие с тяжелыми и средней степени тяжести повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни, помощь которым оказывается во вторую очередь или она может отсрочена. Данные больные поступали в травматологическое отделение с черепно-мозговой травмой, множественными переломами ребер без гемоторакса и пневмоторакса, с открытыми или закрытыми переломами длинных трубчатых костей, с вывихами крупных суставов, с обширными ранами мягких тканей конечностей, сдавлениями конечностей с длительностью не более 4-6 часов, переломами костей таза без повреждения тазовых органов [1].

- IV сортировочная группа – пострадавшие с повреждениями средней степени тяжести с не резко выраженными функциональными расстройствами. Данные больные поступали в травматологическое отделение с травмой черепа, травмой грудной клетки с повреждением ребер, открытыми и закрытыми переломами костей стопы, кисти, ключицы, лопатки, переломами костей таза без нарушения тазового кольца и повреждения тазовых органов. Такие больные доставлялись на травматологический пункт с последующим направлением на стационарное лечение [1].

- V сортировочная группа – пострадавшие, с легкими повреждениями нуждающиеся в амбулаторном лечении. Данные пострадавшие доставлялись бригадами скорой помощи или путем самообращения в травматологический пункт с последующим оказанием помощи и направлением на амбулаторное лечение [1].

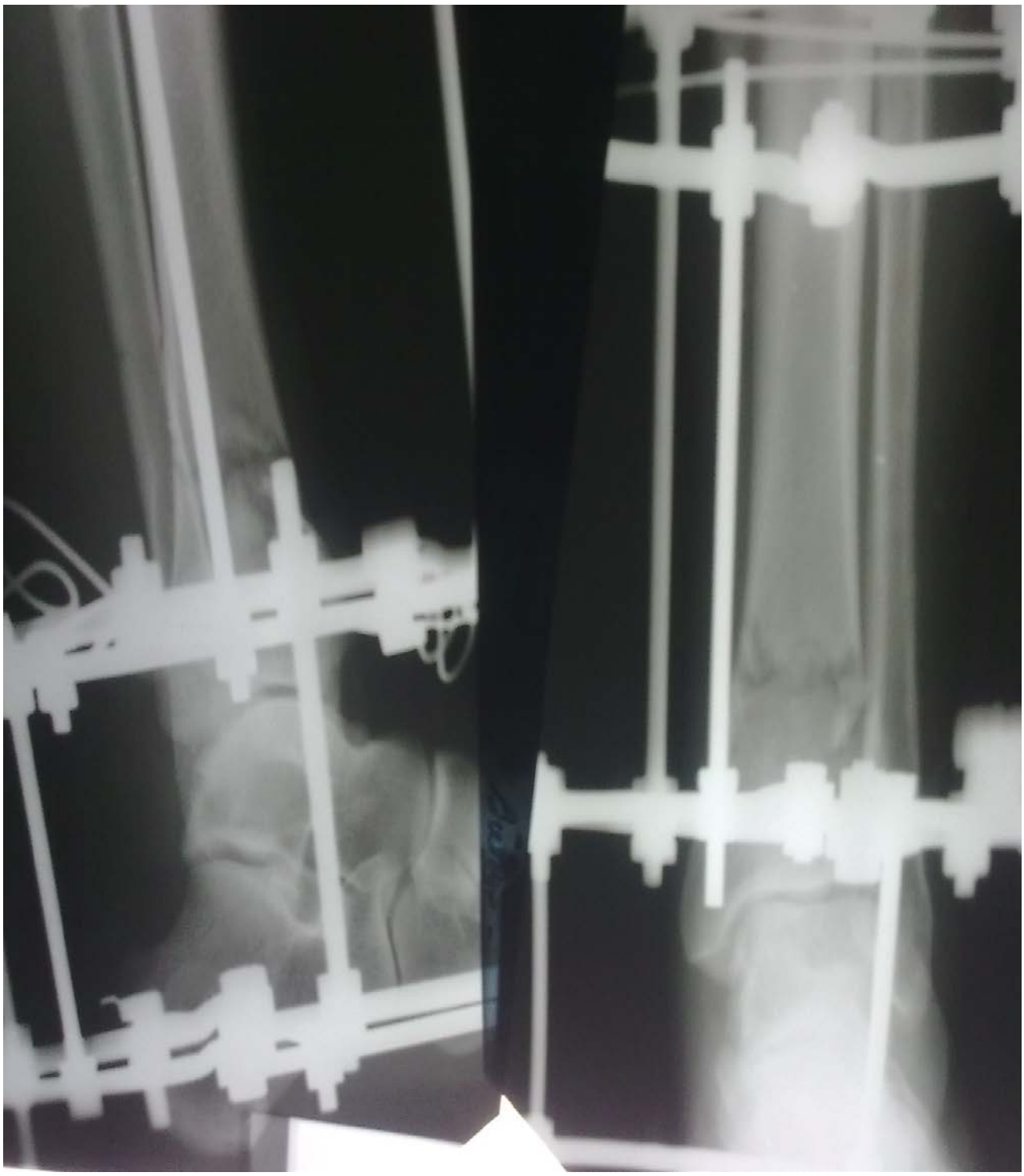
3. Квалифицированная медицинская помощь имеет своей целью выполнение хирургических операций, лечебных мероприятий, направленных на сохранение жизни пострадавших, предупреждение осложнений и борьбу с уже развившимися. В основном это больные второй сортировочной группы [2].

4. Специализированная помощь оказывалась врачами специалистами в специализированных больницах или отделениях [2]. Цель специализированной помощи

выполнить завершающий полный объем медицинской помощи на базе Луганской Республиканской Больницы и госпиталя.

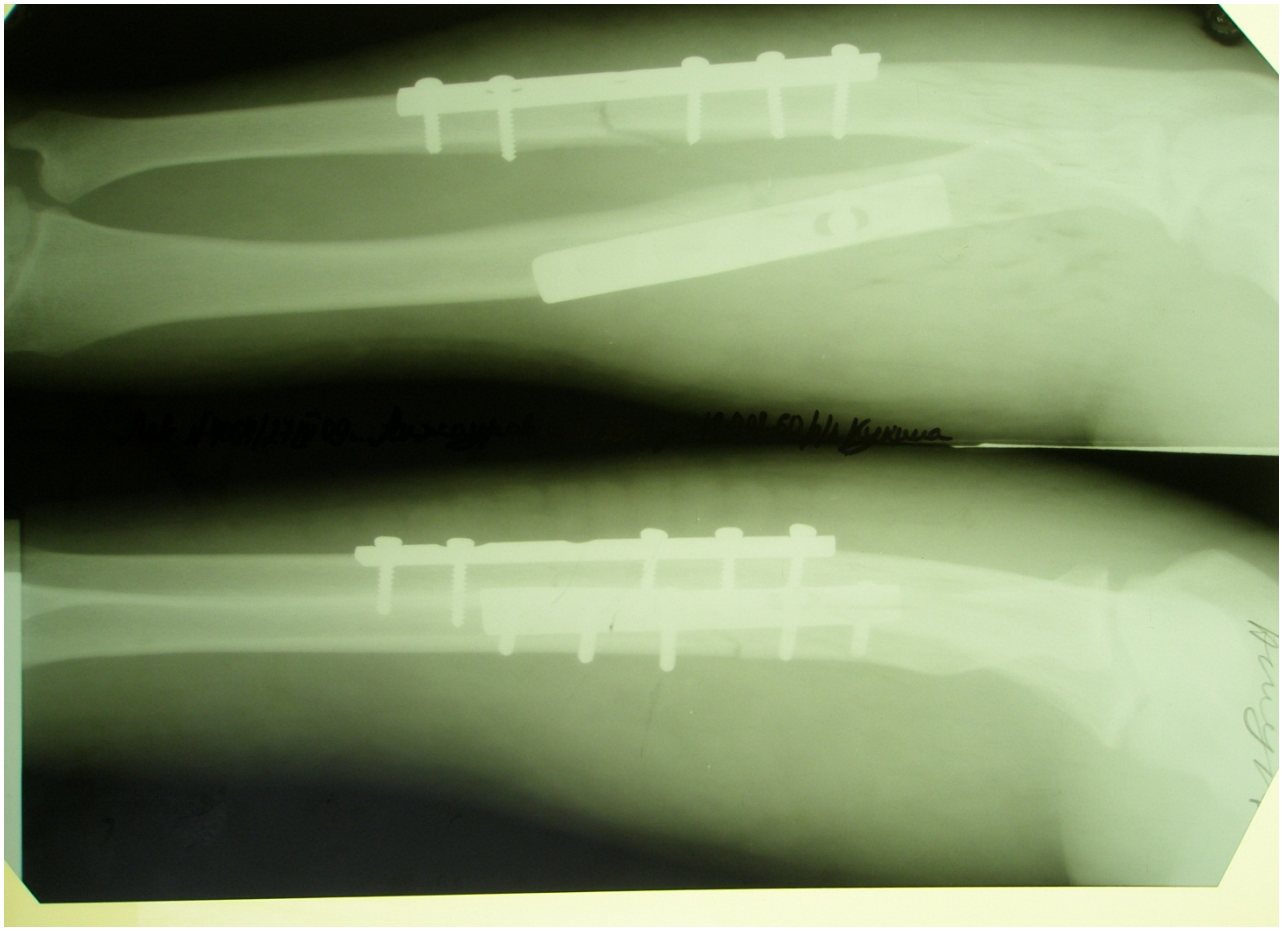
С августа 2014г. по март 2015г. за медицинской помощью в травматологический пункт обратилось 413 военнослужащий. За тот же период в травматологическом отделении пролечен 321 пострадавший, из них переведено в различные госпитали - 229, выписано на долечивание в медицинские роты - 89, произведено ампутаций конечностей - 5, синтез открытых переломов аппаратами внешней фиксации [3] – 12 (плечо, бедро, голень), открытые репозиции костей предплечий [4] с синтезом пластиной – 4, открытые репозиции костей голени [4] с синтезом пластиной – 3, умерло пострадавших - 3, летальность среди пострадавших - 0,93% (по отделению - 0,8%). Медикаментозное обеспечение проводилось в полном объёме, синтез переломов осуществлялся металлоконструкциями, имеющимися в наличии в травматологическом отделении.

Фотокопии рентгенограмм:



Больной К. 49 лет – открытая травма, сдавление стопы.

Больной Н. 32 года, открытая травма, сдавление предплечья.



Больной П. 59 лет, закрытая травма, падение с высоты.

Больной С. 28 лет, закрытая травма.

Во время массовых поступлений пострадавших – до 35-40 человек одновременно путём самообращения – травматологический пункт и приёмное отделение разворачивались как сортировочный пункт, в котором проводилась:

1. Распределение пострадавших по сортировочным группам
2. Осмотр, рентгенография, измерения артериального давления.
3. Оказание первой врачебной помощи – остановка кровотечения, первичная хирургическая обработка ран с последующей госпитализацией в травматологическое отделение.

Характер и вид повреждений у обратившихся пострадавших:

Вид травмирующего фактора			Характер повреждений		
Пулевые	Осколочные	Минно-взрывные	Изолированные	Множественные	Сочетанные
27	142	40	123	46	30

В ходе лечения выявилась проблема: нехватка современных металлоконструкций, дающих возможность оказывать помощь более современную медицинскую помощь.

Вывод: соблюдение очерёдности оказания медицинской помощи, чёткое распределение пострадавших по сортировочным группам врачами скорой медицинской помощи на этапе транспортировки и врачами травматологического пункта даёт возможность качественно оказывать квалифицированную и специализированную помощь, значительно уменьшить количество летальных исходов и инвалидизирующих операций.

Литература

1. Пожаринский В.Ф. Политравмы опорно-двигательной системы и их лечение не этапах медицинской эвакуации//М.:Медицина – 1989 – С. 32-38.
2. Вишневский В.В., Шрайбер М.И. Военно-полевая хирургия//Москва – Медицина – 1998. – С. 24-36.
3. Стецула В.И. Девятов А.А. Чрезкостный остеосинтез в травматологии// К.: Здоровье – 1998. – С. 117-127, 136-142.
4. Котельников Г.П. Миронов С.П. травматология: национальное руководство// - М.: - ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. -351-364, 403-415.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ПНЕВМОНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИРУСОМ ГРИППА A/H1N1 В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Ю.В. Козицкая, О.А. Файнгольд.

ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №7» ЛНР г. Луганск

Резюме: вирусные пневмонии, ассоциированные с вирусом гриппа A/H1N1 сопровождаются тяжелой дыхательной недостаточностью с высокой летальностью. Изменения в легких у пациентов носят быстрый прогрессирующий характер с характерными для острого респираторного дистресс-синдрома проявлениями. Респираторная поддержка

должна включать инсуффляцию кислорода, неинвазивную масочную вентиляцию легких, при неэффективности которых принудительная искусственная вентиляция легких является методом отчаяния с высоким уровнем летальности.

Ключевые слова: вирусная пневмония, вентиляция легких, летальность.

THE EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH VIRAL PNEUMONIA ASSOCIATED WITH THE INFLUENZA A /H1N1/ VIRUS AT THE CITY HOSPITAL

State Institution "Lugansk city hospital №7" LPR Lugansk

Kozytska I., Faingold O.

Summary: viral pneumonia associated with the influenza A/H1N1/ virus is accompanied by severe respiratory distress with a high mortality. Changes in the lungs of patients with acute respiratory distress syndrome are progressing rapidly. Respiratory support should include oxygen insufflation, non-invasive face mask ventilation, the ineffectiveness of which leads to the forced air ventilation that is a method of desperation with a high case-fatality rate.

Keywords: viral pneumonia, pulmonary ventilation, mortality.

Введение.

Грипп ежегодно является причиной 36000 летальных случаев и 200000 случаев госпитализации в стационар в таких странах, как США [1].

Эпидемия гриппа в Украине началась в конце октября 2009г. Число заболевших на 24.01.2010г. достигло 4475370 человек, 1037 человек умерли. Подтверждены были 70 случаев заболевания гриппом A/H1N1, в 17 случаях был летальный исход [2].

Наиболее опасным осложнением гриппа A/H1N1 является развитие вирусной пневмонии, острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) [3].

Brun-Buisson C. и соавторы сообщают, что при ОРДС, сопровождающимся снижением PaO2/FiO2 ниже 150 мм.рт.ст., смертность может достигать 62,5% [4].

Пациентам с вирусной пневмонией и тяжелой дыхательной недостаточностью (ДН) необходима интенсивная терапия и респираторная поддержка. Однако, в значительном проценте случаев так и не удается стабилизировать пациентов и избежать отрицательной динамики течения заболевания, вплоть до летальных исходов.

В 2015-2016 г. на территории Луганской области была зарегистрирована очередная вспышка гриппа A/H1N1, подтвержденная лабораторно. В г. Луганске центром оказания помощи больным с осложнениями гриппа A/H1N1, в частности, с вирусными пневмониями III-IV клинической группы, являлось отделение интенсивной терапии общего профиля ГУ «ЛГМБ № 7» ЛНР.

С началом эпидемии материальная база отделения была усилена тремя концентраторами кислорода и аппаратом Drager Carine.

Цель и задачи исследования.

Целью данной статьи является обобщение и анализ опыта лечения больных с тяжёлой степенью дыхательной недостаточности при вирусной пневмонии, вызванной вирусом с A/H1N1.

Материалы и методы.

Проведен анализ медицинской документации – историй болезни 29 пациентов, которые находились на лечении в ОИТ общего профиля ГУ «ЛГМБ № 7» ЛНР в период с 12.11.2015 г. по 21.02.2016 г. Летальность составила 41,3%. Критическим явился январь 2016 года, в течение которого поступило 22 больных (75,8%).

Возраст больных составил от 32 лет до 82 лет. Мужчин – 15 человек (52%), женщин – 14 человек (48%). Лиц трудоспособного возраста 19 человек (65,5%).

Сопутствующая патология: сахарный диабет I типа – 1 пациент (3,4%), у 3 больных сахарный диабет II типа (10,3%), у 14 пациентов (48,2%) - ишемическая болезнь сердца, диффузный кардиосклероз. Сопутствующая патология у данных больных была в стадии компенсации и субкомпенсации.

Всем пациентам выполнялось рентгенологическое исследование органов грудной клетки при госпитализации и в динамике рентгеновским диагностическим комплексом с цифровой обработкой изображения РДК-ВСМ-14.

Проводился мониторинг артериального давления, частоты сердечных сокращений и сатурации капиллярной крови (SpO2) монитором – UM-300 Patient Monitor.

Выполнялись стандартные клинические и биохимические исследования, исследовался коагуляционный потенциал крови. Больные, в динамике, осматривались пульмонологом, кардиологом.

Комплекс интенсивной терапии, в первую очередь, включал респираторную поддержку, зависящей от выраженности ДН. В зависимости от тяжести дыхательных расстройств больные получали либо инсуффляцию увлажнённого кислорода с потоком, достаточным для коррекции гипоксии, либо неинвазивную масочную вентиляцию аппаратом Drager Carine. При неэффективности последней пациенты переводились на принудительную искусственную вентиляцию лёгких (ИВЛ) аппаратом Фаза-21.

Кислородная поддержка обеспечивалась централизованной подачей кислорода либо при помощи концентраторов кислорода и варьировала, в зависимости от клинической ситуации FiO2 от 0.5 до1.0 (фракция ингалированного кислорода).

Антибактериальная терапия включала цефалоспорины 3-4 поколения, фторхинолоны, макролиды.

С учётом геморрагического характера мокроты назначались препараты, укрепляющие сосудистую стенку. Антитромбоцитарные препараты и низкомолекулярные гепарины не назначались.

Муколитики являлись обязательным компонентом медикаментозной терапии. С учётом того, что при данной патологии возникает недостаточность сурфактанта в лёгких, пациентам применялись препараты содержащие фосфолипиды, преимущественно за счёт фосфатидилхолина («Фосфоглив»).

Профилактика стрессовых язв желудочно-кишечного тракта выполнялась блокаторами протонной помпы. С целью профилактики дисбиоза кишечника назначались пробиотики, противогрибковые препараты. Проводилась коррекция гуморального иммунитета внутривенным иммуноглобулином «Иммуновенин».

Инфузионная терапия имела рестриктивный характер. Объём суточной внутривенно введённой жидкости составлял 0,5-0,7 л, за счёт носителя для препаратов (физиологический раствор). С целью детоксикации использовался реамберин 250-500 мл/сутки.

Энтеральное питание производилось по желанию пациента. В основном, включало жидкую часть (вода, отвар шиповника, кисло-молочные продукты), т.к. все пациенты испытывали жажду, а не чувство голода.

Результаты исследования и их обсуждение.

Заболевание начиналось однотипно: ломота во всем теле, головная боль, повышение температуры тела до 39 С, рефрактерное к различным антипиретикам. Рано присоединялся сухой, изнуряющий кашель. Состояния прогрессивно ухудшалось к 3-5-му дню заболевания. Усиление одышки при умеренной физической нагрузке либо в покое, выраженная общая слабость, кашель с небольшим количеством трудноотделяемой мокроты розового цвета или с прожилками крови являлись причиной обращения за медицинской помощью.

При госпитализации обращало на себя внимание: бледность или серость кожных покровов, акроцианоз. SpO2 при FiO2=0.21 менее 70% отмечена у 8 (27,5 %) больных – 5 из них скончались в результате прогрессирующего ухудшения, SpO2=71-80% - у 2 пациентов (6,8%) – 1 больной умер, SpO2=81-90% - 12 (41,3%) – 4 скончались, выше 90% - 7 (24,1%) пациентов – 1 больной скончался. Частота дыхания составляла до 22-40 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Одной из неординарных особенностей клинических проявлений было то, что имея низкий уровень оксигенации крови в 75-80%, некоторые пациенты достаточно активно передвигались, не имели явлений энцефалопатии, и, нередко,

при госпитализации, заходили самостоятельно в отделение интенсивной терапии, без посторонней помощи и транспортировки.

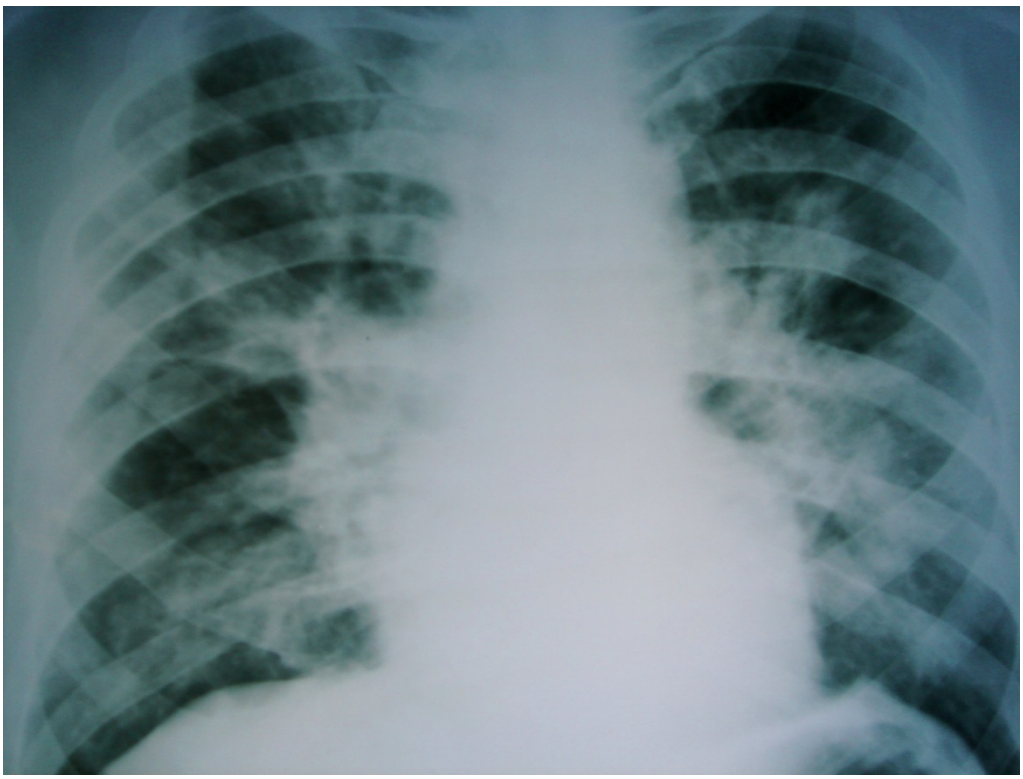
При явных признаках выраженной дыхательной недостаточности имела место своеобразная, скудная аускультативная картина: жесткое дыхание над всеми отделами лёгких, ослабленное в базальных, где аускультировалась «нежная» крепитация.

На момент поступления у 55,0% больных гемодинамика оставалась стабильной, у 45% пациентов выявлена склонность к гипотензии (АД=90/60-100/70 мм.рт.ст.). У части больных - 37,9%, отмечалась тенденция к стойкой тахикардии от 115 до 130 ударов в минуту, что, прогностически, явилось неблагоприятным признаком.

По результатам рентген-исследования определялись: признаки двусторонней полисегментарной пневмонии с участками затемнения за счет инфильтрации, местами сливающихся между собой, инфильтрированность кроней лёгких, отсутствие четкой дифференциации синусов плевральных полостей.

Признаки билатерального поражения лёгких определялись у 68,9% больных, монолатеральные поражения, изначально, выявлены у 31,1% пациентов, у которых в динамике выявлялось билатеральное поражение легочной ткани. (Рис.1)

Рис.1



В клиническом анализе крови выявлена лейкопения у 13 больных (44,8%). Основные стандартные клинико-биохимические показатели не выходили за пределы референтных интервалов.

По результатам серологического исследования парных сывороток крови в РТГА с гриппозными диагностикумами было выявлено нарастание титра антител к вирусу гриппа A/H1N1 у четырех больных.

Ретроспективно всех пациентов можно было разделить на четыре группы: 1 группа – пациенты, которым применялась лишь инсуффляция кислорода через носовые канюли с различным потоком кислорода от кислородных концентраторов либо из централизованной системы; 2 группа – пациенты, прогрессирование заболевания у которых потребовало проведение неинвазивной масочной вентиляции аппаратом Drager Carine; 3 группа - пациенты, которым проведение неинвазивной масочной вентиляции было неэффективно (психологическая непереносимость, выраженная гипоксемия, рефрактерная к высокой FiO2) что потребовало проведение интубации трахеи и проведения принудительной ИВЛ.

В четвёртую группу пациентов вошли больные, которым потребовалось применение ИВЛ в первые часы госпитализации.

1 группу составили 13 пациентов (44,8%). Применялся выше описанный комплекс лечения. В процессе наблюдения отмечалась исходная SpO2 от 64 до 94%. Инсуффляция кислорода приводила к значимому увеличению SpO2 на 10-15%. Несмотря на низкие показатели исходной SpO2, пациенты этой группы находились в полном сознании, сохраняли возможность полной кооперации. Было отмечено, что качество ингалируемого O2 в значительной степени зависит от его источника. Так, при подаче O2 из кислородного концентратора SpO2 повышалась незначительно. При применении централизованного O2, повышение SpO2 было значимым, что субъективно отмечено больными.

Замечено, что у некоторых больных внезапно возникали признаки рецидивирующего отека легких со снижение сатурации крови на 8-10% от индивидуального исходного уровня; нарастанием психомоторного возбуждения, страха смерти. Немедленной медицинской помощью в данном случае являлось внутривенное введение диуретиков, после чего состояние пациента стабилизировалось.

Средний срок лечения в отделении интенсивной терапии 8 суток. Пациенты переведены для дальнейшего лечения в отделение терапии.

2 группа - 11 пациентов (37,9%) получали тот же комплекс интенсивного лечения, Исходная сатурация крови варьировала от 38% до 86%. При госпитализации в отделение интенсивной терапии пациентам немедленно начиналась инсуффляция O2, оценивался ответ на кислородотерапию. У данной группы больных эффективность O2-терапии была временной, увеличивалась «цена» дыхания, что потребовало применение неинвазивной вентиляции лёгких. Сроки неинвазивной вентиляции лёгких от 1 до 5 суток. Режимы вентиляции подбирались индивидуально для каждого пациента. FiO2 варьировала от 0,4 до

0,8. Трое больных смогли адаптироваться к особенностям проведения неинвазивной вентиляции лёгких, что привело к стабилизации показателей внешнего дыхания, повышению SpO2, снижению чувства нехватки воздуха. В дальнейшем, эти пациенты были отлучены от респиратора, получали ингаляцию O2. В стабильном состоянии, кислороднезависимыми были переведены в терапевтическое отделение.

Пять пациентов психологически не выдержали неинвазивную вентиляцию легких. Возможно, психомоторное возбуждение, явления энцефалопатии и отказ от неинвазивной вентиляции были обусловлены гипоксией и гипокапнией. У трех пациентов прогрессивно снижалась SpO2, невзирая на увеличение FiO2 вплоть до 1,0.

Эти восемь пациентов были переведены на инвазивную ИВЛ и составили 3 группу больных.

Им проводилась ИВЛ аппаратом «Фаза-21» в режиме PS или CMV в условиях нейромиоплегии. Длительность инвазивной ИВЛ составила от 1 до 3 суток.

Все эти пациенты умерли на фоне прогрессирующего ухудшения состояния: дестабилизации гемодинамики после перевода на ИВЛ, несмотря на применение симпатомиметических препаратов в максимальных дозах; прогрессирующей гипоксемии, рефрактерной к повышению FiO2 до 0,8-1,0. Проведение рекруитмент-маневра, пронопозиции имело эффект временный и было ограничено прогрессирующим ухудшением состояния больного, нарастанием легочно-сердечной недостаточности.

В четвертую группу вошли 4 пациента (13,7%), поступившие в крайне тяжёлом состоянии с критическими показателями внешнего дыхания, гемодинамики и нарушением сознания по типу энцефалопатии. Этим больным потребовалось применение ИВЛ в первые минуты или часы после госпитализации. Все эти случаи закончились летально в течение первых суток пребывания в отделении интенсивной терапии.

В городском патологоанатомическом отделении проведены аутопсии всем умершим больным. Одним из примеров является патологоанатомическое заключение больного Ш. история болезни № 315 за 2016 г: вход в гортань, просвет трахеи свободны. Слизистая оболочка крупных бронхов сероватого цвета, в просвете дистальных отделов желтоватое содержимое. Легкие утяжелены, во всех отделах темно-красного цвета. На разрезах темно-красного цвета. С поверхности разреза стекает мутная, желтоватая, кровянистая жидкость. В просвете мелких бронхов гнойно-слизистое содержимое. Лимфатические сосуды, расположенные в межуточной ткани легких, расширены, переполнены лимфой, прикорневые лимфатические узлы увеличены.

Результаты гистологического заключения № 54-60: легкие – структура легкого частично нарушена, частично сохранена. Отмечается наличие зон ателектазов, зон

эмфизематозно измененных альвеол. В стенках бронхиол отек и десквамация бронхоальвеолярного эпителия. Сосуды всех калибров резко расширены, полнокровны, в просвете стаз. Альвеолы (около 10%) содержат полупрозрачный эозинофильный экссудат, местами сетчатого вида. В просвете альвеол слущенные альвеолоциты, в отдельных полях зрения – значительно. Преимущественно во всех полях зрения альвеолы резко расширены, к стенкам альвеол прилежат плотные эозинофильные массы пластинчатого вида (гиалиновые мембраны). В тканях легкого множественные кровоизлияния. В межальвеолярных перегородках воспалительные инфильтраты – преимущественно лимфоцитарные.

Несомненно, одним из важных этапов комплексной интенсивной терапии дыхательной недостаточности, которая сопровождает вирусную пневмонию, является респираторная поддержка. Существуют определенные показания для перевода больных с дыхательной недостаточностью на ИВЛ [5]. Но не стоит забывать о том, что перевод больного на ИВЛ не всегда приводит к положительной динамике течения заболевания.

Как правило, перевод больного с нормальными лёгкими на инвазивную ИВЛ приводит к: травматическому поражению дыхательных путей и полости рта, баротравме, развитию вентилятор-ассоциированной пневмонии, иммобилизации с развитием застойных явлений в легких, угнетению функции внешнего дыхания из-за применения седативных препаратов, назначаемых с целью адаптации больного к респиратору, микроателектазам нестабильных альвеол [6].

По данным австралийских авторов [7] для больных с вирусной пневмонией вовремя эпидемии гриппа A/H1N1 в Австралии и Новой Зеландии, начало инвазивной ИВЛ при госпитализации в отделения интенсивной терапии было независимым фактором, связанным с существенным увеличением уровня летальности.

В процессе лечения данной категории пациентов, в основной своей массе, поступивших в короткий промежуток времени, следует отметить, что лечебное учреждение и отделение интенсивной терапии, оказывающее медицинскую помощь должно иметь достаточный, пополняемый при малейшей необходимости запас кислорода, укомплектованный штат медицинских работников, достаточный и постоянно пополняемый запас миорелаксантов, гипнотиков, атарактиков. Расход препаратов данных категорий на одного пациента в сутки на ИВЛ (ориентировочно: натрия оксибутират 40-50 ампул, тракриум – 25-30 ампул и т.д.) может превышать трех суточный запас отделения.

Концентраторы кислорода показали свою слабую эффективность при значимой гипоксемии, их использование эффективно лишь при незначительных нарушениях оксигенации. Как показал опыт даже при максимальном потоке O2 в 6 л/минуту SpO2 увеличивалась на 7-8% от исходной, что, нередко, было недостаточным.

С учетом геморрагических изменений в легочной паренхиме по данным аутопсий применение пациентами ацетилсалициловой кислоты на догоспитальном этапе для купирования гипертермии при данной патологии должно быть запрещено.

Выводы:

1. Вирусная пневмония, ассоциированная с вирусом гриппа A/H1N1 – тяжелое заболевание, характеризующееся быстрой прогрессией респираторного повреждения и рефрактерной гипоксемией. У больных, которым лечение начиналось в поздние сроки от момента заболевания, как правило, прогрессирует развитие ОРДС и синдрома полиорганной недостаточности, которые в значительном проценте случаев ведут к летальному исходу.
2. Лечение данных пациентов является высоко затратным как с материальной стороны, так и требует участия значительного количества медицинского квалифицированного персонала.
3. Отделение интенсивной терапии должно быть оснащено в достаточном количестве современными аппаратами ИВЛ и контрольно-следящей аппаратурой, постоянно пополняемым запасом медикаментов и кислорода.
4. Возможность капнометрии у пациентов на искусственной вентиляции легких должна быть стандартом в любом отделении интенсивной терапии.

Литература

1. World Health Organization. Influenza-like illness in the United States and Mexico. Accessed September 10, 2009.

2. Дружинина А.Н., Шлапак И.П., Лоскутов О.А., Бондарь М.В., Тодуров Б.М., Довгань А.М. Клинический случай ОРДС, вызванного вирусом гриппа A/H1N1 в лечении которого применялась экстракорпоральная мембранная оксигенация. НМАПО им. П.Л. Шупика, КГКБ «Киевский городской центр сердца».

3. Perez-Padilla R., de la Rosa-Zamboni D., Ponce de Leon S., et al. INER Working Group on Influenza Pneumonia and respiratori failure from swine-origin influenza A/H1N1 in Mexico. N.Engl. J Med., 2009; 361(7):680-689.

4. Worldwide H1N1 (Swine Flu) Infection Data. http://www.flucount.org/. Accessed September 10, 2009.

5. МОЗ України. Наказ № 813 від 11.11.2009 «Про затвердження алгоритму надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом (A H1N1Каліфорнія).

6. Глумчер Ф.С., Дубров С.О., Сем'янків А.М., Солярик С.О.. Респіраційна підтримка у хворих на вірусну пневмонію, з важкою ДН. Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця, клінічна лікарня № 4, Київ, Україна. «Біль, знеболювання і інтенсивна терапія». Асоціація анестезіологів України 2(д) 2010, ст..49-50.

7. Schnrider C., Robertson A., et al. Critical Care Services and 2009 H1N1 Inflyenza in Australia and New Zeland. NEJM. 2009.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Котилевская И. Т.[2], Болотина Л. А.[1], Гришина Л. В.[2], Гусак И. А.[2]

[1]ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2] ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», Луганск

Резюме. В данной работе изложен двухлетний опыт постановки центральных венозных доступов под ультразвуковым контролем на примере анестезиологов отделения интенсивной терапии №2 ГУ "ЛРКБ". Приведены полученные осложнения, отмечены преимущества ультразвуковой ассистенции в постановке центральных венозных катетеров.

Ключевые слова: центральный венозный доступ, ультразвуковая навигация, осложнения катетеризации центральных вен.

Введение. На сегодняшний день катетеризация центральной вены является рутинной процедурой в практике анестезиолога. В Соединенных Штатах Америки практические врачи выполняют более 5 миллионов катетеризаций центральных вен в год. Несмотря на повсеместное применение, частое использование и наличие различных методик катетеризации центральных вен, в практической деятельности встречаются осложнения разного характера. Более 15% больных, подвергающихся такой катетеризации имеют осложнения. Технические осложнения наблюдаются в 5-19% случаев, инфекционные – 5-26%, тромботические – в 2 – 26%. К техническим осложнениям можно отнести: 1. пункция артерии; 2. гематома; 3. пневмоторакс, гемоторакс, гидроторакс, кровоизлияние в средостение; 4. неправильное расположение катетера; 5. воздушная эмболия; 6. повреждение нерва; 7. перфорация кишечника или мочевого пузыря.

Пункция артерии, гематома и пневмоторакс являются наиболее часто встречающимися механическими осложнениями установки центрального венозного катетера (таблица 1). В целом, катетеризация внутренней яремной вены и подключичной вены сопровождается близким риском механических осложнений. Подключичная катетеризация чаще осложняется пневмотораксом и гемотораксом, в то время как внутренняя яремная – пункцией артерии. Гематома и пункция артерии часто бывают при бедренной катетеризации.

Поскольку механические осложнения наиболее часты при бедренной катетеризации, внутренний яремный или подключичный доступы должны быть методом выбора при отсутствии противопоказаний. Однако, частота серьезных механических осложнений (например, пневмоторакс, требующий дренирования плевральной полости или кровотечение, требующее переливания крови или операции) при катетеризации из подключичного доступа близка к числу этих осложнений при бедренном доступе.

Таблица 1. Частота технических осложнений при различных типах доступа.*

Осложнение	Частота		
	Внутренняя яремная	Подключичная	Бедренная
процент			
Пункция артерии	6,3-9.4	3,1-4,9	9,0-15,0
Гематома	<0,1-2,2	1,2-2,1	3,8-4,4
Гемоторакс	Не бывает	0,4-0,6	Не бывает
Пневмоторакс	<0,1-0,2	1,5-3,1	Не бывает
Всего	6,3-11,8	6,2-10,7	12,8-19,4

*Данные Merrer и соавт., Sznajder и соавт., Mansfield и соавт., Martin и соавт., Durbec и соавт., Timsit и соавт.

Также, следует вспомнить, что еще в 2001 году Британское Агентство по исследованиям в области здравоохранения и качества оказания медицинских услуг, в своем докладе: «Как сделать здравоохранение безопаснее: критический анализ безопасности пациента», рекомендовало использовать ультразвук для установки всех центральных венозных катетеров как одну из 11 задач, направленных на улучшение помощи пациентам.

Цель исследования: на основании статистических данных проанализировать структуру посткатетеризационных осложнений у пациентов, которым выполнялась катетеризация внутренней яремной вены в условиях ультразвуковой навигации, отделения интенсивной терапии №2 ГУ «ЛРКБ».

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 198 историй болезней пациентов в период с 2015-2016 гг., которым была выполнена установка центрального венозного доступа (через внутреннюю яремную вену) в условиях ультразвуковой навигации. Ультразвуковой контроль осуществлялся аппаратом Esaote MyLab5, с помощью линейного датчика LA523 с частотой 12 МГц в режиме визуализации крупных сосудов.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате отмечалось 1 осложнение в виде пункции внутренней сонной артерии с формированием постпункционной гематомы в окружающих тканях (пациент с хронической почечной недостаточностью V ст., с выраженными нарушениями свертывающей системы крови), и 2 случая пункции внутренней сонной артерии без формирования гематом. Кроме того, под ультразвуковым контролем были распознаны 2 неправильных положения центрального венозного катетера (поставленных на этапе до попадания пациента в ОИТ№2, когда вслепую проводилась пункция подключичной артерии, кончик катетера по ряду причин оказывался во внутренней яремной вене), не распознанные клинически. Кроме того в ряде случаев в просвете вены было выявлено наличие выраженной тромботической окклюзии, что вынуждало отказаться от катетеризации данного сосуда.

Выводы. Установка центрального венозного доступа через внутреннюю яремную вену под ультразвуковой навигацией является золотым стандартом и методом выбора в современном мире. Такая методика позволяет сделать данную рутинную манипуляцию максимально безопасной и комфортной для больного. Возможно выполнить установку максимально быстро, с наименьшим количеством попыток, зачастую с первого раза, что существенно для пациентов с нарушениями гемокоагуляции. Появляется возможность проводить визуальный контроль правильности расположения катетера в сосуде, а также учесть анатомические особенности каждого пациента, косвенно оценить уровень волемии, и понять, происходит ли «спадение» сосуда на выдохе, верифицировать проходимость сосуда, наличие тромботической окклюзии. Все вышеизложенное является залогом минимального количества технических осложнений при данной манипуляции.

ОСТРАЯ ХИМИЧЕСКАЯ ТРАВМА ВЕЩЕСТВАМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Крайнюк А.В.[2], Ткачева М.Ю.[1], Стадник А.Д.[1], Ламонов Е.И.[2]

[1]ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2]ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», Луганск

Введение. Одной из актуальных проблем современной клинической детской токсикологии являются отравления веществами прижигающего действия. Большое внимание к данному вопросу связано с высокой летальностью при этой патологии. Число отравлений веществами прижигающего действия постоянно растет в связи с увеличивающимся

применением в быту и широкой доступностью различных агрессивных средств в ярких упаковках, которые привлекают внимание ребенка.

Случайное употребление детьми различных химических веществ сопровождается развитием ожогов верхних отделов пищеварительного тракта различной степени тяжести. Глубина поражения, площадь ожогов зависят от количества попавшего агента, его концентрации, экспозиции, скорости удаления и нейтрализации агрессивного вещества. При острых отравлениях прижигающими ядами развивается химический вариант ожоговой болезни, вследствие их местного прижигающего эффекта и общего резорбтивного действия.

Ожоговая болезнь химической этиологии имеет свои особенности. Механизм действия химических ожогов не является самокупирующимся, напротив, им свойственен прогрессирующий характер поражения. Важнейшим патогенетическим звеном острой химической травмы, вызванной прижигающими ядами, является экзотоксический шок.

Клинически химические ожоги пищевода на догоспитальном этапе оказания помощи проявляются выраженным беспокойством ребенка, болью различной интенсивности в ротоглотке, за грудиной и в животе, дисфагией, рвотой, диареей. В тяжелых случаях у ребенка могут наблюдаться признаки ожога верхних дыхательных путей и, как следствие, асфиксии, а также поражение центральной нервной системы, печени, почек, что может привести к летальному исходу.

Осложнениями химических ожогов верхних отделов пищеварительного тракта являются развитие рубцовых стенозов пищевода и желудка, ранние и поздние кровотечения, перфорации пищевода.

В лечении химических ожогов пищевода большую роль играет оказание неотложной медицинской помощи сразу же после приема агрессивного вещества. Тактика и программа лечения детей с острой химической травмой на догоспитальном этапе не совершенна и требует детального изучения.

Цель исследования: на основании статистических данных проанализировать структуру химических ожогов у детей г. Луганска и алгоритмизировать тактику лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 46 историй болезней детей с химическими ожогами различной степени тяжести, проходивших стационарное лечение в отделении интенсивной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации Луганской областной клинической больницы с 2010 по 2016 г. Возраст пациентов был от 1 года до 18 лет, из них 82,6 % (n=38) были дети до трех лет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Оказание медицинской помощи детям с острой химической травмой веществами прижигающего действия должно начинаться на месте происшествия немедленно. Применяют этиотропную, патогенетическую и посиндромную терапию, направленную на быстрое удаление прижигающих веществ из желудочно-кишечного тракта.

Алгоритм медицинской помощи, оказываемый специалистами неотложных состояний на догоспитальном этапе:

1. Прекратить воздействие повреждающего агента.
2. Осуществить первичный осмотр ребенка для оценки нарушения витальных функций по алгоритму «ABCDE». Провести быструю оценку тяжести полученных повреждений и степени экзотоксического шока, который развивается в течение 1 - 2 часов после получения острой химической травмы ребенком и сочетается с выраженной абсолютной гиповолемией.
3. Стабилизация состояния больного.

3.1. Обеспечение адекватного газообмена. При открытой голосовой щели - подавать кислород при помощи лицевой маски, носовых канюль. Эндотрахеальная интубация и перевод на искусственную вентиляцию легких показаны при дыхательной недостаточности III – IV степени, остром стенотическом ларингите, отеке гортани, респираторном дистресс-синдроме, ларинго-, бронхиолоспазме. При химических ожогах дыхательных путей - алгоритм трудной интубации у детей согласно рекомендациям DAS 2015.

3.2. Катетеризация периферической и/или центральной вены, при невозможности - внутрикостный доступ.

3.3. Обеспечение адекватной гемодинамики.

3.4. Купирование болевого синдрома: возможно применение не наркотических анальгетиков - р-р Анальгина 50% - 0,1 мл/год внутривенно в сочетании с р-ром димедрола 1% - 0,1 мл/кг/сут, при тяжёлых отравлениях необходимо обязательное назначение опиоидных анальгетиков - р-р Промедола 2% - 0,01 мг/кг или 0,1 мл/год жизни (но не более 1 мл) внутримышечно с использованием диазепама 0,2–0,3 мг/кг внутривенно медленно.

3.5. Проведение противоотечной терапии. Пациентам назначают глюкокортикоиды – преднизолон 2 мг/кг/сут (60 - 90 мг в/в). Возможно использование глюкортикоидов в виде аэрозолей, которыми обрабатывают полость рта, глотку и гортань.

3.6. Проведение антиспастической терапии: 0,1 % р-р атропина 1 мг в/в, платифиллин – 2 мг п/к

4. Туалет полости рта и зондовое промывание желудка обильным количеством холодной воды 12 - 15°С 5 - 6 мл/кг до 8 - 10 л., либо цельным молоком, с предварительной обезболивающей и антистрессорной терапией. Лаваж желудка проводят с помощью

желудочного зонда, предварительно смазанного вазелиновым маслом, либо анестетиком, до чистых промывных вод. При экспозиции более 1 часа зондовое промывание желудка противопоказанно в виду высокого риска развития перфорации, в таком случае показано обильное питье.

При отравлении $KMnO_4$ – обработка полости рта и введение в желудок 2% раствора аскорбиновой кислоты. При отравлении щавелевой кислотой желудок промывают водой с 10 мл 10% раствором кальция глюконата.

5. Строго противопоказаны рвотные средства и лаваж желудка раствором натрия гидрокарбоната.
6. Инфузионная терапия должна проводиться своевременно и оптимально по объему и скорости введения. Показана инфузионная реанимация в объёме 20 – 30 мл/кг/ч раствора Рингера или 0,9 % раствора натрия хлорида.

Все дети с острой химической травмой должны быть госпитализированы в ближайшее отделение интенсивной терапии. Во время транспортировки необходимо продолжать инфузионную терапию и осуществлять мониторинг витальных функций пациента (пульсоксиметрия, ЧСС, ЧД, АД, диурез).

Вывод. Оказание медицинской помощи детям с острой химической травмой веществами прижигающего действия должно начинаться на месте происшествия немедленно, основываясь на протоколах и алгоритмах оказания неотложной помощи. Информированность врачей ургентных специальностей об отравлениях веществами прижигающего действия – одно из главных условий организации оказания эффективной медицинской помощи пострадавшим и является главенствующим фактором в снижении летальности и инвалидизации детей с острыми отравлениями химической этиологии.

ОТРАВЛЕНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛОМ У ДЕТЕЙ. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Крайнюк А.В.[2], Ткачева М.Ю.[1], Стадник А.Д.[1], Евдокименко А.А.[1], Ламонов Е.И.[2]

[1]ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2]ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», Луганск

Введение. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) представляют собой группу лекарственных препаратов, которые широко применяются в клинической практике, причем большинство из них можно купить без рецепта. По литературным данным отравления средствами этой группы составляют 12 % всех отравлений у детей, при этом

возраст последних в 80-90% случаев составляет до 5 лет. В структуре детских отравлений НПВС процент отравлений парацетамолом по данным литературы составляет от 1,1 % до 5,8 %.

Учитывая разнообразие и широкую доступность парацетамола и его аналогов, возможность отравления им следует допускать не только при наличии прямых указаний на его применение, но и во всех случаях ошибочной или преднамеренной передозировки. Как правило, причиной отравлений у детей от 1 до 3 лет являются случайные отравления, что объясняется большой любознательностью и активностью детей в этом возрасте, а также невнимательностью и небрежностью родителей при хранении лекарственных препаратов в легкодоступных местах и необоснованным, беспорядочным их применении. У подростков отмечается как случайный, так и преднамеренный прием токсических веществ с суицидальными намерениями.

Об острой передозировке парацетамолом обычно говорят в тех случаях, если вся доза была принята в один прием или в несколько приемов, но за период не более 4 часов. Минимальная токсическая доза парацетамола для детей составляет 150 мг/кг. Госпитализация ребенка в отделение интенсивной терапии необходима в случае приема дозы, превосходящей 200 мг/кг или если принятое количество препарата неизвестно. При оценке риска о принятой дозе следует опираться на информацию только при наличии бесспорных доказательств ее достоверности. Если анамнестические данные ненадежны или недостоверны необходимо проводить своевременные упреждающие лечебные мероприятия с соблюдением принципов «токсической настороженности».

В лечении отравлений парацетамолом у детей большую роль играет своевременное оказание неотложной медицинской помощи. Эта задача усложняется отсутствием прогностических признаков на ранней стадии отравления, в связи с этим тактика и программа лечения детей с острой химической травмой на догоспитальном этапе не совершенна и требует детального изучения.

Цель исследования: усовершенствовать алгоритм лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе у детей с острыми экзогенными отравлениями парацетамолом и содержащими его комбинированными лекарственными препаратами.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ карт вызовов бригад скорой медицинской помощи (форма 110/у) к 46 пациентам с отравлениями парацетамолом различной степени тяжести, которые были доставлены для дальнейшего лечения в отделение интенсивной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации Луганской областной клинической больницы с 2010 по 2016 г.

Результаты исследования и обсуждение.

Оказание медицинской помощи детям с острыми отравлениями парацетамолом и содержащими его комбинированными лекарственными препаратами должно начинаться на месте происшествия немедленно. Применяют этиотропную, патогенетическую и посиндромную терапию, направленную на быстрое удаление отравляющих веществ из желудочно-кишечного тракта.

Алгоритм медицинской помощи, оказываемый специалистами неотложных состояний на догоспитальном этапе:

1. Осуществить первичный осмотр пострадавшего для оценки нарушения витальных функций по алгоритму «ABCDE». Провести быструю оценку клинической картины отравления с целью определения его фазы.

2. При необходимости стабилизация состояния больного.

2.1. Поддержка и восстановление адекватной функции внешнего дыхания:

2.1.1. Обеспечение проходимости дыхательных путей. Очистка полости рта от слизи, рвотных масс, крови, поврежденных зубов, инородных тел.

2.1.2. Проведение оксигенотерапии показано пациентам со снижением сатурации менее 95%. Ингаляцию увлажненным кислородом проводить с помощью маски или через носовой катетер со скоростью 3 - 5 л/мин.

2.1.3. Эндотрахеальная интубация и перевод на искусственную вентиляцию легких показаны при дыхательной недостаточности III – IV степени, угнетения сознания до уровня глубокого сопора и комы (<8 баллов по шкале ком Глазго).

2.2. Катетеризация периферической и/или центральной вены, при невозможности - внутрикостный доступ

2.3. Обеспечение адекватной гемодинамики.

3. Туалет полости рта и зондовое промывание желудка обильным количеством холодной воды 12 - 15° С 5 - 6 мл/кг до 8 - 10 л. с последующей санацией кишечника с применением энтеросорбентов (активированный уголь 1 г/кг или другие сорбенты в возрастной дозировке).

4. Антидотная терапия. Выбор пути введения зависит, прежде всего, от наличия или отсутствия рвоты. Ее возникновение обусловлено действием парацетамола, в частности степенью интоксикации. Рекомендуется упреждающее введение ацетилцистеина.

Если прошло не более 8 часов с момента попадания парацетамола в желудок, дайте перорально метионин или введите в/в ацетилцистеин.

Если прошло более 8 часов после попадания парацетамола в желудок, или ребенок не может принимать лекарства перорально, введите ацетилцистеин внутривенно. В соответствии с существующими протоколами его внутривенного применения, доза

препарата должна быть введена в течение часа, что позволяет уменьшить риск развития гепато-токсических эффектов.

Пациентам с массой тела до 20 кг ацетилцистеин вводят внутривенно капельно. Стартовая доза - 150 мг/кг в 3 мл/кг 5% раствора глюкозы в течение 15 минут. В дальнейшем препарат вводят в дозе 50 мл/кг в 7 мл/кг 5% раствора глюкозы в течение 40 минут и затем в дозе 100 мг/кг в 14 мл/кг 5% раствора декстрозы в течение 16 часов.

5. Инфузионная терапия должна проводиться своевременно и оптимально по объему и скорости введения. Показана инфузионная реанимация в объёме 10 – 20 мл/кг/ч сбалансированными кристаллоидными растворами.

Все дети с отравлением парацетамолом должны быть госпитализированы в ближайшее отделение интенсивной терапии. Во время транспортировки необходимо продолжать инфузионную терапию и осуществлять мониторинг витальных функций пациента (пульсоксиметрия, ЧСС, ЧД, АД, диурез).

Вывод. Таким образом, отравления парацетамолом у детей являются нередкими в медицинской практике и требуют своевременной диагностики, а также адекватной детоксикационной, в том числе специфической, патогенетической и симптоматической терапии. Исход заболевания и эффективность лечения у таких больных во многом зависят от своевременно начатой терапии, ее объема и строгой преемственности на различных этапах проводимой терапии.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ МЕЖДУ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ И ГОСПИТАЛЬНЫМ ЭТАПОМ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ЭКЗОГЕННЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ.

Крайнюк А.В.[2], Ткачева М.Ю.[1], Ярошевский Р.В.[2], Стадник А.Д.[1], Оберемок С.Е.[1]

[1] ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2] ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», Луганск

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, количество острых и хронических отравлений у детей в развитых странах увеличивается из года в год. В России за последние 5 лет количество отравлений у детей удвоилось (ежегодный прирост около 15 %) и составило около 80 000, т. е. 1 случай на 1000 детей. Для сельской местности эти данные уменьшаются до 0,3-0,4 на 1000 детей, в крупных городах этот показатель равен 2,5-3 на 1000. Наиболее подвержены отравлению дети до 3 лет, на этот возраст приходится более 50 % всех экзогенных интоксикаций; более 26 % составляют дети школьного возраста,

преимущественно старше 13 лет. Среди нозологических форм более 80 % составляют отравления веществами, основными среди которых являются сердечно-сосудистые препараты, преимущественно клофелин, транквилизаторы и нейролептики, седативные и снотворные, в том числе производные барбитуровой кислоты. Следующие по частоте отравления сельскохозяйственными, промышленными и растительными ядами, препаратами бытовой химии, алкоголем, нефтепродуктами, солями тяжелых металлов.

Среди детей старшего возраста значительное место занимают преднамеренные отравления, в том числе алкоголем и наркотиками, токсикомания, реакция имитации. Одной из причин отравления у школьников являются суицидальная и парасуицидальная установки.

Общая летальность среди детей с острыми отравлениями составляет около 10 % и в значительной степени зависит от возраста детей (в группе до 1 года она превышает 3 %) и токсичности химических веществ, вызвавших отравление (при интоксикации бледной поганкой - 16 %, амитриптилином - 3,4 %, уксусной эссенцией - 1,2 %). Особенно высок процент летальности при отравлении высокотоксичными и редко встречающимися ядами в детской токсикологической практике, например, анилином (8 %).

Острое отравление у детей всегда требует экстренной медицинской помощи. Исход заболевания и эффективность лечения токсикологических больных во многом зависят от своевременно начатой терапии, ее объема и строгой преемственности на различных этапах.

Цель исследования: провести анализ качества преемственности оказания помощи между догоспитальным и госпитальным этапом у детей с острыми экзогенными отравлениями.

Материалы и методы исследования: анализ качества оказания помощи при острых экзогенных отравлениях различной степени тяжести выполнен на основании базы данных карт вызовов бригад СМП (форма 110/у) к 100 пациентам, которые были доставлены для дальнейшего лечения в отделение интенсивной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации Луганской республиканской детской клинической больницы с 2015 по 2016 г. Возраст детей был от 1 месяца до 18 лет.

Структура острых отравлений среди госпитализированных детей и подростков в зависимости от этиологического фактора за период 2015-2016 гг. представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура острых отравлений среди госпитализированных детей и подростков

Этиологический фактор	2015 год	2016 год
Психотропные вещества	13	14
Нейротропные вещества	10	1

Кардиотропные вещества	6	9
Щелочи	1	4
Кислоты	-	4
Дикорастущие грибы	1	4
Токсическое действие CO_2	3	5
MIXT- медикаменты	-	17
MIXT-неизвестные вещества	-	6
Гепатотоксичные яды	1	-
Нефротоксичные вещества	1	-
Всего	**36**	**64**

Помощь на догоспитальном этапе оценивали по следующим критериям, которые рекомендованы в протоколах оказания догоспитальной медицинской помощи детям с острыми экзогенными отравлениями:

- использование антидотной терапии;
- промывание желудка;
- была ли проведена инфузия;
- наличие или отсутствие периферического венозного доступа.

Результаты и их обсуждение.

При анализе полученных данных установлено, что лечение на догоспитальном этапе, а также транспортировку детей с ожогами в отделение интенсивной терапии осуществляли как специализированные бригады СМП, так и линейные, что связано с близостью нахождения последних с регистрацией вызова.

Обращает на себя внимание, факт недооценки тяжести состояния специалистами линейных бригад, а, следовательно, в отдельных случаях и оказания не в полном объеме необходимой помощи:

- низкий процент введения антидотов.

- крайне низкий процент установки периферических венозных катетеров. Отметим, что катетеры устанавливаются только специализированной реанимационной бригадой.

- в отдельных случаях отсутствие догоспитальной инфузионной терапии

- низкий процент постановки желудочного зонда. Замечено, что чем младше ребенок, тем реже проводится промывание желудка. Также практически не проводится атропинизация при постановке желудочного зонда.

Сводные статистические данные анализа деятельности бригад СМП представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сводные статистические данные анализа деятельности бригад СМП

Критерий анализа	2015 год		2016 год	
	Количество	% от общего числа	Количество	% от общего числа
Антидотная терапия	12	33	30	47
Промывание желудка	4	11	5	8
Инфузионная терапия	-	-	1	1,5
Постановка сосудистого доступа	2	5,5	4	6

Вывод. Анализ качества преемственности между догоспитальным и госпитальным этапом, в разделе помощи детям с острыми экзогенными отравлениями, позволил выявить ряд тактических недоработок. В некоторых случаях не выполнение требований алгоритма объяснялось очень близким расположением пострадавшего к месту оказания специализированой помощи, и естественным желанием специалистов как можно быстрее доставить такого больного в специализированное отделение. Выявленные недоработки могут быть устранены путем проведения дополнительных образовательных программ среди специалистов, в частности врачей линейных бригад, с целью ознакомления с современными протоколами и алгоритмами оказания медицинской помощи детям с данной патологией.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ МЕЖДУ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ И ГОСПИТАЛЬНЫМ ЭТАПОМ У ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Крайнюк А.В.[2], Ткачева М.Ю.[1], Ярошевский Р.В.[2], Стадник А.Д.[1], Оберемок С.Е.[1]

[1] ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2] ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», Луганск

Введение. Термическая травма остается одним из наиболее частых видов детского травматизма и, по данным ВОЗ, составляет 30 % от всех видов травм. 42 % ожогов приходится на детей раннего возраста. Течение ожоговой болезни у детей напрямую зависит от качества и своевременности оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Алгоритм неотложной помощи детям с термическими травмами складывается из серии последовательных мероприятий:

1. Сердечно легочной реанимации при острой остановки сердечной деятельности;

2. Оценки тяжести термического повреждения;
3. Адекватного купирования болевого синдрома;
4. Установки венозного доступа;
5. Своевременной и качественной инфузионной терапии;
6. Первичной обработки раневых поверхностей.
7. Мобильной транспортировки больного с места происшествия в ожоговый центр или ближайшее отделение интенсивной терапии.

В 2016 году, в традиционные протоколы оказания помощи детям с ожоговой травмой были внесены некоторые тактические изменения [1]. В частности, был пересмотрен раздел показаний к обезболиванию на догоспитальном этапе, а именно: при площади поражения менее 8 % обезболивание проводится путем внутривенного введения ненаркотических анальгетиков, если же площадь поражения более 8 % - введение наркотических анальгетиков является обязательным [3]. Также изменения коснулись раздела инфузионной терапии, являющейся ключевой составляющей в алгоритме оказания специализированной медицинской помощи [2].

Цель исследования: провести анализ качества преемственности оказания помощи между догоспитальным и госпитальным этапом у детей с термической травмой.

Материалы и методы: анализ качества оказания помощи при термическом поражении различной степени тяжести, сделан на основании базы данных карт вызовов бригад СМП (форма 110/у) к 73 пациентам, которые были доставлены для дальнейшего лечения в отделение интенсивной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации Луганской республиканской детской клинической больницы с 2015 по 2016 г. Возраст детей был от 1 месяца до 18 лет.

Помощь на догоспитальном этапе оценивали по нескольким обязательным критериям.

1. наличие адекватного обезболивания;
2. наложение сухих асептических или влажно-высыхающих повязок;
3. начало проведения инфузионной терапии;
4. наличие или отсутствие сосудистого доступа.

Результаты и их обсуждение.

При анализе полученных данных установлено, что лечение на догоспитальном этапе, а также транспортировку детей с ожогами в отделение интенсивной терапии осуществляли как специализированные бригады СМП, так и линейные, что связано с близостью нахождения последних с регистрацией вызова.

Обращает на себя внимание, факт недооценки тяжести состояния специалистами линейных бригад, а, следовательно, в отдельных случаях и оказания не в полном объеме необходимой помощи:

- низкий процент купирования болевого синдрома не зависимо от площади и глубины поражения, при этом введение наркотических анальгетиков не проводится никогда;

- низкий процент наложения сухих асептических или влажно-высыхающих повязок, а также существующие случаи наложения повязок из подручных средств (одеяла, простыни), что приводит к теплоизоляции и увеличению глубины поражения;

- в отдельных случаях отсутствие догоспитальной инфузионной терапии;

- низкий процент постановки сосудистого доступа.

Сводные статистические данные анализа деятельности бригад СМП представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сводные статистические данные анализа деятельности бригад СМП

Критерий оценки	**2015 год**		**2016 год**	
	Количество	**% от общего числа**	**Количество**	**% от общего числа**
Обезболивание	12	40	16	37
Асептическая повязка	8	26	9	21
Инфузионная терапия	2	6	4	9
Сосудистый доступ	9	30	13	30

Вывод. Анализ качества преемственности между догоспитальным и госпитальным этапом, в разделе помощи детям с термической травмой, позволил выявить ряд тактических недоработок. В некоторых случаях не выполнение требований алгоритма объяснялось очень близким расположением пострадавшего к месту оказания специализированой помощи, и естественным желанием специалистов как можно быстрее доставить такого больного в специализированное отделение. Выявленные недоработки могут быть устранены путем проведения дополнительных образовательных программ среди специалистов, в частности врачей линейных бригад, с целью ознакомления с современными протоколами и алгоритмами оказания медицинской помощи детям с термическими поражениями.

Литература

1. Лекманов А.У. Ошибки терапии тяжелой ожоговой травмы у детей на этапе неспециализированной помощи / А.У. Лекманов, М.К. Астамиров, С.Ф. Пилютик // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2013. – № 3. – С. 40–47.

2. Лекманов А.У. «Старые и новые» проблемы инфузионной терапии у пациентов в остром периоде тяжелой ожоговой травмы / А.У. Лекманов, Д.К. Азовский, С.Ф. Пилютик // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2016. - Т.6, № 1. – С. 74-81.
3. Эффективность обезболивания на догоспитальном этапе у детей с тяжелой термической травмой / Д.К. Азовский, А.У. Лекманов, Л.И. Будкевич и др. // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2016. Т.13, №3. – С. 3-8.

ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Крайнюк А.В.[2], Ткачёва М.Ю.[1], Стадник А.Д.[1], Ламонов Е.И.[2]

[1]ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2] ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», Луганск

Введение. Проблема ожоговой травмы является актуальной в медицинском, экономическом и социальном аспектах для всех стран мира, в том числе и для высоко развитых. Среди пациентов с термическими повреждениями дети составляют от 13,8 до 75,3%. По данным Всемирной организации здравоохранения, ожоги в Европе являются одиннадцатой по значимости причиной смерти детей в возрасте от 1 до 9 лет, а среди детей всех возрастов ожоги – третья по частоте причина смерти от травм.

У детей термические поражения являются наиболее распространёнными и тяжёлыми из всех травматических повреждений. Термические поражения кожных покровов нередко сочетаются с ингаляционной травмой дыхательных путей и механической травмой. Сочетанные повреждения отягощают течение ожоговой болезни и ухудшают её прогноз. Тяжесть состояния пациентов определяется видом поражающих факторов, площадью и глубиной поражения, возрастом, наличием сопутствующих заболеваний.

В последнее время отмечаются ряд тенденций изменения ожогового травматизма и уровней оказания медицинской помощи, что требует проведения анализа и эффективности оказания помощи пострадавшим с термической травмой.

Цель исследования: на основании статистических данных проанализировать структуру термической травмы у детей г. Луганска и определить тактику лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 244 историй болезней детей с термической травмой различной степени тяжести, проходивших стационарное

лечение в отделении интенсивной терапии и экстракорпоральных методов детоксикации Луганской областной детской клинической больницы с 2010 по 2016 г. Возраст пациентов был от 1 месяца до 18 лет.

Результаты исследования и их обсуждение.

Ребёнок с термическим повреждением должен восприниматься как пострадавший, находящийся в шоковом состоянии. При обширных ожогах, подозрении или наличии термоингаляционного повреждения дыхательной системы, комплексная противошоковая терапия должна начинаться немедленно.

Объем медицинской помощи, оказываемый специалистами неотложных состояний на догоспитальном этапе:

3. Прекратить воздействие повреждающего агента.

4. Осуществить первичный осмотр пострадавшего для оценки нарушения витальных функций по алгоритму «ABCDE» а также провести быструю оценку тяжести полученных повреждений и степени ожогового шока.

5. Эндотрахеальная интубация и перевод на искусственную вентиляцию лёгких показаны при дыхательной недостаточности III–IV степени, при ожоге трахеобронхиального дерева, массивном ожоге или отёке лица, при ожоге более 60 % поверхности тела.

При подозрении на термоингаляционную травму - алгоритм трудной интубации у детей согласно рекомендациям, DAS 2015.

6. При тяжёлой степени ожогового повреждения пострадавшему устанавливают назогастральный зонд для профилактики рвоты и аспирации.

7. Установить венозный доступ (катетеризация центральной и периферической вены, внутрикостный доступ).

8. Купирование болевого синдрома при ожогах до 8% площади тела: возможно применение не наркотических анальгетиков - Sol. Analgini 50% - 0,1 мл/год внутривенно в сочетании с Sol. Dimedroli 1% - 0,1 мл/кг/сут или инфузионный раствор парацетамола «Инфулган» 1% - 1,5 мл/кг 15-минутной внутривенной инфузией.

При ожогах более 8 % - назначение опиоидных анальгетиков – Sol. Promedoli 2% - 0,01 мг/кг или 0,1 мл/год жизни (но не более 1 мл) внутримышечно или Sol. Ketamini 5% 1 – 3 мг/кг с Sol. Relanii 0.5% 0,2 – 0,3 мг/кг внутривенно медленно.

9. Быстрое и продолжительное охлаждение поражённых тканей проточной холодной водой с температурой не менее 15° С в течение 10 - 15 мин. Глубокие ожоги охлаждают, если прошло не более 30 минут после повреждения.

10. При незначительных ожогах показано наложение сухих асептических или влажно-высыхающих повязок, пропитанных Sol. Novocaini 0,5%, при обширных ожоговых поверхностях – обёртывание пострадавшего в стерильные простыни.

11. Инфузионная терапия должна проводиться своевременно и оптимально по объёму и скорости введения. При термическом повреждении тяжёлой степени или времени транспортировки более 30 минут показана инфузионная реанимация в объёме 20 – 30 мл/кг/ч раствора Рингера или 0,9 % раствора натрия хлорида, или 2 – 4 мл/кг/ч 7,5% раствора натрия хлорида. Пострадавшим с сочетанной или комбинированной травмой, или при времени транспортировки более 30 минут показана инфузионная реанимация в объёме 30 – 40 мл/кг/ч раствора Рингера или 0,9 % раствора натрия хлорида.

12. При ожоге более 50 % поверхности тела и термоингаляционной травме в первые часы после получения ожоговой травмы назначают глюкокортикоиды 3 - 5 мг/кг/сутки в перерасчёте по преднизолону.

13. Составить в письменном виде чёткую историю ожога. Обязательно указывается заключение первоначального осмотра и лечения, которые должны передаваться вместе с пациентом в лечебное учреждение для обеспечения непрерывности лечения больного.

Все пострадавшие с ожогами, несмотря на их площадь и глубину поражения, должны быть осмотрены врачом-травматологом или комбустиологом. Госпитализации в специализированный ожоговый центр или ближайшее отделение интенсивной терапии подлежат следующие категории ожоговых больных:

- дети до одного года жизни независимо от площади поражения;
- дети, у которых площадь ожога больше чем 7–10 % поверхности тела;
- дети с ожогами пламенем на лице или подозрением на дыхательные повреждения;
- дети с ожогами, захватывающими анатомические области, такие как лицо, руки, гениталии и промежность.

Транспортировка может осуществляться любым средством непосредственно в ожоговый центр или отделение интенсивной терапии. Необходимо обеспечить сохранение тепла во время транспортировки. Температура воздуха в машине должна быть в пределах 25 – 33° С. Оптимальное время транспортировки в специализированное отделение не должно превышать 30 минут; если этот период удлиняется, то пациент должен быть доставлен в ближайшее отделение интенсивной терапии. Во время транспортировки необходимо продолжать инфузионную терапию и осуществлять мониторинг витальных функций пациента (пульсоксиметрия, ЧСС, ЧД, АД, диурез).

Транспортабельным для длительной перевозки является ребёнок, получивший ожог в течение первых 6 – 8 часов, а при травме крайней степени тяжести – 2 – 4 часов. В более поздние сроки генерализованная воспалительная реакция переходит в стадию клинических проявлений синдрома полиорганной недостаточности, что значительно повышает вероятность развития различных осложнений. Именно этим и обусловлена тактическая необходимость ранней доставки пострадавших детей в отделения интенсивной терапии или специализированный ожоговый центр.

Вывод. Качество оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе является важнейшим фактором в снижении летальности и инвалидизации детей с термической травмой.

ОЦЕНКА КЛЕТОЧНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Кузовлева И. А., Соцкая Я. А.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией

Введение. Ведущее место в структуре инфекционных заболеваний занимают острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), которыми ежегодно хотя бы один раз в году болеют до 95 % населения. На современном этапе понятия полиморбидности и коморбидности занимают важное место в практическом здравоохранении. По данным многочисленных исследований ОРВИ в условиях промышленного региона Донбасса с наличием неблагоприятных экологических факторов внешней среды довольно часто сочетаются с хронической патологией бронхолегочной системы, такой как хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Данная сочетанная патология характеризуется наличием иммунного дисбаланса, проявляющегося выраженным расстройством местного иммунитета.

Цель настоящего исследования проанализировать состояние клеточного иммунитета у больных острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 122 больных ОРВИ на фоне ХОБЛ возрастом от 22 до 59 лет, получавшие общепринятое лечение в соответствии со Стандартизованными протоколами диагностики и лечения болезней

органов дыхания, включающего противовоспалительные нестероидные препараты, муколитики, бронхолитики, антигистаминные препараты, средства симптоматической терапии.

Результаты исследования и их обсуждение. Течение острых респираторных вирусных инфекций у больных с сопутствующей патологией бронхолегочной системы характеризуется выраженностью клинических признаков и более затяжным течением. Практически у всех больных ОРВИ на фоне ХОБЛ выявлены нарушения со стороны показателей клеточного иммунитета, проявляющиеся наличием Т-лимфопении, дисбаланса субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, снижением иммунорегуляторного индекса, уменьшением показателя РТБЛ. На момент завершения общепринятой терапии у 87% обследованных пациентов сохраняется вторичное иммунодефицитное состояние. Перспективой дальнейших исследований является медикаментозная коррекция иммунобиологических нарушений.

Литература

1. Клиническая и лабораторная иммунология / Л. В. Кузнецова, В. Д. Бабаджан, В. М. Фролов и др. – Киев: Полиграф плюс. - 2012. - 920 с.

2. Модель клинического течения хронической обструктивной болезни легких / О. В. Пашкова, А. В. Разворотнев, А. В. Будневский, В. О. Лукашев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. - 2010. - Т. 9. - № 1. - С. 209-213.

3. Острые респираторные инфекции у детей и подростков: практическое руководство для врачей / Л. В. Осидак, В. П. Дриневский, Л. М. Цыбалова и др. - СПб.: ИнформМед. - 2010. - 216 с.

4. Патогенез острых вирусных инфекций и гриппа / И. В. Сергеева, Н. И. Камзалакова, Е. П. Тихонова, Г. В. Булыгин // Практическая медицина. - 2012. - 6 (61). - С. 47-50.

5. Пересадин Н.А. Оптимизация лечения гриппа и острых респираторных вирусных инфекций у лиц, находящихся в условиях стрессогенной ситуации / Н. А. Пересадин, Я. А. Соцкая, Н. И. Хомутянская // материалы VII Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием. - Москва. - 2015.- С. 264-265.

УДК 614.88

ИЗ ИСТОРИИ СТАНЦИИ «СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» г. ЛУГАНСКА, ГАЛЕРЕЯ ЛУЧШИХ

Ю.В.Кукурекин

ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» ЛНР

Резюме. В организации успешной деятельности Луганской станции скорой медицинской помощи свою значимую роль сыграли те, кого можно отнести к лучшим из лучших. Приводятся творческие характеристики таких замечательных представителей ССМП, как И.Ф.Вольный, Р.А.Нафтель, Н.Б.Шлямкович-Павлова, И.Б.Вейсберг, Ю.А.Черепахин, отличавшихся не только высоким уровнем профессионализма, но и талантами и одарённостью.

Ключевые слова: станция скорой медицинской помощи, организация системы скорой медицинской помощи, научный поиск, лучшие из лучших.

FROM THE HISTORY OF THE STATION, "AMBULANCE" THE CITY OF LUGANSK. GALLERY THE BEST

Y. V. Kukurekin

SI «Luhansk Republican clinical psychoneurological hospital" LPR

Summary. In the organization of successful activity of Lugansk ambulance station the important role played by those who can be attributed to the best of the best. Provides creative features such wonderful representatives of the ssmp, as I. F. Free, R. A. Naftel, N. B.Shamkovich-Pavlova, I. B. Weisberg, J. A. Cherepakhin, distinguished not only high professionalism, but also gifted individuals.

Keywords: ambulance station, organization of the system of emergency medical care, scientific research, the best of the best.

Введение. История организации и успешной деятельности экстренной медицинской помощи в Луганске во-многом связана с рядом её представителей – врачей, средних и младших медицинских работников. Среди них врачи Вольный И.Ф., Нафтель Р.А., Шлямкович-Павлова Н.Б., Вейсберг И.Б., Черепахин Ю.А.

«Любовь к науке навсегда» (Вольный Игорь Фёдорович).

Среди выпускников Луганского медицинского института 1965 года яркой звездой сверкало его имя. Страсть к научному поиску сформировалась на третьем курсе и не

погасала всю жизнь. Именно тогда он стал активным участником студенческого научного кружка на кафедре нормальной физиологии (заведующий профессор Дионесов С.М.).. Работа в кружке была посвящена освоению методов физиологических исследований и оперативных вмешательств на животных – Вольный И.Ф. изучал мозг, реакцию животного на ламинэктомию в шейной области. Операции проводились с учётом требований биоэтики, в послеоперационном периоде кружковцы очень ответственно обеспечивали уход за этими животными. В результате появился ряд статей в научных журналах, доклад на Всесоюзном конкурсе научных студенческих работ по разделу «Естественные науки» в г.Львове, где он был оценен золотой медалью «За лучшую научную студенческую научную работу» Министерства высшего и среднего образования СССР. Доклад иллюстрировался фильмом, сделанным автором, вызвавшим большой интерес.

Трудовой путь Вольного И.Ф.: 1965-1974 годы - заведующий курсами медицинской подготовки Луганского педагогического института. С 1974 года работал на Луганской станции скорой медицинской помощи: 1974-75 г.г. - врач выездной бригады, 1975-76 г.г – врач специализированной хирургической бригады, 1976-80 г.г – врач реанимационной бригады, 1980-81 г.г – заведующий подстанцией, 1981–85 г.г.- заместитель главного врача по медицинской работе, 1985-95 г.г – главный врач, 1995-2001 г.г. – заместитель главного врача по оперативной работе, с 2001 года – был заведующим Центром оргметодработы по СМП управления здравоохранения областной государственной администрации.

Имел 4 авторских свидетельства Государственного комитета по изобретениям и открытиям СССР за разработку портативной многофункциональной дыхательной и наркозно-дыхательной аппаратуры. Представлены и утверждены 37 авторских свидетельств на рационализаторские предложения, опубликованы 21 научно-медицинские работы. Автор компьютерной обучающей и тестовой программы «Алгоритм компьютерного управления спасательными формированиями в очагах чрезвычайных происшествий с массовым количеством пострадавших». Автор книги – практического пособия «Алгоритм экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе».

В 1986–87 г.г. в качестве главного специалиста Луганского облздравотдела по скорой помощи организовывал и непосредственно участвовал в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. Награждён Почётной Грамотой Министерства здравоохранения УССР. Неоднократно организовывал и участвовал в оказании медицинской помощи во время двух наводнений в Луганске, многочисленных шахтных, дорожно-транспортных и других техногенных катастрофах с массовым количеством пострадавших. Один из создателей службы специализированных бригад на Луганской станции скорой медицинской помощи. Инициатор и создатель программного комплекса «АСУ – скорая помощь» на Луганской ССМП.

Влечение к научным изысканиям не оставляла его всю жизнь. В 2010 году Вольный И.Ф. возглавил авторский коллектив, подготовивший практическое руководство «Экстренная медицинская помощь взрослым и детям на догоспитальном этапе». Заявки на приобретение данного руководства пришли не только от врачей Украины, но и из России также, которое стало хорошим подспорьем медицинским работникам, оказывающим экстренную медицинскую помощь и дополнением к предыдущему - «Сердечно-лёгочная и церебральная реанимация на догоспитальном этапе» (2009), душой которого также стал Вольный И.Ф. В конце 80-х годов по чертежам И.Вольного на заводе «ВГСЧ» был произведен реанимобиль на основе автомобиля «Газ-69».

Многолетний опыт клинической работы привёл к логическому выводу о значимости аналитической службы и поэтому в 2004 году Вольный И.Ф. возглавил работу по подготовке и выпуску методических рекомендаций «Информационно–аналитическое обеспечение службы скорой медицинской помощи», посвятив их 50–летнему юбилею Луганского государственного медицинского института и 10-летию университета. В этом же году была издана книга «Алгоритм медицинской помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе. Стандарты качества экстренной медицинской помощи».

Игорь Вольный был разносторонне талантливым человеком. Мало кто знает, что он был сценаристом, писал сценарии для студии, располагавшейся на участке им.Цупова в Луганске. Играл он и на скрипке. То есть, этот человек вошёл в историю здравоохранения и культурной жизни Луганщины!

Литература

1. Вольный И.Ф.//Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе//Луганск – 2006.
2. Вольный И.Ф.//Вольный И.Ф., Постернак Г.И., Пешков Ю.В., Ткачева М.Ю// Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе. Практическое руководство//Луганск - 2006
3. Вольный И.Ф.//Экстренная медицинская помощь взрослым и детям на догоспитальном этапе: практическое руководство//Виртуальная реальность – 2012.
4. Вольный И.Ф.//Вольный И.Ф., Налапко Ю.И., Пешков Ю.В., Сиротченко Т.А.//Экстренная медицинская помощь взрослым и детям на догоспитальном этапе : практическое руководство»//ГУ "Луганский гос. мед. университет", Луганская станция скорой мед. помощи - под ред. В. В. Никонова - Луганск: Виртуальная реальность – 2012 - 495 с.
5. Вольный И.Ф.//Вольный И.Ф.,Белецкая Л.М.//Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе//Луганск - 2013.

6. Вольный И.Ф.//Вольный И.Ф.,Постернак Г.И.//Сердечно-лёгочная и церебральная реанимация на догоспитальном этапе/Луганск – 2013.
7. Вольный И.Ф.//Вольный И.Ф., Соколов А.С., Астафьева О.П.//Алгоритм экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе//Луганск – 2013.
8. Никонов В.В.//Никонов В.В., Вольный И.Ф., Померанцев В.И., Балатанова Е.А., Пешков Ю.В., Михайлик Ю.Г., Роменский В.М.//Алгоритм экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе//Луганск – 2014.

«Врач, профессионал, товарищ, семьянин» (Нафтель Риан Александрович)

Родился 18 ноября 1934 года, во время войны находился в эвакуации, по возвращении в Луганск работал токарем на заводе им. В.И.Ленина, поступил в Луганский государственный медицинский институт, который окончил в 1964 году. Принимал активное участие в общественной жизни – член КПСС, работал в профсоюзной организации. По окончании института работал до 1967 года психиатром в Бирюковской областной психиатрической больнице. В дальнейшем - психиатр высшей аттестационной категории специализированной бригады станции скорой медицинской помощи в Луганске до 1993 года.

Немногие психиатры «идут» на «скорую медицинскую помощь», где нужно быть несколько другим специалистом. Помимо общемедицинских познаний психиатр, а особенно специализированной психиатрической бригады, должен знать современные методы обследования и лечения больных, их реабилитации и предупреждения обострений. Также необходимо хладнокровие и умение видеть в пациенте, даже самом неприятном и буйном, не врага, а проявление болезни.

Вот именно такими качествами и обладал Нафтель Р.А. Кроме этого, он, можно сказать, был «стрессоустойчив», имел высокие профессиональные качества, был ответственен и внимателен к пациентам и своим сотрудникам. Он всегда обосновано госпитализировал пациентов в психиатрический стационар. Это был подвижный обаятельный человек с хорошим чувством юмора, толковый психиатр, немного похожий на Чарли Чаплина с неизменной «Примой» во рту**.** От него многие врачи «скорой» получили первые навыки особенности специальности в области неотложной психиатрии.

Долгие годы на общественных началах Нафтель Р.А. был командиром специального «медицинского отряда ГАИ». С 1998 года Нафтель Р.А. проживал в Израиле, в гор. Хайфа, где и умер 7 июля 2015 года. Осталась о нём светлая память у всех, кто его знал и помнит. Это был настоящий человек, великолепный врач, семьянин, товарищ.

«Ликвидатор аварии на ЧАЭС, поэтесса» (Шлямкович-Павлова Неля Борисовна)

После окончания школы с серебряной медалью поехала поступать в медицинский институт, в Воронеж. Не поступила, окончила медицинское училище, потом – Луганский медицинский институт в 1968 году с «красным дипломом». Все годы обучения в институте сотрудничала в газетах. Поскольку неплохо знала французский язык, на кафедре иностранных языков преподаватель Ольга Павловна давала для перевода стихи с французского на русский. «Альма матер» дала ей не только глубокие врачебные познания, но и воспитала систему моральных ценностей, о чём свидетельствует вся её жизнь.

По окончании института была принята на работу онкологом 3-й городской больницы Луганска. Вскоре стала городским онкологом на общественных началах. А было это непросто - курация и контроль восьми больниц, да ещё и отдалённых в пос. Александровск и г.Счастье. В дальнейшем, Шпакевич А.П., в то время главный врач станции скорой медицинской помощи, трудоустроил так, что было свободное время заниматься двухлетнего возраста ребёнком.

В апреле 1986 года «рванул» Чернобыль. Сначала военкомат посылал туда медиков самостоятельно, потом стали призывать врачей ехать добровольцами на работу в зону аварии. Неле в то время было 46 лет, решила поехать, должен же кто- то работать. О себе не думала, - есть долг перед Родиной!

В Чернобыле были дежурства на «скорой» – сутки через сутки. После дежурства их отвозили на базу отдыха - в брошенный пионерский лагерь в 30 км от Чернобыля. Это была тягостная картина: мёртвые деревни и пионерские лагеря, где не было ничего живого – ни птиц, ни букашек. Великолепные леса, от которых веяло смертью, на дорогах редкие машины - всё военные, а также патрули.

Асфальтовые дорожки в пионерском лагере, где отдыхали между дежурствами, через каждые 4-5 часов смывали водой из шланга, а дозиметр упрямо показывал, что до нормы ещё далеко. На территории пионерского лагеря, как и вокруг - ни птиц, ни мурашек, ни мух и только одна семья аистов оставалась в своём гнезде, думая, что высиживает своих птенцов для продолжения жизни. Просыпаясь утром, они первым делом смотрели - живы ли их аисты и когда убеждались, что живы - на душе становилось светлее.

В последующем, до 2007 года Неля Борисовна работала на Луганской станции скорой медицинской помощи выездным врачом линейной бригады, последние годы трудилась, после перенесенного микроинсульта, в медицинской консультативно–информационной службе Луганска. За свои долгие годы врачебно-фельдшерского стажа «пропустила», что называется, через себя сотни и сотни человеческих судеб, в чём черпала сюжеты для своих стихотворений.

«Организатор, высокого уровня специалист-невролог, исполнитель лирических песен»
(Вейсберг Игорь Борисович)

Родился 11 февраля 1944 года, выпускник средней школы № 7 гор. Луганска, трудился в течение одного года электродчиком на Луганском аккумуляторном заводе, после чего поступил на первый курс Луганского государственного медицинского института. В

1968-м году окончил медицинский институт и был призван на воинскую службу в ряды Советской армии, которую проходил в г. Ленинск, на космодроме Байканур.

По окончании, вернулся в родной город, в качестве невропатолога работал на станции скорой медицинской помощи, где постиг все азы и премудрости как врача-невролога, так и врача станции скорой медицинской помощи. Высшая аттестационная категория в 40 лет, награждён значком «Отличнику здравоохранения СССР», признание и авторитет среди пациентов и сотрудников. Занимал активную жизненную позицию, участник и организатор художественной самодеятельности в Луганской станции скорой медицинской помощи. Профессиональную деятельность продолжил в Луганской областной клинической психоневрологической больнице, также был активен в общественной жизни коллектива.

В настоящее время живёт в Израиле, где также отмечен как специалист высокого уровня, работает неврологом в двух клиниках, публикуется в научной печати в Израиле и США.

Любит музыку, как было отмечено ранее в печати, - «любитель хорошего джаза», в последнее время записывает своё исполнение различных музыкальных произведений. Его сокурсники и просто любители песни отмечают проникновенное и профессиональное исполнение им популярных песен. В частности, это «Попурри на песни Л.Утёсова», «Песня военных корреспондентов», «Московские окна», «Песня о Родине» и ряд других.

«Суровые будни врача «Скорой» (Черепахин Юрий Александрович)

Многие годы - врач «Скорой медицинской помощи». За длительный период работы увидел немало страшного и трагического, странного и непонятного, смешного и комического. Познал, как говорится, жизнь со всех сторон, многим из нас неизвестных.

Родился в городе Луганске 8 мая 1962 года. Учился в 11-й и 8-й средних школах, а закончил специализированный класс по баскетболу средней школы № 30. После этого, в 1979 году поступил в Донецкий государственный медицинский институт, перевёлся в Луганский государственный медицинский институт, который окончил в 1985 году по

специальности лечебное дело. Трудовой стаж начал в 1979 году, работая санитаром в родильном доме. С 1983 года работал фельдшером выездной бригады «скорой помощи».

С 1985 года по 2016 годы - Ю. Черепахин врач линейной бригады «скорой помощи», специализация – психиатрия, в последние довоенные годы работал заведующим подстанцией «Скорой медицинской помощи» в Станице Луганской. Во время боевых действий оказывал скорую медицинскую помощь раненым и больным в Луганске.

Это были, что называется, суровые будни. Изведать их, что называется, «с лихвой» пришлось Юрию Черепахину именно в огненные 2014-15-е годы. Да, эти жёсткие будни с запахом войны, разве можно забыть раненых, больных, охваченных часто ужасом луганчан? – Всё это было! И работать приходилось сутки через сутки, отсыпались там же – на «станции», после чего – снова в машину и на вызов. Работали, что называется, «на износ». В августе 2015-го года вышел на пенсию, оставил «скорую», сейчас трудится в Луганске – врач-специалист.

Казалось бы, все условия для невротизации, которая может «вылиться» во что угодно, что мы часто сегодня наблюдаем у всех слоёв населения, особо часто – подвергающихся психотравмам, пребывающих в условиях нервно-психического, да и физического перенапряжения. Отсюда болезни, острые и хронические, от которых мы и теряем наших товарищей» - пишет в своей книге «Универсальное лечение» Юрий Черепахин. Но он - оптимист по натуре: «Нет, я не плачусь и ни в коем случае не умаляю значение других профессий. Я просто напоминаю о трудностях этой работы».

А ещё, Юрий Черепахин – поэт и писатель. Писать стихи начал «для себя». Первыми героями этих стихов были дочь и сын. «Храбрый Макс», «Сон» и др. Потом появились «Сказки для взрослых»: «Курочка Ряба», «Репка 2», «Заветное желание». Когда этих стихов собралось в небольшую тетрадь, появилась мысль их опубликовать, «для себя, для друзей». В 1997 году вышла книга стихов: «Сказки для взрослых».

Как человек наблюдательный, Юрий Черепахин заметил, что наша жизнь полна многими курьезными и смешными случаями. Некоторые случаи собирались им и пересказывались, как «случаи из жизни», «анекдоты из жизни». «Работая на «скорой помощи», особенно на психиатрической бригаде, таких случаев собралось немало, поэтому в 2007 году вышел сборник «Размышления о жизни». В этот сборник вошли стихи и небольшие рассказы. В этом же году вышел сборник одних рассказов и в 2010 году сборник «Универсальное лечение», был переиздан и дополнен.

«Жить надо в полную силу, иначе жизнь не имеет смысла» – такой эпиграф к своей очень интересной книге «Универсальное лечение» поставил доктор Черепахин Юрий Александрович. В ней его наблюдения проанализированы и воплощены в «простые истории,

смешные и не очень, грустные и не совсем». Да, ведь у врача «скорой медицинской помощи», тем более обладающего даром наблюдения, обобщения, логического осмысления происходящего, есть возможности озвучить действительную нашу историю, течение жизни со стороны, часто, совсем неожиданных ракурсов. Вот он и «озвучивает», как говорит, «комментирует вслух и…философствует». В жизни Черепахина Ю.А. есть смысл - оттого и живёт он в полную силу!

Выводы. Исходя из представленных портретов, можно назвать личные качества «собирательного» образа врача Луганской станции скорой медицинской помощи: склонность к естественным наукам, ответственность; стрессоустойчивость, отзывчивость и желание помогать людям, готовность к оправданному риску, хорошее здоровье.

УДК 616.231-089.819.3-07

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ПОДГОТОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ И ПРИ ВВОДНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Митрохин К.В.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»,

г. Луганск, ЛНР

Резюме: В пилотном исследовании при анализе взаимосвязи клинических и конституциональных характеристик состояния пациентов общехирургического профиля со значениями 17-ти параметров вариабельности сердечного ритма на этапах предоперационной подготовки и индукции в анестезию получены значимые результаты. Развитие предоперационного стресса, характеризовалось: тахикардией, изменением параметров разброса, увеличением коэффициента автокорреляционной функции. Так же в исследовании получено подтверждение «осцилляторной гипотезе».

Ключевые слова: ВНС, общая анестезия, интубация трахеи, вариабельность сердечного ритма.

Введение.

Реакции вегетативной нервной системы (ВНС) на внешние воздействия широко используются в медицине, как для оценки текущего функционального состояния пациента, так и для прогнозирования клинических исходов [1, 2, 3, 4]. В анестезиологии чрезмерная активация симпатического отдела ВНС ассоциируется с уровнем предоперационного стресса. В свою очередь уровень предоперационного стресса является критерием адекватности премедикации [5]. А вот реакции ВНС во время интубации трахеи, после

индукции в анестезию занимают особое место, так как эта процедура ассоциируется с резким увеличением проприоцептивной импульсации [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Золотым стандартом оценки состояния ВНС в клинике являются параметры вариабельности сердечного ритма (ВСР). Начиная с 1996 г., после утверждения международного стандарта оценки параметров ВСР, метод начал широко использоваться в клинических исследованиях, в том числе и в анестезиологии [7]. Неинвазивность, безопасность, высокая технологичность и информативность – все это определяет перспективность метода ВСР для широкого использования в анестезиологии [8, 9, 10].

Цель и задачи исследования.

Цель нашего исследования, заключалась в изучении динамики и диагностической значимости показателей вариабельности сердечного ритма как метода мониторинга предоперационного стресса и адекватности индукции в анестезию у пациентов общехирургической группы. Основные задачи исследования: апробирование методики оценки параметров ВСР в условиях общей анестезии, поиск наиболее значимых параметров ВСР для оценки премедикации и индукции в анестезию.

Материалы и методы исследования.

Формула дизайна клинического исследования: обсервационное клиническое исследование оценки факторов риска. Критерии включения: пациенты, общехирургического профиля, мужчины и женщины всех возрастов, которым планируется оперативное вмешательство в условиях общей поликомпонентной анестезии с интубацией трахеи. Критерии исключения: пациенты с нарушением синусового ритма, заболеваниями с выраженным нарушением деятельности ВНС, пациенты, которым по техническим погрешностям не удалось выполнить запись ЭКГ пригодную для анализа. Основными этапами исследования, на которых выполнялась запись ЭКГ, были: за день до операции (1), в день операции до премедикации (2), на операционном столе (3), после премедикации (4), после индукции (5), во время интубации (6), после интубации (7), во время экстубации (8). Общий дизайн клинического исследования представлен на рис. 1.

Рис. 1. Общий дизайн клинического исследования.

Для записи ЭКГ использовался автономный, стандартизированный, сертифицированный, портативный кардиорегистратор «Юлия», фирмы «Найтек», который обеспечивает запись пятиминутных выборок с разрешением 1000 Гц на карту твердотельной памяти (стандарта–microSD). Сбор и анализ параметров ВСР является сложной методологической проблемой [9]. Данные сложности, обусловлены: сложностью проведения поискового анализа при наличии огромного количества числового материала, который получается после расчета каждой выборки кардиоинтервалов, сложностью организации однотипных массивов ВСР для статистических вычислений. Кроме того, на этапе оценки пригодности каждой выборки кардиоинтервалов для научного анализа необходим специальный инструмент для коррекции артефактов, которые всегда присутствуют в первичной записи ЭКГ в подобных исследованиях. Для решения данных проблем, в нашем поисковом исследовании используется апробированная, авторская, сертифицированная технология Воробьева К.П. (Сертифікат якості, МОЗ України от 01.08.1995), включающая ряд специальных программ для предварительной обработки ЭКГ: выделения кардиоинтервалограмм, коррекции артефактов (рис. 2.1.), визуализации динамики показателей ВСР на этапах исследования и для сортировки числовых массивов с целью их дальнейшего анализа в специализированных статистических программах (рис. 2.2.), [9, 10].

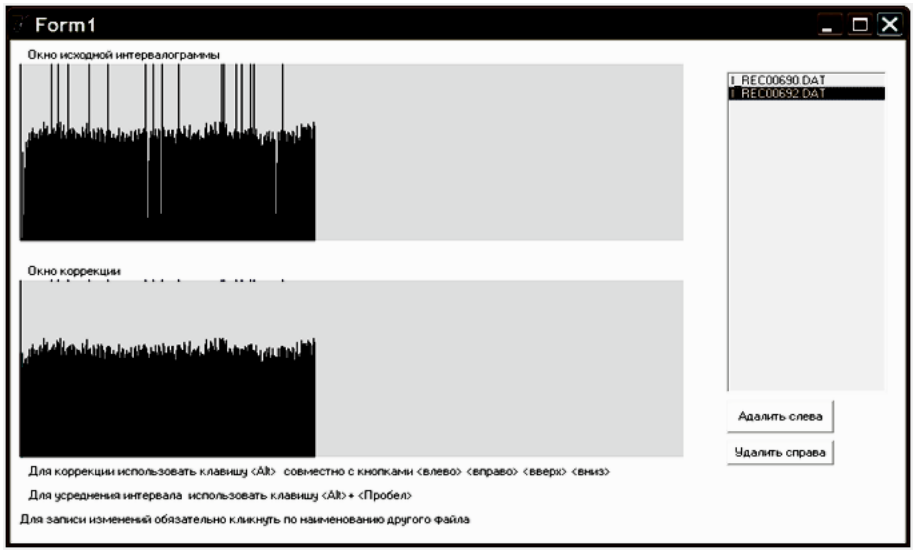


Рис. 2.1. Результат коррекции кардиоинтервалограммы. Примечание: слева сверху исходная интервалограмма с помехами, внизу – результат коррекции.

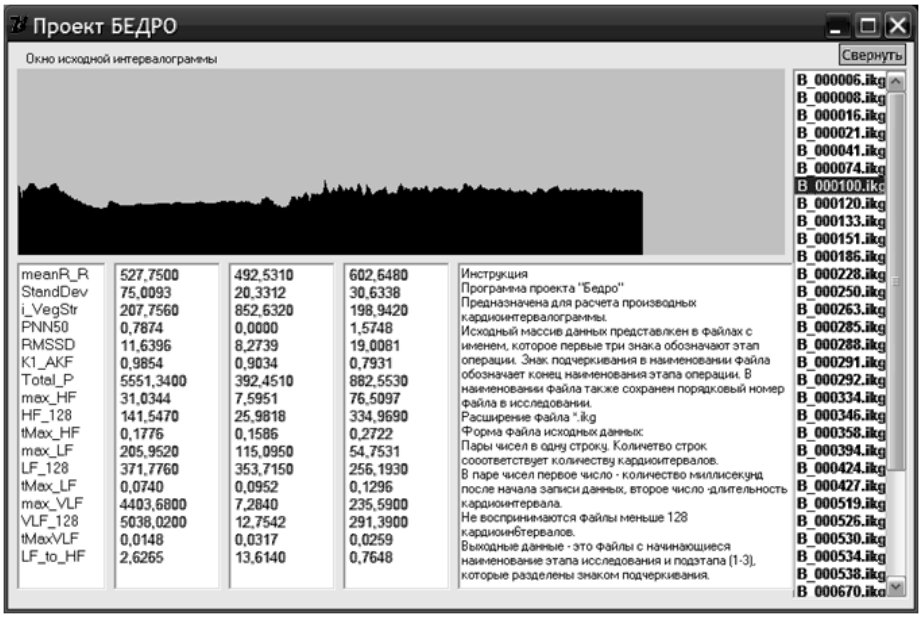


Рис. 2.2. Программа расчета и визуализации показателей ВСР по каждой выборке кардиоинтервалов.

В нашем исследовании, для разведочного статистического анализа, используется современная, активно развивающаяся программа «R». Её использование позволило получить качественное статистическое сито для поиска взаимосвязи динамики 17-ти параметров ВСР и клинических признаков. Так же программа «R» позволила получить уникальные графики.

Результаты исследования и их обсуждение.

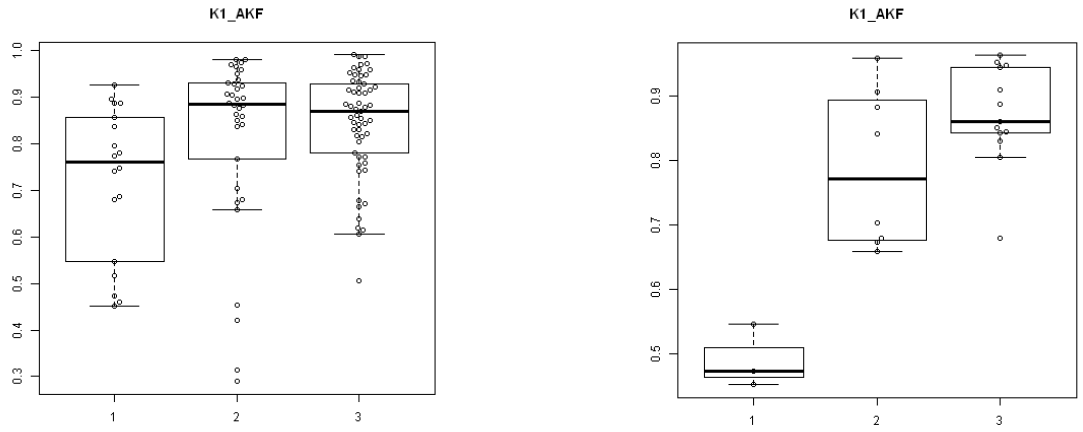
В нашем поисковом научном исследовании изучено состояние и перспективы применения методики ВСР для оценки предоперационного стресса и адекватности индукции

в анестезию. Для выполнения научного исследования освоена новая современная диагностическая технология оценки ВСР, проведено клиническое исследование предоперационного стресса у пациентов общехирургического профиля, и получены новые научные факты.

Наиболее надежной (p= 0,0008) и устойчивой ранней характеристикой предоперационного стресса является уменьшение длительность кардиоинтервалов (meanR_R). Однако этот параметр теряет свою диагностическую значимость после начала анестезии.

Наиболее точными вегетативными критериями предоперационного стресса, в нашем исследовании, является снижение ВСР по данным показателей разброса: снижение стандартного отклонения (StandDev) (p=0,003), квадратного корня суммы соседних кардиоинтервалов (RMSSD) (p=0,0005), и угнетение общей спектральной мощности, в большей степени высокочастотных составляющих (HF_128) (p=0,028).

Получен новый научный факт о высокой диагностической ценности показателя автокорреляции сердечного ритма (K1_AKF), отражающего увеличение синхронизации регуляторных процессов, начиная с предоперационного осмотра пациента за день до операции и вплоть до момента интубации трахеи (p=0,0096, Тест Краскела–Уолиса) (рис. 3.1. и рис. 3.2.).



A B

Рис. 3.1. Изменения K1_AKF на предоперационных этапах подготовки к анестезии в общей группе (A) и у молодых (B).

Примечание: этапы исследования по оси абсцисс: 1-за стуки до анестезии, 2-в палате в день анестезии, 3-перед индукцией.

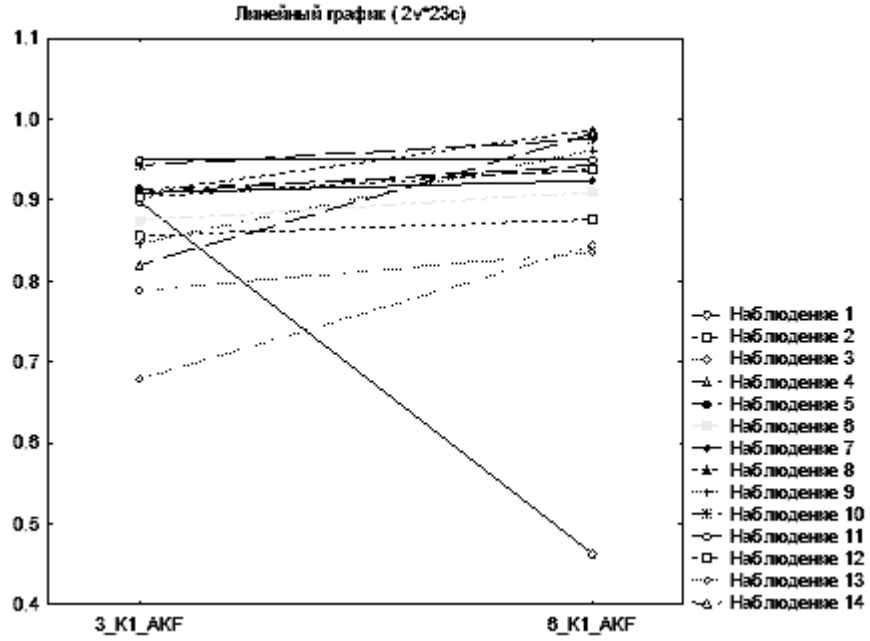
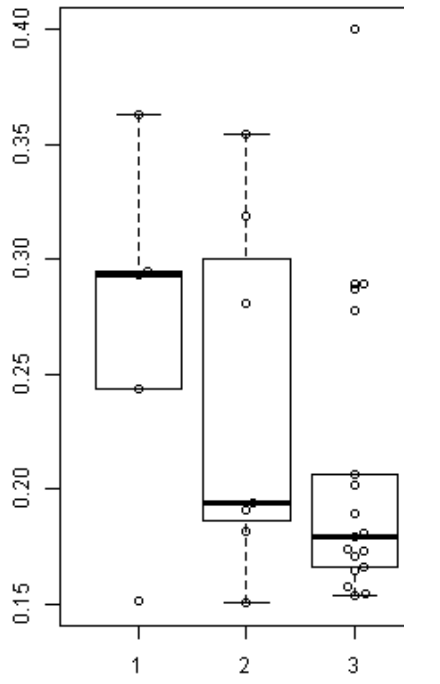


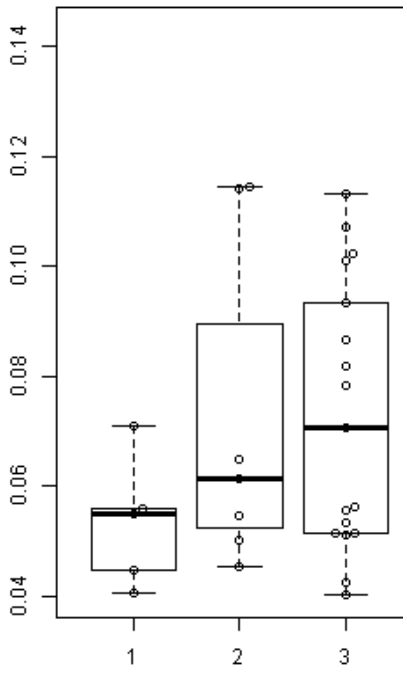
Рис. 3.2. Изменения K1_AKF после интубации трахеи

Примечание: по оси абсцисс этапы исследования: 3-до интубации, 6-во время интубации трахеи.

В исследовании подтверждена ранее сформулированная «осцилляторная гипотеза» о том, что в процессе предоперационного стресса происходит централизация управления синусовым узлом со стороны надсегментарных структур по данным значения частоты пиков в низко- и высокочастотном диапазоне спектра сердечного ритма. А именно высоко- и низкочастотные пики смещаются по отношению друг к другу, по мере нарастания стресса (рис. 3.3.) [9, 10];



A



B

Рис. 3.3. Смещение пиковых значений высоких (A) и низких частот (B) сердечного ритма к единому осцилляторному центу по мере нарастания предоперационнорго стресса в подгруппе пожилых пациентов.

Примечание: по оси абсцисс этапы исследования: 1-за стуки до анестезии, 2-в палате в день анестезии, 3-перед индукцией.

У пациентов молодого возраста реакции показателей ВСР на операционный стресс более отчетливо проявляются в сравнении с пожилыми и пациентами с высоким операционным риском. Возрастные и половые различия реакций сердечного ритма следует учитывать в процессе расчета и построения статистических моделей.

Выводы.

Предварительные данные, полученные в нашем пилотном исследовании, позволяют предложить следующие рекомендации для практической анестезиологии. Для оценки предоперационного стресса в подготовительном периоде и при общей анестезии, как и прежде мы рекомендуем контролировать изменения частоты сердечных сокращений [7, 9, 10]. Т.к. более высокий уровень тахикардии, является устойчивой характеристикой предоперационного стресса. С целью получения более достоверных данных при мониторинге предоперационного стресса, следует использовать методику оценки показателей ВСР, которая доступна как по стоимости, так и по простоте выполнения. Оценка показателей ВСР во время предоперационного осмотра является несложной, но информативной методикой верификации предоперационного стресса по данным параметров мощности высокочастотных составляющих сердечного ритма и показателей разброса кардиоинтервалов.

При оценке адаптационных процессов у молодых и пожилых, у мужчин и женщин следует учитывать, в первую очередь, степень синхронизации регуляторных процессов по данным автокорреляционной функции. Десинхронизация (снижение K1_AKF) в период существенных внешних воздействий и операционного стресса является настораживающим клиническим признаком. Данных подтверждающих высокую диагностическую значимость показателей ВСР, для оценки состояния ВНС при интубации трахеи, в нашем пилотном исследовании не было получено. Для продолжения нашего исследование в данном направлении, мы планируем внести некоторые поправки, а именно: использовать более короткие выборки кардиоинтервалов и новые методологические подходы к анализу параметров ВСР.

Литература

1. Ellerkmann Richard Klaus, Grass Annekathrin, Hoeft Andreas and Soehle Martin. The Response of the Composite Variability Index to a Standardized Noxious Stimulus DuringPropofol– Remifentanil Anesthesia // Anesthesia & Analgesia.– 2013. – Vol. 116, № 3.– P. 580– 588.

2. Hanamoto Hiroshi, Boku Aiji, Morimoto Yoshinari, Sugimura Mitsutaka, Kudo Chiho and Niwa Hitoshi. Appropriate sevoflurane concentration to stabilize autonomic activity during intubation with rocuronium in infants: a randomized controlled trial // BMC Anesthesiology.– 2015.– Vol. 15, № 64.– P. 1– 7.

3. Omerbegović Meldijana. Short– term Parameters of Heart Rate Variability During Balanced Anaesthesia with Administration of Two Different Inhalation Anaesthetics. // MedArh.– 2014. – Vol. 68, № 4.– P. 268– 271.

4. Sultan Sherif S., Hegazy Nasr A. Utilizing heart rate variability: midazolam prevents the sympathovagal imbalance caused by fentanyl/propofol induction // Ain– Shams Journal of Anesthesiology. – 2015.– Vol. 8.– P. 31– 35.

5. Анестезия: книга 1– я / Изд. 9– е, испр., ред. Р. Миллер и соавт.– Пер. с англ. – М.– СПб.: Издательство «Человек», 2015.– 3328 с.

6. Gruenewald M., Herz J., Scoenherr T., Thee C., Steinfath M., Bein B. Analgesia Nociception Index and Surgical Pleth Index during sevoflurane-remifentanil anesthesia. // Minerva Anestesiologica..- May 2015. - Vol. 81, № 5. - P. 480-489.

7. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of pacing and electrophysiology // Eur. Heart J. – 1996.– Vol. 17.– P. 354–381.

8. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем. Методические рекомендации // Вестник аритмологии.– 2001.– № 24.– С. 65–83.

9. Воробьев К.П. Современная технология исследования вегетативной реактивности в научных и практических исследованиях //Украинский медицинский альманах.– 1999.– №1.– С. 12– 15.

10. Воробьев К.П. Изменение уровней регуляции в процессе гипербарической оксигенации // Український медичний альманах.– 1999.– №4.– С. 28– 32.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Можаева Н.Г.[1], Ткачева М.Ю.[2], Решетило Н.В.[2], Стадник А.Д.[2]

[1]ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», Луганск
[2]ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

Введение. Судороги - неспецифическая реакция нервной системы на различные эндо- или экзогенные факторы, проявляющаяся в виде повторяющихся внезапных непроизвольных сокращений скелетных мышц, часто сопровождающаяся нарушениями сознания. В 2001 г. Международная комиссия по классификации и терминологии рекомендовала замену слова «судороги» термином «приступы», так как не все приступы проявляются именно судорогами. Судороги принято делить на фебрильные и афебрильные. Частота возникновения афебрильного пароксизма в общей популяции составляет 2 - 5%, в то время, как частота фебрильных судорог детской популяции составляет 3 - 5%. Следовательно, фебрильные судороги встречаются гораздо чаще. Необходимо учитывать, какой приступ у ребенка - фебрильный или афебрильный.

Афебрильные судороги детского возраста наиболее часто вызывает эпилепсия, одно из наиболее распространенных заболеваний в неврологии и определяется как состояние, характеризующееся рекуррентными эпилептическими приступами, не спровоцированными непосредственной определенной причиной.

На догоспитальном этапе чаще встречаются фебрильные судороги, поэтому считаем необходимым вернуться к дифференциальной диагностике судорожного синдрома у детей.

Дифференциальная диагностика афебрильных судорог включает изолированные судороги, дебют эпилепсии, симптоматические эпилептические приступы, неонатальные судороги или судороги раннего возраста, приступы при нарушениях ритма сердца, асфиксии, психогенные судороги. Фебрильные судороги могут быть проявлением простых фебрильных судорог, системных инфекций или нейроинфекций, фебрильно провоцируемыми эпилептическими приступами.

Клинические проявления простых фебрильных судорог: возникают обычно при температуре тела выше 38° С в первые часы заболевания; обычно имеют генерализованный характер; длительность судорог - менее 15 мин; не повторяются в течение 24 часов; часто в семейном анамнезе имеются данные о фебрильных судорогах у близких родственников.

Клинические проявления атипичных (сложных) фебрильных судорог: наличие фокального компонента, продолжительностью более 15 мин, может возникать фебрильный судорожный статус; могут повторяться в течение 24 часов. При атипичных фебрильных судорогах высока вероятность наличия у ребенка острого инфекционного процесса или эпилепсии. Наиболее важным критерием возможных эпилептических фебрильно-

провоцируемых приступов являются изменение неврологического статуса и/или нарушение нервно-психического развития.

Клинические проявления обменных судорог наличие выраженных костно-мышечных симптомов рахита; начало пароксизма со спастической кратковременной остановки дыхания (апноэ несколько секунд); при вдохе - регресс патологических симптомов с восстановлением исходного состояния; цианоз носогубного треугольника; общие клонические судороги; пароксизмов внешними раздражителями - резким стуком, звонком, криком и т.д.; в течение суток могут повторяться несколько раз; температура тела нормальная; при осмотре - отсутствие очаговой симптоматики; отсутствуют симптомы соматических воспалительных процессов; положительные симптомы на судорожную готовность. Гипо- или гипергликемии, а также нарушения электролитного обмена, также могут стать факторами нарушения сознания, иногда сопровождающимися мышечными сокращениями. Данные состояния требуют тщательного сбора анамнеза и грамотной ургентной терапии.

Кардиальные синкопе связаны с нарушением ритма сердца, пароксизмальной тахикардией, нарушениями при врожденных пороках сердца, могут также проявляться потерей сознания, иногда сопровождаются мышечными сокращениями из-за развивающейся гипоксии, являются жизнеугрожающим состоянием и требуют экстренного вмешательства врача анестезиолога-реаниматолога.

Клинические проявления аффективно-респираторных приступов (приступов «синего» типа): могут наблюдаться, начиная с 4-месячного возраста; провоцируются отрицательными эмоциями, страхом, дискомфортом; ребенок проявляет свое недовольство продолжительным криком; на высоте возбуждения возникает апноэ; иногда возникают клонические или тонико-клонические судороги; пароксизмы обычно кратковременные; после них наступают слабость, сонливость; подобные аффективно-респираторные пароксизмы могут быть редко, иногда 1-2 раза в жизни.

Клинические проявления аффективно-респираторных пароксизмов «белого» типа: являются результатом рефлекторной асистолии; часто провоцируются болевым воздействием; ребенок редко длительно плачет, достаточно быстро появляются бледность кожных покровов и потеря сознания, длительность пароксизма - от нескольких секунд до нескольких часов; после пароксизма ребенок часто засыпает, после пробуждения нормальная жизненная активность сохраняется; при наличии заболеваний сердца, нарушений сердечного ритма данные состояния могут быть опасными для жизни.

Диагностика и дифференциальная диагностика судорожного синдрома. Для уточнения диагноза необходим тщательный сбор анамнеза болезни, анализ остояний и

событий, предшествовавших развитию пароксизма, семейных факторов. По возможности необходимо уточнить, как протекал пароксизм, если к моменту осмотра данное состояние закончилось или пациент не приходит в сознание. В первую очередь необходимо дифференцировать фебрильные и афебрильные судороги, впервые возникшие и повторные.

Целесообразно дифференцировать типичные фебрильные судороги (как правило, в семейном анамнезе есть указания на наличие фебрильных судорог у родственников), судороги при инфекционных процессах (вирусная инфекция, средний отит, тонзиллит, инфекция мочевыводящих путей, гастроэнтерит, менингит, поствакцинальное состояние) и постиктальную лихорадку после генерализованных судорог, длящуюся, по крайней мере, 10 мин. Дифференциальную диагностику также проводят с другими пароксизмальными состояниями: синкопальными вазовагальными (или нейрокардиальными), рефлекторными и псевдосудорожными состояниями (конверсионными), метаболическими судорогами, паническими атаками и др., а также с впервые возникшими эпилептическими приступами.

Пациенты с аффективно-респираторными приступами, неэпилептическими неврологическими состояниями часто не нуждаются в интенсивной терапии.
Пристального наблюдения и лечения требуют дети с эпилептическими приступами, острыми ситуационными судорогами, а также судорогами на фоне соматических состояний, таких как кардиогенно-провоцируемые состояния, пациенты с выявленной эндокринологической патологией.

Вывод: Исходя из вышеизложенного, авторы считают обоснованным использование данной дифференциальной диагностики судорожного синдрома для оказания помощи на догоспитальном этапе.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В УСЛОВИЯХ АКТИВНОЙ ФАЗЫ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Налапко Ю.И., Ткачева М.Ю., Решетило Н.В., Стадник А.Д., Россомахина О.А.
ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

Введение. В период активных боевых действий с июня 2014 по июнь 2015 на территории г. Луганска и области оставалось около 1/3 мирных жителей. Медицинские учреждения, а именно родильные дома, не прекращали свою работу, оставаясь высокоспециализированными учреждениями по оказанию помощи. По статистическим данным государственного учреждения «Луганский республиканский центр экстренной

медицинской помощи и медицины катастроф» за 2014-2015 гг. в роддома г. Луганска и области госпитализировано 2026 роженицы.

Данный локальный военный конфликт имеет характер быстро возникшего и длительно действующего экстремального фактора. Времени для качественной адаптации к «боевому стрессу», у женщин, находившихся на поздних сроках беременности, оставшихся в Луганске, не было. Информации отражающей особенности психологического состояния беременных оказавшихся в эпицентре современного военного конфликта, с учётом уровня личностной тревожности, психической ригидности, невротизации личности, в целом астенизации организма и эмоциональной лабильности в современной литературе нет.

Цель исследования: изучить и сравнить характер влияния активной фазы военного конфликта на психоэмоциональное состояние беременных, родоразрешенных путем кесарево сечения и беременных с физиологическими родами.

Материалы и методы. Данное исследование являлось проспективным когортным и проводилось на базе государственного учреждения «Луганский государственный медицинский университет» в период с сентября 2014 по сентябрь 2015 года. В исследовании приняли участие 82 женщины в III триместре беременности, находившиеся в государственном учреждении «Луганский городской перинатальный центр № 2». Женщины были разделены на две группы. Первую группу составили 25 женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения, основными показаниями к которому явились: гестоз тяжелой степени, острая гипоксия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты или ее предлежание, аномалии родовой деятельности. Во вторую группу вошло 57 женщин, родивших через естественные родовые пути, при доношенной беременности.

В качестве эксперементально-психологического инструмента для изучения особенностей психоэмоционального статуса исследуемых были выбраны и использованы стандартизированные психодиагностические методики:

- «Тест на выявление типа психологического компонента гестационной доминанты» (ПКГД) И. В. Добрякова для оценки психологического состояния беременных.
- «Торонтская алекситимическая шкала» (ТАШ) для определения способности к вербализации эмоциональных состояний.

Исследование было добровольным и индивидуальным. Заполнение опросников осуществлялось женщинами самостоятельно, на основании собственных ощущений.

Обработку цифровых данных проводили с использованием методов статистического анализа. Статистический анализ цифровых результатов проведен с использованием программного обеспечения Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение.

Тест на выявление «Типа психологического компонента гестационной доминанты», позволил выявить отсутствие в обеих группах «чистых» типов ПКГД. Выявленные особенности позволяют считать, что женщины первой группы имели небольшие риски психосоматических расстройств и нуждались в минимальной и непродолжительной коррекции. Женщины второй группы имели умеренные риски. Несмотря на преимущество выявленного оптимального подтипа гестационной доминанты, обращал на себя внимание повышенный уровень тревоги по отношения к беременности и предстоящим родам. Основными провоцирующими тревожность факторами была социальная и политическая нестабильность, вызванная локальным военным конфликтом. В данном случае женщинам требовалась специализированная и разносторонняя помощь.

Согласно результатам опросника ТАШ все исследуемые оказались в «группе риска», которая считается пограничной между психологической нормой и «Алекситимией». Женщины не могли или не хотели говорить с родными и близкими о своих переживаниях и страхах спровоцированных войной.

Хронизация стресса, в результате «непрожитых» и «не высказанных чувств», влечёт за собой возникновение в организме беременной женщины нарушений метаболических процессов (в том числе и гормонального баланса), осложняющих течение беременности и родов, а в дальнейшем провоцирующих психосоматические болезни.

Вывод. Анализ результатов психологического исследования личности беременной женщины позволил выявить вид и характер стрессовой реакции на боевые действия. Считаем необходимым проведение дальнейшего исследования с целью разработки персонализированных коррекционных протоколов для дифференциальной помощи на различных этапах госпитализации.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ТРУДНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА ОСНОВАНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ OBSTETRIC ANAESTHETISTS' ASSOCIATION AND DIFFICULT AIRWAY SOCIETY 2015)

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

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

Введение. Одной из основных задач интенсивной терапии критических больных на догоспитальном этапе является восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей. Золотым стандартом решения данной проблемы является интубация трахеи. Несмотря

на то, что в настоящее время этот метод достаточно широко применяется врачами-анестезиологами выездных бригад скорой медицинской помощи (СМП), он относится к инвазивным методикам и потенциально может сопровождаться рядом трудностей и осложнений. Так, трудная интубация на догоспитальном этапе встречается в 20–30 % случаев, а частота осложнений, связанных с данной манипуляцией, колеблется от 30 до 45%.

Согласно статистических данных государственного учреждения «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» за 2014-2015 гг. было осуществлено 2026 перевозок рожениц бригадами скорой помощи в роддома г. Луганска и области. Данные цифры свидетельствуют об актуальности ознакомления и использования на догоспитальном этапе современных алгоритмов и рекомендаций восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей у беременных врачами СМП.

Данные тезисы освещают новые рекомендации, разработанные рабочей группой по заказу Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов и Общества трудных дыхательных путей, опубликованные в октябре 2015 года, и является попыткой адаптировать вышеназванные мировые стандарты и рекомендации к практике СМП.

Оценка дыхательных путей

Каждая беременная женщина, которая готовится к переводу на ИВЛ, должна быть осмотрена на предмет прогнозирования трудной масочной вентиляции, трудной интубации и ларингоскопии, а также сложностей при крикотиреотомии. Существует ряд общих факторов, которые связаны с трудностями в выполнении всех вышеуказанных задач: оральный пирсинг и любые зубные протезы должен быть удалены, так как могут вызвать травму и кровотечение при интубации, а также нести дополнительный риск аспирации при отсоединении отдельных частей. Оценка трудности дыхательного пути имеет комплексный характер и чётко алгоритмизирована. С высокой степенью достоверности рекомендовано использовать шкалы LEMON, Москва-TD и им подобные.

Алгоритм №1 «Удачная интубация» включает рекомендации по проведению подготовки пациентки (если это возможно), методике быстрой последовательной индукции, вентиляции лицевой маской, ларингоскопии, интубации:

1. Оптимизация положения пациентки с целью предотвращения аорто-кавальной компрессии путем смещения матки влево или поворота на левый бок, головной конец необходимо приподнять на 20-30 градусов.
2. «Ступенчатое» положение для интубации - положение, когда наружный слуховой проход и вырезка грудины расположены в одной горизонтальной плоскости, при этом лицо

пациента параллельно потолку, что способствует выпрямлению анатомических искривлений дыхательных путей и обеспечивает визуальную ось для интубации.

3. Преоксигенация FiO_2 0,9 в течение 3-5 минут до достижения конечно-экспираторной концентрации кислорода ≥ 0.9 (90 %).
4. Применение оптимальных доз гипнотиков и миорелаксантов.
5. Во время интубации - применение апнойных методов оксигенации.
6. При выполнении приема Селлик дозировать усилие - не более 30 ньютон.
7. При проведении масочной ИВЛ максимальное давление на вдохе не более 20 мм.рт.ст.
8. Для проведения ларингоскопии предпочтительно использование видеоларингоскопа, как обеспечивающего более высокий процент успешных интубаций.

Число допускающихся попыток - две.

9. Предпочтение следует отдавать небольшим размерам эндотрахеальных трубок, что способствует менее травматичной и более успешной интубации.

Алгоритм №2 «Неудачная интубация». Необходимо продолжать масочную ИВЛ. Существует не более двух попыток для установки ларингеального воздуховода, предпочтительны устройства второго поколения - iGel, Supreme, ProSeal. Как и при интубации трахеи, множественные попытки размещения ларингеальной маски / воздуховода увеличивают риск травмы.

Алгоритм №3 «Не могу интубировать, не могу оксигенировать». Сложности с масочной вентиляцией пациентки после ряда неудачных попыток интубации не являются редкостью. Причинами безуспешных попыток обеспечить вентиляцию, в том числе лицевой маской и ларингеальными устройствами (маски/воздуховоды) могут быть недостаточная релаксация роженицы, как следствие плохая растяжимость грудной клетки и десинхронизация с ИВЛ, ларингоспазм. Эти причины могут быть устранены введением адекватной дозы миорелаксанта.

Согласно многочисленным исследованиям, открытая коникотомия имеет преимущество перед пункционной, так как последняя достаточно часто сопровождается различными осложнениями. На выполнение коникотомии отводится 30 секунд. Для выполнения экстренной коникотомии необходимо иметь в наличии скальпель, буж и эндотрахеальную трубку № 6. Техника выполнения:

1. Фиксируют гортань пальцами, указательный палец ставят на мембрану;
2. Скальпелем, расположенным под прямым углом к оси трахеи, прокалывают мембрану;
3. В отверстие вводят буж, по которому продвигают смазанную эндотрахеальную трубку.

Положение трубки подтверждают капнографически и аускультативно, начинают оксигенацию и вентиляцию пациентки. Также рекомендована ультразвуковая визуализация гортани.

Контроль правильности положения эндотрахеальной трубки.

Смертность от непреднамеренной и своевременно не диагностированной интубации пищевода по-прежнему высока. Форма капнограммы является наиболее надежным методом подтверждения интубации трахеи. Вторичные методы оценки правильного положения интубационной трубки включают: визуализацию расположения трубки между голосовыми связками с помощью ларингоскопа или видеоларингоскопа, аускультацию легких и эпигастрия, фиброоптическую проверку - визуализацию колец трахеи и карины. Новые методы, такие как ультразвуковая локализация, являются перспективными, но требуют дальнейших исследований.

Вывод. Существующие трудности при обеспечении проходимости верхних дыхательных путей у беременных женщин, наряду с резким снижением оксигенации обуславливают гипоксическое повреждение головного мозга и катастрофические последствия, включая смерть матери и плода. Поэтому проблема обеспечения проходимости верхних дыхательных путей является приоритетной и должна быть решена врачами на догоспитальном этапе в минимально короткие сроки.

УДК 371.3:61-057.875

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Никонова Е.М., Шатохина Я.П., Лашина И.М., Некрасов Ю.И.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»,

г. Луганск, ЛНР

Резюме. В статье приведены факторы оптимизации качества организации подготовки студентов медицинских ВУЗов путем поиска новых организационных форм обучения. В структуру преподаваемого материала на кафедре анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи входят основы защиты личности и общества, обеспечивающие общие знания в области безопасности и являющиеся научно-методологическим фундаментом для всех медицинских дисциплин.

Ключевые слова: учебная дисциплина, умения и навыки, безопасность, педагогический процесс.

На кафедре анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» ЛНР (заведующий кафедрой к.м.н., доцент Ю.И. Налапко) проводится преподавание дисциплины «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф» студентам 3 курса фармацевтического факультета, дисциплины «Безопасность жизнедеятельности» - студентам 2 курса лечебного и педиатрического факультетов, дисциплины «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф» - студентам 1 и 4 курсов стоматологического факультета, дисциплины «Медицина катастроф» - студентам 6 курса лечебного и педиатрического факультетов.

Назначение данных учебных дисциплин состоит в формировании понятийного, теоретического и методологического аппарата, необходимого для освоения других предметов, изучающих вредные и опасные факторы окружающей среды, последствия их воздействия на организм человека, способы и средства защиты от них, методики оказания неотложной помощи, лечения и реабилитации. В структуру преподаваемого материала входят основы защиты личности, общества, государства и человечества в целом, обеспечивающие общие знания в области безопасности и являющиеся научно-методологическим фундаментом для всех без исключения специальных медицинских дисциплин. Конечная цель образования в области безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф – это, прежде всего, формирование у будущего специалиста мировоззрения и культуры безопасной жизни, приобретение знаний, умений и навыков, необходимых для обеспечения комфортного и безопасного существования и для сохранения допустимого качества среды обитания.

Вышеизложенное диктует необходимость оптимизации учебного процесса и новых педагогических технологий. Каждая технология вносит в образовательную практику новые идеи, способствует обновлению содержания современного образования, всех составляющих педагогического процесса: цели, содержания, методов и средств деятельности. Все они предполагают поиск новых организационных форм обучения, которые способствовали бы активизации учебно-познавательной деятельности, повышали эффективность приобретения знаний и умений, развивали творческую личность каждого студента. Коллективное творческое дело – общий поиск лучших решений жизненно важных задач, проводимый совместно студентами и преподавателями. При этом решается целый ряд педагогических задач, происходит развитие коллективистских демократических основ жизни, управления, активного отношения к окружающей среде.

Безусловно, качественное изучение данного раздела медицины требует соответствующего материально-технического оснащения кафедры и ее клинических баз,

одной из которых может быть ГУ «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» ЛНР. Сотрудники «Центра» совместно с кафедрой принимают активное участие в образовательном процессе и научно-исследовательской работе.

Итак, итогом комплексного обучения студентов является овладение будущего специалиста знаниями, умениями и навыками безопасной профессиональной деятельности. При этом врач должен уметь грамотно оценивать и поддерживать условия жизнедеятельности, и действовать соответственно сложившейся ситуации.

УДК 616-083.88-058.65:314.44(477.61/.62)

РАБОТА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. ЛУГАНСКА В УСЛОВИЯХ ВОЙНЫ

Д.С.Пархомчук

Государственное учреждение «Луганский республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» Луганской Народной Республики

Представлена работа службы скорой медицинской помощи г. Луганска в условиях вооруженного конфликта на Донбассе (Юго-Востоке Украины). Отмечено, что во время активных боевых действий (июль-сентябрь 2014 г.) и очередного их усиления после временного прекращения огня (февраль-апрель 2015 г.) скорая помощь оказывалась в условиях кадрового дефицита и осложненной чрезвычайной ситуации, но продолжала работать. В структуре патологических состояний у мирного населения города, ставших поводом для вызова скорой помощи, были обострения хронических заболеваний и развитие острой соматической патологии. Особенностью также было большое число мирного населения, обратившегося за медицинской помощью непосредственно на подстанции скорой помощи Луганска из-за отсутствия в городе связи и света.

Ключевые слова: локальный вооруженный конфликт, боевые действия, Донбасс, Луганская Народная Республика, скорая медицинская помощь, мирное население, болезни, минно-взрывная травма, перемирие.

WORK OF THE AMBULANCE CITY OF LUGANSK IN THE CONDITIONS OF WAR

D.S.Parhomchuk

The work of Lugansk emergency medical care service is presented in conditions armed conflict on Donbass (South-East). It was noted, the ambulance was provided in terms of staff shortages and complicated emergency situation during active hostilities (July-September 2014) and next their gain after a temporary cease-fire (February-April 2015) but continued to work. The structure of pathological conditions in the peaceful population of the city were exacerbation of chronic diseases and the development of severe somatic pathology, it become a reason for calling an ambulance. A special feature has also been a large number of civilians who requested for medical help directly of the Lugansk substation ambulance because of the lack of phone connection and electricity in the city.

Keywords: local armed conflict, hostilities, Donbass, Lugansk People's Republic, emergency medical care, the civilian population, diseases, mine-explosive injury, a truce

Обострение политического кризиса на Украине и смена власти в стране в феврале 2014 г. привели к локальному вооруженному противостоянию на Донбассе. Донбасс – это самый густонаселенный регион Украины (≈7 млн. населения) с большим количеством городов и рабочих поселков, развитой промышленностью с преобладанием машиностроительной, угольной, металлургической, коксохимической промышленности [2, 3].

В результате начавшегося локального вооруженного конфликта 28.04.2014 г. образовалась Луганская Народная Республика (ЛНР) [10]. Луганск – столица самопровозглашенной ЛНР, включающая четыре района (Ленинский, Октябрський, Каменнобродский, Артемовский), общей площадью 270 км² [9].

Целью данного исследования явился анализ организации работы службы скорой медицинской помощи (ССМП) Луганска в условиях локального вооруженного конфликта 2014-2015 гг.

Материал и методы

Полученные в ходе исследования данные базируются на обобщенных и проанализированных материалах и отчетах ССМП г. Луганска и других городов, и территорий ЛНР (Свердловск, Краснодон, Антрацит и др.) [9].

Служба скорой помощи г. Луганска на начало 2014 года была представлена шестью подстанциями и 35 выездными бригадами ССМП. В среднем за сутки в диспетчерскую службу поступало около 400 вызовов от жителей Луганска. Автопарк имел практически одинаковую базу, и автомобили различались только комплектацией. В 2013 г. Были получены новые автомобили, в оснащение которых входили электрокардиографы, дефибрилляторы, дыхательная аппаратура, кислород и другая современная аппаратура и

медикаменты, необходимые для оказания экстренной медицинской помощи. Администрация ЛГССМП, и первая подстанция с 2010 года располагались в новом здании. Станция имела современное оборудование, а в работе для быстрого определения оператором местонахождения ближайшей от места вызова машины скорой помощи использовалась GPS-система, что оперативно ускоряло работу скорой помощи [2, 8, 12, 13].

С конца апреля 2014 г. начались активные обстрелы города Луганска и его пригородов, а 02.06.2014 г. вооруженными силами Украины был нанесен авиаудар по зданию Луганской областной государственной администрации, автостоянке перед ним и скверу имени Героев Великой Отечественной войны. Наиболее активно обстрелы Луганска продолжались до сентября 2014 г., в результате которых страдали прежде всего мирные жители, причем как окраинных районов (Вергунка, Каменный Брод, Красный Яр, Юбилейный, Тепличное, Александровск, Веселенькое и др.), так и центральных (здание обладминистрации, Медгородок, кв. Гаевого, кв. Алексеева, Солнечный и др.) районов. В конце июля из-за обстрелов и разрушений в результате этого коммуникаций, Луганск оказался в условиях чрезвычайной ситуации: исчезла вода, электричество, связь; в Республику перестали поступать продукты и медикаменты; большинство предприятий прекратили работу, в том числе аптеки и магазины. Все это привело к массовой миграции населения (в среднем за 3 – 4 дня город покидало более 32 тысяч человек).

Для обеспечения и поддержания жизнедеятельности населения на территории ЛНР, о чем свидетельствует международный опыт ликвидации медико-санитарных последствий вооруженных конфликтов, 22.08.2014 г. в Луганск прибыла колонна белых КАМАЗов с гуманитарным грузом из Российской Федерации [9]. В конце августа ополчение ЛНР перешло в контрнаступление, и блокада города была прорвана.

После заключения соглашения о перемирии в начале сентября 2014 г. карта Луганской области Украины разделилась на три территории: 1) подконтрольную правительству Украины; 2) так называемую «линию разграничения» и 3) территорию ЛНР (географическая линия разграничения сил на Донбассе сегодня проходит по северо-восточной границе города по руслу Северского Донца) (рис. 1).

Интенсивность боевых действий по линии разграничения снизилась, вплоть до середины января 2015 г., после чего на всем протяжении фронта боевые действия вновь возобновились (рис. 2). На Минских переговорах 11-12 февраля 2015 г. был согласован новый комплекс мер по выполнению сентябрьского соглашения о перемирии, что позволило начать в ЛНР восстановительные работы [11]. С наступлением перемирия и улучшения экономической ситуации в Республике люди стали массово возвращались домой; и на

01.01.2015 года постоянное население Луганска возросло до 415964, но в среднем на 8,2% оставалось ниже довоенного [9].

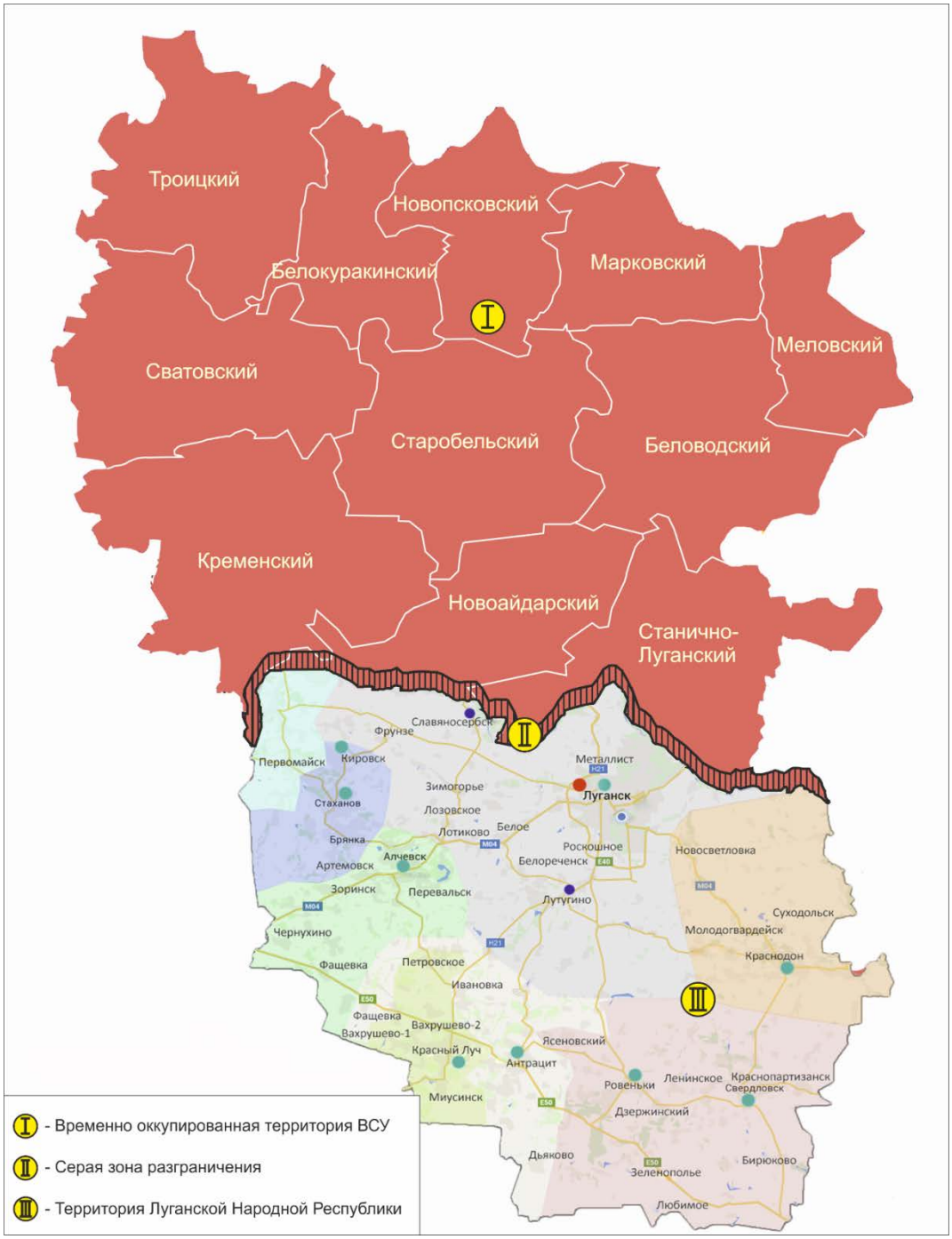


Рис. 1. Карта Луганской Народной Республики

Полученные результаты

Активные боевые действия в Луганске осуществлялись на небольших по площади территориях и в основном в населенных пунктах с применением всех видов вооружения. Вначале конфликтные события в Луганске ограничивались использованием стрелкового оружия. Но постепенно украинская вооружённая группировка усилилась бронетехникой,

вертолётами, вследствие чего начались артиллерийские обстрелы. К тому же были использованы баллистическая ракета («Точка У») (гг. Луганск, Алчевск, Ровеньки) и фосфорные снаряды.

Рис. 2. – Начало активной фазы боевых действий в январе 2015 г.

Из-за артобстрелов и повреждений в результате авиабомбардировок в Луганске были повреждены здания шести городских многопрофильных больниц, трех городских поликлиник, помещения двух центров первичной медико-санитарной помощи, пяти амбулаторий, трех детских больниц, а также 13 областных лечебно-профилактических учреждений, в т.ч. станция скорой медицинской помощи и станция переливания крови; разрушены были также здания Луганского государственного медицинского университета. Однако все эти и другие медицинские учреждения (25 городских и 29 областных) продолжали оказывать все виды помощи, в том числе специализированную, как военнослужащим, так и мирному населению. Основной их врачебный состав был работоспособен, хотя дефицит кадров в ЛНР на 29.10.2014 года составлял в среднем 42,7% врачей и 24,6% младших специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием [9].

Также с началом вооруженного конфликта не прекратилась основная деятельность ССМП Луганска. Основной задачей службы было оказание, прежде всего, экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи населению Луганска. Так,

например, в августе для обеспечения эвакуации больных и пострадавших с места вызова в лечебное учреждение и оказания помощи в постоянной готовности было 8 - 9 общепрофильных и 2 - 3 специализированных бригады. ЛГССМП с июля 2014 г. включала пять подстанций. Количество бригад, оказывающих, помощь в Луганске в условиях анализируемого вооруженного конфликта представлено в табл. 1.

Таблица 1

Количество бригад скорой помощи, оказывающих помощь в Луганске в условиях вооруженного конфликта в 2014-2015 гг.

Апрель	Май	июнь	июль	Август	сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	январь	Февраль	Март	Апрель
35	35	30	28	10-12	19	27	29	25	26	23	21	22

Если на начало вооруженного конфликта на ЛГССМП работало, 55 врачей и 180 фельдшеров, то летом 2014 г. их число уменьшилось в 5,5 и 2,6 раза соответственно (табл. 2). При этом фельдшеру нередко приходилось обеспечивать работу 3 4 врачей; врачам также приходилось выполнять несвойственные им функции.

Таблица 2

Число медиков ССМП, оказывающих помощь в Луганске в условиях вооруженного конфликта в 2014-2015 гг.

	апрель	Май	июнь	июль	Август	сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	январь	Февраль	Март	апрель
врачи	52	50	46	12	10	12	13	15	14	20	25	26	29
Фельдшеры	178	180	180	80	77	78	90	128	150	165	164	166	175

Среднесуточный темп обращения за медицинской помощью на ЛГССМП колебался от 76 до 363 выездов; при этом нагрузка на врачебный состав не всегда была равномерной (табл. 3). Так, обострения хронических соматических заболеваний и появление острых состояний у мирных жителей усиливались после обстрелов, а также перед ожидаемыми обстрелами, если в течение нескольких дней подряд они возникали в одно и тоже время; выезды чаще отмечались в ночное и утреннее время; и, конечно, количество выездов увеличивалось сразу после артобстрелов.

Таблица 3

Количество выездов бригад скорой помощи, оказывающих помощь в Луганске в условиях вооруженного конфликта в 2014-2015 гг., за сутки

Апрель	Май	июнь	июль	Август	сентябрь	Октябрь	ноябрь	Декабрь	январь	февраль	Март	апрель
363	328	218	155	76	110	190	227	198	273	243	240	252

В условиях боевых действий все бригады работали как специализированные, т.е. как такие, которые могли непосредственно на месте происшествия и в машине скорой помощи проводить наркоз, остановку кровотечения, искусственное дыхание, закрытый массаж сердца, шинирование, переливание крови и другие неотложные мероприятия, а также выполняют необходимые диагностические исследования (снятие ЭКГ, экспресс-диагностика на наркотики и инфаркт миокарда, глюкометрия и др.). Индивидуальный анализ показал, что применение расширенного объема и совершенствование медицинской помощи на месте происшествия и при транспортировке позволяли уменьшить число осложнений и смертельных исходов, а также увеличить возможность госпитализации ранее нетранспортабельных больных [7, 12, 13].

Суммарно за 13 месяцев анализируемого вооруженного конфликта бригадами ССМП медицинская помощь была оказана 76546 человек, находящимся в Луганске. При этом в структуре вызовов превалировали внезапные заболевания (69,5%), причем наибольшая их часть отмечалась в феврале-апреле 2015 г. Именно в этот период имело место активное усиление боевых действий после некоторого перемирия с сентября 2014 г., что не могло не отразиться на общем состоянии здоровья людей. К тому же, в период с осени увеличилось число возвратившихся мирных жителей в Луганск. Это происходило в канун заключения Минских договоренностей («Минск-2»). К внезапным заболеваниям относили острые заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт миокарда, инсульт, гипертонические

кризы, нарушения сердечного ритма, стенокардия Принцметалла, чаще в предутренние часы), желудочно-кишечного тракта (энтеральные кровотечения, прободные язвы, острые панкреатиты и холециститы), мочеполовой системы (обострение мочекаменной болезни, циститов), бронхолегочной системы (приступы бронхиальной астмы). Общее число и структура выездов ЛГССМП представлена в табл. 4.

Таблица 4

Показания к выездам бригад скорой помощи по Луганску в условиях вооруженного конфликта 2014-2015 гг.

Месяц	Выезд для оказания экстренной помощи		Выезд бригады как санитарного транспорта		Всего
	Несчастные Случаи	Внезапные заболевания	перевозки	экстренные перевозки	
2014 год					
Апрель	1025 (10,6%)	6871 (70,8%)	972 (10,0%)	836 (8,6%)	9704
Май	1064 (12,0%)	6333 (71,1%)	803 (9,0%)	703 (7,9%)	8903
Июнь	831 (14,7%)	3781 (67,0%)	550 (9,8%)	480 (8,5%)	5642
Июль	873 (21,8%)	2392 (60,0%)	398 (10,0%)	330 (8,3%)	3993
Август	443 (23,2%)	1136 (59,1%)	184 (9,6%)	156 (8,1%)	1919
Сентябрь	344 (12,5%)	1905 (69,1%)	272 (9,9%)	236 (8,5%)	2757
Октябрь	517 (10,4%)	3597 (72,2%)	483 (9,7%)	382 (7,7%)	4979
Ноябрь	524 (9,1%)	4171 (73,4%)	547 (9,7%)	440 (7,8%)	5682
Декабрь	490 (9,4%)	3705 (71,5%)	542 (10,5%)	445 (8,6%)	5182
Всего	6111	33891	4751	4008	**48761**
2015 год					
Январь	956	5102	600	523	7181

	(13,3%)	(71,0%)	(8,4%)	(7,3%)	
Февраль	472 (8,1%)	4376 (74,7%)	553 (9,5%)	460 (7,7%)	5861
Март	493 (7,6%)	4936 (75,4%)	605 (9,2%)	511 (7,8%)	6545
Апрель	186 (10,3%)	1173 (64,7%)	249 (13,8%)	205 (11,2%)	1813
Всего	2107	15587	2007	1699	**21400**

Как следует из данных, представленных в табл. 4, на втором месте в структуре выездов бригад скорой помощи по Луганску занимали несчастные случаи (минно-взрывные травмы, множественные осколочные ранения как у военнослужащих, так и у мирных жителей; дорожно-транспортные происшествия, бытовые травмы, отравления и др.), причем наибольший % этих состояний имел место в июле-августе 2014 г. (21,8% и 23,2% соответственно), когда в городе отмечались наиболее активные боевые действия. Наряду с этим каждый 10-й выезд бригад был связан с медицинской эвакуацией пациентов (санитарный транспорт) [6].

Мирные жители Луганска за медицинской помощью обращались также непосредственно на подстанции скорой помощи (табл. 5). Анализ показал, что большее число амбулаторных обращений (53,8%) имело место в месяцы, когда Луганск находился в условиях осложненной чрезвычайной ситуации (без света, воды и связи): август-октябрь 2014 г. Однако, в апреле 2015 г. вновь произошло увеличение доли амбулаторных пациентов, что связано с развитием посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) или психотравмы у мирных людей. По нашим данным, причиной развития ПТСР явились сохраняющиеся в течение года экстремальные условия жизни, сопровождающиеся насилием над личностью, чувством беспомощности и безнадежности в результате усвоенного крайне тяжелого отрицательного опыта (обстрелы, убийства, разрушения, страдания, безысходность).

По профилю заболеваний и поражений, в зависимости от места формирования санитарных потерь, нуждающиеся из числа мирного населения распределялись следующим образом: кардиореанимационный профиль – (665±55 выездов), хирургический (324±37), неврологический (186±44), общий терапевтический (1989±224), педиатрический (256±38), инфекционный (77±11), психиатрический (82±10). В неотложной медицинской помощи нуждались больные с ишемической болезнью, осложненной сердечной и сосудистой

недостаточностью, гипертонической болезнью с явлениями криза и аритмиями сердца. В хирургической патологии чаще имели место травматические повреждения (последствия минно-взрывной травы) и гнойная инфекция (флегмоны, абсцессы, карбункулы, фурункулы), что составляло 14,5% и 19,8% соответственно. В дни относительного затишья пациенты обращались по причине обострения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (12,5%).

Таблица 5

Число амбулаторных больных, обратившихся на подстанции скорой помощи по Луганску в условиях вооруженного конфликта 2014-2015 гг.

Месяц	Подстанции					Всего
	№1	№2	№3	№4	№5	
2014 год						
Июнь	49 (14,0%)	69 (19,8%)	104 (29,8%)	10 (2,9%)	117 (33,5%)	349
Июль	80 (20,8%)	64 (16,7%)	64 (16,7%)	25 (6,5%)	151 (39,3%)	384
Август	196 (29,0%)	165 (24,4%)	112 (16,6%)	28 (4,1%)	174 (25,8%)	675
Сентябрь	238 (29,4%)	172 (21,2%)	175 (21,6%)	34 (4,3%)	190 (23,5%)	809
Октябрь	132 (19,9%)	123 (18,4%)	161 (24,3%)	41 (6,2%)	207 (31,2%)	664
Ноябрь	120 (19,5%)	168 (27,3%)	81 (13,2%)	78 (12,7%)	168 (27,3%)	615
Декабрь	132 (26,7%)	66 (13,4%)	105 (21,3%)	19 (3,9%)	171 (34,7%)	493
Всего	947	827	802	235	1178	**3989**
2015 год						
Январь	76 (14,8%)	67 (13,1%)	162 (31,6%)	78 (15,2%)	129 (25,3%)	512
Февраль	102 (22,2%)	59 (12,8%)	123 (26,6%)	38 (8,1%)	140 (30,3%)	462
Март	101 (17,0%)	70 (11,8%)	153 (25,7%)	114 (19,2%)	157 (26,3%)	595
Апрель	228	115	136	92	256	827

	(27,5%)	(14,0%)	(16,5%)	(11,0%)	(31%)	
Всего	507	311	574	322	682	**2396**

Индивидуальный анализ показал, что увеличилась обращаемость за медицинской помощью оказываемой психиатрическими бригадами (обострение психозов, шизофрении, аффектных состояний); многочисленными также были инфаркты миокарда, особенно в месяцы перемирия, когда не было активных обстрелов. Обращает внимание, что в такие периоды относительного спокойствия увеличивалось количество обращений и выездов к пациентам с абстинентным синдромом (судорожный синдром), что было связано с отменой употребления спиртных напитков и улучшением условий жизни (отсутствие обстрелов, возвращение родственников, получение продуктовых наборов из числа гуманитарной помощи, подача света и воды, открытие магазинов и др.). Процент детей из мирного населения, которым была оказана помощь, составила 1,3%.

Доля пораженных с огнестрельными ранениями составила 3246 чел. (4,6% от общего числа людей, которым оказывалась медицинская помощь бригадами скорой помощи). В клинической картине преобладала политравма в результате прямого минно-взрывного воздействия, которая, как правило, являлась и ведущей причиной смерти раненых. Для жителей частного сектора характерными были поражения «вторичными снарядами» при обрушении зданий (42,5%) и т.п.

Индивидуальный анализ показал, что в зависимости от характера боеприпасов и расстояния от них до объекта поражения (человека) картина повреждений при взрывах гранат, мин и снарядов была различной. Она определялась действием возникающих при взрыве металлических осколков, воздействием взрывной волны, кусков земли, дерева и других вторичных снарядов. Особенностью ранений при взрывах снарядов, гранат, мин являлась их множественность. Характерным было то, что осколки поражали почти всю поверхность тела, обращенную к месту взрыва. При этом имели место многочисленные повреждения головы, туловища и конечностей. Форма и размеры повреждений были самыми разнообразными и зависели от величины и особенностей образующихся осколков. Осколочные ранения в ряде случаев напоминали рубленые, рваные раны, не имели гладкой поверхности и ровных краев, как при остром орудии; повреждения костей при осколочных ранениях были обширными. В раневых каналах обнаруживались осколки гранат, мин. При неблизком взрыве от осколков оболочки снаряда на одежде образовывались повреждения, напоминающие пулевые. Если же одежда находилась в зоне действия продуктов взрыва, то возникали ее обширные повреждения, обгорания, опаления, закопчения. Как показал анализ, поражающее действие стрелкового оружия не являлось доминирующим, преобладали осколочные ранения [4, 5, 7].

Число безвозвратных потерь по Луганску, включая военных, за лето 2014 г. составило 1381 и 3 беременные женщины (2 из них в сроке беременности 38-39 недель гестации); 40 фрагментов тел, неопознанных и неопределенных по полу [9].

Таким образом, экстренная (скорая) медицинская помощь в г. Луганске и окрестностях во время активных боевых действий (июль-сентябрь 2014 г., февраль-апрель 2015 г.) оказывалась в условиях кадрового дефицита и осложненной чрезвычайной ситуации, однако служба свою работу не прекратила. Большую часть обратившихся за медицинской помощью из мирного населения составили пострадавшие, вследствие прямого воздействия поражающих факторов оружия, которое применялось на территории, больные с обострением хронической патологии и развитие острых соматических заболеваний, а также рост психосоматических изменений здоровья людей, в результате воздействия психотравмирующих факторов.

Литература

1. Ершова Е.В. Опыт внедрения системы управления качеством на станции скорой медицинской помощи: итоги и перспективы развития // Здравоохранение. 2014. № 1. С. 76–85.

2. Хроника борьбы за независимость. Луганская Народная Республика: общественно-политическое издание. Луганск: ООО "Пресс-экспресс", 2015. 88 с.

3. Козырев Г.И. Основы конфликтологии. Учебник. - М.: Инфра-М, 2007. - 320 с.

4. Всероссийская служба медицины катастроф: создание, задачи, организация, режимы функционирования: Пособие для врачей. – М.: ВЦМК «Защита», 2000. – 71 с.

5. Оказание медицинской помощи пострадавшим в вооруженном конфликте в Республике Южная Осетия и актуальные вопросы информационного обеспечения / С.Ф. Гончаров, В.Э. Шабанов, В.В. Деменко и др. // Врач и информационные технологии. - 2009. - № 1. - С.59-60.

6. Деменков В.Р. Огнестрельные ранения ЛОР-органов лица и шеи в условиях современного военного конфликта / В.Р. Деменков // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології / голов. ред. І.Р.Бариляк. - Вип. 1 (133). - Київ; Луганськ, 2016. - С. 33-44.

7. Ефименко Н.А., Енин В.М., Козеев С.В. Особенности медицинской эвакуации раненых специальным автотранспортом из районов вооруженных конфликтов // Воен.- мед. журн. – 2001. -№ 1. – С. 20-23.

8. http://www.loga.gov.ua

9. Статистический бюллетень «Экономическое и социальное положение Луганской Народной Республики за 2014 год». – Луганск, 2015 – 144 с.

10. Кривонос О.В. Состояние и перспективы совершенствования скорой медицинской помощи в Российской Федерации // Скорая мед. помощь. 2010. № 3. С. 4–8.

11. Итоги саммита «нормандской четверки» в Минске. Мировая реакция ТАСС, 12.02.2015. http://tass.ru/politika/1763045

12. Пархомчук Д.С. Пути оптимизации работы службы скорой медицинской помощи по итогам военного конфликта на Донбассе в 2014-2015 гг. // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2016. № 4. С. 33-43.

13. Пархомчук Д.С. Анализ работы городской службы скорой медицинской помощи в условиях локального вооруженного конфликта // Медицина катастроф. 2016. №3. С. 19 – 33.

УДК 616.831:616.24-002.1

О НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СЕМИОТИКЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ (КЛИНИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Пеннер В.А.,[1] Борисенко В.В.,[1] Харченко О.С.,[2] Титова О.О.,[2] Василенко О.Н.[2]

ГУ: «Луганский государственный медицинский университет»

[1]Кафедра нервных болезней и нейрохирургии (зав. кафедрой - проф., д.мед.н. Т.В.Миронеко),

[2]Луганская городская многопрофильная больница №7

Больные с острыми пневмониями составляют около 29,3% пациентов терапевтических стационаров. Причиной возникновения неврологических нарушений при пневмониях являются повышение внутричерепного давления, гемо- и ликвородинамические нарушения, набухание мозга, нарастающие дистрофические изменения в нейроглии и гибель нервных клеток. Основные неврологические синдромы при острой пневмонии: неврастенический, острой легочной энцефалопатии, менингеальный, судорожный, церебральных сосудистых расстройств.

Ключевые слова: пневмония, неврологические осложнения, синдромы.

ABOUT NEUROLOGICAL SEMIOTICS IN PATIENTS WITH ACUTE PNEUMONIA (CLINICAL AND DIAGNOSTIC METHODS OF RESEARCH).

Penner V.A., Borisenko V.V., Kharchenko O.S., Titova O.O., Vasilenko O.N.

Patients with acute pneumonia are about 29,3% of patients therapeutic hospitals. The cause of neurological disorders with pneumonia are increased intracranial pressure, blood,

liquorodynamics disturbance, swelling of the brain, increasing dystrophic changes in glial cell has and death of nerve cells. Main neurological syndromes of the acute pneumonia are neurasthenic, acute pulmonary encephalopathy, meningeal, convulsions, cerebral vascular disorders.

Key words: pneumonia, neurological complications, syndromes.

Изучение соматогенно-обусловленных неврологических расстройств относится к числу актуальных задач современной медицины. Заболевания органов дыхания: пневмония, бронхит, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулез легких и др. могут привести к разнообразным неврологическим осложнениям. Известно, что среди всех органов центральная нервная система в особенности чувствительна к кислородной недостаточности. Под влиянием гипоксии в головном мозге возникают грубые обменные нарушения, которые приводят к отеку, венозному застою, циркуляторным расстройствам. Глубина изменений вещества мозга зависит от продолжительности гипоксии [1, 2].

Причиной возникновения неврологических нарушений при острой легочной недостаточности являются повышение внутричерепного давления, гемо- и ликвородинамические нарушения, набухание мозга, а при хронической - нарастающие дистрофические изменения в нейроглии и гибель нервных клеток. Чаще всего возникают неврастенический синдром, острые и хронические нарушения мозгового кровообращения, декомпенсация перенесенного очагового поражения ткани мозга [3, 4].

Неврастенический синдром характеризуется диффузной головной болью, головокружением, шумом в голове, сниженным фоном настроения с частыми его перепадами, раздражительностью, усталостью, тревогой, ослаблением памяти, расстройствами сна [1, 3, 5]. Острая энцефалопатия, возникающая на фоне внезапной гипоксии, включает общемозговые и очаговые симптомы. Признаки хронической энцефалопатии возникают на фоне хронической легочной или легочно-сердечной недостаточности, которая приводит к венозному застою и очаговой ишемии ткани мозга. Она характеризуется постепенным прогрессированием заболевания: возникают общая слабость, головная боль, шум в голове, тошнота, головокружение. В неврологическом статусе выявляют рассеянную очаговую микросимптоматику [3].

Сочетание легочной недостаточности с атеросклерозом и гипертонической болезнью может обусловить возникновение острого нарушения мозгового кровообращения [6]. Венозный застой в мозге приводит к повышенной проницаемости сосудистой стенки, которая создает условия для диапедезного выхода эритроцитов и развития геморрагической трансформации инфаркта после ишемического инсульта. Могут возникать паренхиматозные или субарахноидальные кровоизлияния, повторные нарушения мозгового кровообращения с

углублением уже существующей неврологической симптоматики. Это расценивают как декомпенсацию перенесенного очагового поражения мозга вследствие гемодинамических нарушений, нарастающей гипоксии и отека ткани мозга. Диагностическими ее признаками считают возникновение или усиление симптомов, которые отвечают имеющемуся очагу, благоприятная динамика благодаря проведению патогенетической терапии [7- 9].

Заболеваемость острой пневмонией остается высокой: в группе неспецифических заболеваний легких на ее долю приходится 29,3 % случаев [10, 11]. По статистическим данным, частота пневмоний варьирует от 3 до 30 на 1000 человек населения [12]. В литературе имеются сообщения о неврологических нарушениях при этом заболевании [13, 14]. Однако,

эти работы основываются на небольшом клиническом материале, не приводятся данные комплексного исследования, не в полной мере учитываются преморбидные и коморбидные особенности больных.

Цель и задачи нашего исследования - изучить больных острыми пневмониями с неврологическими осложнениями, систематизировать наиболее часто встречающиеся расстройства, уточнить патогенетические механизмы их возникновения, прогностические критерии, разработать адекватные способы лечения неврологических осложнений.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 80 больных острыми пневмониями с неврологическими осложнениями, из них: 58 - с очаговой пневмонией, 22 - с крупозной. Возраст - от 25 до 84 лет.

Клиническое и неврологическое обследование больных проводили по единому диагностическому алгоритму с изучением функции внешнего дыхания, лабораторно-инструментальными методами исследования, рентгенографией легких, бронхоскопией, электроэнцефалографией, реоэнцефалографией, КТ, МРТ головного мозга, исследованием кислотно-щелочного равновесия и мокроты на флору. Статистическая обработка данных стандартными методами при помощи программы статистического анализа StatPlus (2006), параметрические и непараметрические методы статистического анализа (Стьюдента, Уилкоксона, Манна–Уитни). При сравнении вариационных рядов учитывались достоверные различия ($p<0,05$).

Результаты исследования. Тщательный анализ семиотики отмеченных неврологических осложнений позволил в зависимости от преобладающего вида расстройств выделить следующие основные неврологические синдромы: неврастенический (65 %), церебральных сосудистых расстройств (26 %), острой легочной энцефалопатии (18 %), менингеальный (12 %), судорожный (6 %).

Неврастенический синдром характеризовался физической и психической

утомляемостью, диффузными головными болями, чаще височной и теменной локализации, раздражительной слабостью, нарушением сна. Эти расстройства нередко сопровождались снижением фона настроения.

При неврологическом обследовании больных астеническими состояниями обнаруживалось повышение или понижение сухожильных, вялость подошвенных и брюшных рефлексов. Наряду с этим отмечались явления вегетативной дисфункции - вазомоторные расстройства, красный разлитой дермографизм, гипергидроз или сухость кожи, различные висцеральные нарушения, учащение частоты пульса, неустойчивость артериального давления, извращение рефлексов Даниньи - Ашнера и положения.

Неврастенический синдром у них развивался параллельно легочному процессу как при крупозной, так и очаговой пневмонии. Жалобы и объективные данные, свидетельствующие о вовлечении нервной системы, появлялись на высоте пневмонии (в первые 2 - 4 дня) и постепенно стихали на протяжении последующих 2-3 недель. Регресс астенического синдрома зависел от тяжести основного заболевания и локализации очага поражения. При затянувшихся, осложненных абсцедированием или пневмотораксом пневмониях (чаще верхнедолевой локализации) астенический синдром сохранялся нередко на длительное время (на несколько месяцев) и после выписки из стационара.

Острая легочная энцефалопатия возникала обычно в раннем периоде заболевания, чаще на 1-3 неделе при особенно тяжелых формах верхнедолевой крупозной и несколько реже очаговой пневмонии, на фоне повышения температуры до 39,0-40,5°С, одышки, кашля, болей в области грудной клетки и т. д.

Клинически энцефалопатия проявлялась интенсивными головными болями диффузного характера, чувством тяжести в голове, заложенности в ушах, расстройством сна. В отдельных случаях отмечалось двигательное возбуждение. Обнаруживалась умеренная рассеянная неврологическая симптоматика в виде общей гиперестезии, светобоязни, скулового симптома Бехтерева, горизонтального нистагма, оживления сухожильных рефлексов, анизорефлексии. Иногда появлялись нестойкие патологические рефлексы Жуковского, Бабинского, симптомы орального автоматизма. Нередко на стороне соматической патологии определяется гиперестезия в сегментах $С_3$ - $Д_6$, в зонах Захарьина - Геда.

В отличие от неврастенического синдрома энцефалопатические расстройства при адекватном лечении в большинстве случаев регрессируют по мере минования пика воспалительного процесса в легких, т. е. в сроки от 6-7 дней до трех - трех с половиной недель.

Менингеальный синдром в большинстве случаев развивался на высоте (на 2-3

сутки) тяжело протекающей пневмонии и проявлялся головной болью, тошнотой, рвотой, болезненностью при движении глазных яблок, светобоязнью, общей гиперестезией. Часто отмечалось психомоторное возбуждение. Среди неврологических нарушений наиболее выраженными были ригидность мышц затылка и скуловой симптом Бехтерева, нерезко выраженные симптомы Кернига и Брудзинского и небольшая очаговая неврологическая симптоматика (нистагм, анизорефлексия и др.). Все это в ряде наблюдений затрудняло диагностику, возникало обоснованное подозрение на субарахноидальное кровоизлияние, менингит, менингоэнцефалит. Таким больным показано проведение неотложной люмбальной пункции. В случаях менингеального синдрома при пневмониях не отмечалось изменений клеточного и белкового состава спинномозговой жидкости, регистрировалось только повышение ликворного давления до 250-270 мм рт. ст.

Отличием менингеального синдрома является, кроме того, диссоциация между более значительной ригидностью мышц затылка и умеренно выраженным симптомом Кернига, небольшая продолжительность психомоторного возбуждения и других менингеальных и очаговых симптомов.

Судорожный синдром развивался на высоте пневмонии и проявлялся главным образом клоническими судорогами, которые не всегда сопровождались прикусом языка и произвольным мочеиспусканием, были относительно кратковременными (около 5-7 мин). За весь период течения острой пневмонии отмечалось обычно два-три таких пароксизма. В анамнезе этих больных отсутствовали указания на эпилептические припадки, что дало основание рассматривать судорожный синдром как реакцию мозга на острое легочное заболевание, связанную с гипоксией, токсикозом и отеком мозга.

Своевременное и патогенетически обоснованное лечение позволяло не только купировать, но и предотвратить повторение эпилептиформных припадков.

Церебральные сосудистые расстройства на фоне острых пневмоний наблюдались нами у больных с признаками церебрального атеросклероза, гипертонической болезни. Острая недостаточность мозгового кровообращения развивалась у 9 больных, из них преходящие нарушения - у 5, инсульт - у 4 (ишемический - 2, геморрагический – 1, геморрагический инфаркт -1). Геморрагический инсульт и инфаркт диагностированы у больных крупозной пневмонией, страдающих гипертонической болезнью. Декомпенсация хронической недостаточности мозгового кровообращения на фоне острой пневмонии отмечалась у 17 пациентов. Церебральные сосудистые расстройства возникали как в период «разгара» пневмонии - 14 наблюдений, так и на фоне постпневмонической астении - 12.

Развитие острой пневмонии у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения усугубляет церебральные нарушения. Отмечаются значительное

ослабление памяти, внимания, снижение интеллекта и критики к своему состоянию, явления пирамидной недостаточности, псевдобульбарный синдром, мозжечковые расстройства.

Восстановление нарушенных функций после инсульта по мере разрешения пневмонии в наших наблюдениях не отмечалось: у всех больных при выписке сохранялись те или иные остаточные явления (парез, афазия, гемигипестезия и т. д.). Компенсация расстройств, связанных с обострением хронической сосудистой мозговой недостаточности на фоне острой пневмонии, совпадала по времени с купированием пневмонии у 5 пациентов. В остальных наблюдениях признаки декомпенсации либо субдекомпенсации регрессировали постепенно, в течение нескольких недель, а иногда и месяцев.

Электроэнцефалографическое исследование больных очаговой и крупозной пневмониями с неврологическими нарушениями в виде астенического, менингеального, судорожного синдромов и острой легочной энцефалопатии выявили следующие изменения биоэлектрической активности мозга: замедление α - ритма или реже его полное отсутствие, снижение электрической активности, ее дезорганизация и десинхронизация, снижение реактивности на внешние раздражители. Иногда при острой легочной энцефалопатии на фоне крупозной пневмонии отмечались отдельные θ - и σ - волны в виде несгруппированных колебаний различной амплитуды. При астеническом и менингеальном синдромах на фоне очаговой пневмонии в некоторых наблюдениях регистрировался доминирующий β - ритм. При судорожном синдроме в течение ближайших часов отмечались гиперсинхронизация биоэлектрической активности и появление отдельных пароксизмов (острые волны и пик- волна) в передних отведениях. При стенозах и тромбозах сосудов мозга, проявляющихся выраженными очаговыми симптомами, на ЭЭГ регистрировали медленные патологические волны θ - и σ - диапазона. У больных с геморрагическим инсультом изменения на ЭЭГ более выраженные и стойкие и сочетаются с другими общемозговыми симптомами.

При реоэнцефалографическом исследовании обнаруживались нарушения, связанные преимущественно с возрастными атеросклеротическими изменениями - уменьшение кровенаполнения, нарушение тонуса мозговых сосудов, асимметрия пульсового кровенаполнения, затруднение венозного оттока. Для инсультов наиболее характеры четкие межполушарные асимметрии пульсового кровенаполнения: при ишемическом инсульте за счет снижения пульсового кровенаполнения на стороне поражения, при геморрагическом инсульте - вследствие выраженного снижения мозгового сосудистого тонуса. Для ишемических инсультов характерен «склеротический» тип РЭГ. Отмечается отчетливое снижение пульсового кровенаполнения на стороне поражения как при патологии в бассейне внутренней сонной артерии, так и в бассейне вертебрально-

базилярной кровеносной системы. При тяжелых ишемических инсультах любой локализации изменения РЭГ имели генерализованный характер и возникали не только на стороне поражения, но и на противоположной. Для геморрагических инсультов характерно увеличение пульсового кровенаполнения в артериях мозга на фоне снижения сосудистого тонуса, а также признаки венозного застоя.

Функция внешнего дыхания. Состояние функции внешнего дыхания находилось в прямой зависимости от распространенности и тяжести патологического процесса в легких. При астеническом синдроме отмечалось уменьшение жизненной емкости и максимальной вентиляции легких. При этом минутный объем дыхания увеличивался до 7,2 л. Величина поглощения кислорода составляла в среднем 225 мл/мин, коэффициент использования кислорода - 31,2 мл, проба Штанге - до 60" (N - 1 - 1 : 0 - 1,5 мин), проба Генча - до 25" (N -50").

При исследовании газового состава крови и кислотно-щелочного состояния у больных с синдромом острой легочной энцефалопатии отмечалось нарушение кислотно-щелочного равновесия (КЩР) в виде газового ацидоза. При астеническом синдроме показатели КЩР оставались в пределах нормы. Явления респираторного ацидоза с выраженной гипоксией имели место при менингеальном и судорожном синдромах, церебральных сосудистых расстройствах.

Комплексное клиническое, электрофизиологическое и спирографическое исследования больных свидетельствовали о разнообразии патогенетических механизмов, сопутствующих острым пневмониям неврологических расстройств. Нарушения вентиляции легких и газового обмена, наступающие в результате дыхательной недостаточности, приводят к повышению концентрации углекислоты в артериальной крови и к дальнейшему уменьшению насыщения крови кислородом, т. е. к гипоксии. При парциальном давлении углекислоты (PCO_2), близком к 50 мм рт. ст., и при насыщении артериальной крови кислородом (HbO_2) до 92% возникали астенические и общемозговые нарушения. Увеличение парциального давления углекислоты в артериальной крови до 60 мм рт. ст. и снижение насыщения артериальной крови кислородом приводило к развитию синдромов энцефалопатии, менингеальному и судорожному.

Собственное клиническое наблюдение. Пациент Т., 58 лет, находился на лечение в кардиологическом отделении городской больницы с диагнозом: ИБС. Диффузный кардиосклероз. Нестабильная стенокардия напряжения. Гипертоническая болезнь II, 2 степень, риск 3. СН I. При поступлении, помимо жалоб на давящие боли за грудиной, усиливающиеся при физической нагрузке, одышку в покое, учащенное сердцебиение, повышение артериального давления до 200/100 мм.рт.ст., беспокоили боли и першение в

горле, заложенность носа, насморк. После проведенного лечения его состояние улучшилось, была запланирована выписка из стационара, но через 2 недели от поступления в отделение, появилась выраженная слабость, диффузная головная боль, головокружение, заторможенность, которая сменялась периодами возбуждения, агрессии, нарушилась речь - стала замедленной, невнятной, нарушился сон (сонливость днем, беспокойство ночью), боли в грудной клетке, одышка в покое, повысилась температура тела до 37,5 °С. На следующий день во время приступа кашля внезапно потерял сознание на несколько секунд, были тонические судороги, в конце приступа - непроизвольное мочеиспускание.

Объективно: Состояние больного - тяжелое, обусловлено общей соматической патологией, органическим поражением головного мозга. Кожные покровы - бледные. АД - 110/70, ЧСС-65, пульс - 65, ЧДД - 22 в мин. Дыхание в легких - жесткое, ослабленное слева в нижних отделах, выслушиваются влажные мелко- и -крупнопузырчатые хрипы, справа хрипов нет. Деятельность сердца - ритмичная, тоны приглушены, аускультативно шумов нет. Температура тела - 39,0° С. Живот - мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, стул и мочеиспускание - не нарушены.

Неврологический статус: сознание - легкое оглушение. Частично дезориентирован в месте, времени, на вопросы отвечает с опозданием, нечетко. Критика снижена. Дизартрия. Астенизирован, эмоционально лабилен. Тугоподвижность мышц шейного отдела позвоночника. Менингеальных знаков нет. Зрачки и глазные щели D>S, слабость акта конвергенции с двух сторон. Фотореации - живые. Корнеальные и конъюктевальные рефлексы снижены с двух сторон. Физиологическая ассиметрия лица. Горизонтальный мелкоразмашистый нистагм**,** при взгляде в стороны. Язык по средней линии. "+" симптом Маринеску-Радовича с двух сторон. Общее снижение глубоких рефлексов. Парезов нет, мышечная гипотония. В позе Ромберга - выраженная атаксия, пальценосовая проба - с интенционным тремором с двух сторон, промахиванием, коленно-пяточная - с дисметрией. Мозаичный тип расстройства чувствительности. MMSE - 20 баллов.

Анализ крови клинический: эр. - $4,6*10^{12}$, Нв- 147 г/л, Л- $15,7* 10^{9}$, СОЭ - 12 мм/ч, п- 4 %, с- 68 %, э - 2 %, л - 25 %, м - 10 %, Ht - 0,44 г/л, гл крови- 5,5 ммоль/ л. Биохимия крови: АЛАТ - 0,47, АСАТ - 0,57, креатинин - 123 мкм/л, мочевина - 9,8 мкм/л. Тропонин - 50 нг/мл. Холестерин - 6,54 ммоль/л, ЛНПП - 4,68 ммоль/л, ЛПВП - 1,24 ммоль/л, ЛПОНП - 0,6 ммоль/л, триглицериды - 3,01 ммоль/л. Протромбиновое время - 18 сек., ПИ - 83 %, фибриноген - 4,09 г/л, фибриноген "Б" - отр. Тропонин - 15,74 нг/мл. ПЦР токсоплазма - не выявлен, CMV IgV - 0,21, Эпштейна-Барр вирусная инфекция IgM - 0,26, ПЦР на цитомегаловирус - не выявлен, ПЦР на вирус Эпштейна-Барр - не выявлен.

Общий анализ мочи - без патологии.

Спирография - ЖЕЛ и максимальная вентиляция легких - снижение до 60 %, SpO2 - 93 %, индекс Тиффно (ОФВ1/ЖЕЛ) - не изменен.

ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 70 уд. в мин., вольтаж QRS - сохранен, ЭОС - горизонтальная. Заключение: ГЛЖ. НБПНПГ. Диффузные изменения миокарда.

ЭЭГ. Заключение: двухсторонние неспецифические изменения биоэлектрической активности мозга с преобладанием медленных волн.

СКТ органов грудной клетки (рис. 1).

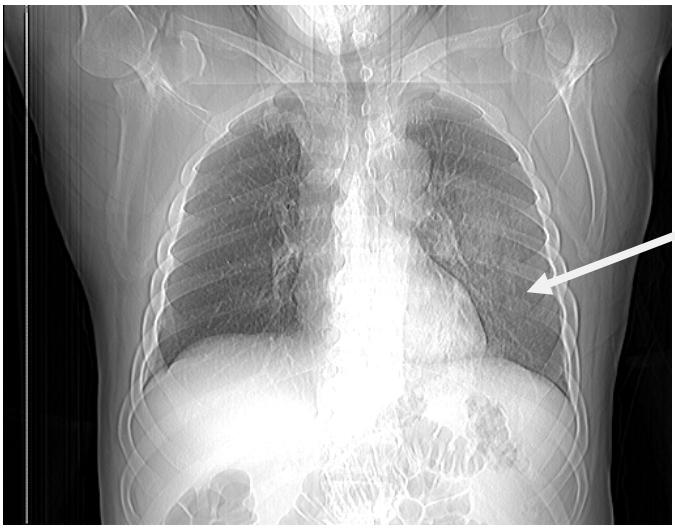


Рис. 1. На СКТ ОГК определяется негомогенное уплотнение легочной ткани в виде очагов с нечеткими контурами, склонных к слиянию, за счет инфильтрации в нижней доле левого легкого (S6, S9, S10) (указано стрелкой). "+" симптом воздушной бронхографии. Легочные структуры справа в норме. Заключение: Признаки левосторонней нижнедолевой полисегментарной пневмонии.

МСКТ головного мозга (рис. 2).

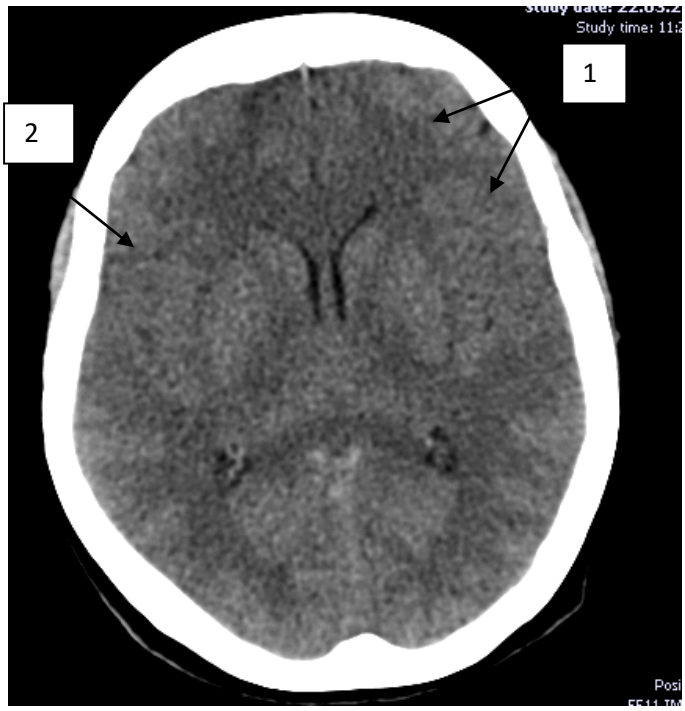


Рис. 2. На компьютерных томограммах межполушарная тень расположена по срединной линии. 1 -кортикальные борозды, 2- цистерны сильвиевых щелей головного мозга слабо дифференцируются, с нечеткими контурами. Очаговых изменений вещества головного мозга нет. Желудочки расположены симметрично, на уровне передних рогов – до 3,5 мм, III и IV желудочки расположены по средней линии, размеров 0,7 мм и 13 мм, соответственно. Плотность перивентрикульного белого вещества не изменена. Заключение: КТ-признаки отека мозга.

Консультация пульмонолога. Клинический диагноз: внегоспитальная полисегментарная (S6, S9, S10) пневмония левого легкого. ЛН II.

Консультация офтальмолога: на глазном дне застойные диски зрительных нервов, границы их размыты, вены расширены. Клинический диагноз: гипертоническая ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Консультация психотерапевта. Клинический диагноз: органическое поражение ЦНС, смешанного генеза, умеренно-выраженный психоорганический синдром, астено-депрессивный вариант, снижение интеллектуально-мнестических функций.

Данное клиническое наблюдение свидетельствует о том, что острое заболевание легких способствовало формированию у пациента острой легочной энцефалопатии, в формировании которой ведущее место принадлежит гипоксии и токсикозу, которые развились вследствие воспалительного процесса в легких. В приведенном случае обращало внимание изменение состояния сознания: заторможенность, вялость, адинамия, появлялись симптомы недостаточности кровообращения в вертебрально-базилярной системе (головокружение, нистагм, мышечная гипотония, нарушение координации, дизартрия),

эпиприступ, которые полностью регрессировали в течение 5 дней на фоне интенсивной целенаправленной терапии. В дифференциально-диагностическом плане имели значение многоочаговость, рассеянность неврологической симптоматики, касавшейся смежных зон кровоснабжения мозга. При МСКТ исследовании головного мозга был обнаружен отек мозговой ткани без очаговых поражений, что дает право считать, что ведущим в патогенезе неврологических расстройств были нарушения метаболизма мозговой ткани.

Выводы. Лечебные мероприятия при патологии нервной системы у больных острыми пневмониями должны быть направлены как на борьбу с основным заболеванием, так и на коррекцию неврологических нарушений, они должны быть комплексными с учетом клинических проявлений и особенностей патогенеза тех или иных расстройств. Лечение больных с острыми пневмониями должно включать в себя мероприятия по профилактике возможных церебральных сосудистых расстройств, особенно у пациентов старше 50 лет, а также лиц, страдающих гипертонической болезнью, хроническим нарушением мозгового кровообращения, тяжелой соматической патологией.

Прогноз неврологических расстройств определяется, прежде всего, клинической формой и тяжестью основного заболевания. При современном интенсивном лечении как крупозная, так и очаговая пневмония через 3 - 4 недели заканчиваются выздоровлением. Параллельно претерпевают обратное развитие у большинства больных и неврологические нарушения - неврастенический, менингеальный и судорожный синдромы, цереброваскулярные нарушения. Но некоторые признаки астенизации и дисфункции вегетативной нервной системы (утомляемость, склонность к гипотонии, гипергидроз и др.), а также небольшие общемозговые и очаговые неврологические расстройства (головные боли, головокружение, парезы черепно-мозговых нервов, дисфазия, гемигипестезия и т. д.) могут, по катамнестическим данным, сохраняться на более длительное время.

Перспективы дальнейших исследований. Целостный системный подход к проблеме лечения и реадаптации больных с острыми пневмониями с сопутствующими неврологическими нарушениями требует разработки комплексных лечебно – реабилитационных мероприятий проводимых пульмонологом совместно с невропатологом.

Литература

1. Пневмония при инсульте / Ю.С. Мартынов, О.Н. Кевдина, Н.А. Шувахина [и др.] // Неврологический журнал. – 1998. – №3. – С. 18–21.

2. Лаптева И.М. Пневмонии тяжелого течения / И.М. Лаптева, В.Л. Крыжановский // Мед. новости. – 2004. – № 10. – С. 25-36.

3. Яковлев С.В. Антибактериальная терапия осложненной пневмонии / С.В. Яковлев, Е.И. Христолюбова // Consilium medicum. – 2006. – № 1 (8). – С. 1-5.

4. Клиническая пульмонология: методическое пособие / С.В. Нарышкина, О.П. Коротич, Л.В. Круглякова - Благовещенск: ОЭБ -Медиа, 2010. – 144 с.

5. Скоромец А.А. Соматоневрология: руководство для врачей / под ред. А.А. Скоромца // С61СПб: Спец Лит, 2009. – С. 168-173.

6. Addington W.R. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke: an interhospital comparison / W.R. Addington, R.E. Stephens, K.A. Gilliland // Stroke. – 1999. – 30. – 6. – P.1203–1207.

7. Ландышев Ю.С. Руководство по пульмонологии / Ю.С. Ландышев, А.В. Леншин - Благовещенск: РИО, 2003. – 183 с.

8. Воложин А.И. Патофизиология: в 3 т. / под ред. А.И. Воложина, Г.В. Порядкина - М.: Академия, 2006. – Т. 1. – 272 с.

9. Христолюбова Е.И. Ошибки диагностики и лечения пневмоний в поликлинических условиях / Е.И. Христолюбова, Л.И. Волокова // Тер. архив. – 2005. – № 1. – С. 8-12.

10. Collard H. R. Prevention of Ventilator–Associated Pneumonia: An Evidence–Based Systematic Review Ann Intern Med. / H. R. Collard, S. Saint, M. A. Matthay - March 18. – 2003. – 138(6). – P. 494 – 501.

11. Соматоневрологические синдромы. Клиника диагностика, лечение. Руководство для врачей / Т.В. Мироненко, Б.Ю. Добрин, Н.Б. Рыкова [и др.] - Луганск: ООО «Виртуальная реальность», 2010. – С. 194-198.

12. Московчук А.Ф. Пневмония: актуальная проблема медицины / А.Ф. Московчук, В.А. Болотникова // Сб. резюме XIX национального конгресса по болезням органов дыхания. – 2009. – № 217. - С. 193.

13. Ewing S. Severity assessment in community-acquired pneumonia / S. Ewing, D. Schafer // Eur. Respir. J. – 2000. – Vol. 16. – P. 1193-1201.

14. Aouifi A. Usefulness of PCT for diagnosis of infection in cardiac surgical patients / A. Aouifi, V. Piriou // Crit. Care. Med. – 2009. – Vol. 46 (7). – P. 3171-3176.

УДК: 616-08-031.81

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ МИННО-ВЗРЫВНЫХ ТРАВМ

Т.М. Приставко, В.Р. Деменков, И.Е.Берест

ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» ЛНР

Актуальность проблемы. Известно, что острая сенсоневральная тугоухость (ОСНТ) является достаточно частым осложнением минно-взрывных травм (МВТ). Под воздействием мощного (более 130 дБ) звука возникают изменения в слуховом анализаторе, которые квалифицируются как аку- и баротравма. Своевременность и эффективность проведения лечебных мероприятий у больных с ОСНТ остаётся актуальной медико-социальной проблемой, так как может привести к необратимым нарушениям слуха, инвалидизации больного, снижению качества жизни больных.

Цель исследования – оптимизировать результаты лечения больных с ОСНТ вследствие МВТ.

Задача исследования - оценить эффективность противоневритной терапии у больных с ОСНТ вследствие МВТ.

Результаты исследования. Под нашим наблюдением было 63 больных с ОСНТ от 21 до 54 лет, которые находились на лечении в Луганской республиканской клинической больнице. Среди обследуемых большинство было мужчин 51 (81%), а женщин – 12 (19%). В зависимости от сроков после травмы больные были распределены на три группы: 1 – до 10 дня - 32 человека, 11-30 дней – 22, более 1 месяца – 9 человек. По данным аудиометрии у всех обследуемых имело место снижение слуха по типу звуковосприятия. В 23% случаях нарушения слуховой функции были односторонними (на той стороне, где происходило повреждающее действие), а у – 49 (77,8%) человек двусторонним, среди которых в 95% случаев асимметричное, а у – 5% симметричное двустороннее поражение. Таким образом, была установлена патология 121 уха, из них в 27 (22,3%) случаях квалифицировали тяжелую степень, в 75 (62%) – среднюю степень, в 19 (15,7%) случаях – легкую степень нарушения слуха.

Учитывая с одной стороны патогенез заболевания, а с другой - дефицит медицинских препаратов в военное время, назначенная схема лечения включала минимально необходимый комплекс сосудистых и нейротропных средств: кавинтон 2,0 в/в кап. на 200 мл 0,9% NaCl №3; пирацетам 20%-5,0 в/м 1р/д. №10; прозерин 0,05% - 1,0 п/к №10; АТФ 1%-1,0 в/м 1р/д. №10; вит. В1 1,0 в/м через день №5; вит. В6 1,0 в/м через день №5; аскорбиновая кислота 5% - 5,0 в/м 1р/д. №10.

После проведенного нами лечения у пациентов с ОСНТ слуховая функция была полностью восстановлена в 56 случаях из 121 (46,3%), а значительно улучшилась у 39 (32,2%) (пороги слуха были достоверно ниже после лечения в диапазоне частот 0,125-8 кГц). Средний порог костной проводимости до начала лечения составил 32,3 дБ на частотах, на пятый день лечения средние пороги составили 28,6 дБ, на десятый день – 16,8 дБ. Не было

получено эффекта от лечения в 26 случаях (21,5%). При анализе причин отсутствия эффекта установлена прямая корреляционная связь со сроками и тяжестью травмы.

Выводы. Таким образом, подобранная схема лечения в условиях военного времени позволила у большинства больных ОСНТ вследствие МВТ полностью восстановить слуховую функцию или значительно её улучшить.

Рекомендации: эффективность лечения значительно возрастает при раннем (до 10 дней) назначении патогенетической противоневритной терапии.

УДК 616-08-039.35«312»(477.61)

ОПЫТ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ РЕАНИМАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГУ «ЛУГАНСКАЯ ГОРОДСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ БОЛЬНИЦА №3» ЛНР В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Пушкарский О.А., Шатохина Я.П., Налапко Ю.И., Король О.В, Коноплева Я.В.
ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №3» ЛНР,
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки»,
г. Луганск, ЛНР

Резюме. В статье приведены факторы оптимизации организации реанимационно-анестезиологической службы путем использования территориальных клинико-организационных стандартизованных подходов к диагностике и интенсивной терапии ряда критических состояний на региональном уровне, применительно к местным возможностям и условиям. Также освещены основные направления деятельности отделения анестезиологии и интенсивной терапии ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР по оказанию плановой и неотложной помощи населению г. Луганска.

Ключевые слова: реанимационно-анестезиологическая служба, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, анестезиологическое обеспечение, плановая и неотложная помощь.

Вопросы, связанные с организацией оказания реанимационно-анестезиологической помощи в промышленном регионе до сих пор недостаточно освещены в специальной литературе и нормативных документах. В то же время исследования, посвященные проблемам организации реанимационно-анестезиологической службы г. Луганска с численностью на 2016 год - 441738 человек взрослого населения, весьма ограничены. Интенсивная терапия критических состояний является важной составляющей эффективности

всего здравоохранения[2]. Повышение эффективности интенсивной терапии прямо зависит от вопросов организации реанимационно-анестезиологической службы, связанных с особенностями функционирования здравоохранения в современных условиях.

В Государственном учреждении «Луганская городская многопрофильная больница №3» Луганской народной республики (ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР) функционирует отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ), а также сосредоточены отделения, несущие ургентную службу: терапевтическое, неврологическое, в т.ч. и хирургического профиля: хирургическое, гинекологическое, родильное. За время существования отделение анестезиологии и интенсивной терапии выполнило огромную работу по оказанию плановой и неотложной помощи населению г. Луганска. Постоянно анестезиологическому обеспечению подлежат 175 коек хирургического и акушерско-гинекологического профиля. На 9 койках, с возможностью лабораторной диагностики, (при массовом поступлении, в чрезвычайных ситуациях, разворачиваются до 12 коек) оказывается следующая квалифицированная реанимационно-анестезиологической помощь в полном объеме:

- все элементы неотложной реанимационной помощи;
- клиническая и лабораторная оценка степени выраженности органных дисфункций;
- интенсивная терапия и интенсивное наблюдение с использованием методов лабораторной и функциональной диагностики;
- применение методов экспресс-диагностики критических состояний;
- коррекция нарушений гемодинамики;
- энтеральное питание и коррекция водно-солевого баланса;
- дезинтоксикационная терапия;
- протезирование функции дыхания с использованием различных, в том числе вспомогательных, режимов ИВЛ с помощью интеллектуальных респираторов;
- проведение временной электрокардиостимуляции;
- интенсивное наблюдение за больными в тяжелом состоянии;
- ведение послеоперационного периода.

За время 2014-2016гг. ОАИТ выполнило огромную работу по оказанию квалифицированной реанимационно-анестезиологической помощи населению г. Луганска. Оказано около 4000 анестезиологических обеспечений плановых и экстренных оперативных вмешательств, а также болезненных манипуляций, соответствующих данному уровню аккредитации хирургической службы. При этом за указанный период в ОАИТ были

проведены интенсивная терапия и реанимация 1970 больных с патологией, охватывающей почти все основные разделы клинической медицины и токсикологии.

В ОАИТ в настоящее время работают 7 врачей, из них 2 имеют высшую и первую категории; 8 медсестер-анестезисток и 9 медсестер палат интенсивной терапии, из них 4 медсестеры высшей категории и 4 медсестры первой категории.

Студенты – будущие специалисты, подготовленные и проходящие обучение в течение многих лет по дисциплине «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ» на базе ОАИТ на кафедре анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» ЛНР – главное достижение и основной потенциал, не сравнимый с успехами по накоплению и совершенствованию материально-технической базы ОАИТ.

В тесной связи с объективными трудностями материально-технического характера претерпела эволюцию и доктрина обезболивания. В последние годы вынужденная альтернативная схема поддержания анестезии при большинстве операций предусматривает использование фракционного введения барбитуратов, кетамина, фентанила, изредка ГОМК. При обезболивании операций, выполняемых на нижней половине брюшной полости и нижних конечностях в хирургии, а также при обезболивании родов широко применяются спинальная анестезия и эпидуральная анестезия. Серьезных осложнений, связанных с анестезиологическим обеспечением, случаев неадекватной анестезии и т.п. за последние годы не зарегистрировано, что косвенно свидетельствует о том, что, несмотря на недостаточное финансирование реанимационно-анестезиологической службы, найдены компромиссные, альтернативные варианты, позволяющие оказывать адекватную помощь пациентам на интенсивном этапе лечения. Эти особенности, характерные для реанимационно-анестезиологической службы на современном этапе заставляют прибегать к разработке, утверждению и использованию стандартизованных подходов к диагностике и лечению на региональном уровне, применительно к местным возможностям и условиям[1].

Кроме того, «объектом труда» персонала ОАИТ являются послеоперационные больные. Отсутствие тяжелых осложнений, особенно в раннем послеоперационном периоде, в немалой степени объясняется четко отработанным (благодаря наличию коек интенсивной терапии с круглосуточным постом наблюдения) алгоритмом действия. Большинство больных после операций под общей анестезией сразу по окончании операции переводятся под интенсивное наблюдение в реанимационный зал, где после восстановления сознания, мышечного тонуса, адекватного дыхания, стабилизации гемодинамики производится экстубация трахеи (если операция проводилась на фоне ИВЛ). Больные еще некоторое время

находятся под интенсивным наблюдением и лишь, затем переводятся в послеоперационные палаты соответствующего профильного отделения.

Системный подход к лечению критических состояний позволяет применить на практике разработанные территориальные клинико-организационные стандарты реанимационно-анестезиологической службы региона и улучшить результаты интенсивной терапии при ряде критических состояний: сердечно-сосудистой, дыхательной, церебральной недостаточности; также при инфекционно-воспалительном синдроме; различные виды травм (кроме нейротравмы): травма груди и живота, электротравма; многие виды ком, эпилептический статус, все виды шоков и большинство патологических синдромов, относящихся к неотложным состояниям, включая острые отравления.

Большую помощь в диагностике и лечении больных отделения анестезиологии и интенсивной терапии ГУ «ЛГМБ №3» ЛНР оказывают специалисты-консультанты клиник г. Луганска, в частности Государственного учреждения «Луганская республиканская клиническая больница» Луганской народной республики, Государственного учреждения «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер» Луганской народной республики и др.

В ряду многих современных проблем, можно выделить следующие, стоящие перед реанимационно-анестезиологической службой в промышленном регионе г. Луганска на сегодняшний день:

1. Организация помощи инкурабельным больным.
2. Профилактика нозокомиальной инфекции.
3. Утяжеление контингента больных, изменение характера хирургической агрессии.
4. Повышенное внимание со стороны общества к оказанию реанимационно-анестезиологической помощи.
4. Совершенствование материально-технической базы ОАИТ.
5. Появление альтернативных источников финансирования.

Литература

1. Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2т./под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова.-М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011, с.49.
2. Медицинский портал «Медзона» [элетронный ресурс]/Организация работы реанимационно-анестезиологической службы Свердловской области в XXI веке. Проблемы решенные и нерешенные (часть 1)/А.Л. Левит/Журнал "Интенсивная терапия" N1 - 2005/Режим доступа: icj.ru.

УДК 616.89-008.42-08

МЕТОДЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СЕРОТОНИНОВОГО СИНДРОМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Т.И. Ромашова,[1,2] О.А. Бобык,[1,2] О.В. Кондуфор,[1,2] Н.Э. Булкина[1,2]

[1]ГУ «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» ЛНР, кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии

[2]ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» ЛНР.

Резюме. Представлен обзор обширной литературы по проблеме редкой, но потенциально опасной для жизни ятрогенной патологии – серотонинового синдрома. Проведен теоретический анализ научных работ и накопленного опыта отечественных и зарубежных учёных, по результатам исследований, которых освещены основные принципы современных психофармакологических подходов к лечению серотонинового синдрома и методы проведения интенсивной терапии данной патологии.

Ключевые слова: серотониновый синдром, обзор литературы, методы интенсивной терапии.

METHODS OF INTENSIVE THERAPY OF SEROTONIN SYNDROME (REVIEW)

T. Romashova, O. Bobyk, O. Kondufor, N. Bulkina

Lugansk State Medical University named after St. Luke, Department of Dermatovenerology, Psychiatry and Narcology

Lugansk Republican Clinical Psychoneurological Hospital, LNR.

Summary. There is a present review of the extensive literature on the problem of a rare but potentially life-threatening iatrogenic pathology- the serotonin syndrome. The theoretical analysis of scientific works and accumulated experience of domestic and foreign scientists were carried out. The results based on the research of the main principles of modern psychopharmacological approaches to the treatment of serotonin syndrome and methods of intensive therapy of this pathology are covered.

Key words: serotonin syndrome, literature review, methods of intensive therapy.

Введение

Применение антидепрессантов в современных условиях связано с реальной необходимостью их использования, поскольку рост депрессивных состояний и субдепрессий достаточно высок. Доступность лекарственных препаратов позволяет не только приобретать, но и комбинировать их приём с другими лекарственными средствами без предварительной

консультации со специалистом. Эти факторы стали непосредственными причинами распространения такого явления, как серотониновый синдром.

В настоящее время учёные всего мира работают над созданием лекарственных препаратов, обладающих, наряду с высокой эффективностью, максимальной безопасностью применения. Группа **антидепрессантов**, влияющих на обмен серотонина, получила название селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Побочные эффекты при терапии СИОЗС крайне редки и, как правило, ограничиваются диспепсическими расстройствами и влиянием на сексуальную сферу. Исходя из этого, особую важность приобретают эпизодически появляющиеся в литературе сведения о редком, но серьёзном и представляющем угрозу для жизни больного побочном эффекте антидепрессантов, получившем название «серотониновый синдром». Описаны смертельные случаи вследствие некорректного лечения данной патологии, поэтому особую актуальность приобретают исследования и практический опыт отечественных и зарубежных учёных по проблемам серотонинового синдрома.

Цели и задачи

Целью данной статьи является изучение основных механизмов развития серотонинового синдрома, диагностических и дифференциально-диагностических критериев, выбор оптимальных методов проведения интенсивной терапии и определение главных принципов профилактики развития таких состояний.

Материалы и методы

Обзор литературы, теоретический анализ научных работ и накопленного опыта отечественных и зарубежных учёных, по результатам исследований которых освещаются основные принципы современной психофармакотерапии серотонинового синдрома. Методы исследования: теоретический, системный, экспертный.

Результаты и их обсуждение

Серотониновый синдром — потенциально смертельно опасная реакция организма, возникающая при приёме лекарственных и наркотических веществ, повышающих серотонинергическую передачу. В эксперименте на животных явления серотонинового синдрома впервые были описаны Grahame-Smith (1971) и Marley, Wozniak (1984) [1, 2, 10]. Первые наблюдения развития серотонинового синдрома у человека относятся к 1960 г. (Oates, Sjoerdsma, 1960), когда начали применяться препараты, такие как Кломипрамин (Анафранил), непосредственно затрагивающие нейротрансмиссию серотонина.

Серотонин (5-гидрокситриптамин) образуется путем декарбо- и гидроксилирования аминокислоты L-триптофана. Его количество в межсинаптическом пространстве регулируется несколькими механизмами: обратного захвата, обратной связи и

метаболизирующих серотонин ферментов. Уже в ранних работах по изучению влияния серотонина на внутренние органы высказывалась мысль о том, что разнообразные эффекты этого вещества могут быть объяснены наличием множества рецепторов. Последующие фармакологические исследования и, наконец, данные молекулярного клонирования полностью подтвердили эту гипотезу. Оказалось, что ни для какого другого из известных медиаторов не существует такого количества рецепторов. Серотониновые рецепторы различаются по локализации, хотя различные их типы одновременно присутствуют в разных органах и тканях (Palacios et al., 1990). Кроме того, они сопряжены с разными системами вторичных посредников. В настоящее время выделяют 4 основных типа серотониновых рецепторов с более или менее установленными функциями — 5-HT1, 5-HT2, 5-HT3 и 5-HT4. Кроме того, описаны типы 5-HT5, 5-HT6 и 5-HT7-рецепторы.

В норме серотонин высвобождается из пресинаптических нейронов и стимулирует постсинаптические рецепторы. Затем активным транспортом серотонин устраняется из синапса, возвращается к пресинаптическому окончанию, где он либо «захватывается» для повторного высвобождения (механизм обратного захвата — reuptake), либо распадается под действием моноаминооксидазы. В случае, когда пути выхода серотонина из синапса затрудняются, становится возможным его избыточное накопление. Серотониновый синдром развивается как следствие гиперстимуляции центральных серотонинергических структур в результате резкого увеличения концентрации серотонина в ЦНС. Предполагают, что данный синдром возникает при комбинированной стимуляции 5-HT1A и 5-HT2-рецепторов в дорсальных и срединных ядрах шва мозгового ствола и спинного мозга. Могут также играть роль врожденные и приобретенные факторы, такие, как изменения периферического метаболизма серотонина, нарушения биотрансформации серотонинергических веществ, активация других субтипов серотониновых рецепторов.

Норадренергическая гиперактивность также играет важную роль в развитии серотонинового синдрома, поскольку доказано, что концентрация норадреналина в ЦНС при серотониновом синдроме повышается и чётко коррелирует с тяжестью клинических исходов. Другие медиаторы, включая N-метиласпартат (агонист NMDA-рецепторов), гамма-аминомасляную кислоту (ГАМК), также могут влиять на развитие серотонинового синдрома, но их роль пока до конца не выяснена. Дофаминергические рецепторы могут влиять на фармакодинамические эффекты средств, вызывающих серотониновый синдром, однако прямого влияния на клиническую картину, они, по-видимому, не оказывают.

Серотониновый синдром чаще всего описывался при применении следующих комбинаций двух или более препаратов, один или оба из которых обладали мощным серотонинпозитивным эффектом:

1) ингибиторов МАО и СИОЗС – риск развития серотонинового синдрома наиболее высок, что объясняется одновременной блокадой обратного захвата серотонина и распада серотонина под действием моноаминооксидазы. При таком сочетании наблюдались наиболее тяжелые случаи серотонинового синдрома [2, 4, 5, 14];

2) ингибиторов МАО и Кломипрамина, Имипрамина, Амитриптилина;

3) ингибиторов МАО и препаратов для похудения (Фепранон, Дезопимон);

4) ингибиторов МАО и/или СИОЗС с препаратами зверобоя, -L-триптофаном (Lejoyeux, Ades, Rouillon, 1994), декстрометорфаном (вещество, входящее в состав препаратов от кашля, например, Гликодин, Каффетин Колд, Туссин-плюс) [3, 13, 15], наркотическим средством «Экстази» (MDMA), препаратами лития [12, 16], карбамазепином [6], гормонами щитовидной железы;

5) СИОЗС и Трамадола [11], препаратов от мигрени (дигидроэрготамина и суматриптана), противопаркинсонического препарата Леводопа, реже – Селегелина.

Помимо комбинаций указанных препаратов, серотониновый синдром может развиться в начале приёма СИОЗС, при превышении их дозировки, а также при отравлении данными препаратами. В отдельных сообщениях описано возникновение синдрома после отмены СИОЗС и назначения ингибиторов МАО, причем последние назначались через несколько недель после отмены СИОЗС. Наиболее часто данные осложнения встречаются после назначения Флуоксетина, так как период его полувыведения составляет 1-3 дня, а период полувыведения его активного метаболита норфлуоксетина — 1-3 недели. На основании этих данных рекомендуется делать перерыв между отменой СИОЗС и назначением ингибиторов МАО либо других серотонинергических веществ: для Флуоксетина — 5 недель (у пожилых пациентов — 8 недель), для Сертралина, Пароксетина и Флувоксамина — 2 недели.

Клинические проявления серотонинового синдрома делятся на три группы:

1. Изменения в психической сфере.
2. Вегетативные симптомы.
3. Нервно-мышечные признаки.

Начальные проявления серотонинового синдрома затрагивают, главным образом, желудочно-кишечную и нервную системы организма. Первично проявляются бурление, колики в животе, метеоризм, жидкий стул, тошнота, реже рвота и другие диспепсические жалобы. Неврологические симптомы включают экстрапирамидную симптоматику (тремор, дизартрию, неусидчивость, мышечный гипертонус), гиперрефлексию и миоклонические подергивания, которые обычно начинаются в ступнях и распространяются по всему телу. Могут наблюдаться атаксические расстройства, нарушение координаторных проб. Часто

наблюдается тахикардия и повышение артериального давления, вплоть до развития тяжелых гипертонических кризов.

При утяжелении симптоматики у многих больных развиваются маниакальноподобные состояния (не путать с возможной инверсией аффекта при назначении антидепрессантов) со скачкой идей, ускоренной смазанной речью, нарушением сна, гиперактивностью, а иногда спутанностью и симптомами дезориентировки. Финальная стадия состояния очень похожа на картину злокачественного нейролептического синдрома: резко повышается температура тела, появляется профузный пот, маскообразность, сальность лица. Смерть наступает от острых сердечно-сосудистых нарушений, острой почечной недостаточности (вследствие возникновения рабдомиолиза и ДВС-синдрома), отека мозга, полиорганной недостаточности.

Для дифференциальной диагностики серотонинового синдрома с другими сходными по симптоматике состояниями необходимы, прежде всего, точные анамнестические данные и подробные сведения обо всех медикаментозных препаратах (не только психотропных), их дозировках, изменениях лечебных схем за период, по крайней мере, 1 месяца, предшествующего развитию симптоматики. Большинство симптомов, составляющих этот синдром, могут быть характерными для таких состояний, как злокачественный нейролептический синдром, злокачественная гипертермия, фебрильная кататония, холинолитический делирий. Кроме того, необходимо учитывать, что каких-либо специфических изменений показателей при лабораторных исследованиях для серотонинового синдрома нет. Поэтому, точные знания о клинических проявлениях серотонинового синдрома и его дифференциально-диагностических критериев важны как с точки зрения безопасности лечения, так и эффективности терапии основного заболевания.

Диагностические критерии серотонинового синдрома (Sternbach, 1991**) [14]**.

А. Сведения о включении в схему лечения серотонинергического препарата или увеличении дозировки уже принимаемого серотонинергического препарата. Должно присутствовать не менее 3-х из перечисленных ниже симптомов:

- Ажитация
- Изменение психического статуса (спутанность, гипомания)
- Миоклонус
- Гиперрефлексия
- Диафорез (гипергидроз)
- Дрожь тела
- Тремор
- Диарея
- Нарушения координации

- Лихорадка

Б. Должны быть исключены другие заболевания (инфекционные, метаболические нарушения, наркомания или синдром отмены).

В. Должно быть известно, что к моменту развития симптоматики пациенту не назначались впервые антипсихотические препараты (нейролептики) или не производилось увеличение дозировок уже принимаемых нейролептиков.

Главным принципом профилактики развития серотонинового синдрома является возможное ограничение использования серотонинергических препаратов в комбинированной терапии [2].

Оптимальное лечение серотонинового синдрома остается дискутабельным. Помощь при серотониновом синдроме включает отмену вызывающих его агентов, проведение поддерживающих лечебных мероприятий, контроль над возбуждением, вегетативными сдвигами и гипертермией, применение 5-НТ2А-антагонистов. Лечение больных с серотониновым синдромом должно проводиться стационарно в отделениях реанимации или интенсивной терапии с участием терапевтов и токсикологов. Первым и основным мероприятием в терапии серотонинового синдрома является отмена всех серотонинергических препаратов. Как правило, в легких случаях, основная симптоматика серотонинового синдрома является обратимой и исчезает в течение 24 часов после отмены препарата. Назначается симптоматическая терапия и приём бензодиазепинов. В случае применения Флуоксетина возможно более затяжное (несколько дней) течение, что связано с длительным периодом полувыведения. Пациенты с умеренной выраженностью состояния должны получать полную кардиопульмональную, антипиретическую и дезинтоксикационную терапию.

При повышении температуры тела до 40,5° С, свидетельствующем об угрозе для жизни пациента, необходимо интенсивное внешнее охлаждение, эндотрахеальная интубация с переводом на искусственную вентиляцию лёгких и введение миорелаксантов, предупреждающих развитие таких осложнений, как рабдомиолиз и внутрисосудистая диссеминирующая коагулопатия. При серотониновом синдроме обычные антипиретические средства малоэффективны, поскольку повышение температуры тела, вероятнее всего, происходит вследствие мышечной гиперактивности, а не из-за повреждения гипоталамических центров терморегуляции. Однако, в исследованиях Brown, Scop, Mareth (1996) приводятся данные о влиянии Парацетамола на снижение температуры при данном синдроме [7]. Так же положительное влияние может оказать введение Аминазина (допускается в сочетании с Метамизолом натрия (анальгин) 1-2 мл 50% раствора в/м).

Для профилактики ортостатической гипотонии при использовании Хлорпромазина рекомендуется контроль артериального давления, применение инфузионной терапии, кардиотонических средств. Начинать лечение данным препаратом лучше с минимальной дозировки в 25 мг.

Немаловажным является купирование ажитации и психомоторного возбуждения, которое осуществляется с помощью бензодиазепинов. Физическое удержание (фиксация), показанная при возбуждении, при данной патологии может способствовать наступлению смерти вследствие тяжёлого молочнокислого ацидоза и гипертермии, обусловленных длительным вынужденным изометрическим мышечным сокращением. Если фиксация и применяется, то она должна быть кратковременной и быстро заменяться лекарственной седацией.

Гипотензия, вызванная ингибиторами МАО, может купироваться небольшими дозами симпатомиметических аминов прямого действия (Адреналин, Норадреналин, Фенилэфрин). Напротив, артериальная гипертензия, обусловленная либо прессорной терапией, либо эндогенными нарушениями в обмене катехоламинов, связанными с изменением активности МАО, а также сопутствующая ей тахикардия, должны лечиться периферическими вазодилататорами быстрого и короткого действия, такими как Нитропруссид. Дополнительным свойством Нитропруссида является снижение температуры вследствие вызванного им расширения периферических кровеносных сосудов.

Контроль гипертермии, как было указано выше, предполагает устранение повышенной мышечной активности. Хотя бензодиазепины имеют заметный эффект при среднетяжелом течении серотонинового синдрома, тяжелобольным с выраженной гипертермией (свыше 41,1° С), показана парализация с помощью недеполяризующих миорелаксантов (например, Векурониум), вводимых парентерально при эндотрахеальной интубации и ИВЛ. Следует избегать применения сукцинилхолина из-за риска аритмий в связи с гиперкалиемией, обусловленной рабдомиолизом. Кроме того, ряд авторов указывает, что преждевременное прекращение нервно-мышечного паралича может вызвать рецидив гипертермии [2, 7].

В первые часы после приема серотонинергических препаратов, особенно при их передозировке, могут быть полезными желудочно-кишечные промывания, а также активированный уголь в качестве адсорбента. Для купирования желудочно-кишечных расстройств (тошноты, рвоты, диареи) применяется Домперидон, являющийся блокатором периферических дофаминовых и серотониновых рецепторов, в дозе 30-60 мг в сутки. Фармакологически направленная патогенетическая терапия включает применение 5-НТ2А-антагонистов, таких как Метисергид и Ципрогептадин (Перитол).

Ципрогептадин (неспецифический антагонист серотонина) описан как наиболее успешный препарат в лечении серотонинового синдрома, хотя его эффективность строго не установлена. Перитол может назначаться в суточной дозе от 4 до 32 мг. Схема приёма для взрослых: с начальной дозы Ципрогептадина 4-8 мг с повышением на 2 мг в течение каждых 2 ч. или с дозы в 12 мг, повышая ее каждые 2 ч. на 2 мг, если интенсивность симптоматики не снижается. Поддерживающая дозировка включает прием 8 мг Ципрогептадина каждые 6 ч. Препарат действует только при энтеральном применении, что затрудняет его использование в тяжелых случаях серотонинового синдрома у пациентов, получающих энтеральные сорбенты. При необходимости таблетки можно толочь и вводить через назогастральный зонд. Ципрогептадин может вызвать седативный эффект, что не может служить противопоказанием к его применению, так как седация – это одна из целей терапии серотонинового синдрома. К побочным эффектам Ципрогептадина относятся также увеличение массы тела, головокружение, сонливость, запор, задержка мочеиспускания, аритмии, эпигастральные боли.

Описано назначение атипичных антипсихотиков с 5-HT1A- и 5-HT2A-антагонистической активностью в лечении серотонинового синдрома [2, 5, 7, 9]. В частности, часто применяется Оланзапин в дозе 10 мг сублингвально, но его эффективность не строго доказана. В эксперименте на животных тяжесть серотониновой интоксикации снижает Рисперидон [7].

На основании многочисленных данных, описанных в зарубежной и отечественной литературе [1, 2, 7, 8, 9, 10] нами сделаны выводы, что терапия b-блокаторами, в частности, Пропранололом нежелательна. Пропранолол (5-HT1A-антагонист с длительным сроком действия) может быть причиной тахикардии, гипотензии и шока у пациентов с вегетативной нестабильностью. Напротив, ряд исследователей считают, что некоторые b-блокаторы, обладающие свойствами антагонистов 5-HT1A и, возможно, 5-HT2A, в частности Пропранолол и Пиндолол, показаны при симптоматическом лечении серотонинового синдрома.

Противопоказаны такие препараты как Бромокриптин и Дантролен. Бромокриптин, по-видимому, причастен к развитию серотонинового синдрома, и его применение у пациентов с ошибочным диагнозом: злокачественный нейролептический синдром (вместо серотонинового синдрома) может утяжелить серотонинергические проявления.

Дантролен противопоказан при серотониновом синдроме, так как сам может вызвать его симптомы и причастен к развитию серотониновой интоксикации. Согласно одному сообщению, назначение Бромокриптина и Дантролена больному с серотониновым синдромом вызвало резкий подъём температуры с летальным исходом [7]. Этот факт

подтверждается экспериментальными данными о неэффективности Дантролена для выживания лабораторных моделей. Описанные случаи успешного применения Бромокриптина и Дантролена при серотониновом синдроме, вероятнее всего, связаны с ошибочной дифференциальной диагностикой последнего и других сходных состояний.

В стадии эксперимента находится применение нового препарата под условным названием ВКК157, являющегося желудочным пентадекапептидом [7]. В опытах на животных показана его эффективность в качестве антагониста 5-НТ2А-рецепторов в ЦНС. Однако требуются дополнительные исследования, прежде чем этот агент может быть рекомендован в терапевтических условиях.

После разрешения серотонинового синдрома возобновление лечения серотонинергическими препаратами следует начинать не ранее чем через 2 недели. Это так называемый «период отмыва» (the wash period), в течение которого происходит полное удаление из организма ранее применявшихся серотонинергических агентов и/или их активных метаболитов, или (при первоначальном использовании ИМАО) восстанавливается должный уровень МАО.

Выводы

Серотониновый синдром является редкой, но крайне опасной ятрогенной патологией, приводящей в ряде случаев к летальному исходу. Знание его клинических проявлений и основных принципов интенсивной терапии являются важными в первую очередь для практических врачей, которые могут столкнуться с развитием серотонинового синдрома в процессе проведения терапии антидепрессантами и должны в минимальные сроки оказать необходимую медицинскую помощь больному.

В статье обобщены данные мировой литературы и результаты научных исследований по проблеме серотонинового синдрома, основных механизмов его развития и методах проведения интенсивной терапии данного состояния. Определены главные принципы профилактики развития таких состояний, к которым относятся, прежде всего, возможное ограничение использования серотонинергических препаратов в комбинированной терапии, а также обязательное их назначение под контролем квалифицированных специалистов.

Литература

1. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов//Медицинское информационное агентство. Санкт-Петербург. — 1995. — с. 98—100.

2. Мосолов С.Н, Костюкова Е.Г, Сердитов О.В. Клиническая диагностика и терапия серотонинового синдрома//Москва. — 2008. — Психофармакотерапия депрессии. — № 5. Москва. — 2008. — с. 12—19.

3. Achamallah N.S. Visual hallucinations after combining fluoxetine and dextromethorphan//American Journal of Psychiatry. — 1992. — Vol. 149, — P. 1406.

4. Baldessarini R.J., Cedarbaum J.M., Schleifer L.S. The Parmacological Basics of Therapeutics, 8th ed, (ed. A.G. Gilman, T.W. Rail, A.S. Nies, P. Taylor)//New York, Pergamon Press. — 1990. — P. 73.

5. Dingemanse J. Pharmacological interactions with reversible MAOIs and clinical relevance//European Neuropsychopharmacology. — 1993. — № 3 (Suppl. 3). — P. 102.

6. Dorsun S.M., Mathew V.M., Reveley M.A. Toxic serotonin syndrome after fluoxetine plus carbamazepine//Lancet. — 1993. — № 342. — P. 442— 443.

7. Волков В.П. Серотониновый синдром (обзор литературы)//Психиатрия и психофармакология им. П. Б. Ганнушкина. — 2012. — № 03. — с. 37— 45.

8. Lappin R.I., Auchincloss E.L. Treatment of serotonin syndrome with cyproheptadine (letter)//New England Journal of Medicine. — 1994. — № 331. — P. 1021—1022.

9. Lejoyeux M., Ades J., Rouillon F. Serotonin syndrome: incidence, symptoms and treatment//CNS Drugs. — 1994. — № 2 (Suppl. 2). — P. 132—143.

10. Marley E., Wozniak K. M. Clinical and experimental aspects of interactions between amine oxidase inhibitors and amine re-uptake inhibitors//Psychological Medicine. — 1993. — № 13. — P. 735—749.

11. Mason B.J., Blackburn K.H. Possible serotonin syndrome associated with tramadol and sertraline coadministration//Ann. Pharmacother. — 1997. — № 31. — P. 175—177.

12. Muly E.C., McDonald W., Steffens D., Book S. Serotonin syndrome produced by a combination of fluoxetine and lithium // Am. J. Psychiatry. — 1993. — № 150 (10). — P. 1565.

13. Nierenberg D. W., Semprebon M. The central nervous system serotonin syndrome // Clinical Pharmacology and Therapeutics. — 1993. — № 53. — P. 84—88.

14. Sternbach H. The serotonin syndrome//Am. J. Psychiatry. — 1991. — № 148. — P. 705.

15. Skop B.P., Finkelstein J.A., Mareth T.R., Magoon M.R., Brown T.M. The serotonin syndrome associated with paroxetine, an over-the-counter cold remedy//Am. J. Emergency Medicine. — 1994. — № 12 (6). — P. 642—644.

16. Salama A.A., Shafey M. A case of severe lithium toxicity induced by combined fluoxetine and lithium carbonate//Am. J. Psychiatry. — 1989. — № 146 (2). — P. 278.

УДК 616.28-008.55-035.7

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ПОЗИЦИОННОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

Салах М.М. Сехвейл, З.А. Гончарова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ростовский государственный медицинский университет",

г. Ростов-на-Дону, РФ

Резюме: Сохраняется гиподиагностика доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, основными причинами которой являются низкая настороженность неврологов и переоценка трактовки жалоб пациентов. Не целесообразно назначение антидепрессантов и транквилизаторов пациентам с приступами головокружения до проведения диагностических маневров, что может затруднить диагностику ДППГ.

Ключевые слова: головокружение, позиционные тесты, острое нарушение мозгового кровообращения.

Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение (ДППГ) является наиболее частой причиной периферического вестибулярного головокружения, проявляется приступами системного головокружения, возникающих при поворотах, наклоне или запрокидывании головы [1; 2; 3]. При этом длительность приступа системного головокружения составляет от нескольких секунд до нескольких минут, в большинстве случаев приступ сопровождается тошнотой, иногда - рвотой. Диагностика ДППГ основана на изучении данных анамнеза, типичной клинической картины, которая подтверждается при проведения позиционных тестов (проба Дикса-Холлпайка, проба Хальмаги, проба с встряхиванием головы, проба Унтербергера, проба Бабинского Вейля, Roll тест, Gufoni тест и др.). Нередко острое возникновение приступа ДППГ сопровождается падением пациентов, возникновением выраженной тревоги и других эмоциональных расстройств.

Цель: выявить частоту и причины ошибочной оценки приступа доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения .

Материал и методы: обследовано 45 пациентов (в возрасте от 24 до 65 лет, в среднем 45±1,4г.), проходивших стационарное лечение по поводу ДППГ в неврологическом отделении клиники РостГМУ. Подавляющее большинство (40 человек, 89 %) составили женщины. Всем пациентам была выполнена магнитно-резонансной томография головного мозга для исключения вторичной природы головокружения. На этапах обследования всем пациентам выполнялось ультразвуковое исследование экстра- и интракраниальных сосудов, 70 % - ангиографическое исследование сосудов головного мозга. Помимо стандартного

неврологического осмотра выполнялись общепринятые тесты для оценки состояния вестибулярного аппарата и подтверждения ДППГ (проба Дикса-Холлпайка, проба Хальмаги, проба с встряхиванием головы, проба Унтербергера, проба Бабинского Вейля, Roll тест, Gufoni тест). При подтверждении диагноза ДППГ пациентам были проведены реабилитационные маневры (маневр Эпли или маневер Симона при поражении заднего полукружного канала, маневр Лемперт при поражении горизонтального канала).

Результаты и их обсуждение. Продолжительность заболевания на момент впервые установленного диагноза ДППГ составила от трех недель до 10 лет (в среднем - 29,8±9,1 мес.). Нами проанализированы причины ошибочной диагностики головокружения и гиподиагностики ДППГ. Основными, по нашему мнению, являются низкая настороженность неврологов в плане ДППГ и переоценка трактовки жалоб больных на характер головокружения. До поступления в стационар все пациенты наблюдались и лечились от головокружения в рамках различных заболеваний: остеохондроз шейного отдела позвоночника (46,6% пациентов), дициркуляторная энцефалопатия (29 %), панические атаки (9 %) и даже острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в вертебро-базилярном бассейне (15,4 %). Три пациента, у которых на начальном этапе, до поступления в клинику, состояние было расценено как ОНМК, затем из-за отсутствия эффекта от консервативной терапии и выраженной тревоги были направлены на лечение и наблюдение к психиатру. Причиной ошибочной оценки состояния как ОНМК стало резкое, внезапное возникновение приступа головокружения с падением пациента из-за ощущения провала под ногами и нарушением устойчивости. У пациентов старших возрастных групп с нерезко выраженными жалобами на головокружение и наличием органических знаков поражения нервной системы головокружение как правило расценивалось как дисциркуляторная энцефалопатия. Выраженная тревога и эмоциональная реакция, несмотря на системный характер головокружения, стали причиной трактовки вертиго в структуре панических атак. Жалоба на возникновение головокружения после поворота головы и шеи является причиной оценки состояния как остеохондроз шейного отдела позвоночника. Ни одному их пациентов обследуемой группы не выполнялись на амбулаторно-поликлиническом этапе диагностические маневры. Немаловажным фактором ошибочной оценки состояния стало назначение антидепрессантов и транквилизаторов, которые являются причиной угнетения функции вестибулярного аппарата, до проведения диагностических маневров, что в свою очередь не позволяло провести их правильную оценку.

Заключение. Имеет место гиподиагностика ДППГ на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Всем пациентам с жалобами на приступообразный характер головокружения необходимо выполнение диагностических позиционных маневров. Не

целесообразно назначение антидепрессантов и транквилизаторов пациентам с системным приступообразным головокружением на этапах диагностики, до исключения ДППГ.

Литература

1. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Чистов С.Д. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение: клинические аспекты диагностики и лечение. Актуальные проблемы оториноларингологии. – 2015. Т.17.№ 3. С. 46 -52.

2. Парфенов В.А., Замерград М.В. Головокружение в неврологической практике // Неврологический журнал. – 2005. №1. С. 4 – 11.

3. Pearce J.M. Benign paroxysmal vertigo, and Barany's caloric reactions. Eur Neurol. – 2007. № 57. – P. 246 – 248.

УДК 618.5-06-08

ДИСТОЦИЯ ПЛЕЧИКОВ: ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Симрок В.В., Удовика Н.А., Гордиенко Е.В.

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет» Луганской Народной Республики; кафедра акушерства и гинекологии

Резюме: проанализировано течение родов у 32 здоровых первобеременных с одноплодной доношенной беременностью для выявления риска дистоции плечиков (ДП). Показаний к элективному кесаревому сечению у обследованных пациенток не было. У 22 беременных роды начались самостоятельно (первая группа), у 10 были индуцированы путем применения простагландинов с целью подготовки шейки матки (вторая группа). ДП в первой группе возникла в 2 (9,1%) случаях, во второй – в 3 (30%). Можно полагать, что рисками ДП могут быть индукция родов, родоусиление, литотомия, раннее начало и управляемость потугами. Для профилактики ДП индукция родов не должна быть методом рутинного родоразрешения.

Ключевые слова: роды, индукция родов, родоусиление, потуги, дистоция плечиков, пособия, травматизм, асфиксия.

SHOULDER DYSTOCIA: THE POSSIBLE RISKS OF OCCURRENCE

Simrok V.V., Udovika N.A., Gordienko E.V.

Summary: the labor process of 32 healthy primigravidas singleton full-term pregnancy women were analyzed to identify the risk of shoulder dystocia (SD).

There were no indications for elective caesarean section for examined patients.

For 22 pregnant women labor were started on their own (the first group), 10 labor were induced by using prostaglandins for preparing the cervix (the second group).

SD occurred in 2 cases (9.1%) in the first group, 3 cases (30%) in the second.

We can assume that induction of labor, labor stimulation, lithotomy, early start and controllability of vain attempts may cause the risks of SD.

In order to prevent SD induction of labor should not be a routine method of delivery.

Keywords: labor, induction of labor, labor stimulation, attempts, shoulder dystocia, benefit, traumatism, asphyxia.

Не следует начинать сражение, если нет уверенности, что в случае победы выиграешь больше, чем потеряешь при поражении

Октавиан Август

Введение

Дистоция плечиков (ДП) – акушерская патология, при которой после рождения головки плода отмечается задержка переднего плечика в области лонного сочленения в прямом (переднезаднем) размере (или вколачивание в таз) таким образом, что ребенок не может родиться обычным способом [1,3,5]. Заднее плечико в это время плотно сжато в кресцовой впадине или находится над мысом, что обусловливает прекращение продвижения плода по родовым путям матери. В результате этого, а также оказания недостаточно своевременной или неквалифицированной помощи (значительные потягивания за головку плода, перекручивания, перегибания, прием Кристеллера и др.) ребенок может получить механическую травму (перелом плечевой кости, паралич плечевого сплетения, смещения и разрывы в суставах шейного отдела позвоночного столба и др.), может родиться с низкой оценкой по шкале Апгар вплоть до интранатальной гибели [1,4,5]. Диагноз дистоции плечиков выставляется, если их рождение не происходит в течение 60 сек. после рождения головки плода при нормальной акушерской тактике.

Клинический опыт показывает, что среди детей, испытавших ДП, отмечается повышенная неонатальная заболеваемость, что требует дополнительных затрат для лечения и реабилитации. В свою очередь, прием Кристеллера при ДП может привести к разрыву матки, патологической акушерской кровопотери, разрыву симфиза и значительной травме промежности [1,4,5].

Частота ДП, по данным разных авторов, составляет 1:1000 у новорожденных с массой до 3500 г и до 16:1000 у новорожденных с массой более 4000 г [1,5]. Наш собственный опыт показывает, что с определенным риском ДП чаще встречается у беременных с длительным родоусилением, ранним началом управляемых потуг при высокостоящей головке плода, а

также при раннем выведении (разгибании) головки плода после рождения теменных бугров, что связано с желанием сохранить целостность тканей промежности, однако нарушает естественность поворотов туловища во входе в малый таз.

Общеизвестно, что на сегодняшний день не существует надежных способов дородового прогнозирования ДП [1,3,5]. В тоже время единственным выходом из сложившейся ситуации (ДП) является своевременно оказанная квалифицированная помощь подготовленного персонала [1,3,5].

Думать о дистоции плечиков уже нужно, если имеет место слабость потуг; пролонгирование II периода родов; многократное прорезывание головки («признак черепахи» - сразу после рождения головка пытается «втянуться» назад в промежность, в связи с тем, что плечики застревают на выходе из малого таза); отсутствие продвижения плода после рождения головки, когда умеренная тракция не дает эффекта.

Целью работы явился ретроспективный анализ течения родов у первобеременных женщин для выделения возможной группы риска по возникновению дистоции плечиков.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 32 первобеременные женщины в возрасте от 18 до 37 лет (средний возраст − 25±4,5 года) с одноплодной беременностью без тяжелой экстрагенитальной патологии. Срок гестации у обследованных пациенток был не менее 37 нед. (38,4±1,5 нед.). У 10 (31,3%) пациенток ранее было проведено обследование и лечение по поводу бесплодия в браке. У 8 (25%) беременность наступила на фоне гормональной стимуляции овуляции; гормональную поддержку микронизированным прогестероном до 16 нед. получили 5 (15,6%) беременных, другие 3 (9,4%) − до 22-26 нед. гестации. Течение беременности у 23 (71,9%) из числа обследованных было физиологическим, а антенатальный уход оказывался по действующим стандартам (клиническим протоколам). У остальных 9 (28,1%) отмечались признаки гипертонуса матки в Ш триместре, в результате чего им назначали валериану, свечи «папаверин»; кроме этого, в 5 случаях проведен острый токолиз с использованием фенигидина, в результате чего беременность удалось сохранить до срока не менее 36 нед. У 5 (15,6%) к концу беременности отмечались признаки макросомии.

Показаний к элективному кесаревому сечению на момент начала родовой деятельности не было. Все женщины изъявили желание рожать вагинальным путем, причем преимущественное большинство из них – в присутствии избранного партнера (мать, сестра, муж, тетя, подруга).

Средний рост беременных колебался от 147 до 172 см (166,3±8,2 см), масса – от 54 до 104 кг (86,8±7,8 кг). Анатомические размеры таза были нормальными или близкими к

таковым (*distantia spinarum* − 24,4±1,5 см; *distantia cristarum* − 27,4±1,4 см; *distantia trochanterica* − 28,5±1,8 см; *conjugate externa* − 19,4±1,2 см; окружность лучезапястного сустава составляла 15,4±1,7 см; *conjugate vere* − 10,8±1,3 см). В целом I степень анатомического сужения таза диагностирована у 10 (31,3%) пациенток (*conjugate vere* − 9-11 см); II степень – у 3 (9,4%) (*conjugate vere* − 7,5-9 см) Показательно, что преобладал простой плоский (таз Девентера) − у 8 пациенток. Редкие формы узких тазов (кососмещенные, кососуженные, с экзостозами и др.), а также лейомиомы матки, признаки острого генитального герпеса, острого живота и других острых бактериальных или вирусных заболеваний у обследованных не выявлены.

У 22 пациенток родовая деятельность началась самостоятельно в среднем в 40,3±1,3 нед. гестации (первая группа); у остальных 10 беременных была выполнена индукция родов (вторая группа). Показанием к индукции родов явились отсутствие родовой деятельности по достижению полных 41 нед. от первого дня последней менструации (5 беременных); головная боль на фоне появления гипертензии в сроке 37-38 нед. (1 пациентка); изменение субъективных ощущений шевелений плода в сроке 38-39 нед. (4 женщины). Предлежащей частью во всех случаях была головка плода. Состояние всех плодов на момент индукции родов с учетом биофизического профиля оценено не менее 7 баллов. Обязательным было получение согласия от беременной на индукцию родов; они находились в квалифицированных акушерских стационарах, с возможностью контроля за сократительной деятельностью матки и состоянием плода.

Обе группы пациенток (первая и вторая) выявились рандомизированными по возрасту и особенностям течения беременности. Нами были ретроспективно проанализированы клинические особенности течения родовой деятельности у обследованных пациенток.

Общеизвестно, что помощь при ДЦ состоит в уменьшении размеров плечевого пояса, что позволяет им родиться. Ниже приводим алгоритм помощи при данной патологии, который мы используем при необходимости в практической работе [3,5].

I. Подготовка к проведению приемов

1. *Позовите на помощь* (2 акушера-гинеколога, 2 акушерки, анестезиолог, неонатолог).
2. Роженицу попросить *не тужиться.*
3. *Не давить на матку* (риск «вколачивания» переднего плечика).
4. *Не тянуть* и *не пытаться повернуть* головку плода (риск повреждения плечевого сплетения).
5. Положить пациентку так, чтобы ее ягодицы оказались на одном уровне с краем акушерского стола или кресла.

6. *Широкая эпизиотомия* (пространство для введения рук акушера, а не для увеличения размеров костного таза). Помнить, ДП вызвана тем, что одна костная структура зацепилась за другую костную структуру, а не обструкцией мягких тканей!

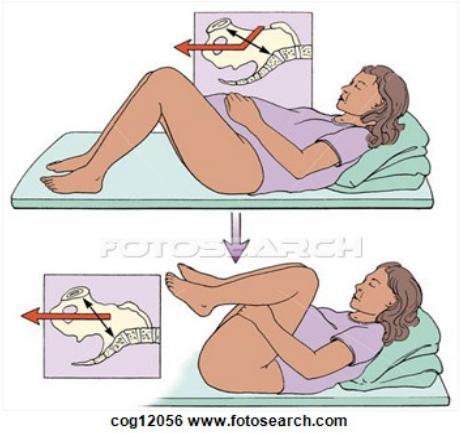
7. Катетеризация и опорожнение мочевого пузыря.

II. Схема ВОНДИРК. Строгое следование нижеуказанному порядку не обязательно; гораздо важнее, чтобы манипуляции проводились четко и правильно; на каждый прием рекомендуется отводить от 30 до 60 секунд.

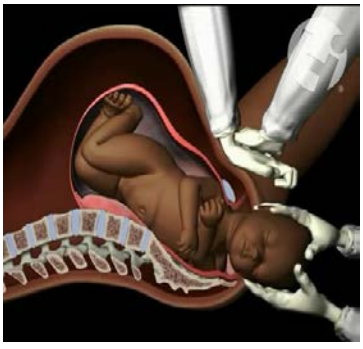
*В - Вызов помощи***.** Использовать весь персонал, находящийся рядом. Один человек назначается руководителем бригады. В роддоме должны быть периодические тренинги.

О - Оценить позицию роженицы, выполнить эпизиотомию, опорожнить мочевой пузырь.

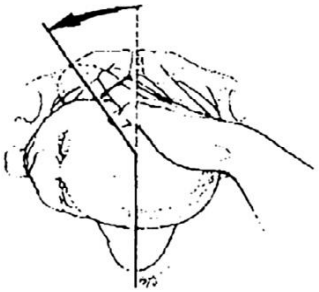
Н - Ноги (прием Мак-Робертса) **–** ноги роженицы согнуть в тазобедренных суставах таким образом, чтобы они оказались прижатыми к животу (увеличивается передне-задний диаметр выхода из малого таза; выпрямляется физиологический пояснично-крестцовый лордоз, уплощая внутренний выступ крестца). Персонал помогает роженице принять и удерживать такую позу. Происходит дополнительное сгибание спинки плода, что помогает протолкнуть заднее плечико через внутренний выступ крестца и позволяет ему проскользнуть в крестцовую впадину. В результате заклиненное под симфизом плечико поворачивается и рождается.



Д – Давление (прием Мадзанти) **–** дозированное давление над областью расположения переднего плечика, в то время как принимающий роды врач продолжает осторожные тракции, пытаясь вывести плод. Проводящий прием ассистент должен стоять с той стороны от матери, куда обращена спинка плода, и в зависимости от позиции плода производится давление.



И - Изнутри (внутренние повороты) – проведение внутренних поворотов плода так, чтобы перевести биакромиальный диаметр в косую плоскость и провести переднее плечико под симфизом матери.



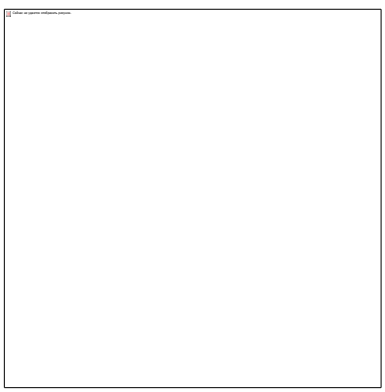
Прием Рубина - врач вводит пальцы одной руки вагинально со стороны задней поверхности переднего плечика и пытается столкнуть плечико вперед и в сторону грудной клетки плода. Цель данного приема - привести плечико и как бы уменьшить диаметр плечевого пояса плода. Этот прием проводить одновременно с приемом Мак-Робертса.

Если эти приемы не дают результата, врач вводит во влагалище роженицы пальцы второй руки, подойдя к заднему плечику плода спереди (со стороны грудки), и пытается развернуть заднее плечико в сторону симфиза, как бы дополняя прием Рубина (*Винта Вудса)*. Т.о., при проведении этого сочетанного приема 2 пальца врача находятся позади переднего плечика и два пальца другой руки спереди от заднего плечика плода**.**

Прием Рубина приводит (сгибает) только переднее плечико, тогда как *прием Вудса* отводит или разгибает заднее плечико. Поэтому сочетание 2-х приемов может быть более эффективным, чем изолированный прием винта Вудса. При выполнении этого приема плечики новорожденного поворачиваются и рождаются подобно повороту винта.

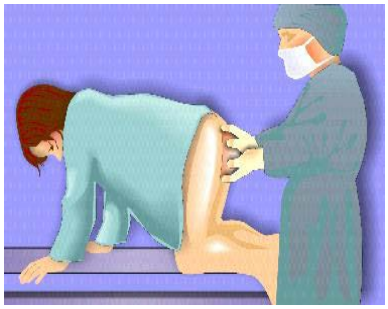
Если приемы Рубина или Вудса не эффективны, можно применить *обратный винт Вудса.* Врач подходит к заднему плечику плода сзади и пытается столкнуть плечико в направлении, противоположном прямому винту Вудса (как прием Рубина, выполняемый на заднем плечике).

Р - Рождение задней ручки – после выведения задней ручки из родовых путей биакромиальный диаметр уменьшается. При этом плод смещается в крестцовую впадину таза матери, что позволяет переднему плечику освободиться. Врач вводит руку глубоко в родовые пути и нащупывает заднюю ручку плода. Иногда она оказывается завернутой назад, за спинку плода, тогда ее надо вывести вперед. Нащупав предплечье, врач сгибает ручку плода в локтевом суставе так, чтобы при потягивании ручка выводилась перед передней стенкой грудки плода. Затем, перебирая пальцами по ходу предплечья плода, врач нащупывает кисть, захватывает ее между первым и вторым пальцами, выводит по направлению вниз перед личиком плода и высвобождает. Ни в коем случае нельзя сразу захватывать и тянуть плечевую часть ручки, это приведет к ее перелому. Если все сделать правильно, сначала выводится кисть и предплечье



задней ручки, затем плечевая часть и затем собственно плечо, что резко облегчает и ускоряет завершение родов. Зачастую после выведения ручки плод совершает вращательное движение, подобно штопору. Переднее плечико поворачивается, выходя из-под симфиза, и рождается.

К - Колени (прием Гаскина) - перевернуть роженицу в коленно-локтевое положение, при этом плечико плода может уже высвобождаться. В таком положении сагиттальный размер таза слегка увеличивается под действием силы гравитации, что способствует высвобождению плечика. В положении «на всех четырех» производят осторожные тракции книзу, и высвобождается заднее плечико. Прием безопасный, быстро осуществимый и эффективный.



III. Крайние меры – «последний ресурс»

1.Намеренный перелом ключицы (нащупать пальцем среднюю треть ключицы плода и надавить пальцем снизу-вверх, произойдет перелом ключицы и расстояние между плечиками плода уменьшится).

2. Приём Заванелли (возвращение головки плода назад в родовые пути с последующим кесаревым сечением: выполняется поворот головки в прямую передне-затылочную позицию (стреловидный шов в прямом размере), затем сгибание головки и осторожное введение ее назад в родовые пути. Т.о., выполняемые движения точно повторяют механизм рождения головки плода в обратном порядке. После вправления головки, рука врача остается в родовых путях и продолжает постоянно давить кверху, удерживая головку внутри, пока операционная бригада не произведет кесарево сечение. Необходимо введение токолитиков (нитроглицерин перорально или в/в). Прием не проводить, если пуповина пережата и перерезана!

3. Абдоминальная хирургия и *гистеротомия*. Проводится общая анестезия и кесарево сечение; хирург, войдя в полость матки через расеченную брюшную стенку и стенку матки, выполняет внутренний поворот плода для разворота плечиков в косую плоскость, примерно как при выполнении винта Вудса. После этого, второй врач извлекает ребенка через влагалище.

4. *Симфизотомия* - преднамеренное рассечение хряща симфиза под местной анестезией (применяется в развивающихся странах, когда все другие способы не сработали, и нет возможности быстро провести кесарево сечение). Выполнять не позднее, чем через 5-6 минут после рождения головки (пока ребенок еще жив).

Результаты и их обсуждение

В результате проведенных исследований установлено, что у рожениц первой группы на момент начала самостоятельной родовой деятельности зрелость шейки матки оценена в 8-10 баллов по Бишопу [1,2,5], что соответствовало клиническому понятию «зрелая шейка матки». У 6 (60%) беременных второй группы на момент принятия решения об индукции родов состояние шейки матки оценено в 5-6 баллов по Бишопу, что сочеталось с отсутствием типичных предвестников родов. У остальных 4 (40%) второй группы на момент родовозбуждения шейка матки оценена как «зрелая» (8-10 баллов по Бишопу).

Для подготовки шейки матки по согласованию с пациентками нами использован простагландин Е2 (динопростон, препидил-гель, простин Е2) или простагландин Е1 (мизопростол) [2,5]. Так, простагландин Е2 мы применяли в виде вагинального геля в дозе 1 мг, который вводили в задний свод. Простагландин Е1 использовали интравагинально в дозе 25 мкг. У двух пациенток препарат применили повторно через 3 и 6 ч.

У всех пациенток, которым проведена подготовка шейки матки простагландинами, в течение 24-72 ч появились самостоятельные схватки, всем им в первые 2-3 ч от начала схваток мы выполняли амниотомию и мониторировали родовой процесс по партограмме. Критерием достижения регулярной адекватной родовой деятельности без гиперстимуляции матки мы считаем наличие 4-5 маточных сокращений по 40-50 сек. за 10 мин. Индивидуальный анализ показал, что во всех этих случаях для родоусиления (коррекции родових сил) была применена окситотическая смесь. В тоже время, в первой группе, с самопроизвольным началом родовой деятельности, только 3 (13,6%) пациентки (в 1-м случае − в I и II периодах родов, а в 2-х – только во II периоде) потребовали родоусиления.

Длительность I периода родов у пациенток первой группы составляла в среднем 15,8±1,4 ч, второй группы – 8,2±1,8 ч ($P<0,05$); длительность П-периода родов − 85,5±10,2 мин. и 25,5±3,5 мин. ($P<0,05$) соответственно. У всех рожениц обоих групп произошли вагинальные роды. Дистресс плода в потужном периоде отмечен в 2 (9,1%) случаях в первой и 3 (30%) − во второй группе; слабость потуг – у 2 (9,1%) и 1 (10%) рожениц первой и второй группы соответственно.

Дистоция плечиков возникла в 2 случаях (9,1%) в первой группе, а оказание пособий (помощи) ограничилось приемами Мак-Робертса (максимальное сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах и отведение их в сторону живота роженицы) и Мадзанти

(осторожное потягивание головки и одновременное надавливание рукой асистента над лоном на заднюю поверхность переднего плечика плода). Показательно, что эти женщины тужились более длительно, использовав только литотомическую позицию. Родились дети массой 3650 г и 3780 г с оценкой по Апгар 7-7 баллов, домой были выписаны своевременно. Остальные роженицы первой группы в потужном периоде вели себя более активно, использовали различные положення, потуги у них были самопроизвольными, некорригированными, что, однако, удлиняло потужной период. Однако именно среди этих пациенток с ненасильственными, но прогрессирующими потугами, чаще рождались дети с более высокой оценкой по шкале Апгар.

У большинства рожениц второй группы потуги были корригированными, что сокращало длительность П периода. Однако потужной период дистоцией плечиков осложнился в 3 (30%) случаях, что превышало аналогичный показатель первой группы в 3,3 раза. Оценка по шкале Апгар этих детей была 5-6 баллов. Все они потребовали дополнительных мероприятий после оказания помощи в раннем неонатальном периоде. Один ребенок из второй группы, испытавший дистоцию плечиков, с оценкой по Апгар при рождении 6 баллов в течение первых 6 ч после родов и оказания помощи (ректальная свечка с парацетамолом, воротничок Шанса, кислородная маска) адаптировался и находился на совместном пребывании с мамой. Другие двое детей для дальнейшего лечения были переведены в детскую больницу.

При оказании помощи при дистоции плечиков во второй группе были использованы не только приемы Мак-Робертса и Мадзанти, а также Рубина (2) или Вудса (1). Причем в двух случаях был применен ротационный прием, в одном случае - выведение задней ручки. Индивидуальный анализ показал, что дистоция плечиков во всех случаях во второй группе возникла при индукции родов на 38-39 нед.. Масса новорожденных детей составила от 3700 до 4150 г. Именно у них проводилась подготовка шейки матки, в дальнейшем имело место длительное применение окситотической смеси; потужной период протекал в литотомической позиции с использованием руководимых (насильственных) потуг.

Индивидуальный анализ показал, что более успешные исходы индуцированных родов отмечены у пациенток со зрелой шейкой матки, при малом значении индекса Соловьева и у более рослых рожениц. Индукция родов с применением окситотической смеси может быть также риском дизадаптации новорожденных в раннем неонатальном периоде, особенно в случаях более выраженной незрелости шейки матки на момент принятия решения о родовозбуждении, а также при использовании простагландина Е1 (мизопростол) в качестве подготовки родовых путей (по сравнению с препаратами простагландина Е2).

Послеродовый период у наблюдаемых родильниц протекал гладко. Все они были выписаны домой на 3-4-е сут. после родов.

Выводы

Таким образом, рисками возникновения дистоции плечиков можно считать отсутствие самопроизвольного начала родовой деятельности; длительное родоусиление при индукции родов в сроке 38-40 нед.; литотомическую позицию и раннее начало потуг с преобладанием искусственных управляемых потуг. Исходя из этого, мы считаем, что недостаточно обоснованная индукция родов, особенно в сроках 38-39 нед., может существенно повышать число интранатальных осложнений, в т.ч. риск дистоции плечиков. Поэтому индукция родов должна стать вынужденным действием, а не рутинным методом родоразрешения. По нашему мнению, понимание этого положення может быть одним из путей предупреждения возникновения дистоции плечиков. Перспективно дальнейшее изучение данной проблемы.

Литература

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е.Радзинского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-1200 с.

2. Баев О.Р. Подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение. Клинический протокол // Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4 (2). – С. 14–23.

3. Клинический протокол «Дистоция в результате предлежания плечиков плода», утвержденный Приказом МЗ КР № 704 от 25.12.2012..

4.Тихомирова Т., Чуприна Л. Эволюция акушерских взглядов: наши общие проблемы и победы. З турботою про жінку. 2012; 7 (37): 6-9.

5. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д.И др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Пер. с англ. под ред. А.В. Михайлова. СПб. 2003; 480 с.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ИМУННЫХ КОМПЛЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Я.А. Соцкая, К.А. Саламех

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

г. Луганск, Луганская Народная Республика

Введение. В последнее десятилетие существенно возросло количество случаев стрептококковой инфекции, в частности острого тонзиллита (ОТ), который в условиях крупного промышленного региона Донбасса часто сочетается с хронической обструктивной

болезнью легких (ХОБЛ). Заболеваемость ОТ на фоне ХОБЛ существенно выше у лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста, что влечет за собой значительный экономический ущерб, и ведет к ранней инвалидизации и смертности.

При изучении патогенеза данной коморбидной патологии установлена существенная роль в развитии патологического процесса уровня ЦИК.

Целью нашей работы было изучение динамики ЦИК и их молекулярного состава у больных ОТ на фоне ХОБЛ с использованием иммуноактивного препарата циклоферона.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 68 больных (38 мужчин и 30 женщин) с ОТ на фоне ХОБЛ в возрасте от 18 до 45 лет. Все больные были разделены на две группы: основную (42 человека) и сопоставления (26 пациентов). Помимо основного комплекса обследования всем больным проводили определение общего уровня ЦИК методом преципитации в растворе полиэтиленгликоля (ПЭГ) с молекулярной массой 6000 дальтон и молекулярный состав ЦИК методом дифференцированной преципитации в 2%, 3,5% и 6% растворах ПЭГ. Все пациенты получали общепринятое лечение (бронхолитики, противовоспалительные препараты, отхаркивающие средства, муколитики, антибиотики, ингаляционные стероиды). Помимо основного лечения, пациенты основной группы получали иммуноактивный препарат циклоферон, который назначали с первого дня пребывания в стационаре внутримышечно в виде 12,5% раствора по 2 мл 1 раз в день на протяжении 5 дней подряд, далее по 2 мл через день осуществляли еще 5-7 инъекций препарата. При необходимости в дальнейшем в амбулаторных условиях использовали поддерживающую дозу циклоферона – по 150 мг препарата 3 раза в неделю внутрь на протяжении 2-4 недель.

Полученные результаты и их обсуждение. До начала лечения у всех обследованных больных ОТ на фоне ХОБЛ отмечалось повышение количества ЦИК, в среднем в 1,7 раз по отношению к норме. При этом отмечалось увеличение количества среднемолекулярных иммунных комплексов (11S-19S), количество которых в абсолютном исчислении превышало норму в 2,23 раз, количество мелкомолекулярных иммунных комплексов (фракция <11S) увеличилось в 2,2 раза относительно нормы. В то же время количество крупномолекулярных иммунных комплексов (фракция >19S) практически не изменялось и превышало норму лишь в 1,03 раза.

При повторном иммунологическом исследовании после завершения лечения в основной группе, которые наряду с общепринятой терапией получали циклоферон, отмечена четкая тенденция к нормализации иммунологических показателей - снижению общего уровня ЦИК до верхней границе нормы, уменьшению в их составе наиболее патогенной среднемолекулярной фракции. Так в абсолютном исчислении содержание среднемолекулярных иммунных комплексов уменьшилось в 1,9 раза. В группе

сопоставления также имело место некоторое снижение ЦИК, однако менее выраженное, чем в основной группе. Так после окончания лечения общий уровень ЦИК оставался в 1,4 раза выше относительно нормы, а содержание среднемолекулярных иммунных комплексов в 1,5 раза выше нормы.

Выводы. Таким образом, нами установлено, что включение иммуноактивного препарата циклоферон в комплексное лечение больных ОТ на фоне ХОБЛ способствует нормализации общего количества ЦИК и их молекулярного состава, в частности существенному снижению показателей наиболее патогенной среднемолекулярной фракции ЦИК.

Литература

1. Баранов А.А., Брико Н.И., Намазова-Баранова Л.С., Ряпис Л.А. Стрептококки и пневмококки/ Ростов н/Д: «Феникс», 2013. - 301с.

2. Галченко М.Т. Ангины / М.Т. Галченко, М.В. Субботина. – Иркутск, 2009. – 60 с.

3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007 г.) / Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. — М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. — 100 с., ил.

4. Фролов В.М., Рычнев В.Е. Исследование циркулирующих иммунных комплексов: диагностическое и прогностическое значение //Лаборат. дело. - 1986. - №3. - С. 159-161.

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА НА БАЗЕ РАЙОННОГО СТАЦИОНАРА

Тихомиров С.Е.

ГБУЗ НО «Павловская центральная районная больница»

606108, Нижегородская область, г. Павлово, ул. 8 Марта, 1а,

Цель публикации – представить возможности нейрохирургической помощи в современных условиях на уровне районного стационара.

Материалы и методы. В 2012-2013 гг. на базе Павловской центральной районной больницы организовано первичное сосудистое отделение и травматологический центр 2-го уровня, в зону ответственности которых включены 4 района Нижегородской области. Больница оснащена необходимой лечебной и диагностической аппаратурой, в том числе КТ и МРТ. В составе травматологического центра введены 10 нейрохирургических коек и 1 ставка нейрохирурга.

Организовано круглосуточное взаимодействие по сети Internet. При выявлении любой нейрохирургической патологии снимки высылаются на электронную почту нейрохирургу. Используется программы для просмотра цифровых медицинских изображений, дающие как двухмерную визуализацию, так и позволяющие выполнить 3D-реконструкцию в различных модальностях, а также операционная система на основе свободной лицензии GNU/Linux ROSA Fresh. Стоит отметить, что современные IT-технологии и программные продукты существенно расширяют возможности дистанционной нейрохирургической помощи, позволяют оптимизировать работу нейрохирурга. Многие технологии и программы предоставляются бесплатно, что при организации дистанционных консультаций позволяет минимизировать финансовые затраты. Снимки отсылаются шифрованным 7zip-архивом. Заключение от нейрохирурга приходит в формате PDF с факсимильной подписью и печатью. За год выполняется около 300 дистанционных консультаций.

В течение года по поводу черепно-мозговой травмы выполняется около 30 операций, из них 2-3 при травмах, связанных с ДТП, из чего следует, что дорожная травма не играет существенную роль в работе нейрохирурга травматологического центра. По поводу гипертензивных внутримозговых гематом в течение года оперируется 10-12 пациентов, госпитализированных в первичный сосудистый центр. Также, за год оперируются 5-7 пациентов по поводу хронических субдуральных гематом, выполняется 1-3 краниопластики, 1-3 операции невролиза или шва периферического нерва. При травме позвоночника в области грудопоясничного перехода (Th11-L2) выполняется транспедикулярная фиксация повреждённого сегмента (1-2 операции в год). Иногда выполняются оперативные вмешательства по поводу объёмных образований головного мозга с привлечением специалиста из Нижнего Новгорода (1-3 операции в год).

Около 80-90 пациентов в год госпитализируются на нейрохирургические койки по поводу дегенеративных заболеваний позвоночника. Выполняется трансламинарное эпидуральное введение кортикостероидов (дексаметазон, бетаметазон) на поясничном уровне (2-4 инъекции на курс), либо введение указанных лекарственных препаратов в дугоотросчатые (фасеточные) суставы под флюороскопическим контролем. Данные малоинвазивные вмешательства достаточно популярны у пациентов, так как дают быстрый

анальгетический эффект. В некоторых случаях при декомпенсированном стенозе позвоночного канала у лиц пожилого возраста выполняется моно- и билатеральная расширенная интраламинарная декомпрессия под спинальной анестезией (1-3 операции в год).

С целью информирования населения Нижегородской области о возможностях нейрохирургической помощи в Павловской ЦРБ создан сайт «Павловский травматологический центр» по адресу в сети Internet: http://pavlovo-crb.wixsite.com/pavlovo-travma-centr, либо соответствующий запрос в поисковых система Google, Яндекс, DuckDuckGo.

Организационные аспекты. В приказах Минздрава России, касающихся порядка оказания медицинской помощи по специальностям «нейрохирургия» и «травматология и ортопедия», о «нейрохирургических койках» нет ни слова. Т.е. действующих федеральных нормативно-правовых актов, описывающих статус и функции нейрохирургических коек при травматологическом отделении, нет.

Результаты. Уровень послеоперационной летальности при черепно-мозговой травме соответствует показателям клиник Москвы и Санкт-Петербурга. При этом удельный вес пациентов с «дорожной травмой» в работе нейрохирурга не превышает 10%.

Оперативные вмешательства при травме позвоночника не удалось поставить на поток. Сдерживающие факторы: это необходимость приобретать пациентом металлоконструкцию за свой счёт и, конечно же, стремление пациентов в областной центр, где и возможности шире и есть квоты высокотехнологичной медицинской помощи. Операции при нейроонкологии также имеют эпизодический характер.

Обсуждение.

- Применение открытого и свободного программного обеспечения *(open source, libre software)* позволяет с минимальными финансовыми затратами организовать эффективное взаимодействие по сети Internet.
- Оснащение современным оборудованием, введение в штат нейрохирурга позволило приблизить специализированную помощь к пациенту. В современных условиях нейрохирургическая помощь на уровне районной больницы успешно может оказываться не только при экстренной патологии, но и возможно выполнение плановых операций.
- Тем не менее, нейрохирургические койки не равнозначны нейрохирургическому отделению. Связано это с неопределённым юридическим статусом нейрохирургических коек при травматологическом отделении, да и нахождение в

составе травматологического отделения накладывает свои ограничения. Более эффективным было бы создание межрайонного нейрохирургического отделения на базе Павловской ЦРБ.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ТРАНСПОРТИРОВКИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ткачева М.Ю.[1], Решетило Н.В.[1], Стоянова О.А.[2], Чеканова И.Н.[2], Скорина А.Н.[2]

[1] ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2] ГУ «Луганская республиканская детская клиническая больница», Луганск

Введение. За период с 2014-2016 гг. по линии санитарной авиации, бригадой врачей анестезиологов-неонатологов отделения реанимации новорожденных ГУ «ЛРКДБ» ЛНР, было выполнено порядка 385 транспортировок новорожденных из родильных домов г. Луганска и Луганской области. 80 % новорожденных доставлено из стационаров первого и второго уровня. Концепция успешной транспортировки включает в себя обеспечение адекватной помощи ребёнку ещё до начала перевозки и поддержание состояния ребёнка непосредственно во время транспортировки. Кроме того, сама методика транспортировки новорожденных должна быть оптимизирована и алгоритмизирована под условия обслуживаемого региона.

При осмотре ребенка в роддоме должны быть уточнены данные анамнеза, произведены оценка тяжести состояния, функции жизненно важных систем, особое внимание уделяется оценке маркеров «острой физиологии новорождённых».

I. Рекомендованные к использованию, до момента транспортировки, физикальные методы диагностики.

1. Измерение температуры тела.
2. Измерение артериального давления на обеих руках.
3. Постановка периферического венозного доступа, разрешается двумя катерами.
4. Подсчёт частоты сердечных сокращений в минуту.
5. Подсчёт частоты дыхания в минуту.
6. Измерение массы тела ребёнка.
7. Определить при температуре тела ниже 36,6° С, начать согревание с температуры, которая превышает температуру передней поверхности живота не более чем на 1,5° С.
8. Осмотр по органам и системам:

Определить уровень сознания – ясное, оглушение, сопор, кома. При наличии травм – осмотреть голову, шею, туловище, конечности. Осмотр видимых слизистых оболочек и

кожных покровов – определить бледность, гиперемию, цианоз, акроцианоз, нарушение микроциркуляции кожных покровов по типу «мраморности», наличие отёков, пастозности тканей, возможные дефекты тканей. При аускультации сердца определить наличие – шумов, аритмии, ослабление тонов сердца. Определить характеристики и свойства пульса на конечностях. При аускультации лёгких выявить зоны ослабления, наличие хрипов. Осмотреть живот при помощи пальпации, аускультации, ввести назо-или орогастральный зонда большого диаметра для декомпрессии желудка, при этом зонд оставить открытым на время транспортировки.

II. Рекомендованные к использованию, до момента транспортировки, лабораторные методы исследования

1. Клинический анализ крови: показатели гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, лейкоцитарная формула, тромбоциты.
2. Определить время свёртывания крови.
3. Определить уровень глюкозы крови.
4. Выполнить микробиологические исследования.

III. Специальные мероприятия

1. Установить надежный венозный доступ (периферические катетеры, внутрикостный доступ; надежно зафиксировать все катетеры, зонды, датчики;
2. Устранить гипертермический и судорожный синдромы;
3. Обеспечить нейровегетативный покой;
4. Проверить готовность, надежность и стабильность работы всего оборудования в транспортном средстве (инкубатора, респиратора, мониторные системы, ларингоскоп, дыхательный мешок, кислородные баллоны и т.д.).
5. Провести беседу с родственниками ребенка, объяснить причину перегоспитализации, показать ребенка перед транспортировкой, обязательно взять согласие на транспортировку в письменном виде, отразить его в истории болезни.
6. Доставьте согретый до 35-36° С транспортного инкубатора в палату к ребёнку - учитывая строение родильных родомов; выставьте на транспортном респираторе необходимых параметров ИВЛ; проведите пробы на перекладывание: пациент помещается в транспортный инкубатор и подключается к транспортному респиратору - если ухудшения состояния не происходит, меняются инфузионные насосы и монитор; выполнение контрольного звонка в принимающее отделение реанимации врачом бригады перед переводом ребёнка необходимо описать состояние пациента и сообщить основные параметры ИВЛ и данные мониторинга; разместите инкубатор с больным в салоне автомашины.
7. Во время транспортировки проводите инфузионную терапию раствором глюкозы в дозе 4-

6 мг/кг/мин, при гипогликемии как минимум 8 мг/кг/мин; другие инфузионные среды вводите по показаниям; если ребенок находится при длительной транспортировке, более чем 1,5-2 часа, на ИВЛ необходимо обеспечить адекватное увлажнение и согревание дыхательной смеси; эндотрахеальные трубки, катетеры для санации дыхательных путей и аспираторы (электро - или вакуум) должны быть легкодоступны;

8. В пути контролируйте ЧД, ЧСС, АД, температуру тела, SaO_2, кардиографию; в случае длительной транспортировки (более 2-х часов) все сведения о состоянии ребенка занести в "карту транспортировки" (параметры ИВЛ, ЧСС, АД, температура тела, SaO_2, медикаментозная терапия, цвет кожных покровов).

Вывод: считаем рациональным в практике врачей, оказывающих помощь новорожденным, использование оптимизированных с учетом региональной специфики и стандартизированных современных протоколов, методик транспортировки новорожденных.

МЕЖГОСПИТАЛЬНАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ткачева М.Ю.[1], Чумакова А.В.[2],Стадник А.Д.[1], Решетило Н.В.[1], Подпорина О.Ю.[1]

[1] ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

[2]ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», Луганск

Введение. Благодаря научным достижениям и разработке перинатальных технологий стало возможным выхаживание новорожденных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Использование комплексной интенсивной терапии, включающей в себя респираторную поддержку с эндотрахеальным введением препаратов сурфактанта, обеспечение теплового микроклимата, а также адекватную нутритивную поддержку, также способствует получение необходимых результатов. Оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь подобного рода, призваны перинатальные центры III уровня, где имеется отделение реанимации новорожденных.

Специализированная медицинская помощь детям с ОНМТ и ЭНМТ, родившихся в родовспомогательных учреждениях I–II уровней, как правило, осуществляется на уровне отделений реанимации новорожденных многопрофильных детских больниц либо перинатальных центров III уровня. Транспортировка новорожденных зачастую не способствует адекватной адаптации и может сопровождаться ухудшением их общего состояния.

За период с 2014-2016 гг. по линии санитарной авиации, бригадой врачей анестезиологов-неонатологов отделения реанимации новорожденных Государственного учреждения «Луганская республиканская детская клиническая больница», было выполнено 54 транспортировки новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела из родильных домов г. Луганска и Луганской области. В перинатальный центр ГУ «Луганская республиканская клиническая больница»

Анализ транспортной дефектуры и тщательное изучение существующих современных транспортных протоколов, позволили разработать и адаптированный к условиям региона, алгоритм межгоспитальной транспортировки новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

I. Оценка необходимости транспортировки:

Необходимо немедленно провести полное объективное обследование ребенка по схеме первичного врачебного осмотра новорожденного; определить и / или оценить и записать в транспортную форму показатели витальных функций ребенка (SpO_2, ЧСС, ЧД, АД, диурез), оценить наличие и тяжесть сопутствующей патологии.

А) критерии стабильности дыхательной системы: SpO_2 88-95%; отсутствуют значительные ретракции и работа дыхания; обеспечена ИВЛ у детей с высоким риском возникновения апноэ.

Б) критерии стабильности гемодинамики: ЧСС 120-160 / мин.; среднее АД≥ гестационного возраста в неделях; продолжительность наполнения капилляров <3 секунд.

Также необходимо получить необходимые данные перинатального анамнеза ребенка, обратить особое внимание на гестационный и хронологический возраст ребенка; начать коррекцию выявленных нарушений.

II. Показания к безотлагательной транспортировке в учреждение здравоохранения III уровня:

Преждевременно родившийся ребенок в срок гестации менее 34 недель и / или с массой тела при рождении менее 1500,0 граммов. Дыхательные расстройства средней или тяжелой степени; устойчивый центральный цианоз, гипоксемия (SpO_2 <90%), несмотря на стандартную терапию; необходимость в длительной (> 24 часов) ИВЛ. Тяжелая асфиксия с полиорганным поражением; судороги, тяжелые неонатальные инфекции, заболевания печени; гематологические заболевания, метаболические нарушения, резистентные к стандартной терапии; отсутствие положительной динамики или ухудшение состояния новорожденного, несмотря на проводимую терапию. Состояния, требующие выполнения специальных диагностических процедур или оперативного вмешательства; необходимость

проведения лечебных или диагностических мероприятий, которые недоступны в заведениях низшего уровня оказания помощи.

III. Подготовка новорожденного ОНМТ и ЭНМТ к транспортировке.

Инструментальное и лабораторное обследование:

1) обязательно: определение групповой и резус-принадлежность крови; развернутый анализ крови; при наличии показаний: определение содержание глюкозы в крови, содержание билирубина, мочевины и креатинина; сделать общий анализ ликвора и взять его на микробиологическое исследование (бактериоскопия, бактериологии), а также выполнить рентгенологическое исследование ОГК и ОБП.

2) дополнительные: определить газовый состав и кислотно-щелочное состояние крови; взять кровь на бактериологическое исследование с назначением антибиотиков; определить содержание электролитов в крови; выполнить НСГ обследование.

IV. Общие стабилизационно - лечебные мероприятия:

Корректировать гипотермию и / или обеспечить тепловую защиту (за исключением случаев лечебной гипотермии); предоставить ребенку положение, обеспечивающее проходимость дыхательных путей; обеспечить надежный венозный доступ; прекратить энтеральное питание, установить желудочный зонд и удалить желудочное содержимое; начать парентеральное введение жидкости; продолжить мониторинг состояния жизненно важных функций и патологических признаков.

V. Условия, при которых транспортировка новорожденного нецелесообразна: агональное состояние новорожденного; срок гестации новорожденного <24 недель или масса тела <500 г; пороки развития, несовместимые с жизнью.

Если транспортировка новорожденного считается нецелесообразной, врач транспортной бригады должен проконсультировать родителей ребенка и должным образом обосновать причину отказа от транспортировки в медицинской документации. Новорожденный, требующий лечения в условиях учреждения здравоохранения III уровня, не должен оставаться в учреждении низшего уровня под предлогом «не транспортабельности».

VI. Переноска новорожденного в транспортный инкубатор: обеспечить поддержание нормальной температуры тела ребенка во время выполнения стабилизационных мероприятий. Желательно достичь температуры тела 36,6-37,5° С или, по крайней мере, ее повышения до момента его переноса в транспортный инкубатор; включить транспортный кувез сразу после приезда в направляющее учреждение здравоохранения и нагреть его до температуры 38-40° С. Нагрет должен быть и воздух в салоне специализированного автомобиля; с момента открытия дверей стационарного инкубатора до момента закрытия дверей транспортного инкубатора должно пройти не более 15 секунд; все другие

дополнительные манипуляции выполнять через окошки транспортного инкубатора; свести к минимуму потребность открывания его дверей и окон при транспортировке, проверив правильность и надежность присоединения и функционирования всех датчиков мониторов, а также проходимость и надежность фиксации всех трубок.

VII. Транспортировка ребенка в специализированный автомобиль: перевозку ребенка осуществлять под тщательным мониторингом; провести безопасную правильную укладку и фиксацию ребенка; присоединить к транспортному респиратору (при необходимости), монитору, аппаратуре для инфузионной терапии; проверить транспортное оборудование и надежность его фиксации.

Вывод. Новорожденные, особенно недоношенные с низкой и экстремально низкой массой тела составляют особую группу риска для транспортировки. Поэтому транспортировка таких детей должна осуществляться согласно принципам, которые предусматривают полноценный мониторинг, обеспечение адекватного теплового микроклимата, респираторной и нутритивной поддержки.

УДК 618.19-002.3-036.11-08

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

А.В. Торба,[1] Л.И. Цыганок,[1] К.А. Линёв,[2] Н.И. Поддубченко,[1] А.С. Кутенец[2]

[1]ГУ «Луганский республиканский клинический онкологический диспансер» ЛНР

[2]ГУ «Луганский государственный медицинский университет» ЛНР

Ключевые слова: колоректальный рак, хирургическое лечение, несостоятельность швов анастомоза.

LARGE INTESTINE ANASTOMOSIS LEAK PREVENTION

Torba A.V., Tziganok L.I., Linyov K.A., Poddubchenko N.I., Kutenetz A.S.

The complex of measures for the prevention of large intestine anastomosis leakage was implemented in 153 patients, led to a reduction of leakage rate (2.9%) and mortality rate (2.6%). The complex includes measures which execution was required before, during and after surgery.

Keywords: colorectal cancer, surgical treatment, anastomosis leakage.

Введение. Число больных колоректальным раком, нуждающихся в оперативном лечении, ежегодно растёт [5,7]. При хирургическом лечении заболеваний ободочной кишки особенности её строения и функции определяют большое количество послеоперационных

осложнений. Наиболее тяжёлым осложнением, служащим основной причиной неблагоприятных исходов, является несостоятельность швов анастомоза (НША). Её частота, несмотря на разносторонние усилия, не имеет тенденции к снижению, при этом лечение развившегося осложнения представляет собой значительные трудности [1,3]. В силу указанных причин профилактика несостоятельности швов толстокишечного анастомоза является важной и трудно разрешимой медико-социальной проблемой. Дискуссии при выборе способа и ряда швов при формировании анастомозов толстой кишки продолжаются. Остаются нерешёнными проблемы выбора шовного материала, методики формирования анастомозов и кишечного шва [2,4,6].

Целью настоящего исследования была профилактика несостоятельности швов толстокишечного анастомоза путём применения комплекса мероприятий до, во время и после оперативного вмешательства.

Материал и методы. Основную группу составили 153 пациента (86 мужчин и 67 женщин), которые были оперированы в проктологическом отделении Луганского республиканского клинического онкологического диспансера в 2016 г. со злокачественными опухолями ободочной кишки, ректосигмоидного отдела, верхне- и среднеампулярного отдела прямой кишки, которым был применён комплекс мероприятий профилактики НША. Объём операций был следующий: правосторонняя гемиколэктомия – у 31 больного, левосторонняя гемиколэктомия – у 12 пациентов, резекция сигмовидной кишки – у 24 больных, резекция поперечной ободочной кишки – 4 случая, чресбрюшная резекция прямой кишки – 36, низкая передняя резекция прямой кишки – 26, реконструктивные десцендосигмо- и десцендоректоанастомозы – 12, обходные анастомозы (илеотрансверзо-, илеосигмо-) – 8. Группу сравнения составили 153 пациента, подобранных в соответствии с основной группой по объёму и количеству оперативных вмешательств, среди пациентов, оперированных в указанном отделении в 2011-2013 гг, когда указанный ниже комплекс профилактических мер не применялся.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием программ Microsoft Office Excel для Windows XP Professional. Для оценки различий значений в группах применяли программу Statistica 6.

Результаты и их обсуждение. Факторы, приводящие к несостоятельности швов толстокишечного анастомоза подразделяют на 1) факторы, которые существовали до операции; 2) факторы, которые возникли во время операции; 3) факторы, которые возникают в послеоперационном периоде [3]. Настоящее исследование внедряет комплекс мер, которые воздействуют на все три группы факторов.

В предоперационном периоде наиболее существенным считаем подготовку кишечника. Для этого за несколько дней до операции назначаем бесшлаковую диету в сочетании с обильным употреблением жидкости 2-2,5 л/сут. В день накануне операции применяем фортранс (макрогол 4000) внутрь 1-2 пакетика (не более) Противопоказанием к употреблению фортранса считаем значительное нарушение кишечной проходимости, в данном случае фортранс производит обратное действие – перегружает приводящие к опухоли отделы кишечника. При субкомпенсированной хронической толстокишечной непроходимости подготовку кишечника осуществляем при помощи клизм. Назначение бактерицидных и бактериостатических антибиотиков в предоперационном периоде внутрь не считаем обоснованным.

Профилактике интраоперационных факторов НША уделяем наибольшее внимание. Выбор оптимального уровня резекции поражённого сегмента кишки определяется опытом хирурга. После мобилизации осуществляем визуальную оценку макроскопического вида соединяемых отрезков кишки, чтобы исключить ишемию, воспалительную инфильтрацию, натяжение соединяемых тканей. Конец кишки освобождаем от брыжейки и жировых привесков не более чем на 1-1,5 см. Гемостаз соединяемых концов кишечника выполняем коагуляцией без ожога. Анастомоз соединяем однорядным непрерывным швов нитью «Викрил» на атравматичной игле. Одной нитью создаём заднюю, затем переднюю губу анастомоза. В шов слизистую оболочку не захватываем, ассистент поддерживает нить в натяжении и следит за равномерностью стежков. В трансанальном дренировании и дивульсии сфинктера не видим необходимости. Избегаем наложения анастомоза в пользу обструктивной резекции в следующих ситуациях: 1) разный диаметр соединяемых отрезков; 2) наличие кала в приводящей к будущему анастомозу кишке, что говорит о плохой подготовке кишки вследствие нарушения её проходимости. Тяжёлое общее состояние пациента, анемию, гипопротеинемию и другие биохимические показатели не считаем противопоказанием к формированию первичного анастомоза толстой кишки.

При выполнении чресбрюшной и низкой передней резекции прямой кишки, резекции сигмовидной кишки избегаем пересечения левой ободочной артерии. При её лигировании кровоснабжение анастомоза через дугу Риолана считаем недостаточным, мобилизуем селезёночный угол и выполняем резекцию на уровне поперечной ободочной кишки. Необходимо помнить, что после перенесённых ранее операций на ободочной кишке при повторных вмешательствах анатомия левой ободочной артерии может быть сильно изменена.

Большое значение придаём антибиотикопрофилактике в послеоперационном периоде. Учитывая высокую микробную контаминацию толстой кишки, в течение 5 дней после

операции назначаем фторхинолоны («Левофлоксацин»), цефалоспорины III-IV поколения, орнидазол («Орнигил») или метронидазол. Более длительное применение антибиотиков с целью профилактики гнойно-септических осложнений считаем необоснованным. С лечебной целью при НША назначаем карбапенемы («цилапенем»).

С целью своевременного восстановления перистальтики кишечника, пассажа кишечного содержимого, уменьшения интенсивности болевого синдрома обязательными считаем следующие мероприятия – продлённую эпидуральную анальгезию (4-5 суток после операции), ранний дозированный приём жидкости, раннее (на 2-3 сут) пероральное питание в пределах диеты № 1А по Певзнеру. В программу инфузионной терапии обязательно включаем свежезамороженную плазму, альбумин.

НША возникла у 6 пациентов (3,9%) основной группы и у 9 больных (5,9%) группы сравнения. Применение указанного комплекса мер профилактики НША при выполнении операций на толстой и прямой кишке позволило снизить показатель послеоперационной летальности с 8 пациентов (5,2%) в группе сравнения до 4 пациентов (2,6%) в основной группе ($p<0,01$).

Таким образом, профилактика НША – комплекс мероприятий, направленных на создание благоприятных условий выполнения основного этапа операции, обеспечения надёжности сформированного межкишечного анастомоза.

Выводы. 1. Выполнение оперативных вмешательств по поводу колоректального рака с учётом их сложности возможно только в условиях специализированных колопроктологических и онкологических центров и отделений, где есть подготовленные специалисты и коллективный опыт оперативной техники и лечения данной патологии.

2. Комплекс мер профилактики НША даёт возможность снизить частоту НША (с 5,9% до 3,9%) и послеоперационную летальность (с 5,2% до 2,6%).

3. Толстокишечные анастомозы должны формироваться однорядным непрерывным швом атравматической иглой при условии соблюдения техники формирования анастомоза.

Литература

1. Ахметзянов Ф.Ш. Несостоятельность швов колоректального анастомоза (обзор литературы) / Ф.Ш. Ахметзянов, В.И. Егоров // Сибирский онкологический журнал. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 107-112.

2. Маскин С.С. Однорядный непрерывный шов при реконструктивно-восстановительных операциях на толстой кишке / С.С. Маскин, В.В. Хомочкин, А.М. Карсанов [и др.] // Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы. – К.: Имидж Украины, 2011. – С. 306-307.

3. Мельник В.М. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке / В.М. Мельник, А.И. Пойда // Хирургия. Журн. им. Н.И.Пирогова. – 2003. – № 8. – С. 69-74.

4. Милица Н.Н. Подходы к формированию толстокишечных анастомозов в целях профилактики несостоятельности их швов / Н.Н. Милица, Н.Д. Постоленко, К.Н. Милица [и др.] // Клінічна хірургія. – 2014. – № 11. – С. 25-28.

5. Одарюк Т.С. Хирургия рака прямой кишки / Т.С. Одарюк, Г.И. Воробьёв, Ю.А. Шелыгин. – М., «Дедалус», 2005. – 255 с.

6. Сысоев С.В. Морфологическая характеристика регенерации толстокишечных анастомозов, сформированных различными вариантами кишечного шва / С.В. Сысоев, Б.Б. Капустин // Морф. ведомости. – 2008. – №3-4. – С. 217-219.

7. Шалимов С.А. Современные направления в лечении колоректального рака (в помощь практикующему врачу-онкологу): Монография/ С.А. Шалимов, Е.А. Колесник, Ю.А. Гриневич. – К., 2005. – 112 с.

УДК 618.161-001-055.26

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СИМФИЗА У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Удовика Н.А., Потапенко М.В., Балтаджи О.В., Никифорова М.А.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет» ЛНР;

ГУ ЛНР «Специализированная железнодорожная больница»,

ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №3» ЛНР

Представлены результаты анамнеза, клинического течения и лечения повреждений симфиза (симфизиопатия) у 17 беременных (средний возраст 32±3,5 года). У 14 (82,4%) из них имелись очаги хронической инфекции, а 9 (52,9%) с первого триместра получали прогестерон. У 7 (41,2%) проведено элективное кесарево сечение, а у 8 (88,9%) из 9, которые вступили в вагинальные роды, произошел разрыв лонного сочленения, причем у 3 (37,5%) - развился симфизит. Лечение симфизиопатии при беременности преимущественно проводилось с применением диклофенака и кетопрофена, а после родов - камфоры, капсаицина, ментола. При симфизите включались антибиотики.

Ключевые слова: беременность, роды, симфиз, лечение

Общеизвестно, что при беременности кости таза расходятся в среднем на 5-6 мм, а ширина лонного сочленения достигает 1,2-1,5 см, что необходимо для безопасного продвижения плода по родовым путям и облегчения состояния матери в родах [1, 4]. Такой механизм защиты реализуется посредством совместного действия релаксина из плаценты и яичников, а также половых гормонов, оказывающих расслабляющее действие на суставные хрящи и связки [4]. После родов хрящи в суставах вновь уплотняются, связки приобретают прежнюю эластичность и плотность, а ширина суставной щели уменьшается [1, 2, 4].

Данные литературы и наши собственные наблюдения показывают, что в ряде случаев встречается чрезмерное размягчение сочленений таза (*симфизиопатия*) и более грубая форма расхождения костей таза – *разрыв лонного сочленения*. Это может быть обусловлено нарушением фосфорно-кальциевого обмена и недостатком витамина D; травмами крестца; при возникновении позднего гестоза беременности; при исходном (до беременности) дизгормонозе [4, 5]. Течение симфизиопатии у беременных, как правило, благоприятное. Заболевание, проявившееся при беременности, рутинно не является показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения. С другой стороны, для определения акушерской тактики имеет значение величина расхождения лонного сочленения. Так, при исходном анатомическом сужении таза и крупном размере плода с объемной головкой критическим расстоянием расхождения лонных костей следует считать 10 мм [2, 4].

Более тяжелой формой повреждения симфиза является его разрыв, что характеризуется нарушением целостности сустава, связанным с родами (чаще при применении акушерских щипцов, приема Кристеллера, при сочетании суженного таза с бурной родовой деятельностью в результате родостимуляции, особенно простагландинами) [2, 3]. Данные доступной литературы свидетельствуют, что даже в этих случаях сама по себе механическая травма не имеет доминирующего значения, а основная роль принадлежит исходной симфизиопатии, а также предшествующим воспалительным изменениям в лонных костях и лобковом симфизе [4, 5]. С другой стороны общеизвестно, что при разрыве лонного сочленения растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения, а в суставах образуются кровоизлияния с развитием *симфизита* (воспалительного процесса в симфизе) [3, 4]. Одновременно может возникнуть повреждение уретры, клитора, мочевого пузыря.

Целью данного исследования явилось обобщение собственного клинического материала за клиническим течением растяжений и разрывов сочленений таза у беременных и родильниц старшей возрастной группы.

Материал и методы.

Под нашим наблюдением находилось 17 беременных с симптомом боли в области лона (симфизиопатия), у 8 (47,1%) из которых при вагинальных родах произошел разрыв лонного сочленения. Возраст пациенток составил от 28 до 40 лет (средний возраст 32±3,5 лет). Первородящих было 9 (52,9%), повторнородящих – 8 (47,1%). Пациентки с тяжелой экстрагенитальной патологией и преэклампсией в исследование не включались.

Для статистической обработки полученных результатов исследования использовалась компьютерная база данных в табличном процессоре Excel. Обработка полученных результатов с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Полученные результаты и их обсуждение.

В результате проведенного анализа выявлено, что хронический воспалительный процесс внутренних гениталий в анамнезе имел место у 6 (35,3%) беременных из числа наблюдаемых; хронический цистит/уретрит с частыми обострениями – у 7 (41,2%); 5 (29,4%) пациентки ранее занимались профессиональным спортом (гимнастика); у 8 (47,1%) имел место дефицит массы тела (подтверждение дисбаланса в питании), у 6 (35,3%) – гиперплазия щитовидной железы без нарушения функции. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта отмечались у 10 (58,8%) из числа наблюдаемых. Одновременно с этим у 5 (29,4%) человек имел место кариес, у 7 (41,2%) – ломкость ногтей, еще 5 (29,4%) предъявляли жалобы на парестезии (появление чувства покалывания и изменение кожной чувствительности), а 8 (47,1%) – на подергивание и сокращение отдельных мышц, ночные судороги в икроножных мышцах. Почти все беременные указывали на наличие постоянной общей слабости и сниженного настроения.

Анализ медицинской документации показал, что 9 (52,9%) беременных с первого триместра получали прогестерон, так как из-за болей над лоном или в области лона, а также в области крестца и поясницы, им устанавливался диагноз «рецидивирующая угроза выкидыша». Однако боли оставались и повторялись как «летучие».

В дальнейшем 7 (41,2%) беременных с симфизиопатией были родоразрешены путем операции кесарева сечения по причине прогрессирующего расхождения костей лонного сочленения и снижения шансов на удачные вагинальные роды (значительное усиление болей в области лона перед родами, наличие симптома «прилипшей пятки», «утиной походки»). Рентгенологическое исследование до родов всем наблюдаемым пациенткам не проводилось.

Из анамнеза 8 родильниц с разрывом лонного сочленения при вагинальных родах выявлено, что у 3-х из них интранатально был применен прием Кристеллера (родились дети

массой 4400 г и 4350 г); у других 5-х имело место анатомическое сужение таза, родоусиление окситотической смесью, наложение бинта Вербова. Показательно, что 2 из этих 8 родильниц категорически настаивали на вагинальном завершении родов.

Рентгенологически 1-я степень расхождения лонных костей (9 мм) выявлена у 6 пациенток; 2-я степень (20 мм) – у 2 родильниц.

Все эти родильницы уже через несколько часов после родов жаловались на «стреляющую» боль в области лобка в покое и при ходьбе, отведении бедра и любом другом движении. Боль нередко отдавала вниз живота, пах, промежность, спину, бедро или ногу. В постели больные занимали «позу лягушки»: они лежали на спине с повернутыми кнаружи и развернутыми бедрами при слегка согнутых коленях. Симптом «прилипшей пятки» (пациентка не может оторвать стопу от постели и поднять конечность, при этом в коленном и тазобедренном суставах нога сгибается) была у всех 8 родильниц, при этом у 3-х она появилась сразу после родов и 5-и – спустя 24 часа. Характерного щелканья, треска или скрежета при пальпации лона не отмечено ни в одном случае; затрудненный акт дефекации имел место у 2-х пациенток. У 3-х из 8 родильниц с разрывом лонного сочленения при вагинальных родах были также признаки воспаления в области травмы (гиперемия кожи, отек тканей над лоном), что указывало на послеродовый симфизит.

Ухудшения состояния со стороны симфиза у пациенток, родоразрешенных путем операции кесарева сечения не было; лечение они, как правило, получали до родов.

Для коррекции данной патологии у обследованных пациенток нами использованы консервативные методы, которые включали покой, тугое бинтование таза, корсеты, обезболивающие, нестероидные противовоспалительные препараты, 10% глюконат кальция, глицерофосфат кальция в среднесуточной дозе. Беременным пациенткам в область симфиза мы рекомендовали втирать мазь диклофенак (вольтарен-эмульгель, диклобене, наклофен, диклоран, дикловит), кетопрофен (фастум-гель, быструм-гель), траумель, скипидарную мазь), а также троксевазин-гель, венорутон-гель, индовазин и др.

От ибупрофена (нурофен, дип-рилиф гель, долгит) мы отказались, так как он токсичен как в I и II триместре, так и в III (вызывает маловодие) [1, 2, 4].

У беременных нами не использовались также мази Финалгон (нонивамид и никобоксил), Апизартрон (пчелиный яд), Випросал (сухой яд гадюки), Никофлекс (капсаицин), которые могут вызывать обеднение маточно-плацентарного кровотока, а также бальзам «Золотая звезда», в состав которого входят масло гвоздики, камфора, мята перечная, эвкалипт. В тоже время, у родильниц все эти средства нами применялись, равно как и ментоловая мазь, эвкамон (камфора, ментол), миотон, меновазин, найз-гель, репарил-гель, бальзам «Санитас», капсикам (бензилникотинат, ванилилнонамид, камфора, скипидар, димексид).

Мы ис[illegible]щеизвестно факта, что в период острой боли рационально применять гели, т.к. они охлаждают, не раздражая кожу, и снимают болевые ощущения. Во избежание гиперемии, гель мы накладывали, а не втирали. После этого участок над лоном покрывали тонкой полиэтиленовой пленкой и фиксировали мягкой повязкой. Перед следующей процедурой остатки предыдущего геля мы удаляли ватным тампоном, травмированный участок протирали спиртом и через 15-30 минут вновь накладывали повязку с гелем. Мазь накладывали в небольшом количестве (всасывается медленно).

Позвольте отметить отличия геля от мази, т.к. статья имеет практическое значение:

1) Гель – не содержащая жиров и масел, мягкая и вязкая по составу лекарственная форма на гидрофильной (водной) основе. Мазь – однородная по своему составу, жирная, вязкая, мягкая на ощупь лекарственная форма, созданная для нанесения на кожу, обработки слизистых оболочек или ран.

2) Базовая основа геля – вода, мази – специфические (растительные, животные, минеральные) жиры.

3) Гель быстро распределяется, практически моментально подсыхает, хорошо держится на коже, образуя тонкую пленочку, но при этом не закупоривая поры. Мазь впитывается намного медленнее, может способствовать закупориванию пор.

4) Мазь за счет жировой основы обладает увлажняющим, смягчающим действием; наносится на шелушащиеся, раздраженные места, излечивает поверхность кожи. Гель

подсушивает и поставляет влагу в организм, он перспективен для мокнущих ранок, суставов (симфизит, радикулит) и глубоких слоев кожи.

5) Жирную мазь сложнее отстирать с одежды, чем абсолютно нежирный, легко смывающийся гель.

6) Мазь быстрее портится [3].

Если родильницам с разрывом лонного сочленения назначалась иммобилизация («гамак») (4 - 50%), нами также проводилась профилактика тромбоэмболий (бинтование ног, у 1-й пациентки использован аппарат для переменной пневматической компрессии, фраксипарин). У 3 (37,5%) родильниц из этого числа, но с присоединением симфизита, также проведена антибиотикопрофилактика (цефуроксим, ампициллин). Хирургического вмешательства у наблюдаемых пациенток не проводилось.

Эффективность лечения у всех пациенток оценена как положительная. После выписки из роддома женщинам рекомендовали носить корсеты до 6 месяцев для удерживания костей таза в определенном положении. Динамическое наблюдение позволило отметить, что к году так называемая «утиная походка», постоянные жалобы на пояснично-крестцовые боли, расценивающиеся как радикулит, не отмечены ни в одном случае; все пациентки признаны здоровыми и в реабилитационных мероприятиях не нуждались.

Литература

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-1200 с.

2. Кокрановское руководство: Беременность и роды / Д.Ю. Хофмейер, Д.П. Нейлсон, З. Алфиревич и др.. / Под общ. ред. Т.Г. Сухих. Пер. с англ. В.И. Кандрора, О.В. Ереминой. – М.: Логосфера, 2010. – 440 с.

3. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. – М. : Эксмо, 2009. – 288 с.

4. Петрова Л.С. Что такое симфизит? // 9 месяцев. Здоровье после родов. – 2015. http://www.9months.ru/oslojneniaposlerodov/3152/chto-takoe-simfizit

5. Pelvic pain. Diagnosis and management» под редакцией F.M. Howard. «Lippincott Williams and Wilkins», 2000 г.

УДК 618.63-083.98-055.2 (477.61)

УРГЕНТНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛАКТАЦИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ У ЖИТЕЛЬНИЦ ЛНР ЗОНЫ РАЗГРАНИЧЕНИЯ

Удовика Н.А., Соленая И.Б., Тищенко А.Б., Середа Л.М.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет» ЛНР,
ГУ «Луганская городская многопрофильная больница №3» ЛНР,
ГУ ЛНР «Специализированная железнодорожная больница

В статье представлен клинический анализ родильниц с возникшими ургентными проблемами лактации, в том числе 36 - с явлениями лактостаза после выписки из родильного отделения и 25– с клиникой гипогалактии через 1-3 месяца после родов. Все они проживали в приграничной зоне незавершенного вооруженного конфликта (северо-западная часть ЛНР), подвергаясь хрониострессу. Указаны пути решения данных состояний.

Ключевые слова: беременность, лактация, хрониострессс, гипогалактия, лактостаз

Лактация представляет собой естественный физиологический процесс продуцирования специфического питательного вещества — материнского (грудного) молока [1]. Период лактации длится с момента окончания родов и первого прикладывания младенца к груди вплоть до окончания выделения молока. Клинический опыт показывает, что ряд кормящих мам, особенно в первые дни становления лактации, могут испытывать проблемы [1]. А своевременно неустраненный застой молока в альвеолах и млечных протоках приводит к угнетению и спонтанному исчезновению лактации уже спустя 1–2 недели [1, 3].

Общеизвестно, что ургентные проблемы грудного вскармливания связаны с нарушением отделения молока (лактостаз), трещинами сосков, гипогалактией и, значительно реже, развитием послеродового мастита [1-3].

Клинический опыт показывает, что *лактостаз* (нарушение отделения молока) – наиболее частая ургентная проблема, связанная с застоем молока в протоках молочной железы. Если эта проблема не разрешается, то лактостаз переходит в воспаление паренхимы и интерстиция молочной железы – *лактационный мастит* [1, 3]. Именно повышение давления приводит к проникновению элементов молока через стенки альвеол в окружающую соединительную ткань, вызывая воспалительную реакцию. *Гипогалактия* у кормящих матерей в большинстве случаев возникает в ответ на прекращение прикладывания ребенка к груди, неправильную технику кормления и, что важно учитывать, при нежелании или невозможности кормить ребенка (в т.ч. на фоне острого или хронического стресса).

Целью работы явился анализ ургентных проблем лактации и путей их решения у кормящих матерей, жительниц Луганской Народной Республики (ЛНР) из зоны разграничения, роды у которых произошли в течение первого года после активной фазы вооруженного конфликта.

Материал и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 36 родильниц с явлениями лактостаза после выписки из родильного отделения и 25 родильниц – с клиникой гипогалактии через 1-3 месяца после родов. Все они проживали в приграничной зоне незавершенного вооруженного конфликта (северо-западная часть ЛНР), подвергаясь хрониострессу (периодическое напряжение в связи с обстрелами со стороны сопредельного государства, непризнанность ЛНР, перебои с водой и связью, экономическая блокада). Средний возраст наблюдаемых составил 24,7±2,4 года. Тяжелые экстрагенитальные заболевания у всех отсутствовали. У 10 (16,4 %) имело место ожирение смешанного генеза I степени (индекс массы тела 32,3±2,6) и у 7 (11,5 %) — вегето-сосудистая дистония. Все беременности наступили естественным путем, однако 12 (19,7%) пациенток на протяжении 3—7 лет получали лечение по поводу первичного бесплодия. Течение беременности у 42 (68,9 %) из числа обследованных было физиологическим. Антенатальный уход при этом оказывался по стандарту. У остальных 19 (31,1 %) отмечались признаки гипертонуса матки, в результате чего им назначали валериану, магникум, седасен, вибуркол; 16 из них также получали микронизированный прогестерон до 34—36 недель. Наряду с этим 9 (23,7 %) беременным проведен острый токолиз с использованием b-адреномиметика или фенигидина.

Все наблюдаемые пациентки родили в срок живых детей. Индуцированных родов выявилось 42 (68,9%); родоусиление было применено в 24 (39,3%). Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар составила 8,2±0,4 балла. Все дети сразу в родзале были приложены к груди на находились на совместном пребывании и грудном вскармливании.

Все женщины были обучены приемам лактации и сцеживания молока. Так, техника сцеживания молока представлялась так: вымыть руки, приготовить грудь и чистую посуду или пеленочку под грудь. Далее пальцы поставить на границу ареолы и белой кожи (индивидуальное положение пальцев может немного меняться). Затем пальцами нажимать в направлении грудной клетки: как бы пытаться захватить заполненные молоком протоки, которые лежат под ареолой, и только потом прокатываться по ним пальцами. Помнить: пальцы не ёрзают по коже, на ней они стоят на одном месте, иначе могут возникнуть потертости. Первую-вторую минуту, пока не запустился рефлекс выделения молока, оно может выделяться совсем слабо, важно не прекращать ритмичных сцеживающих движений. Как только подключается окситоцин, молоко течет хорошо. Когда молоко перестало активно вытекать, можно сдвинуть пальцы в другую позицию или перейти на вторую грудь. Помнить, что в соске молока нет! А если давить и вытягивать сам сосок, то молоко остается в глубине груди. Проблем с лактацией на этапе роддома у наблюдаемых пациенток не было.

Послеродовый период у матерей и период ранней адаптации у детей протекали гладко. Все они были выписаны домой на 3-4 день после родов.

Полученные результаты и их обсуждение.

Анализ показал, что все родильницы с лактостазом в период становления лактации жаловались на распирающие и колющие боли в молочной железе, подъем температуры тела (нередко до 39оС), трудности отделения молока до специального расцеживания железы. Все они желали преодолеть это состояние и далее кормить ребенка грудным молоком. При оказании помощи мы прежде всего успокаивали маму, просили ее принять теплый душ, при этом струю воды использовать как массажер (направляя ее от подмышечной области к соску), затем родильнице выполняли легкий массаж спины и шеи. После этого помогали женщине расцедить грудь, применяя негрубый массаж, пока железа не станет мягкой; затем, если пациентка не устала, сразу прикладывали ребенка к опорожненной груди (при сосании ребенок забирает молоко из более глубоких отделов молочной железы). При наличии отека вокруг соска мы рекомендовали на 1–2 часа примочки с 25% раствором сульфата магния (10–15 мл). При необходимости назначали парацетамол 500 мг per os. Половина пациенток получила 3–4 процедуры ультразвука с детским кремом (Антошка, Красная шапочка, Утенок) на молочную железу (техника аналогична таковой при принятии теплого душа). Одновременно при наличии болезненности в сосках и трещинах мы рекомендовали мазь «Бепантен», содержащую натуральный компонент – провитамин В5, который активно питает кожу, способствуя ее быстрому заживлению и восстановлению. Продолжали данные манипуляции 2–3 дня для закрепления результата. Все наблюдаемые нами пациентки справились с проблемой в течение 1-2-х суток и продолжали грудное вскармливание.

Следует отметить, что наиболее надежным методом как лечения, так и предупреждения нагрубания молочных желез и лактостаза мы считаем безпрепятственный доступ ребенка к груди матери. Изолированное сцеживание молока не приводит к облегчению состояния [2, 3]. В тоже время в семьях мы напоминали, что на сегодняшний день при лактостазе не доказана эффективность горячих влажных салфеток или пузырей со льдом, синестрола, окситоцина, бинтования молочных желез [2, 3].

Проведенный анализ также показал, что все наблюдаемые пациентки с гипогалактией указывали на существование трудностей при уходе за ребенком и выполнении домашней работы, связанные с хрониострессом, некоторые из них одновременно продолжали учебу в вузе, а 5 человек не ставили целью продолжать после выписки из роддома кормить ребенка грудью и преднамеренно способствовали гипогалактии (не прикладывали ребенка к груди и не сцеживали железы).

При организации помощи этим женщинам мы исходили из того, что профилактика гипогалактии состоит в реальной практической и эмоциональной поддержке кормящей матери; желании мамы и семьи сохранить грудное вскармливание; кормлении ребенка по

требованию; обеспечении правильного положения ребенка у груди [2, 3]. В ряде случаев нами также рекомендовались препараты, повышающие продукцию грудного молока: тиротропин-рилизинг гормон (протилерин), препараты, блокирующие рецепторы допамина (метоклопрамид/максалон; домперидон/мотилиум, сульпирид/долматил); цветки козлятника аптечного или козьей руты (Galega officinalis), зерна фенхеля (Foeniculom vulgare); йод, окситоцин [1, 2]. В целом после бесед с мамой и членами семьи 15 (60%) пациенток из числа наблюдаемых с гипогалактией справились с проблемой и продолжили лактацию, остальные перешли на искусственное вскармливание ребенка.

Со всеми кормящими мамами и членами их семьей нами также проводились беседы о профилактике послеродового мастита, которая на сегодняшний день состоит в соблюдении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в доме, где проживает семья; проведении мероприятий общего и локального характера (создание кормящей женщине со стороны членов семьи комфорта и условий психического спокойствия, соблюдении ею режима труда и отдыха, организация прогулок на свежем воздухе, выполнение физических упражнений, правильный уход за молочными железами). К сожалению, на фактор проживания в приграничной зоне в условиях незавершенного вооруженного конфликта как на стрессовый фактор, который оказывает негативное действие на лактацию, реально влиять невозможно. Поэтому ретроспективный анализ показал, что 19 (37,2%) из числа наблюдаемых женщин по причине развития/рецидива гипогалактии через 1-3 месяца все-таки прекратили грудное вскармливание и перевели ребенка на адаптированные детские смеси и натуральное коровье (козье) молоко.

Представляется интересным анализ развития детей, рожденных от мам, проживающих в зоне разграничения ЛНР в условиях незавершенного вооруженного конфликта, а также оценка состояния молочных желез этих женщин в динамике наблюдения.

Литература

1. Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с.

2. Кокрановское руководство : Беременность и роды / Д.Ю. Хофмейер, Д.П. Нейлсон, З. Алфиревич и др. / Под общ. ред. Т.Г. Сухих. Пер. с англ. В.И. Кандрора, О.В. Ереминой. – М. : Логосфера, 2010.–440 с.

3. Чадаев А.П., Зверев А.А. Современные взгляды на хирургическое ле-чение острого гнойного лактационного мастита // Трудный пациент. Журнал для врачей. – 2005. – № 5.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ СУРФАКТАНТНОЙ ТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Чумакова А.В.[1], Письменная Е.А.[1], Ткачева М.Ю.[2], Решетило Н.В.[2], Стадник А.Д.[2]

[1]ГУ «Луганская республиканская клиническая больница», Луганск

[2]ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

Введение. В 2014 г. в Перинатальном Центре Государственного учреждения «Луганская республиканская клиническая больница» родилось 22,5 % недоношенных детей, в 2015 г. – 14,5 %, в 2016 г. – 13,7 %. За 2016 год родилось 42 двойни и 1 тройня, увеличилась рождаемость глубоконедоношенных детей с массой тела до 1500 г., в 2015 г. - 36. Выживаемость до 1 кг составила 50 %, в 2015 г. – 30 %, до 1,5 кг -85 %, 2015 г. - 69,2 %.

Цель исследования: оптимизация подходов к проведению сурфактантной терапии у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 132 историй болезни недоношенных новорожденных, которым в 2016 году была проведенна сурфактантная терапия.

Результаты и их обсуждения. Учитывая тот факт, что недоношенные новорожденные в данном исследовании имели различную массу при рождении, срок гестации, а некоторым из них требовалось и повторное введение препарата, были определены индивидуальные показания к заместительной терапии сурфактантом:

1. Профилактически, в первые 20 минут жизни, всем детям, родившимся на сроке гестации 26 недель и менее при отсутствии проведения их матерям полного курса антенатальной профилактики стероидами и/или невозможности проведения неинвазивной респираторной терапии в родильном зале.

2. Всем новорожденным гестационного возраста ≤ 30 недель, потребовавшим интубации трахеи в родильном зале. Наиболее эффективное время введения - первые 20 минут жизни.

3. Недоношенным детям гестационного возраста > 30 недель, потребовавшим интубации трахеи в родильном зале при сохраняющейся зависимости от FiO_2 > 0,3-04. Наиболее эффективное время введения – первые два часа жизни.

4. Недоношенным новорожденным на стартовой респираторной терапии методом CPAP в родильном зале при потребности в $FiO_2 \geq 0,5$ и более для достижения SpO_2 = 85% к 10 минуте жизни и отсутствии регресса дыхательных нарушений, а также улучшения оксигенации в последующие 10-15 минут. К 20-25 минуте жизни нужно принять решение о введении сурфактанта или о подготовке к транспортировке ребенка в ОРИТН на CPAP

5. Детям, родившимся на сроке гестации ≤28 недель, на стартовой терапии методом CPAP, при наличии показаний в родильном зале сурфактант может быть введен неинвазивным методом. Детям большего гестационного возраста на стартовой терапии методом CPAP, при наличии показаний в родильном зале сурфактант может быть введен традиционным методом.

6. В отделении реанимации новорожденным, родившимся на сроке ≤ 35 недели, на респираторной терапии методом CPAP/неинвазивная ИВЛ при оценке по шкале Сильверман > 3 баллов в первые 3-6 часов жизни и/или потребности в FiO_2 до 0,35 у пациентов < 1000 г. и до 0,4 у детей > 1000 г.

7. Показания к повторному введению сурфактантов:

А). Детям гестационного возраста ≤35 недель на CPAP, уже получившим первую дозу сурфактанта, при переводе их на ИВЛ в связи с нарастанием дыхательных нарушений (FiO_2 до 0,3 у пациентов <1000 г. и до 0,4 у детей >1000 г.) в первые сутки жизни.

Б). Детям гестационного возраста ≤35 недель на ИВЛ, уже получившим первую дозу сурфактанта, при ужесточении параметров вентиляции (МАР до 7 см. H_2O и FiO_2 до 0,3 у пациентов <1000г и до 0,4 у детей >1000 г.) в первые сутки жизни.

В). Повторное введение следует проводить только после проведения рентгенографии органов грудной клетки. Третье введение может быть показано детям на ИВЛ с тяжелым РДС. Интервалы между введениями 6 часов. Однако интервал может сокращаться при нарастании у детей потребности в FiO_2 до 0,4.

Необходимо учитывать наличие противопоказаний к проведению сурфактантной терапии: профузное легочное кровотечение, пневмоторакс.

В родильном зале могут использоваться два основных метода введения: традиционный - через интубационную трубку и «неинвазивный» (или «малоинвазивный»):

1. Традиционный метод введения сурфактанта: сурфактант вводится через интубационную трубку с боковым портом или при помощи катетера, введенного в обычную, однопросветную интубационную трубку. Ребенок укладывается строго горизонтально на спину. Под контролем прямой ларингоскопии проводится интубация трахеи. Через боковой порт интубационной трубки (без размыкания контура ИВЛ) необходимо ввести сурфактант быстро, болюсно. При использовании техники введения при помощи катетера необходимо измерить длину интубационной трубки, отрезать стерильными ножницами катетер на 0,5 - 1 см. короче длины ЭТТ, проверить глубину расположения ЭТТ выше бифуркации трахеи. Ввести сурфактант через катетер быстро болюсно. Болюсное введение обеспечивает наиболее эффективное распределение сурфактанта в легких. У детей массой тела менее 750 г. допустимо разделить препарат на 2 равные части, которые следует ввести одну за другой с

интервалом в 1-2 минуты. Под контролем SpO_2 следует снизить параметры ИВЛ, в первую очередь давление на вдохе. Снижение параметров следует проводить быстро, так как изменение эластических свойств легких после введения сурфактанта происходит уже в течение нескольких секунд, что может спровоцировать гипероксический пик и венлитятор-ассоциированное повреждение легких. Экстубация, как правило, проводится после транспортировки пациента в ОРИТН при отсутствии противопоказаний.

2. Неинвазивный метод введения сурфактанта: подходит для детей, родившихся на сроке гестации 28 недель и менее. Проводится на фоне самостоятельного дыхания ребенка, респираторная терапия которому осуществляется методом CPAP. В положении ребенка на спине или на боку, на фоне CPAP (осуществляемого чаще через назофарингеальную трубку) под контролем прямой ларингоскопии следует ввести тонкий катетер. Кончик катетера должен быть введен на 1,5 см. ниже голосовых связок. Во время введения сурфактанта продолжается респираторная терапия CPAP. После введения сурфактанта и извлечения зонда следует продолжить CPAP или неинвазивную ИВЛ.

В отделении реанимации новорожденных детям на CPAP при наличии показаний к введению сурфактанта рекомендуется введение сурфактанта методом INSURE (INtubate-SURfactant-Extubate). Метод заключается в интубации пациента под контролем прямой ларингоскопии, верификации положения интубационной трубки, быстром болюсном введении сурфактанта с последующей быстрой экстубацией и переводом ребенка на неинвазивную респираторную поддержку. Метод INSURE может быть рекомендован к использованию у детей, родившихся на сроке более 28 недель.

Вывод. В связи с высоким показателем рождаемости недоношенных новорожденных, считаем использование выше описанных показаний и методик к проведению сурфактантной терапии поможет оптимизировать работу неонатологов и детских анестезиологов.

УДК: 616.248+616.366-002.2]-07-08

СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

О.Г. Чуменко, Е.В. Сонина

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Св. Луки»,

г. Луганск, ЛНР

В статье рассматривается влияние тиотриазолина и атоксила на показатели

клеточного иммунитета у больных бронхиальной астмой в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом.

Ключевые слова: бронхиальная астма, хронический некалькулезный холецистит, тиотриазолин, атоксил.

Summary

Chumenko O.G., Sonina E.V. The state of cellular immunity in patients with bronchial asthma in combination with chronic non-calculous cholecystitis under the influence of complex therapy

The questions of effect Thiotriazoline and Atoxil on cellular immunity in patients with bronchial asthma combined with chronic noncalculosis cholecystitis are considered in the article.

Key words: bronchial asthma, chronic cholecystitis nekalkulezny, Thiotriazoline, Atoxil.

Вступление. Бронхиальная астма (БА) – широко распространенное в мире заболевание. Длительное хроническое течение данного заболевания приводит к частому ее сочетанию с другими болезнями, в частности с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). В основе патогенеза обоих заболеваний лежит дисбаланс иммунной системы, которое проявляется в снижении общей популяции Т-лимфоцитов в сыворотке крови, за счет как Т-хелперов, так и Т-супрессоров. Выраженные сорбционные и дезинтоксикационные свойства, что позволяет более эффективно выводить из кишечника аллергены и токсические продукты, имеет препарат Атоксил (Ат). Выраженными противоишемическими, мембраностабилизирующими, антиоксидантными и иммуномодулирующими свойствами обладает тиотриазолин (Тн). Однако, возможности применения Тн и Ат для коррекции нарушений клеточного иммунитета при БА в сочетании с ХНХ известны недостаточно

Цель работы – изучить влияние комплексной терапии Тн и Ат на показатели клеточного иммунитета у больных БА в сочетании с ХНХ.

Материалы и методы исследования. Обследован 81 пациент с БА среднетяжелого течения в сочетании с ХНХ Больные БА в сочетании с ХНХ были разделены на 2 группы: основную (41 человек) и сравнения (40 пациентов). Пациенты группы сравнения получали только базисные средства лечения БА. Больным основной группы лечение дополнялось внутримышечным введением 2,5% раствора Тн по 2 мл 2 раза в сутки 10 дней подряд, и в этот же период назначался Ат внутрь по 1 чайной ложке 3 раза в день между приемами пищи и других лекарственных препаратов. Больные, у которых не было достигнуто полной клинико-биохимической ремиссии, продолжали принимать Тн внутрь в виде таблеток - по 0,2 г 3 раза в сутки в течение 21 дня. После завершения стационарного лечения все больные в течение 1 календарного года находились под диспансерным наблюдением.

Результаты и их обсуждение. В начале лечения у больных основной группы и группы сравнения уровень показателей CD3+, CD4+, CD8+ CD22+ существенно не отличались и были выше референтной нормы Иммунорегуляторный индекс (CD4 / CD8) был ниже в 1,2 раза при сравнении со здоровыми лицами. После комплексного лечения с применением Тн и Ат у больных основной группы содержание CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов в крови увеличивался, значительнее, чем у больных группы сравнения, получавших только базисные средства. Абсолютный уровень CD3 + лимфоцитов у больных, дополнительно получавших комплексную терапию Тн и Ат, увеличился на 61,6%, относительный - на 20,9% от исходного уровня, и на 37,2%, и 4,5% соответственно при сравнении с группой сравнения и субпопуляция тотальных Т-лимфоцитов достигла референтной нормы. Субпопуляция CD4 + клеток возросла в 1,7 раза или на 75,5% от исходного уровня в абсолютных цифрах ($P < 0,05$), соответственно, относительный уровень ее увеличился в 1,2 раза, и приблизился к нормальным значениям. Уровень CD8 + лимфоцитов вырос в 1,5 раза или на 50,0% от исходного абсолютного и в 1,3 раза от относительного показателя и тоже достиг референтной нормы. Имунорегуляторний индекс после лечения у больных основной группы увеличился в 1,2 раза от исходного уровня и приближался к уровню здоровых лиц. Уровень CD22 + клеток у пациентов основной группы приблизился к референтной норме, а затем ниже показателя группы сравнения на 14,3% - абсолютный уровень и на 17,6% - относительный уровень.

Таким образом, комплексное лечение препаратами Тн и Ат больных со среднетяжелым течением БА и сопутствующим ХНХ способствовало восстановлению уровня клеточного иммунитета, в среднем, в 74,2% случаев. У больных, получавших только базовые средства, показатели клеточного иммунитета оставались повышенными.

УДК 614.88

«ВРАЧА ВЫЗЫВАЛИ?»
ПРОБЛЕМА ЛОЖНЫХ И НЕОБОСНОВАННЫХ ВЫЗОВОВ

Шатохина Я.П., Гавриленко Н.Ф., Никонова Е.М., Оберемок С.Е.
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет»,
г. Луганск

Резюме. В статье приведена статистическая сводка деятельности ГУ «Луганский республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» ЛНР за

2016 год, проанализирована динамика эффективности обслуживания за 2014-2016 года, отмечены проблемы и перспективы развития. Представлена проблема безрезультатных вызовов, возникающих во время обслуживания населения. Намечены пути развития культуры общения населения при обращении по телефону «103».

Ключевые слова: бригада скорой медицинской помощи, безрезультатный вызов, ложный вызов.

Введение. Государственное учреждение «Луганский республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» ЛНР («Центр») является медицинской организацией, оказывающей бесплатную круглосуточную скорую и неотложную медицинскую помощь взрослому и детскому населению ЛНР при угрожающих жизни состояниях, несчастных случаях, как на месте происшествия, так и в пути следования, а также других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства на догоспитальном и госпитальном этапах (в соответствии со стандартами медицинской помощи). Оказание экстренной медицинской помощи в самые ранние сроки при неотложных состояниях и несчастных случаях зачастую является решающим фактором для спасения жизни больного и пострадавшего [6]. Средняя стоимость одного вызова (фельдшерской, врачебной или специализированной бригады) составляет 274 рубля. В последнее время на станцию скорой медицинской помощи участились случаи обращения граждан без надлежащих оснований или, так называемых, ложных звонков. Расходы, связанные с осуществлением безрезультатных вызовов, включены в стоимость вызовов вышеперечисленных выездных бригад и отдельно на оплату не выставляются [4].

Безрезультатные выезды – это случаи, когда больного не оказалось на месте, вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали), не найден указанный при вызове адрес, пациент оказался практически здоровым и не нуждался в помощи, больной умер до приезда бригады скорой медицинской помощи, больной увезён до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной обслужен врачом поликлиники до прибытия бригады скорой медицинской помощи, больной отказался от помощи (осмотра), вызов отменён [1,2]. Ложные вызовы скорой помощи – это обычное хулиганство, из-за таких вызовов страдают действительно нуждающиеся в своевременной помощи больные [7]. Кроме того, ложные вызовы наносят значительный материальный ущерб.

К тому же, любой работник экстренной службы может подчеркнуть, что у населения отсутствует культура не только самого вызова скорой медицинской помощи, но и общения с бригадой скорой медицинской помощи [5].

Лица, допустившие необоснованные вызовы бригады скорой медицинской помощи или же сообщившие диспетчеру заведомо ложную информацию, и/или совершившие

хулиганские действия относительно медицинского работника бригады, нанесшие вред его здоровью или имуществу, могут быть привлечены к ответственности в соответствии с действующим законодательством ЛНР [1,2].

Цель и задачи исследования: провести статистических анализ эффективности вызовов, изучить факторы, которые нарушают нормальное функционирование «Центра» и наметить пути развития культуры общения населения при обращении по телефону «103».

Материалы и методы исследования. Основной метод работы - статистический, а материалом стал обзор существующей литературы по теме исследования.

Результаты и обсуждение. «Центр» обслуживает население ЛНР, численность которого по состоянию на 01.01.2017 года составила 1504039 человек, включая детское население. Медицинскую помощь жителям республики оказывают 151 врачей и 679 фельдшеров скорой помощи. Все сотрудники скорой медицинской помощи имеют сертификаты специалистов и регулярно проходят курсы повышения квалификации. Количество бригад скорой медицинской помощи, заступающих на суточное дежурство, составляет в среднем 100, включая фельдшерские, врачебные и специализированные бригады. За сутки бригады скорой медицинской помощи обслуживают 930 вызовов. Согласно статистике, имеется выраженная биофизическая разница вызовов в зимнее и летнее время. Для вызовов по случаю туберкулеза и онкологических заболеваний сезонный ритм не отмечен. Нет сезонности также в обслуживании нормальных и преждевременных родов.

В 2016 году бригадами скорой медицинской помощи (СМП) было выполнено 334996 выездов, однако 11765 из них являлись безрезультатными, что составило 3,5% в структуре общего количества выездов. Если отслеживать статистику по данному критерию по годам, то за период с 2014 по 2016 год имеют место следующие данные. В 2014 году безрезультатные выезды СМП составили 2,0% в структуре выполненных выездов бригадами СМП, в 2015 году – 3,4%. Число вызовов, при которых помощь не была оказана, выросло с 5800 до 11765.

К сожалению, эффективных правовых способов воздействия на данную ситуацию нет. Лиц, осуществляющих заведомо ложный вызов к пациенту, можно привлечь к административной ответственности в порядке, установленном действующим законодательством ЛНР [1,2]. При этом доказательной базой в суде послужит номер телефона вызывающего, который автоматически фиксируется при поступлении звонка, и аудиозапись разговора вызывающего с диспетчером, которая также производится автоматически.

Деятельность ГУ «Луганский республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» ЛНР регламентирована Законом Украины «Об экстренной медицинской помощи» от 05.07.2012г. № 5081-IV, нормативно-правовыми актами

Министерства здравоохранения ЛНР, уставом «Центра», приказами и распоряжениями директора «Центра».

Показаниями для вызова скорой медицинской помощи (СМП) являются:

1) оказание СМП и транспортировка пациентов при несчастных случаях, травмах и отравлениях;
2) острые заболевания, в том числе психические, и обострение хронических заболеваний, угрожающие жизни и здоровью пациента и окружающих их лиц;
3) роды и нарушение течения беременности (преждевременные роды, кровотечение и т.д.);
4) чрезвычайные ситуации техногенного и природного характера;
5) осуществление межбольничных перевозок больных, требующих медицинского сопровождения, по вызову специалистов организаций первичной медико-санитарной помощи.

В обязанности скорой медицинской помощи не входит выезд:

1) к больным для выполнения плановых назначений участкового врача (инъекций, капельниц, перевязок, других назначений);
2) к больным, которые находятся под наблюдением участкового врача по поводу хронических заболеваний и состояние которых не требует оказания экстренной (неотложной) медицинской помощи;
3) к больным для оказания стоматологической помощи, кроме случаев неотложной стоматологии;
4) для удаления клещей;
5) для выдачи листков нетрудоспособности, выписки рецептов и заполнения любых справок, в том числе о состоянии здоровья, а также для составления судебно-медицинских заключений;
6) для осуществления межбольничных перевозок больных, не требующих медицинского сопровождения;
7) для транспортировки трупов в патологоанатомические отделения и бюро судебно-медицинской экспертизы.

Существуют правила, которые основаны не на нормативных документах, а именно на опыте уже обслуженных бригадами СМП вызовов:

1) бригады СМП не выводят из запоя и не лечат похмелье; этим занимается наркологическая служба;

2) не оказывают психологическую помощь и не являются методом воздействия на близких (разговаривайте с пожилыми и престарелыми родственниками, ведь им одиноко и для общения, порой, они вызывают экстренную службу);
3) не оказывают консультативную помощь в медицинских организациях (у всех медицинских работников есть дипломы и сертификаты специализации);
4) бригады СМП не исполняют требования граждан и не оказывают платных услуг.

Таким образом, добродетель должна жить в каждом из нас, но творить добро ценой жизнью другого – это противоестественно. Вызывая бригаду СМП необходимо помнить, что Вы звоните в экстренную службу. Ложные звонки занимают линию. А в это время кто-то действительно нуждается в помощи спасателей, пожарных, медиков, и счет на спасение жизни может идти на секунды [5].

Каковы же правила обращения граждан за скорой медицинской помощью?

1. При обращении вызывающий скорую медицинскую помощь обязан четко и точно ответить на все вопросы диспетчера принимающего вызов, назвать точный адрес вызова. В случаях, когда местонахождение улицы или дома неизвестно, необходимо уточнить пути подъезда к адресу или месту происшествия, назвать его общеизвестные ориентиры.

2. Обеспечить бригаде СМП беспрепятственный доступ к больному или пострадавшему и необходимые условия для оказания СМП. По возможности организовать встречу выездной бригады у ворот дома или подъезда. Изолировать домашних животных, которые могут осложнить оказание медицинской помощи, а также причинить вред здоровью и имуществу медицинских работников бригады СМП.

3. Оказывать содействие в транспортировке больного или пострадавшего в автомобиль скорой медицинской помощи.

4. Предоставить бригаде скорой медицинской помощи документы пациента (паспорт, страховой полис и медицинские документы) при их наличии.

5. Лица, допустившие в адрес диспетчера оскорбления, угрозы, а также допустившие хулиганские действия в адрес медицинских работников скорой медицинской помощи, причинившие вред их здоровью или имуществу, привлекаются к ответственности в соответствии с законодательством ЛНР.

6. В случаях обращения граждан по поводам, не подлежащим исполнению бригадами скорой медицинской помощи, диспетчер центра имеет право отказать вызывающему в приеме вызова.

Выводы. Наличие в структуре вызовов необоснованных говорит о выполнении СМП несвойственных ей функций. При этом снижается экономическая эффективность работы службы, увеличивается нагрузка на персонал, выполнение вызовов к хроническим пациентам

подменяет работу поликлинической службы и постепенно дисквалифицирует «экстренного» врача. В конечном итоге масса необоснованных вызовов сказывается на качестве оказания ургентной медицинской помощи, квалификации персонала, задержке вызовов из-за посещения пациентов, необоснованно вызывающих СМП и т.д.

Проблема ложных вызовов – это во многом следствие несовершенства организации здравоохранения, в первую очередь, отсутствие единых нормативных документов, регламентирующих правила оказания медицинской помощи на дому [5]. При этом в ЛНР функционирует единый call-центр (отдел оперативно-диспетчерской службы), в котором обученные регистраторы консультируют в режиме on-line, рекомендуют посещение участкового врача или самостоятельное обращение в лечебно-профилактическое учреждение для обыкновенного амбулаторного приема.

Также нам следует уделить внимание санитарно-просветительной работе по обучению граждан вызову бригады СМП в действительно серьезных случаях [3]. Возможно, своеобразным средством повышения образования могла бы стать система разъяснения гражданам культуры вызова скорой медицинской помощи и донесения до населения правил обращения по телефону «103» в службу «Центра» в виде памятки.

Приведем пример такой памятки.

Правила обращения граждан по телефону «103»:

1. Звонящий должен сообщить следующую информацию:

- фамилия, имя, отчество, возраст и пол пациента;
- краткие данные по состоянию пациента и обстоятельствам несчастного случая или заболевания;
- точный адрес и телефон, код двери подъезда, а также ориентировочные данные по проезду к месту нахождения пациента, а также объяснить, как легче всего подъехать к дому.

2. Через несколько минут после разговора с диспетчером, одному из находящихся в квартире (если, конечно, позволяет ситуация) следует выйти на улицу и встретить сотрудников скорой медицинской помощи. Особенно подобные действия приветствуются в вечернее и ночное время. Это, во-первых, ускоряет прибытие бригады, а, во-вторых, становится гарантией безопасности для сотрудников СМП, среди которых большинство женщины.

Уважаемые владельцы частных домов! Пожалуйста, напишите на калитке или углу вашего дома номер дома и улицу. Отсутствие данной информации сразу на нескольких домах подряд сильно затрудняет поиск нужного адреса, особенно в темное время суток. Встречайте машину, сигнальте фонариком. Если ваш дом находится в неприметном тупике

или к нему ведёт проезд с другой стороны - объясните всё это подробно диспетчеру. Включите свет во всех комнатах, окна которых выходят на улицу.

Если на подъезде установлена железная дверь без домофона, откройте ее и обеспечьте ее открытое состояние до приезда бригады.

Если в доме есть собака, уведите ее или изолируйте в другой комнате.

Выездная бригада скорой помощи не снимает обувь в помещении. У входной двери приготовьте тряпку вытереть обувь, уберите или застелите чем-нибудь ковры и паласы, либо приготовьте бахилы.

3. Сотрудникам скорой медицинской помощи, прибывшим на место происшествия, необходимо создать условия для работы. В первую очередь, следует устранить от больного всех посторонних, приготовить место, где врачи будут раскладывать оборудование, стулья, освободить проходы к пациенту. Затем четко сформулируйте причины, побудившие обратиться в службу скорой медицинской помощи, а также сообщите о жалобах и поведении пациента до приезда бригады СМП.

4. Вспомните, давали ли вы больному лекарства, какие и в каких дозировках.

Так же приготовьте полотенце, удостоверение личности, амбулаторную карту (если есть на руках), выписки из стационаров, кардиограммы и т.д. Обеспечьте достаточное освещение в помещении.

Пожалуйста, не оскорбляйте медицинских работников необоснованными подозрениями. Медперсонал обязан работать в масках и перчатках, руки обрабатываются дезинфицирующими растворами из укладок, медики тоже люди и могут болеть. Подсказки, указания, советы от «не медиков» мешают и отвлекают.

5. В случае госпитализации пациента, его разрешается сопровождать одному родственнику или знакомому.

6. СМП в круглосуточном режиме выдает устные справки при личном обращении населения или по телефону о местонахождении пациентов или пострадавших при несчастных случаях, которым была оказана медицинская помощь медицинским персоналом станции (отделения). В случаях, не требующих экстренного обслуживания, предоставляет пациенту координаты (адрес, телефон) медицинской организации для обращения за медицинской помощью.

Жизнь и здоровье – это дар, который неизмерим никаким материальным богатством! Если внезапно и резко ухудшилось ваше здоровье, произошла травма или несчастный случай – звоните нам путем набора номеров «103», «112»! Высококвалифицированный медицинский персонал «Центра» окажет помощь в любой экстренной ситуации, связанной с вашим здоровьем.

Литература

1. Временный Основной Закон (Конституция) Луганской Народной Республики; Закон Украины «Основы законодательства Украины об охране здоровья» от 19.11.1992г. № 2801-XII.
2. Закон Украины «Об экстренной медицинской помощи» от 05.07.2012г. № 5081-VI.
3. Курышкин А.В. Методические подходы к снижению числа необоснованных вызовов бригад СМП //Вестник ТГУ, Т.16, вып. 3, 2011.- С.906-910.
4. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение.- М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.-.507с.
5. Максимова В.А., Воронович П.С. Культура общества в вызове и получении скорой медицинской помощи //Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области, 2014.-С.50-54.
6. Павлович Т.П., Пилипцев Н.Н., Цыбин А.К. Организация скорой (неотложной) медицинской помощи населению: Методические рекомендации.- Минск, 2011.-26 с.
7. Журнал для фармацевтов и медицинских работников «КатренСтиль» [элетронный ресурс] /Конфликтная зона// Режим доступа: www.katrenstyle.ru

УДК 614.23:614.88

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шатохина Я.П., Никонова Е.М., Оберемок С.Е., Гавриленко Н.Ф.
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет»,
г. Луганск.

Резюме: В статье рассматриваются проблемы профессиональной ориентации. Акцентируется внимание на будущей профессии врача скорой медицинской помощи. Профессия врача предполагает любовь к человеку, терпение, широкий и глубокий объем знаний фундаментальных дисциплин (анатомии, физиологии), методик диагностики и лечения неотложных состояний.

Ключевые слова: профориентация, профессия врача скорой медицинской помощи, экстренная медицинская помощь, ответственность.

Вопрос «Кем быть?» является жизненно важным. Ответ на него оказывает влияние на дальнейшую жизнь человека. Грамотно построенная работа по профессиональному ориентированию позволяет решить многие проблемы.

Профессия врача одна из самых древних и самых нужных. В первобытном обществе врачевание приравнивалось к магии, из века в век профессия помогать людям высоко ценилась, и при этом была доступна не каждому. Современная медицина уже мало напоминает мистические ритуалы древнего мира, но роль врача осталась неизменной. В любое время года, в любой точке мира, любому человеку практически ежедневно нужен врач или совет врача. Профессия врача предполагает любовь к человеку, терпение и очень широкий и глубокий объем знаний. Проще говоря, чтобы стать врачом нужно много, долго и упорно учиться. Обучение в медицинском вузе - процесс долгий, как минимум 6 лет. Учиться непросто уже с первых курсов, и следует заранее рассчитать свои силы. Одна пропущенная лекция может в будущем стоить пациенту жизни - об этом нельзя забывать ни на минуту. Врачебных специальностей много. Однако профессия врача – это не просто профессия, это миссия. Люди доверяют врачу самое дорогое – свое здоровье. Ответственность - вот основная черта характера будущего доктора.

Врач должен быть терпеливым, понимающим, милосердным. Пациенты попадаются разные, но быть предельно вежливым надо с каждым. Понадобятся запасы человеколюбия: без него добиться успехов на медицинском поприще не удастся. Ежедневная работа врача очень тяжела - каждый день приходится принимать решения, от которых зависит чья-то судьба. Поэтому крайне важно стать настоящим профессионалом. Кроме относительно обеспеченного будущего, профессия врача предполагает бессонные ночи у постели больного, ежедневный риск, огромную ответственность за чужую жизнь и здоровье. Стресс - постоянный спутник доктора. И днем, и ночью врача могут вызвать к больному. Ненормированный рабочий день и усталость - неизбежные спутники этой профессии. Ко всему прочему, пациенты отнюдь не всегда благодарны и признательны. Подчас не особо разбирающиеся в вопросах медицины больные, халатно относясь к назначенному курсу лечения, пытаются наставлять доктора, а затем обвиняют его же в профессиональной несостоятельности. Единственная моральная компенсация, на которую может рассчитывать врач, это осознание важности того, что он делает. К тому же не стоит забывать, что очень часто медики рискуют собственной жизнью, отправляясь в очаги эпидемий или горячие точки.

Стоит заметить, что некоторые категории врачей работают со здоровыми людьми. Например, врач-диетолог. Есть врачи, не проникающие в тело человека, а лечащие лекарством, есть врачи, не лечащие, а диагностирующие. Такой специалист должен уметь

владеть современными техническими средствами диагностики: компьютерным томографом, ультразвуковым прибором.

Особо отметим врача скорой медицинской помощи. Он в отсутствие сложных технических средств и в условиях дефицита времени на диагностический поиск должен срочно оказать медицинскую помощь пострадавшему [2]. Для этого необходимо в совершенстве знать фундаментальные дисциплины (анатомию, физиологию), методики диагностики и лечения неотложных состояний. Также в обязанности врача скорой медицинской помощи входят: контроль медицинского оборудования и препаратов, общение с диспетчером по организационным вопросам, тщательный осмотр больного на месте вызова, оказание неотложной помощи и оформление соответствующей документации.

Основные направления деятельности врача скорой медицинской помощи [1]:

1. Оказание экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе при состояниях, угрожающих жизни и здоровью больного или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах.

2. Своевременная транспортировка (в том числе по заявкам медицинских работников) больных, в том числе инфекционных, пострадавших, рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи.

3. Оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно в отделение скорой медицинской помощи.

4. Участие в ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций, аварий, катастроф и стихийных бедствий.

С целью профориентации, в рамках изучения дисциплины «Медицина катастроф», студенты 6 курса медицинского университета посещают ГУ «Луганский республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» ЛНР. За несколько часов практического занятия студенты «открывают для себя новый мир» этой профессии - врача скорой медицинской помощи. Они знакомятся с организацией и принципами работы «Центра», как единого слаженного механизма. Студенты присутствуют при работе оперативно-диспетчерской службы, изучают комплектацию автомобилей скорой медицинской помощи класса С, посещают тренировочный класс с симуляторами и фантомами для отработки практических навыков при различных состояниях, угрожающих жизни человека.

Профессия врача скорой медицинской помощи требует от человека высокой ответственности, компетентности, умения быстро принимать взвешенные решения в

ситуации неопределенности, устойчивости к стрессу, способности к длительной концентрации вниманиях [2].

И даже сегодня, в век высоких медицинских технологий, больным людям по-прежнему необходимо сочувствие, сострадание, индивидуальный подход. Это самая востребованная профессия во всем мире. Желаем успеха, если вы выбрали данное медицинское поприще!

Литература

1. Закон Украины «Об экстренной медицинской помощи» от 05.07.2012г. № 5081-VI.
2. Центр профориентации «ПрофГид» [электронный ресурс] /Профессии/Медицина/ Режим доступа: http://www.profguide.ru.

УДК 616.7

ТРАВМА ПОЗВОНОЧНИКА. СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ ПОЗВОНОЧНИКА НА ЛУГАНЩИНЕ

Швец А.И., Гаврилов И.И., Нехлопочин А.А., Нехлопочин С.Н., Меженский П.С.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет»

Лечение переломов позвоночника, как один из разделов в структуре оказания ортопедо-травматологической помощи в Луганской области, своим появлением и развитием неразрывно связано с кафедрой травматологии и ортопедии Луганского медицинского университета. Еще в 60-е годы на кафедре проводятся исследования по исходам лечения повреждений позвоночника (доц. И.М. Михайленко). Первые попытки вмешательств на передних отделах позвоночника (передний межтеловой спондилодез при спондилолистезе L5) были предприняты в 1965 г. профессором М.И. Синило.

Началом системного, научного подхода к развитию хирургии позвоночника на Луганщине можно считать 1977 г., когда на заведование кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ Луганского медицинского института был принят проф. А.Ф. Грабовой.

Приход в 1980г. году на кафедру травматологии и ортопедии Луганского медицинского института А.И.Швеца, старшего научного сотрудника Новосибирского НИИТО, оживил Луганскую вертебрологию передовыми веяниями лечения повреждений позвоночника и переднего спондилодеза Новосибирской школы проф. Я.Л. Цивьяна, собственными идеями и наработками.

С этого момента начинается взлет и расцвет «большой» вертебрологии на Луганщине. В среде специалистов в рабочем порядке, на заседаниях общества, в повседневной работе

пропагандируются современные взгляды на активное, в том числе и хирургическое лечение патологии позвоночника. Особое внимание при этом уделяется тактике лечения повреждений позвоночника, хирургическим методам лечения свежих и застарелых переломов. Для развитого промышленного региона с большим удельным весом шахтных травм улучшение качества оказания помощи этой группе больных было чрезвычайно необходимо. Были составлены инструктивные указания по диагностике, оказанию этапной помощи пострадавшим с не осложненными повреждениями позвоночника, а также по показаниям и тактике хирургического лечения их. Совместно с главным нейрохирургом Луганского областного отдела здравоохранения Албатовой Г.М. разработаны инструктивные указания по экстренному хирургическому лечению осложненных повреждений позвоночника с циркулярной декомпрессией спинного мозга. В течение короткого периода времени эти методики были внедрены не только в условиях областной больницы, но и во многих больницах области.

В 1981г. в Луганской областной клинической больнице на базе кафедры А.И. Швецом совместно со ст.н.с. Харьковского НИИТО им. М.И. Ситен-ко А.И. Проданом успешно проводится первая операция переднего спондилодеза. С начала 80-х годов в области активно внедряются современные оперативные и консервативные методы лечения патологии позвоночника. Передний спондилодез применяется на всех уровнях позвоночника при травмах, нестабильных формах остеохондроза, спондилолистезах и другой патологии позвоночника. Изучаются проблемы лечения множественных повреждений позвоночника и для лечения их предлагается оригинальный метод задней фиксации и коррекции с применением комбинации стяжек Цивьяна-Рамиха и заднего спондилодеза. При тяжелых повреждениях в грудном и шейном отделах позвоночника внедряется в повседневную практику замещение тел сломанных позвонков костным аутотрансплантатом из передних доступов. Для лечения анте- и ретролистезов разрабатывается и внедряется новый вариант переднего спондилодеза, направленного на самокоррекцию в оперируемом сегменте. Предлагается вправляющее устройство на винтовой тяге для вправления сместившегося позвонка (А.С. № 1264927.1986, А.С. № 1256738. 1986).

Со временем место фиксаторов-стяжек Цивьяна-Рамиха занимают более современные и эффективные фиксаторы позвоночника I и II типа, разработанные в Харьковском НИИТО, а в последующем – пластины типа Roy-Camillae с транспнедикуллярной фиксацией, которые позволили обеспечивать жесткую фиксацию позвоночных сегментов. Эти фиксаторы были незаменимыми для стабилизации позвоночника в течение многих лет.

В период, когда оперативные методы лечения повреждений позвонков только начинали внедряться и получали путевку в жизнь, было большое количество больных с

застарелыми повреждениями позвонков с выраженной ригидной кифотической деформацией и тяжелой клинической картиной. Хирургическая реабилитация этой группы больных стала возможной благодаря операции корригирующей экономной вертебротомии (Швец А.И., А.С. № 1600730). По технике выполнения операция относится к наиболее сложным вмешательствам, но практически она является методом выбора для таких состояний и в настоящее время.

Для фиксации пояснично-крестцового отдела позвоночника предлагается устройство с многоплоскостной направленностью фиксирующих элементов, а для фиксации поясничных позвонков – конструкция для комбинированной транспедикулярной и отростчатой фиксации (А.С. № 1560171. 1990). Арсенал новых методик и внедрений дополняется новым способом лечения спондилоптоза - спондилэктомией по методике А.И. Швеца (А.С. № 1598988. 1990).

Следует особо подчеркнуть, что все перечисленные способы оперативных вмешательств проводились впервые на востоке Украины.

В 1986 г. на ВДНХ СССР экспозиция инструментов для хирургии позвоночника и разработанные методики хирургического лечения награждаются бронзовой медалью.

С середины 80-х годов начинаются экспериментально-клинические исследования по малоинвазивным методам лечения. В экспериментальной модели с пункционным введением в поврежденный диск деминерализованного костного матрикса в 67% получен костный блок тел позвонков. В клинической практике предложенное авторами чрескожное пункционное введение в диск лекозима и деминерализованного костного матрикса при проникающих переломах позвонков в 68% случаев завершается костным блоком (А.С. № 1568993. 1990).

Успешно развивающаяся вертебрология получает дополнительное вливание новых сил с приходом на заведование кафедрой в 1987 г. проф. Г.И. Фадеева. Применение керамических имплантатов поднимает возможности хирургического вмешательства на новую качественную ступень. Керамические имплантаты используются для переднего спондилодеза в поясничном и шейном отделах позвоночника как изолированно, так и в комбинации с фиксаторами собственной конструкции.

С 1996 г. кафедру возглавляет проф. В.К. Ивченко. Проводятся клинико-экспериментальные исследования замещающих, индуктивных и кондуктивных свойств различных типов керамики. Биокерамика используется при различных патологиях позвоночника, включая сенильные переломы позвоночника. Идеи пункционного спондилодеза получают дальнейшее развитие в малоинвазивном транспедикулярном межтеловом спондилодезе с применением более совершенных остеоиндуктивных и кондуктивных материалов (Швец А.И., Патент Україні № 34754А). На анатомических блоках изучаются и определяются новые навигационные точки и оптимальное направление

транспедикулярного канала. Определяется возможный объем заполнения межтелового пространства через этот канал. Активное участие при экспериментально-клиническом изучении и внедрении новых разработок и методов принимает доцент кафедры, к.мед.н. А.А. Самойленко. Применение методики в клинике дает возможность получения межтелового костного блока без открытого вмешательства на передних отделах позвоночника. Малоинвазивные вмешательства открыли возможности оперативного лечения тяжелых переломов позвонков при остеопорозе у больных пожилого и старческого возраста.

Вторая половина 90-х годов и настоящее время характеризуются новыми возможностями в применении и внедрении в повседневную практику более совершенных конструкций, материалов, методов. Это транспедикулярные фиксаторы, пластины для переднего спондилодеза, "эндопротезы" тел позвонков, новое поколение биологических гидроксиаппатитов, транспедикулярный спондилодез.

Транспедикулярные фиксаторы становятся незаменимыми в повседневной практике. Пластинчатые передние фиксаторы используются при нестабильных повреждениях шейного отдела позвоночника и стенозе позвоночного канала. Альтернативой передним спондилодезам с массивными аутотрансплантатами выступают титановые кейджи, заполняемые биокерамикой с костной аутокрошкой из местных тканей. Кейджи используются и в комбинации с транспедикулярными фиксаторами.

За разработки новых способов лечения, специального инструментария и фиксаторов в этот период получено 14 авторских свидетельств и патентов.

Работы по изучению и внедрению малоинвазивных методов лечения повреждений позвоночника в 80-90-е годы прошлого столетия нашли свое продолжение в применении чрезкожной пункционной вертебропластики с нагнетанием в позвонок медицинского цемента Spineplex, Verteplex. С применением этой методики стало возможным малоинвазивное вмешательство по восстановлению передних отделов сломанных позвонков у больных пожилого возраста.

С 2013г. и по настоящее время профессором Швецом А.И. совместно с сотрудниками кафедры неврологии (Нехлопочин А.С.) и отделения нейрохирургии № 2 ГУ «ЛРКБ» (Нехлопочин А.С., Нехлопочин С.Н.) проводится работа по разработке, изготовлению и внедрению в практику эндопротеза тела шейного позвонка. Первый опыт применения этих протезов показал значительное преимущество этих протезов перед другими конструкциями. По результатам разработок и клиническому применению протеза получено 13 патентов на полезную модель и 1 международный патент (Номер международной публикации WO 2016/204707 A 1, дата публикации 22.12.2.16, Всемирная Организация интеллектуальной

собственности). По материалам изготовления и применения конструкции готовится к защите кандидатская диссертация Нехлопочина А.С. (научный руководитель проф. Швец А.И.).

Многолетняя практическая, научная и методическая работа по становлению и совершенствованию вертебрологии в регионе нашла отражение в сотнях публикаций. На материалах клиники защищены 1 докторская и две кандидатские диссертации по травме позвоночника.

Результаты исследований и наблюдений доложены на многочисленных конференциях и съездах, симпозиумах в России, Польше, Арабских Эмиратах, Саудовской Аравии, Иордании.

СОСТОЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ *В* НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕКАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

С. Е. Якимович, Я. А. Соцкая

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией, ЛНР

Введение. Вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи, в частности, вирусный гепатит В на современном этапе сохраняет свою актуальность в связи с прогрессирующим ростом заболеваемости, поражаемости различных групп населения, особенно лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста, большой частотой развития осложнений, приводящих к инвалидизации. Довольно часто вирусный гепатит В сочетается с хронической патологией гепатобилиарной системы, такой как хронический некалькулезный холецистит, при этом течение каждой из этих болезней может взаимоотягощаться. Известно, что при данной сочетанной патологии происходит дезорганизация биохимических процессов и накопление в крови патологических продуктов обмена веществ, обуславливающих синдром «метаболической интоксикации» организма.

Цель работы. Проанализовать состояние метаболического гомеостаза у больных хроническим вирусным гепатитом В на фоне хронического некалькулезного холецистита.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 45 больных возрастом от 29 до 49 лет, которые в периоде обострения воспалительного процесса гепатобилиарной системы получали общепринятое стационарное лечение в гастроэнтерологическом отделении ГУ «Луганская городская многопрофильная больница № 4». Дополнительно изучали содержание в сыворотке крови «средних молекул», уровень макроэргических

соединений в гемолизате отмытой суспензии эритроцитов больных методом тонкослойной хроматографии.

Результаты исследований и их обсуждение. При проведении клинических наблюдений было установлено у обследованных больных наличие таких жалоб, как наличие общей слабости, снижение работоспособности, недомогания, эмоциональной лабильности, а также снижение аппетита, нарушение сна, постоянное чувство тяжести в правом подреберье, горечь во рту. Объективно наблюдалась субиктеричность склер, мраморность ладоней, умеренно выраженная пальмарная эритема, матовость ногтевых пластинок, обложенность языка, умеренная гепато- и спленомегалия.

У всех больных ХВГВ на фоне ХНХ отмечается наличие нарушений со стороны энергетического метаболизма, проявляющиеся снижением уровня АТФ в крови, на фоне компенсаторного роста содержания АДФ и АМФ, повышением общей активности «печеночных» фракций $ЛДГ_{4+5}$, что свидетельствует о разобщении окислительного фосфорилирования и переключении энергетического метаболизма на менее эффективный путь анаэробного гликолиза. В то же время у обследованных больных выявлено повышение концентрации СМ в сыворотке крови в среднем до 4,85 раз относительно нормы, что свидетельствует о достоверном наличии клинико-биохимического синдрома «метаболической интоксикации».

Выводы. В динамике общепринятого лечения отмечена некоторая тенденция к нормализации изученных показателей, но полного восстановления метаболического гомеостаза не происходит.

Литература

1. Абдрахманов Д.Т. Хронический гепатит В и D. / Д. Т. Абдрахманов. — М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. — 286 с.
2. Фазылов В. Х. Этиологические и патогенетические аспекты диагностики и лечения вирусных гепатитов / В. Х. Фазылов // Казанский медицинский журнал. - 2013. - 94(6). – С. 785-792.
3. Тюрюмин Я. Л., Козлова Н. М. Новые подходы к лечению хронического некалькулезного холецистита. Сибирский медицинский журнал. – 2010. - 8. – С. 97-100.