

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Российская Академия наук
Санкт-Петербургский центр Российской Академии наук
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. академика И.П. Павлова» Минздрава России
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»
Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Городская станция скорой медицинской помощи (Санкт-Петербург)
Комитет по здравоохранению Ленинградской области
Российское общество скорой медицинской помощи



СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – 2014

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,

ПОСВЯЩЕННОЙ 115-ЛЕТИЮ

СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

19-20 июня 2014 г.



Санкт-Петербург
Издательство СПбГМУ
2014

УДК 614.88.006.3
ББК 51.1(2)2
С44

Главный редактор:
академик РАН С.Ф. Багненко

Редакционная коллегия:

*И.А. Вознюк,
Г.А. Софронов,
А.Г. Мирошниченко,
И.П. Миннуллин,
А.И. Крылова*

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

С44 **Скорая медицинская помощь – 2014** : Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (19-20 июня 2014 г.) / Гл. ред. С. Ф. Багненко. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2014. – 190 с.

ISBN 978-5-88999-228-8

Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2014» содержит материалы, представленные специалистами медицинских организаций: образовательных и научных учреждений, работающих в сфере оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации и зарубежных стран.

Предназначен для специалистов скорой медицинской помощи, студентов, клинических ординаторов и научных сотрудников.

ISBN 978-5-88999-228-8

© Издательство СПбГМУ, 2014

Абсава К.А., Мадай Д.Ю., Сокирко Е.Л., Данилевич М.О., Щербук А.Ю.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия

Комплексное лечение сочетанной черепно-лицевой травмы – адекватное взаимодействие специалистов различного профиля на всех этапах обследования и проведения помощи. В большинстве случаев наличие у пострадавшего травмы челюстно-лицевой области маскирует неврологическую симптоматику, что не позволяет в полной мере оценить тяжесть состояния больного. С другой стороны, пострадавшим, поступившим в стационары в состоянии шока, проводятся реанимационные мероприятия и лечение ЧМТ в полном объеме, а диагностика повреждений костей лицевого черепа проводится в последующем или не проводится вообще. Такая проблема приобретает особую актуальность в условиях многопрофильных больниц мегаполиса, при необходимости одновременного участия нескольких специалистов различного профиля. До настоящего времени отсутствует единая национальная система стандартов учета и изучения данной патологии, не разработан алгоритм лечебных мероприятий. В стране в целом организация помощи пострадавшим с сочетанной травмой осуществляется по принципу ведущего повреждения, таким образом, преобладает модель квалифицированной помощи пострадавшим в связи с отсутствием специализированных центров. Такой подход к лечению сочетанной травмы ведет к снижению эффективности оказываемой помощи, и как следствие, к увеличению количества осложнений, посттравматических деформаций, росту летальности, увеличению количества госпитализаций и пациентов с первичной инвалидностью.

С 01.01.2007 по 01.01.2013 г. в отделение сочетанной черепно-лицевой травмы СПбГБУЗ «Александровская больница» – клиническую базу кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СПбГУ поступили 1650 пациентов с краниофациальными повреждениями в сроки от 5 дней до нескольких месяцев после получения травмы. Причина задержки госпитализации у пострадавших: ошибки в диагностике и лечебной тактике врачей поликлинического звена и, в особенности, службы скорой медицинской помощи – 32%. Это значительно затрудняет лечение таких пострадавших, приводит к развитию воспалительных осложнений, неоправданно удлиняет сроки и ухудшает исходы лечения, в некоторых случаях ведет к инвалидизации пострадавшего. Анализ медицинской помощи на догоспитальном этапе показал, что пострадавшие были госпитализированы в лечебно-профилактические учреждения города, имеющие неодинаковый состав дежурных бригад, а также различную систему приема и оказания помощи пострадавшим. Совершенствование системы оказания помощи при тяжелой черепно-лицевой травме должно быть направлено на прямую госпитализацию пострадавших в специализированные медицинские центры, где под единым началом работают специалисты всех профилей, необходимые для лечения конкретного пострадавшего.

Авраменко Т.В., Новикова Н.П., Жинко А.Е.

**РОЛЬ СЛУЖБЫ СКОРОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
учреждение здравоохранения ГССМП, г. Минск, Республика Беларусь

К неотложным кардиологическим состояниям относятся состояния, обусловленные сердечно-сосудистыми заболеваниями, приводящими к острому нарушению кровообращения. Они встречаются часто, возникают внезапно, развиваются стремительно и угрожают жизни больного. Дальнейшее течение и исход сердечно-сосудистых заболеваний непосредственно связаны со своевременностью оказания качественной медицинской помощи и определяются еще на догоспитальном этапе, они во многом зависят от врача «первого контакта». Факторы, негативно влияющие на результаты оказания неотложной кардиологической помощи: внезапное, часто без предвестников, начало, обуславливающее развитие неотложных кардиологических состояний вне лечебных учреждений или в первые часы после поступления в стационар; отсутствие времени и возможностей для проведения обследования, наблюдения, консультаций; высокая вероятность возникновения нежелательных реакций на применение лекарственных средств, выраженная зависимость непосредственных и отдаленных результатов лечения от сроков и качества оказания неотложной помощи.

Правильное тактическое решение, принимаемое при оказании помощи на догоспитальном этапе, обеспечивает оказание пациенту оптимального объема медицинской помощи и транспортировку его в больничную организацию в кратчайшие сроки, предупреждая развитие опасных для жизни осложнений. По приоритету вызовы подразделяются на: экстренные, срочные и неотложные.

К экстренным кардиологическим вызовам относятся: потеря сознания; судороги; острые нарушения дыхания. Экстренный вызов передается фельдшером по приему вызовов свободной бригаде СМП, в соответствии с её специализацией, не позднее 4 минут с момента его регистрации.

К срочным кардиологическим вызовам относятся: нарушение ритма сердца (аритмия); сердечный приступ; приступ астмы; внезапные нарушения двигательной активности; вызов бригады СМП, связанный с резким ухудшением состояния здоровья пациента с кардиологическим анамнезом при невозможности уточнения причины обращения. Срочный вызов передается фельдшером по приему вызовов свободной бригаде СМП, не позднее 15 минут с момента его регистрации.

К неотложным кардиологическим вызовам относятся: значительное изменение артериального давления; головная боль; боль в животе, спине, грудной клетке; транспортировка пациента по вызову, принятому от медицинского работника. Неотложный вызов бригады СМП передается фельдшером свободной бригаде СМП, в соответствии с её специализацией, либо в амбулаторно-поликлиническую государственную организацию здравоохранения во время её работы не позднее 1 часа с момента регистрации вызова. Болезни системы кровообращения (БСК) лидируют в структуре вызовов СМП. В 2013 году по сравнению с 2012 годом наблюдается прирост на 0,7% вызовов по группе БСК, что говорит о

высокой и не снижающейся востребованности службы СМП в отношении данной патологии.

Оценка качества оказания медицинской помощи в Республике Беларусь проводится согласно Инструкции, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 9 января 2008 года № 138-1207. Обязательный экспертный контроль проводится: при всех случаях смертей при оказании медицинской помощи бригадой СМП; в случаях смертей при повторном выезде и позднем доезде; досуточной летальности в больничных организациях; при всех случаях повторных выездов бригад СМП к одному и тому же пациенту; во всех случаях расхождения диагноза врача, фельдшера СМП и врача стационара; при всех случаях оказания медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда; во всех случаях обращений по вопросам качества оказания медицинской помощи.

Алимов Р.Р.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ СТАЦИОНАРА
ЗА СЧЕТ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ
СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Поиск новых стационарзамещающих организационных технологий оптимизации использования коечного фонда стационаров является актуальной задачей сегодняшнего дня. Анализ работы стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП) в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (СПб НИИ СП) позволяет ответить на вопрос, насколько оправданы ожидания от внедрения новой организации стационарного этапа скорой медицинской помощи (СМП).

Цель исследования: оценить эффективность использования ресурсов стационара за счет внедрения новой организационной технологии функционирования стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Материалы и методы исследования. В работе использованы данные статистической отчетности о научно-исследовательской и клинико-диагностической деятельности СПб НИИ СП в период с 2007 по 2012 гг.

Результаты: установлено, что в период с 2010 (до открытия СтОСМП) по 2012 годы (после открытия СтОСМП) общее число обращений в приемное отделение, а затем в СтОСМП СПб НИИ СП увеличилось на 8,2% – с 56 929 до 61 605. Средняя длительность пребывания больного на койке, оборот койки, число проведенных больными койко-дней, летальность изменились незначительно. В 2012 году по сравнению с 2010 годом увеличилось общее количество рентгенохирургических процедур – на 35,6%, эндоскопических процедур – на 16,2%, компьютерной томографии – 31,2%, магнитно-резонансной томографии – 108,8%. Повышение интенсивности оказания услуг косвенно указывает на концентрацию в специализированных отделениях больных с большей потребностью в специализированной помощи. Более эффективное использование ресурсов стационара сопровождалось увеличением на 16% числа оперированных больных – с 12 921 пациентов

в 2010 г. до 14 251. Анализ динамики числа пациентов с осложненными формами течения заболеваний и с сопутствующими заболеваниями, получавших лечение более 4-х суток, показал рост случаев на 20% в 2011 году по сравнению с 2007 г. – с 53,9% до 76,8%, и сокращение общего койко-дня пациентов, требующих краткосрочного лечения в стационаре (с 40% в 2007 г. до 23,7% в 2011 г.). Полученные данные косвенно свидетельствуют о росте частоты оказанных услуг, связанной с концентрацией более тяжелой категории больных (пострадавших), и, соответственно, о более эффективном использовании специализированных отделений стационара.

Алимов Р.Р., Владимиров Н.Н.

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ ПАЦИЕНТОВ
СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Анализ форм федерального статистического наблюдения №30 «Сведения о медицинской организации» и №14 «Сведения о деятельности стационара» (приказ Росстата от 14.01.2013 №13), касающихся оказания скорой медицинской помощи (СМП) в стационарных условиях, выявил отсутствие данных о половозрастной структуре пациентов, выписанных амбулаторно из приемного отделения или стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП), что нарушает сравнительный анализ статистической информации о деятельности догоспитального, госпитального этапов СМП и специализированных стационарных отделений. Выполнено сплошное исследование 56691 пациентов, поступивших по срочным показаниям в СтОСМП Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2012 году.

Установлено, что число больных СтОСМП мужского пола составило 28 503 чел. (50,28%) и было незначительно больше по сравнению с женским – 28188 чел. (49,72%). В 5 сортировочных группах (потоках) пациенты были представлены по полу следующим образом: в операционно-реанимационном потоке (1-м сортировочном потоке, тяжелой степени тяжести) из 3283 пациентов (п.) женщин было 33,23%, мужчин – 66,77%; во 2А потоке интенсивной терапии (средней тяжести) из 1892 пациентов женщин – 53,28%, мужчин – 46,72%; в потоке пациентов легкой степени тяжести, не способных самостоятельно передвигаться (2Б сортировочном потоке), из 6681 пациента женщин – 55,99%, мужчин – 44,01%; среди пациентов легкой степени тяжести, способных самостоятельно передвигаться (3-м сортировочном потоке), из 35074 пациентов женщин – 56,28%, мужчин – 43,72%; в 4-м сортировочном потоке пациентов легкой степени тяжести с неадекватным поведением из 9761 пациентов женщин – 26,72%, мужчин – 73,28%. В исходах оказания помощи в СтОСМП мужчины и женщины распределились следующим образом: из 25787 пациентов, выписанных в течение первых суток на амбулаторное лечение, женщин – 46,21%, мужчин – 53,79%; из 2954 пациентов, поступивших на койки СМП краткосрочного пребывания, женщин было 58,29%, мужчин –

41,71%; из 27950 пациентов, направленных на специализированное стационарное лечение, женщин – 52,06%, мужчин – 47,94%. Средний возраст пациентов составил $47,42 \pm 16,96$ лет (от 17 до 103 лет). В трудоспособном возрасте (от 18 до 60 лет) было 38 545 (69,2%) больных (мужчин – 75,2%, женщин – 60,7%) были. Практически каждый 10-й больной, поступивший в СтОСМП, был престарелым человеком в возрасте от 75 и более лет. Средний возраст пациентов, выписанных на амбулаторное лечение из СтОСМП в течение первых суток, составил 44,71 лет, пациентов, направленных на койки СМП краткосрочного пребывания, – 56,44 лет, пациентов, направленных на специализированное стационарное лечение – 48,96 лет.

Аникин Е.В., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А.
**ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В НАЗНАЧЕНИИ
ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО МЕТОПРОЛОЛА ПАЦИЕНТАМ
С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Екатеринбург, Россия

Парентеральное использование β -адреноблокаторов в лечении острого коронарного синдрома (ОКС) является чрезвычайно важным, так как эта группа препаратов не только обладает антиишемическим эффектом, но и является основной с позиций ограничений зоны некроза. По данным исследования LAPIS, на момент поступления в стационар внутривенное введение атиенолола и метопролола осуществлялось лишь у 18% больных.

Для определения приверженности в назначении парентерального метопролола (Беталок) врачами и фельдшерами бригад скорой медицинской помощи (СМП) пациентам с ОКС в 2011 г. проведено анонимное анкетирование медицинского персонала г. Екатеринбурга и г. Новоуральска. Количество респондентов составило 98 человек, из них врачи – 46%, фельдшеры – 54%. После анализа анкет получены следующие результаты: 80 респондентов (80%) считают что β -адреноблокаторы должны применяться парентерально на этапе СМП всем пациента с ОКС, не имеющих противопоказаний, 15 чел. (15%) – тем, у кого присутствует повышенное артериальное давление и тахикардия (тахикардия), 5 чел. (5%) – при сохранении боли после проведения комплексной терапии. Абсолютными противопоказаниями к парентеральному введению β -адреноблокаторов респондентами отмечены: в 74 анкетах (74%) – указание на хроническую обструктивную болезнь легких в анамнезе, в 37 анкетах (37%) – пожилой возраст, в 15 ответов (15%) – указание на атеросклероз сосудов нижних конечностей и в 11 случаях (11%) – указание на наличие сахарного диабета. Причинами отказа от внутривенного введения метопролола являлись: в 47 случаях (47%) – ожидание неблагоприятных явлений, в 36 ответах (36%) – искусственное завышение противопоказаний и в 17 анкетах (17%) – стереотипность терапии ОКС, сложившаяся годами. После включения в образовательный процесс врачей, интернов и фельдшеров СМП семинаров по раннему парентеральному применению β -адренобло-

каторов при ОКС, приверженность в назначении данной группы препаратов усилилась. Так, в 2010 г. пациентам с ОКС без подъема ST, не имеющим противопоказаний, метопролол вводили лишь в 6,1% случаев, в 2011 г. – 7,2%, в 2012 г. – 18,3% и в 2013 г. – 31,5%. Пациентам с ОКС с подъемом ST, не имеющим противопоказаний, в 2010 г. метопролол применили лишь у 11,6%, в 2011 г. – у 21,3%, в 2012 г. – у 31,2% и в 2013 г. – у 46,3%.

Таким образом, необходима постоянная методическая поддержка врачей и фельдшеров СМП со стороны кафедр высших медицинских учебных заведений.

Анисимов А.Ю., Мустафин Р.Р.

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА
ПРИ СОЧЕТАННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМАХ
В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ
НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

ГАУЗ «Городская клиническая больница №7», г. Казань, Россия

В 2013 году на госпитальном этапе медицинской эвакуации, в травмоцентре первого уровня, у пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) повреждения конечностей имели место в 75,3%, головы – в 71,8%, живота – в 51,8%, груди – в 47,1%, таза – в 16,5% наблюдений. Ведущими были повреждения головы – в 15,3%, груди – в 14,1%, живота – в 27,1%, таза – в 9,4%, конечностей – в 34,1% наблюдений. Шок I степени имел место в 10,0%, II степени – в 32,0%, III степени – в 61,2%, терминальное состояние – в 14,1% наблюдений.

В организационном аспекте на догоспитальном этапе разработаны и внедрены алгоритмы взаимодействия, с использованием возможностей единой государственной информационной системы «ГЛОНАСС+112», Службы медицины катастроф, Службы скорой медицинской помощи и травмоцентров Республики Татарстан по диспетчеризации и мониторингу транспортировки пострадавших в ДТП с учетом «золотого часа». На госпитальном этапе внедрена технология работы травмоцентров I, II и III уровней. При этом достигнуты рост своевременности выполненных вызовов с 84,3% до 91,6%; сокращение времени доезда бригад до места ДТП с 20,0 до 14,4 мин; начала диагностического поиска в приемном отделении с 15,3±3,4 мин до 4,8±2,6 мин; продолжительности предоперационной подготовки с 68,3±5,8 до 40,1±3,6 мин.

У 85 пострадавших с сочетанными механическими травмами в ДТП на автодорогах Республики Татарстан травматический шок был у 73 (85,9%), терминальное состояние у 12 (14,1%). У 50 (58,8%) применена тактика Early Total Care (группа сравнения), у 35 (41,2%) – Damage Control Surgery (основная группа).

Тактика Damage Control Surgery позволила сократить время первичных хирургических операций с 125±6,5 до 65±3,1 мин. Ранние послеоперационные осложнения были отмечены у 14 (40,0%) пациентов основной и у 39 (78,0%) – группы сравнения. В раннем послеоперационном периоде умерли 5 (14,3%) пациентов из основной и 11 (22,0%) из группы сравнения.

Таким образом, данные литературы и наш скромный практический опыт свидетельствуют о том, что комплексный подход с использованием организационных

и клинических аспектов представляет собой жизненно необходимую стратегию ведения пациентов с тяжелой сочетанной травмой при ДТП.

Анисин А.В., Свирида В.С., Титов Р.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАЩИТНЫХ СВОЙСТВ СРЕДСТВ ЗАЩИТЫ САПЕРОВ

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

В настоящем исследовании проводили оценку защитных свойств взрывозащитного костюма, который должен обеспечить защиту сапера от поражающих факторов, возникающих при взрыве заряда взрывчатого вещества (ВВ), размещенного в металлической оболочке. В качестве подопытного животного выбраны свиньи массой 60 кг.

Проводили 2 серии экспериментов с подрывом 1,5 и 2,0 кг ВВ в тротиловом эквиваленте, расстояние до животного составляло 1,5 м.

Осмотр животных 1-й серии демонстрировал отсутствие реакции организма на экспериментальный подрыв.

Экспериментальные животные, размещенные на расстоянии 1,5 м от места подрыва заряда ВВ массой 2,0 кг в тротиловом эквиваленте, также выжили после подрыва, но долго, в течение 4-5 часов, не приходили в сознание. Придя в сознание, были пассивными, не ранее 3-4 часов после выхода из наркоза начинали вставать, демонстрировали признаки дискоординированности движений, отказывались от пищи.

У 1 из животных 2-й серии обнаружены ранения мягких тканей: касательное ранение правого бедра с повреждением только кожи и подкожной клетчатки; слепое ранение левого бедра с длиной раневого канала до 10 см и повреждением мышц. В раневом канале обнаружен осколок массой 0,5 г.

При проведении секционного исследования через сутки после подрыва у животных из 1-й серии экспериментов выявлены незначительные субплевральные (поверхностные) кровоизлияния в легкие. В других органах груди и живота патологических изменений не обнаружено.

Вскрытие животных, подвергшихся эксперименту во 2-й серии, показало, что у 1 из них обнаружена подкапсульная гематома на передней поверхности. У обоих животных – ушибы легких, у 1 – с поверхностным разрывом ткани легкого длиной 1,5 см и глубиной 2 мм диагностированы кровоизлияния в стенку толстой кишки до 2,5 см в диаметре.

Можно предположить, что саперу, облаченному во взрывотехнический костюм, при подрыве помещенного в металлический стакан и размещенного на расстоянии 3 м ВВ массой 1,5 кг в тротиловом эквиваленте, может угрожать взрывное поражение легкой степени тяжести с потерей трудоспособности максимум до 5 суток. При увеличении массы заряда до 2,0 кг и уменьшении расстояния до 1,5 м возможно взрывное поражение от легкой до средней степени тяжести с потерей трудоспособности на срок до 15 суток.

Бадалов В.И., Свирида В.С.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НАНЕСЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ

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

С целью выбора наиболее значимых физиологических показателей, с точки зрения реакции организма животных на огнестрельное ранение, были проведены экспериментальные исследования на крупных подопытных животных – свиньях (белой мясной породы, массой 65-70 кг).

Эксперименты проводились как в закрытом помещении, так и на открытом воздухе при температуре около 0 °С.

Животных закрепляли в физиологическом положении в специальном станке с помощью санитарных лямок, наркотизировали золитилом из расчета 1,0-1,5 мг на 1 кг массы животного.

С целью анализа изменений функциональных параметров организма животных при травмах различной степени тяжести наносили ранения различных анатомических областей (головы, груди, живота и конечностей).

Для контроля жизненно важных функций организма и последующей оценки тяжести состояния проводили мониторинг основных физиологических показателей (артериальное давление, частота пульса и дыхания, сатурация, вариабельность сердечного ритма, ректальная и кожная температура).

Проведенные экспериментальные исследования свидетельствуют о заметном на экране монитора сбое сердечной и дыхательной деятельности в момент нанесения ранения различной степени тяжести.

В ближайшие минуты после получения ранения отмечается динамика всех измеряемых физиологических параметров, причем можно отчетливо разделять легкую и тяжелую степени тяжести травмы.

Обобщение экспериментальных данных по оценке функционального состояния крупных подопытных животных (свиней) после получения огнестрельной и взрывной травм различной степени тяжести, полученные не только в ходе настоящего эксперимента, позволило разработать ориентировочные границы значений основных показателей функционального состояния животных, получивших ранения различной степени тяжести.

Наиболее информативными параметрами являются артериальное давление, частота пульса и дыхания, кроме того, была обнаружена тенденция к нарастанию градиента температуры (разницы между ректальной и кожной температурой) при возрастании степени тяжести травмы.

Указанные величины параметров функционального состояния, безусловно, нуждаются в дальнейшем уточнении, но уже сейчас их целесообразно использовать для прогноза степени тяжести травмы.

Балохина С.А., Сидоренков Д.А.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия

С января 2013 года финансирование скорой медицинской помощи осуществляется через систему обязательного медицинского страхования. Вместе с тем, действующее законодательство Российской Федерации также позволяет оказывать услуги скорой медицинской помощи по договорам добровольного медицинского страхования, заключенным с медицинскими учреждениями (коммерческими медицинскими организациями). Исследование, проведенное нами на базе крупной страховой компании, показало, что за 2013 г. количество вызовов скорой медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию составило 4451; уровень обращаемости – 0,032 на одно застрахованное лицо (при нормативе объема в рамках Территориальной программы ОМС Санкт-Петербурга – 0,29). В 90,2% случаев скорая медицинская помощь оказана частными медицинскими организациями и лишь в 9,8% случаев – государственными медицинскими учреждениями.

Согласно нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Территориальной программой Санкт-Петербурга на 2014 год, на один вызов скорой медицинской помощи за счет средств бюджета Санкт-Петербурга предусмотрено 2313,90 руб., а за счет средств Территориального фонда ОМС – 2839,22 руб. Изучение способов оплаты скорой медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию показало, что 81,8% медицинских учреждений в качестве способа оплаты используют стоимость работы бригады скорой медицинской помощи за 1 час, которая составляет от 1500,0 руб. в медицинских учреждениях государственной формы собственности до 6532,0 руб. в коммерческих медицинских организациях. Для 18,2% учреждений (только коммерческих медицинских организаций) основным способом оплаты является стоимость одного вызова скорой помощи, варьирующая от 3000,0 до 5000,0 руб.

С учетом различных способов оплаты услуги скорой медицинской помощи, ее фактическая стоимость составила 5322, 46 руб. за один вызов по добровольному медицинскому страхованию. Логично, что минимальной она была среди государственных медицинских учреждений – 3142,0 руб., а максимальной – 5559,85 руб. среди коммерческих медицинских организаций.

Таким образом, сравнение (с экономической точки зрения) фактической стоимости вызова скорой медицинской помощи как между медицинскими учреждениями различной формы собственности, работающими по договорам добровольного медицинского страхования, так и с действующими тарифами ОМС, показывает их существенное различие, что может быть обусловлено различиями в объеме (и соответственно качестве) медицинских услуг. При этом до конца нерешенным вопросом остается определение способа оплаты скорой медицинской помощи.

*Банин И.Н., Воробьев И.И., Балабаев Г.А., Осыковский А.В.,
Ткачев А.П., Костоваров Д.А., Пархисенко В.Ю., Гугнивенко С.Н.*
**ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ
И СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ
ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

КУЗ ВО «Воронежский областной клинический центр медицины катастроф»,
г. Воронеж, Россия

Бригады службы скорой медицинской помощи являются формированиями постоянной готовности службы медицины катастроф Воронежской области (СМК ВО). По отношению к общему количеству бригад СМП ВО формирования СМК ВО составляют 19,4%. В г. Воронеж на 100 тыс. населения приходится 3 бригады СМК, а в районах области – 9,8. Разница объясняется тем, что площадь районов не сравнима с площадью г. Воронежа, и соответственно плотность населения в районах в разы меньше городской. В СМК врачебные бригады составляют 18,6%.

Учитывая значительные расстояния между медицинскими организациями (МО) в районах области, имеющими бригады СМК постоянной готовности, КУЗ ВО «ВОКЦМК», как штаб СМК ВО, осуществил процедуру заключения соглашений между СМК каждого муниципального района с СМК всех соседних районов о взаимодействии в случаях ЧС с большим количеством пострадавших. Также соглашения были заключены с СМК районов, граничащих с Воронежской областью, Белгородской, Ростовской, Тамбовской, Волгоградской областей.

В 2011-2012 гг. имелся опыт такого межрайонного взаимодействия формирований СМК при ликвидации последствий ЧС (дорожно-транспортные происшествия с участием междугородних рейсовых автобусов). Количество пострадавших в каждом случае составляло от 30 до 60 человек.

С целью совершенствования управления формированиями в 2011-2012 годах была осуществлена модернизация связи СМК как для повседневного режима, так и для режима чрезвычайных ситуаций.

Санитарные автомобили станции СМП г. Воронежа, всех отделений СМП районных больниц, КУЗ ВО «ВОКЦМК» были оборудованы однотипными радиостанциями, работающими в трех одинаковых частотных диапазонах радиосвязи.

Такая модернизация связи скоропомощных формирований СМК ВО и органов управления службой позволяет в режиме реального времени получать информацию и оперативно управлять действиями формирований СМК в зависимости от конкретной оперативно-медицинской обстановки.

Благодаря реализации мероприятий, предусмотренных ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» КУЗ ВО «ВОКЦМК» создал учебно-методический отдел (УМО) с двумя учебными классами: компьютерный на 12 автоматизированных рабочих мест и тренажерный. За 4,5 года функционирования прошли обучение около 3 000 человек. Особое внимание было обращено на сотрудников СМП. К настоящему времени практически 92% всех членов выездных бригад СМП районов области в УМО по программе обучения первой помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий. Несмотря на то, что сотрудники СМП – медицинские работники, все они отметили

несомненную целесообразность и пользу такого обучения для практической деятельности.

В 2014 году в Воронежской области формируется система ГУ МЧС по ВО – Единая дежурно-диспетчерская служба «112». В ЕДДС – 112 включены КУЗ ВО «ВОКЦМК», как штаб СМК Воронежской области, и служба СМП области, как элемент РСЧС.

Баранова Н.Н.

ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ

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

Образовательная программа повышения квалификации руководителей системы санитарной авиации создана впервые и предназначена для подготовки руководящего состава отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации, входящих в состав территориальных центров медицины катастроф и медицинских учреждений субъектов.

Необходимость такого обучения обусловлена в последнее время сменой приоритетов в вопросах организации и оказания экстренной консультативной медицинской помощи и проведения медицинской эвакуации как выездных форм работ, о чем было доложено Министром здравоохранения В.И. Скворцовой на заседании Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан под председательством Д.А. Медведева 8 ноября 2013 г. Важное значение придается проведению санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой на региональном, межрегиональном и федеральном уровнях, а также медицинской эвакуации российских граждан из-за рубежа с использованием различных видов воздушного транспорта. Меняются подходы к комплектованию отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации кадрами, медицинским оборудованием, медикаментами; в составе отделений формируются авиамедицинские бригады. Специалистами нашего Центра ведется разработка новых и совершенствование действующих нормативно-правовых документов, формирование новой терминологии в части, касающейся оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.

С учетом современных тенденций разработаны разделы учебной программы, апробация которой запланирована на октябрь 2014 года. Планируемый состав слушателей – директора и заместители территориальных центров медицины катастроф, заведующие отделениями экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации, а также руководящий состав медицинских учреждений, к функциям которых относится оказание экстренной консультативной медицинской помощи и проведение медицинской эвакуации.

Целями данной программы являются:

– получение слушателями современных данных по организации деятельности Всероссийской службы медицины катастроф;

– изучение организации работы отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации в режиме повседневной деятельности и в режиме чрезвычайной ситуации;

– изучение нормативно-правовой базы системы экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации, а также организационной структуры этой системы в Российской Федерации;

– изучение слушателями общих принципов использования авиационного транспорта для проведения санитарно-авиационной эвакуации, типов и оснащения применяемых воздушных судов.

В процессе обучения планируются следующие занятия: лекции (проблемные, обзорные, тематические и др.), различные виды семинаров (семинары-дискуссии, семинары по обмену опытом работы), практические занятия (ситуационные задачи, деловые игры и др.). Часть занятий будет проходить в форме самоподготовки под руководством преподавателя, планируется проведение выездных занятий на полигон для ознакомления с оснащением воздушных судов медицинским оборудованием (модуль медицинский самолетный, модуль медицинский вертолетный).

Учитывая первый уникальный опыт проведения подобного обучения, по окончании учебного цикла планируется проведение анкетирования слушателей с целью возможной корректировки тематики разделов программы, а также доли лекций, семинаров и практических занятий в процессе подготовки.

Барсукова И.М., Кисельгоф О.Г.

**СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СТРУКТУРЕ РАСХОДОВ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ
ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Формирование и выполнение территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации (далее – РФ) бесплатной медицинской помощи (далее – ТПГГ) во всех субъектах РФ в 2012 году осуществляли в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2012 год (далее – ПГГ), утвержденной постановлением Правительства РФ от 21 октября 2011 г. № 856. Министерством здравоохранения РФ опубликованы данные годовой формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению за 2010-2012 годы» (утв. приказом Федеральной службы государственной статистики от 29 июля 2009 г. № 154). В 2012 году в РФ в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в рамках ПГГ, общее число лиц, обслуженных скорой медицинской помощью (далее – СМП), составило 47,6 млн. человек (в 2010 году – 48 млн. человек).

Объемы финансирования СМП за 3 года увеличились на 27%: с 65 млрд. руб. (в 2010 году) до 82,4 млрд. руб. (в 2012 году). Доля расходов на оказание

СМП в общем объеме финансирования ПГГ возросла с 7,1% в 2010 году до 7,2% в 2012 году.

Анализ расходов из различных источников финансового обеспечения по видам затрат следующий: в структуре государственных расходов на СМП затраты на оплату труда с начислениями составили 74,6%, прочие расходы, включая транспортные – 16,8%, горюче-смазочные материалы – 4,6%, медикаменты и перевязочные средства – 2,2%, оплата коммунальных услуг – 1,6%, мягкий инвентарь и обмундирование – 0,2%.

В 2012 году расходы из государственных источников финансового обеспечения на реализацию ПГГ возросли на 7,6% по сравнению с предыдущим годом, и составили 1 718,4 млрд рублей. Вместе с тем доля финансового обеспечения ПГГ в валовом внутреннем продукте в 2012 году сократилась по сравнению с 2010 годом с 3,2% до 2,7%. ПГГ финансировали в отчетном году за счет бюджетов всех уровней (57,7%) и средств системы ОМС (42,3%).

Дальнейшее успешное развитие СМП потребует еще больших усилий и финансовых затрат для реализации государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Барсукова И.М., Ромашкин-Тиманов М.В., Синенченко Г.И., Барбашова Е.И.

СТРУКТУРА И КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В СТАЦИОНАРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2013 ГОДУ

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости продолжают занимать значительную часть всех пациентов, поступающих в стационары Санкт-Петербурга. Представленные в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2014 году данные из 17 стационаров города позволяют определить структуру и общее количество больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, лечившихся в стационарах города Санкт-Петербурга в 2013 году.

Согласно этим данным в 2013 году в стационары города было доставлено 13 195 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. При этом в 2013 году их количество, по сравнению с 2012 годом, уменьшилось на 2 424 человека (18,4%). Из них были прооперированы 8212 (62,2%) человек.

По-прежнему ведущей ургентной патологией в стационарах города остается острый аппендицит – 3 955 (30%) человек и сохраняется большое число больных с острым панкреатитом – 3 483 (26,4%) человек, острым холециститом 2 687 (20,4%) человек и кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки 1 180 (8,9%) человек.

В 2013 году, по сравнению с 2012 годом, произошло снижение общего числа больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости за счет уменьшения на 818 (29,9%) больных с острым панкреатитом, на 529 (16,5%) больных с острым холециститом и на 563 (45,5%) больных с ущемленной грыжей.

Произошедшие изменения численного состава данных категорий urgentных хирургических больных, поступивших в стационары города, могли быть связаны как с улучшением профилактической работы в амбулаторно-поликлиническом звене города, так и с ростом плановых операций у пациентов с желчекаменной болезнью, наружными грыжами живота и другой хирургической патологией.

Данные о соотношении отдельных форм «острого живота» подтверждают тот факт, что основной urgentной патологией, поступающей в стационары города, являются заболевания червеобразного отростка (острый аппендицит), желчного пузыря (острый холецистит) и поджелудочной железы (острый панкреатит).

Башинский О.А., Гудзь Ю.В., Локтионов П.В.

**ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

Во ВЦЭРМ круглосуточно осуществляется прием и оказание специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи пострадавшим с травмами опорно-двигательного аппарата. Дежурному травматологу ежедневно приходится сталкиваться с дефектами оказания медицинской помощи пациентам на догоспитальном этапе.

При ретроспективном анализе 50 историй болезни пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, доставленных в стационар бригадами скорой медицинской помощи в 2013 году, выявлены следующие дефекты: неадекватная диагностика повреждений и тяжести состояния пациента – 10% (5 чел.), отсутствие диагностики сопутствующей патологии – 68% (34 чел.), неэффективность или отсутствие транспортной иммобилизации – 46% (23 чел.), отсутствие обезболивания – 24% (12 чел.). Основную часть составляют пациенты старческого и пожилого возрастов, средний возраст больных в группе анализа составил 68,5 лет (от 47 до 90 лет). При первичном обследовании в отделении экстренной помощи выявлены следующие жизнеугрожающие патологии: острый инфаркт миокарда у 1 больного (2%), острый флеботромбоз на поврежденной конечности у 2 (4%), острая двусторонняя пневмония в 2 случаях (4%). Риск периоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы оценен как «высокий» и «очень высокий» у 86% (43) больных, а электрокардиография на догоспитальном этапе проведена лишь 7 (14%) из 50 пациентов. Адекватная транспортная иммобилизация была выполнена лишь у 40% (20 чел.) пациентов; в 26% (13 чел.) случаев транспортная иммобилизация отсутствовала или была выполнена подручными средствами (бинт, картон, лыжные палки); в 30% (15 чел.) случаев транспортная иммобилизация оценена как неэффективная, 4% (2 чел.) обратились в приемный покой самостоятельно.

Правильное оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе является важным звеном в лечении пациентов, тщательное соблюдение всех пунктов и алгоритмов медицинской помощи – основа благоприятного лечения травм ко-

нечностей на последующих этапах специализированной помощи. Выявленные дефекты оказания помощи на примере пострадавших с переломами проксимального отдела бедренной кости указывают на необходимость повышения квалификации и практических навыков медицинского персонала бригад скорой медицинской помощи, которые в последующем позволят снизить количество ошибок и дефектов. Разработка телекоммуникационных механизмов координации в системе «скорая помощь – стационар» окажет положительное влияние на эффективность и качество работы как скорой медицинской помощи, так и специалистов стационара.

Бойков А.А.¹, Миннуллин И.П.², Михайлов Ю.М.^{1,2}

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СОЧЕТАННЫХ, МНОЖЕСТВЕННЫХ И ИЗОЛИРОВАННЫХ ТРАВМАХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ШОКОМ

¹ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи»,

²ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

По данным Городской станции скорой медицинской помощи за 2012-2013 годы в Санкт-Петербурге, сочетанная травма возникала преимущественно в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и падений с высоты. Смерть в процессе медицинской эвакуации из-за сочетанной шокогенной травмы от ДТП произошла в 29 случаях (2,6%), от кататравмы – в 15 случаях (3,8%). Смерть до прибытия бригад СМП наступила примерно в 1/3 случаев тяжелой сочетанной шокогенной травмы. Проанализированы 2 094 случаев сочетанных, множественных и изолированных, сопровождающихся шоком механических повреждений, при которых оказывалась помощь на догоспитальном этапе и проводилась медицинская эвакуация (при ДТП – 1089, при кататравме – 444, прочей сочетанной травме – 232, колото-резанные ранения – 245, огнестрельные – 23, изолированная травма – 61). Анализ представленного материала позволил выработать определенные принципы оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе этой категории пациентов:

1. На догоспитальном этапе оказания помощи при сочетанной травме первоочередной задачей является выявление угрожающего жизни синдрома и доминирующего повреждения; нозологическая диагностика по значимости отходит на второй план.

2. Оказание помощи в оптимальном объеме и в минимальные сроки с соблюдением правила «золотого часа».

3. Доставка пострадавшего с шоком непосредственно в протившоковую операционную травмоцентра с упреждающим оповещением по рации.

Существенное значение имеет вопрос соотношения принципа минимизации времени оказания помощи на догоспитальном этапе с адекватным объемом помощи. По нашему мнению, важнейшим критерием выбора между минимизацией времени и необходимым объемом помощи является состояние пострадавшего, выраженность и глубина нарушений витальных функций. Одинаково ошибочной является как тактика «стой и лечи», так и «хватай и вези». Одна настраивает СМП на быструю доставку, без оказания помощи, доставку пострадавшего в ближайшую

больницу по «жизненным показаниям», вторая оправдывает длительное нахождение на месте происшествия необходимостью подробной диагностики и расширением объема оказания помощи. Чем менее стабильно состояние пациента, тем больше может потребоваться усилий и времени по поддержанию жизненно важных функций на догоспитальном этапе, но никогда нельзя откладывать начало транспортировки из-за факторов и причин, не влияющих на поддержание жизнедеятельности пациента.

Во всех случаях тяжелой сочетанной травмы пострадавшие должны получать респираторную поддержку в течение всего периода эвакуации в стационар. У всех пострадавших, которые получили шокогенную травму, есть многофакторная гипоксия и все они нуждаются в той или иной форме респираторной поддержки.

Анализ догоспитальной помощи показывает, что часть пациентов с тяжелой сочетанной травмой поступает в стационар с аспирационным синдромом. Исходя из этого, считаем целесообразным обязательное проведение интубации трахеи у пациентов с развившимся шоком (II-III ст.) и у пациентов с развившейся комой.

*Борисов М.Б., Кажанов И.В., Гребнев А.Р.,
Денисенко В.В., Ганин Е.В., Петров А.В.*

**МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ
ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ**

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

Переломы вертлужной впадины сохраняют одно из ведущих мест в списке проблемных вопросов современной травматологии. Только при оперативном лечении удастся достигнуть долгосрочного удовлетворительного функционального результата. Стандартные способы открытой репозиции и внутренней фиксации сопряжены с обширным хирургическим доступом, значительной интраоперационной кровопотерей, высоким риском инфекционных осложнений. Однако в ряде случаев возможно применение малоинвазивного остеосинтеза переломов вертлужной впадины.

В клинике военно-полевой хирургии апробирована методика чрескожного остеосинтеза переломов вертлужной впадины канюлированными винтами. Ее применяли у 32 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Во всех случаях наблюдали сочетание переломов вертлужной впадины с повреждениями тазового кольца. У 28 пострадавших произведена первичная фиксация нестабильных переломов костей таза в аппарате КСТ при поступлении в клинику. Четверо пострадавших переведены из других лечебных учреждений. Уточнение диагноза и предоперационное планирование производилось после СКТ таза с 3D реконструкцией. Показанием к применению методики считали переломы без смещения отломков или со смещением до 2 мм, возможность достижения удовлетворительного положения отломков путем закрытой репозиции, пожилой возраст пациентов с плохим качеством кости, сопутствующим коксартрозом, противопоказания к открытому реконструктивному вмешательству (сопутствующие заболевания, тяжелое общее состояние).

Введение винтов осуществляли по направляющей спице через проколы кожи под полипозиционным рентгеноскопическим контролем. При переломах передней колонны введение винта производили через лонную кость, задней – через седалищную кость, если требовалось, вводили 2 винта одновременно.

Результаты. Активизация на костылях без нагрузки на поврежденную конечность на 2-3 сутки после операции при отсутствии сопутствующих повреждений. Контрольная рентгенография через 6, 12 недель. Полная нагрузка через 12 недель. В 80% случаев функциональные результаты оценены как удовлетворительные. Осложнения: ИОХВ – 1, мальпозиция винта (по результатам контрольной КТ), потребовавшая перепроведения винта – 2, миграция винта в отдаленном послеоперационном периоде – 2, отсутствие сращения перелома (без смещения и выраженных клинических проявлений) – 3.

*Борисов М.Б., Самохвалов И.М., Денисенко В.В., Кажанов И.В.,
Гребнев А.Р., Ганин Е.В.*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВНЕБРЮШИННОЙ И ВНУТРИБРЮШИННОЙ ТАМПОНАДЫ

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

Продолжающееся внутритазовое кровотечение является жизнеугрожающим последствием травм таза с нестабильными переломами. Основным способом остановки внутритазового кровотечения при механической травме является стабилизация тазового кольца аппаратами внешней фиксации. Однако применение наружных фиксирующих устройств не всегда ведет к остановке внутритазового кровотечения. В таких случаях применяется внутритазовая тампонада.

Нами оценена эффективность методов внебрюшинной и внутрибрюшинной тампонады таза.

Материал и методы. Метод внебрюшинной внутритазовой тампонады применен у 5, а внутрибрюшинная тампонада таза – у 10 пострадавших с нестабильными переломами костей таза, сопровождающимися внутритазовым кровотечением. Достоверных различий между исследуемой и контрольной группой не выявлено. Оценка эффективности способа основывалась на времени и технической сложности выполнения тампонады, стабилизации гемодинамики, степени повышения внутрибрюшного давления, количестве трансфузированных препаратов крови.

Результаты. Нами выявлено, что внебрюшинная внутритазовая тампонада легче выполняема, сопровождается высокой компрессией источника кровотечения, меньшим риском рецидива кровотечения, внутрибрюшное давление составило $9,6 \pm 2,3$ мм рт. ст. ($20,3 \pm 7,2$ мм рт. ст. при внутрибрюшинной тампонаде), объем интраоперационной кровопотери – $540,0 \pm 343,9$ мл ($1125,0 \pm 397,8$ мл при внутрибрюшинной тампонаде). Летальность в группе с внебрюшинной тампонадой таза меньше на 20%, чем в группе с внутрибрюшинной тампонадой. У 7 пострадавших, которым выполнена внутрибрюшинная тампонада таза, достигнута стабилизация состояния, позволившая выполнить полный объем лечебно-диагностических мероприятий.

Выводы. При нестабильных переломах костей таза, сопровождающихся внутритазовым кровотечением, способ внебрюшинной тампонады способствует более быстрой и надежной остановке кровотечения, сопровождается меньшими интраоперационной кровопотерей и летальностью.

Бражин А.В., Остроумова Л.А., Шалаев С.В., Ярков И.В.

**ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОПЫТЕ
СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. ТЮМЕНИ**

ГБУЗ ТО «Станция скорой медицинской помощи», г. Тюмень, Россия

В России за пределами стационаров умирают 60-77% больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), из них внезапно – более 80%. Из общего числа пациентов в острой стадии инфаркта миокарда каждый 4-й погибает в первые 6 часов, каждый 5-й – в течение 1-го часа, при этом у 97,6% больных внезапная смерть развивается вне стационара.

Целью настоящего исследования является выявление факторов, способствующих увеличению числа успешных реанимаций на догоспитальном этапе.

В исследование включены 83 пациента, которым на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи диагностирован острый коронарный синдром, зарегистрирована остановка сердечной деятельности и проводилась сердечно-легочная реанимация (СЛР), стратифицированные на группы, сходные по признаку пола и возраста. В первую группу (n=33) вошли пациенты, у которых СЛР завершилась восстановлением сердечной и дыхательной деятельности, во вторую – пациенты (n=50), где СЛР была безуспешной.

Обработку результатов проводили с использованием стандартного пакета программ MS Excel 2003 (Microsoft, США) с расчетом относительных показателей, средних величин и стандартных отклонений. Для оценки статистической значимости различий использовался расчет *t*-критерия.

Из 83 пациентов, перенесших клиническую смерть и получивших реанимационное пособие, на долю мужчин приходится 66,3%. В группе успешно реанимированных мужчины составляли 90,9% ($p < 0,05$). Среди пациентов, СЛР которых завершена восстановлением дыхания и гемодинамики, в 50,1% зафиксирована давность болевого синдрома до 1 часа до момента прибытия бригады скорой медицинской помощи. Успешно реанимированные пациенты с давностью болевого приступа до 1 часа в 71% были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. ИВЛ в группе пациентов с успешной реанимацией на догоспитальном этапе проводилась после прямой ларингоскопии с последующей интубацией трахеи. Из числа пациентов, заинтубированных в течение первых 5 минут от начала СЛР, 75% были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Выводы: пол пациента, ранняя обращаемость за скорой медицинской помощью и ранняя интубация трахеи с целью ИВЛ являются факторами, влияющими на исход сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе.

Братищев И.В., Евдокимов Е.А., Шабунин А.В., Родионов Е.П.

**ВЫЕЗДНОЙ ЦЕНТР РЕАНИМАЦИИ
В СТРУКТУРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

ГУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина»,
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»,
Москва, Россия

Выездной центр реанимации (ВЦР) ГКБ им. С.П. Боткина – первый в нашей стране, был основан более 50 лет назад под непосредственным руководством академика В.А. Неговского, сотрудниками НИИ Общей реаниматологии РАМН А.Ю. Аксельродом и В.Н. Семеновым. Создание данного вида мобильной экстренной специализированной помощи было жизненно необходимо для реализации социального заказа по внедрению и совершенствованию зарождающейся анестезиолого-реанимационной службы в городских больницах и родильных домах Москвы.

Выездные бригады, располагая комплексом портативной лечебно-диагностической аппаратуры, укладками инструментария, анестезиологическими наборами и наборами медикаментов, круглосуточно осуществляли реанимационную помощь в различных лечебных учреждениях Москвы. Они имели в своем распоряжении спецмашину, оборудование которой обеспечивало транспортирование больных с нарушениями витальных функций из различных стационаров города в отделение реанимации ГКБ им. С.П. Боткина или другие специализированные центры Москвы.

В процессе развития и совершенствования службы ВЦР, его профиль и функции не раз подвергались изменениям, оставались неизменными лишь цели и задачи, заложенные при его создании академиком В.А. Неговским. В настоящее время выездные анестезиолого-реанимационные бригады являются мобильным подразделением ГКБ им. С.П. Боткина, ибо социальный заказ на эту специализированную службу актуален и сегодня.

Опыт и клинические факты, накопленные на протяжении многих лет, врачами ВАРБ обобщались и обобщаются в виде статей, докладов и диссертаций. Научный анализ позволил определить особенности реанимационно-анестезиологической тактики: при массивных кровопотерях, коагулопатических кровотечениях в родах, тяжелых формах гестоза, септических состояниях, осложнениях анестезии и реанимации, а также создать эффективную систему межгоспитальной транспортировки больных с нарушениями витальных функций.

Следует, однако, констатировать, что будущее мобильных подразделений реанимации определяется не только клиническим опытом, но и необходимостью внедрения инновационных медицинских технологий в повседневную практику выездных консультативных анестезиолого-реанимационных бригад. Последнее позволит влиять на улучшение и совершенствование оказания анестезиолого-реанимационной помощи в Российской Федерации в целом.

Бузанов Д.В.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОТЕРМИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Александровская больница, Санкт-Петербург, Россия

Лечение тяжелого общего переохлаждения (гипотермии) в условиях многопрофильных стационаров, оказывающих экстренную помощь, остается серьезной и не до конца решенной в организационном плане проблемой.

Тяжелой считают гипотермию с внутренней температурой тела менее +28°C (Мищук В.В., 2006). Она неизбежно заканчивается летальным исходом без оказания экстренной помощи.

В нашей клинике пациенты с тяжелой гипотермией помещаются в Блок критических состояний (БКС), который состоит из противошоковой палаты, ПИТ и экстренной операционной. Здесь им проводят интенсивную терапию параллельно с комплексным клинико-лабораторным и инструментальным обследованием.

Важным представляется своевременно и достоверно установить факт тяжелой гипотермии. Необходимо измерить внутреннюю температуру, которую определяют как температуру «ядра». Мы устанавливаем температурный датчик монитора в просвет пищевода на уровне середины грудины.

В процессе выведения из гипотермии мы проводим мониторинг двух температур (второй датчик устанавливают в подмышечную ямку). Анализ температурного градиента может дать врачу много полезной информации. Когда переохлажденного с сохраненной сердечной деятельностью и дыханием доставляют с улицы в теплое помещение, у него через некоторое время развивается холодовая остановка сердца. Это объясняется развитием феномена «afterdrop», который заключается в парадоксальном снижении внутренней температуры после начала наружного согревания вследствие устранения сосудистого спазма и поступления в кровотоки большого объема холодной крови.

В связи с неудовлетворенностью результатами лечения пациентов с тяжелой гипотермией нами с 2012 г. применяется новая лечебная тактика. Для выведения из тяжелой гипотермии мы проводим длительный непрямой массаж сердца (оптимально – аппаратный) и одновременно – комплексное активное внутреннее согревание.

Таким образом, наша тактика лечения тяжелой гипотермии заключается в следующем:

- 1) максимально осторожное перемещение пациента и выполнение всех манипуляций с ним, чтобы не спровоцировать развитие фибрилляции желудочков;
- 2) постоянный мониторинг внутренней (пищеводной) и наружной (аксиллярной) температур;
- 3) переход на длительный непрямой массаж сердца после неэффективной трехкратной дефибрилляции разрядом максимальной мощности (мы применяем автоматическую систему «Lucas 2», позволяющую проводить длительную, эффективную, равномерно дозированную, с учетом изменения податливости грудной клетки, компрессию с частотой 100 в минуту);

- 4) инфузия подогретых растворов через подключичный катетер в полость правого предсердия ($T=+42-43\text{ }^{\circ}\text{C}$);
- 5) налаживание экстракорпорального согревания крови по артерио-венозному контуру (методика L.Gentiello,1992) через роликовый насос и нагревательный элемент, для чего проводится катетеризация подключичной и бедренной вен, а также бедренной артерии;
- 6) проведение инвазивной ИВЛ (в том числе ВЧ-ИВЛ) подогретой увлажненной дыхательной смесью ($T=+40\text{ }^{\circ}\text{C}$);
- 7) периодические попытки дефибрилляции по мере внутреннего согревания (в качестве антиаритмика используем сульфат магния);
- 8) контроль общего кислородного статуса и электролитов и обоснованное проведение схем коррекции нарушений кислотно-щелочного, водно-электролитного балансов и вентиляционных расстройств;
- 9) проведение активного наружного согревания только после начала внутреннего – под контролем наружной и внутренней температур (использовали устройство обогрева «Bair Hugger» воздухом в режиме $T=+43\text{ }^{\circ}\text{C}$).

С января 2012 г. по март 2014 г. через БКС прошло 19 пациентов с документированной гипотермией тяжелой степени (температура «ядра» менее $+28\text{ }^{\circ}\text{C}$) и развитием фибрилляции желудочков или выраженной брадикардии с волнами Осборна на ЭКГ. У большинства пациентов гипотермия развилась на фоне тяжелой алкогольной интоксикации.

Всех пациентов мы разделили на 2 группы:

1 группа – 11 человек, которых лечили с учетом новой тактики: 6 женщин, 5 мужчин; средний возраст – 53 года (от 30 до 66 лет); средняя внутренняя температура $+25,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ (от $+20,1\text{ }^{\circ}\text{C}$ до $+27,7\text{ }^{\circ}\text{C}$).

2 группа – 8 пациентов, их лечили наши коллеги по БКС без проведения длительного массажа сердца и активного внутреннего согревания: 2 женщины, 6 мужчин; средний возраст 47 лет (от 40 до 58 лет); внутренняя температура достоверно не измерялась, но ретроспективно (данные ЭКГ, клиника) соответствовала тяжелой гипотермии.

Все пациенты 2-й группы скончались в срок от 0,5 до 7 часов от поступления в стационар, так и не выведенные из состояния тяжелой гипотермии (подтверждено патологоанатомическим заключением).

Все пациенты 1-й группы (новая тактика) были успешно выведены из состояния тяжелой гипотермии в сроки от 4,5 до 8 часов. Из них 5 пациентов впоследствии скончались в ОРИТ от тяжелой основной патологии в сроки от 5,5 часов до 8 суток. 6 пациентов полностью восстановились и выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии в сроки от 3 до 8 суток. В случаях успешного оживления пациентов с тяжелой гипотермией длительность непрямого массажа сердца составила от 20 до 230 минут (в среднем – 80 мин.). Применялись все указанные выше методы активного внутреннего и наружного согревания.

В связи с накопленным опытом, нам представляется актуальным разработка стандартов и алгоритмов лечения тяжелой гипотермии в условиях многопрофильного стационара.

Бумай А.О., Барсукова И.М., Кисельгоф О.Г.

ТАРИФЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2013 ГОДУ

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Одними из основополагающих принципов ОМС являются принцип бесплатности (все медицинские услуги, предоставляемые субъектами ОМС в объеме и на условиях Программы ОМС, предоставляются гражданам бесплатно) и принцип возмездности (все медицинские услуги, предоставляемые субъектами ОМС в объеме и на условиях Программы ОМС, должны быть оплачены из средств ОМС).

Медицинскую помощь, предусмотренную Программой ОМС, предоставляют ЛПУ любой формы собственности, имеющие лицензию и являющиеся субъектами ОМС, т. е. тарифицированные в установленном порядке и заключившие договор на предоставление лечебно-профилактической помощи по ОМС со страховыми медицинскими организациями.

Оплата медицинской помощи в системе ОМС субъекта РФ осуществляется в соответствии с Правилами ОМС, генеральным тарифным соглашением (далее – ГТС), иными нормативными документами по ОМС, а также согласно условиям заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и договоров о финансовом обеспечении ОМС. Предметом ГТС является установление тарифов, финансовых нормативов и порядка применения тарифов на медицинскую помощь (медицинские услуги), оказываемую в объеме Территориальной программы ОМС субъекта РФ. Тарифицированные медицинские услуги оплачиваются в соответствии с тарифами, действующими на момент оказания медицинской услуги гражданину.

2013 год – первый год работы СМП в системе ОМС. Анализ ГТС субъектов РФ позволил представить усредненные значения по тарифам СМП на территории РФ, они следующие (руб.): вызов СМП – 2016,0; врачебная (общепрофильная) выездная бригада (далее – ВБ) – 1796,0; врачебная специализированная ВБ – 2229,4; фельдшерская ВБ – 1491,8; ВБ санитарного транспорта – 957,5; ВБ анестезиологии и реанимации – 2688,3; акушерская ВБ – 977,9; кардиологическая ВБ – 2899,9; неврологическая ВБ – 2679,5; нейрохирургическая ВБ – 2601,5; психиатрическая ВБ – 5405,4; педиатрическая ВБ – 2515,3; тариф ТЛТ (актилизе) – 22500,0; тариф ТЛТ (метализе) – 72265,4; попутный вызов – 905,6; тариф неотложной помощи – 459,8; тариф амбулаторного приема – 318,9 руб. Особенно актуальны они для субъектов, использующих способ оплаты «за выполненный вызов», а также при подушевом финансировании в сочетании с дополнительными тарифами (например, на проведение тромболитической терапии).

В течение года субъекты РФ неоднократно корректировали тарифы, изменения составили до 10% от первоначальных значений. Эта работа будет продолжена, она напрямую связана с финансовыми возможностями региона и направлена на повышение доступности и качества СМП.

Бучинский В.С., Ильина Г.П., Кириллов Н.Н., Макаров А.Д.
**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011-2013 ГОДЫ**

ГБУЗ «Иркутский областной центр медицины катастроф», г. Иркутск, Россия

В Иркутской области в 2013 году работали 6 станций, 52 отделения и 1 больница скорой медицинской помощи (далее – СМП). По штату в СМП на 01.01.2014 года всего 3 996 должностей, в том числе врачей – 517; среднего медицинского персонала – 2002,75; младшего медицинского персонала – 706,5; водителей – 560,75. Укомплектованность штатных должностей физическими лицами в целом составляет 70,1%; врачами – 54,1%; средним медицинским персоналом – 74,9%; младшим медицинским персоналом – 50,4%; водителями – 90,2%. Обеспеченность врачебными кадрами на 1000 жителей составляет 1,1; средним медицинским персоналом – 6,2.

За последние три года укомплектованность персоналом СМП в области практически остается на одном уровне.

Объемы медицинской помощи за период 2011-2013 гг. имеют тенденцию к снижению: с 969 729 лиц, получивших СМП в 2011 году, до 88 4691 – в 2013 году. Число выездов на дорожно-транспортные происшествия в 2011 году – 4 648, в 2013 году – 4 878.

Тромболизис проведен 264 больным с острым инфарктом миокарда в Иркутской области в 2013 году, против 116 в 2011 году, в целом удельный вес тромболизисной терапии в 2013 году составил 5,8% от общего числа пациентов с данной патологией (в 2011 году – 2,8%).

Число вызовов СМП на 1 жителя в год в 2013 году составило 0,342, что соответствует нормативу объема медицинской помощи Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области.

В структуре выездных бригад СМП в 2013 году фельдшерские бригады составили 70,7% (в 2011 г. – 57,7%), врачебные общепрофильные – 16,3% (в 2011 г. – 23,8%), специализированные – 8,5% (в 2011 г. – 12,1%).

В рамках реализации целевой программы «Модернизация здравоохранения в Иркутской области» значительно улучшилось оснащение автомобилями СМП, всего в области в 2013 году 417 единиц (в 2011 г. – 343), удельный вес автомобилей со сроком эксплуатации до 3 лет составляет 44,2% против 70,0% в 2011 году.

В 2013 году 85,9% выездов до места вызова СМП выполнены в 20-минутном интервале, от 21 до 40 минут – 10,7%.

Обеспечены автоматизированной системой управления приема и обработки вызова (программа «АДИС») 3 станции СМП.

В целевой программе «Развитие здравоохранения Иркутской области на 2013-2020 годы» утвержден ряд мероприятий, направленных на внедрение современных технологий оказания СМП и укрепление материально-технической базы службы СМП Иркутской области.

Васильев М.А., Розов А.И.

**ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

За последние 12 лет в клинике военно-полевой хирургии прошли лечение 5300 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Тяжесть состояния оценивалась по шкале «ВПХ-СП» и составила от 12,5 до 78 баллов, что соответствовало тяжелому и крайне тяжелому состоянию пострадавших в момент поступления. Среди них 246 человек (4,64%) поступили с тяжелыми травмами органов груди. В 98% отмечались одно- и двусторонние повреждения легких, а в 82,2% травма органов груди сочеталась с переломами ребер. Острая дыхательная недостаточность выявлена у 165 человек (67,1%). Первая степень дыхательной недостаточности отмечена у 95 человек (56,8%), вторая – у 47 (28,5%), третья – у 23 (13,9%). Все пострадавшие доставлены врачами бригад «скорой помощи». Среди пострадавших, имевших первую степень дыхательной недостаточности вследствие повреждения легких и развития пневмоторакса, дренирование плевральной полости не выполнялось. Во второй группе пострадавших со второй степенью дыхательной недостаточности у 2 (4,2%) человек выполняли попытку устранения напряженного пневмоторакса при помощи иглы Дюфо. А вот в группе пострадавших, имевших третью степень дыхательной недостаточности, у 9 (39,1%) человек проводили разгрузочную пункцию плевральной полости. Таким образом, если острая дыхательная недостаточность была ярко выражена, то активность врачей бригад «скорой помощи» шла в правильном направлении и попытки устранения напряженного пневмоторакса предпринимались чаще. Следует отметить, что у 6 (66,7%) человек иглу Дюфо вводили во второе межреберье, у 2 (22,3%) – в третье межреберье, а подключичный катетер у одного пострадавшего вводили в первое межреберье. Окклюзионная повязка в классическом исполнении нами не наблюдалась ни разу. Чаще всего для выполнения герметизации плевральной полости врачами бригад «скорой помощи» использовались полиэтиленовая пленка и лейкопластырь. Причем применявшаяся полиэтиленовая пленка чаще была бытового происхождения. Развернутой внутренней поверхностью упаковки пакета от стерильной одноразовой системы проникающая рана груди прикрывалась у 12 человек, что составило менее 37,5%.

Развившаяся гипоксия вследствие жизнеугрожающих последствий травм груди, а также поздние легочные осложнения на фоне тяжелого повреждения легких, сепсиса обусловили фатальное течение травматической болезни и закончились летальным исходом в группе поступивших с тяжелыми сочетанными травмами и неустранимым пневмотораксом в 61 случае (24,8%).

Васильева О.И., Салеев В.Б.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЙ ОДИНОКИХ ЛЮДЕЙ К СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн»,
г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл, Россия

Настоящее исследование было проведено по материалам отделения СМП Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, где под медицинским наблюдением в 2012 г. состояло в 5265 пациентов старше 60 лет, число обращений к СМП составило 6586 вызовов. Обращаемость на 1000 населения составила 1250,1 вызова, что в 3,9 выше планово-нормативного (318 обращений в год на 1000 населения), что условно можно назвать высокой. Почти каждый пятый из пожилых больных проживал один.

Основной причиной высокой обращаемости этой, одиноко проживающей небольшой части населения к СМП являются в большей степени психологические проблемы и необходимость общения, т.е. СМП является фактором психологической поддержки для пожилого человека. Наиболее распространенными причинами обращаемости пациентов старших возрастов к СМП являются:

- тревожные и панические расстройства;
- невроз тревоги, фобии;
- стрессовые ситуации;
- невроз навязчивых состояний;
- аффективные расстройства;
- хронические заболевания

Учитывая, что увеличение возраста сопряжено с ростом одиночества и увеличением заболеваемости и, особенно болезненности, то становится объяснимым вопрос об общем увеличении уровня обращаемости к СМП.

Изучение социальных и медицинских аспектов одиночества имеет большое значение для понимания проблем, связанных с постарением населения, и проведения адекватной социальной политики, включающей психологическую помощь людям, представляющим группы риска.

Вследствие переживания одиночества в пожилом возрасте возникают такие отрицательные эмоциональные состояния, как чувство тревожности, пониженной активности, подавленного настроения, плохого самочувствия, и по этой причине пожилые обращаются к СМП.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что с медико-биологической точки зрения обращаемость одиноких пожилых людей к СМП можно считать объективным «индикатором» состояния здоровья, структуры населения и санитарной культуры общества. В нем сочетаются как биологические, так и социальные факторы. И для этой категории населения служба скорой помощи остаётся очень нужным звеном здравоохранения.

Востриков В.А., Горбунов Б.Б., Гусев А.Н., Селищев С.В.

ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКИХ НАРУЖНЫХ ДЕФИБРИЛЛЯТОРОВ С РУЧНЫМИ РЕЖИМАМИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Национальный исследовательский университет «МИЭТ», г. Зеленоград, Россия

В настоящее время в России наиболее удобным и перспективным типом дефибриллятора для бригад скорой медицинской помощи (СМП) является автоматический наружный дефибриллятор (АНД), используемый не в полуавтоматическом, а в ручном режиме дефибрилляции. В первую очередь, это связано с его небольшими габаритами и весом 2...2,5 кг, а также наличием удобной сумки-чехла для доставки аппарата к больному. Использование ручного режима дефибрилляции позволит врачам СМП быстрее (визуально, по ЭКГ, выводимой на графический индикатор АНД) диагностировать фибрилляцию желудочков и быстрее наносить разряд. Согласно данным литературы, сокращение периода «прерванных компрессий грудной клетки» перед разрядом увеличивает эффективность базовой сердечно-лёгочной реанимации (БСЛР) и выживаемость оживлённых больных [1]. Режим синхронизированной кардиоверсии АНД позволяет на месте происшествия устранять жизнеопасные пароксизмальные тахиаритмии; в первую очередь, такие как: гемодинамически нестабильные фибрилляция/трепетание предсердий и желудочковая тахикардия. Вместе с тем фельдшерские бригады СМП могут с успехом использовать полуавтоматический режим дефибрилляции. В этом случае дефибриллятор автоматически анализирует сердечный ритм больного и согласно алгоритму анализа ритма сообщает, в виде голосовой подсказки, наносить или не наносить разряд. Наряду с этим весь период проведения двухминутных циклов БСЛР сопровождается дополнительными подсказками. Использование в дополнение к АНД средств контроля глубины компрессий грудной клетки также будет способствовать увеличению эффективности БСЛР [1]. Согласно последним исследованиям на манекене, включение 10-секундных пауз (для отдыха реаниматора) после каждых 100 непрерываемых компрессий улучшает качество их проведения [1, 2].

Литература

1. Resuscitation highlights in 2013: Part 1 / J.P. Nolan [et al.] // Resuscitation. – 2014. – Т. 85, № 3. – С. 307-312.
2. A 10-s rest improves chest compression quality during hands-only cardiopulmonary resuscitation: a prospective, randomized crossover study using a manikin model / M.K. Min [et al.] // Resuscitation. – 2013. – Т. 84, № 9. – С.1279-1284.

Габдулхаков Р.М., Суркова Г.А., Афанасьева В.А., Садритдинов М.А., Вакеев Б.В.

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ В МЕГАПОЛИСЕ

Башкирский государственный медицинский университет, ГКБ №21, г. Уфа, Россия

Тяжелая механическая травма является основной причиной инвалидизации и смертности среди трудоспособного населения. Ввиду масштабов травматиз-

ма, высокой социальной значимости проблемы является важным исследование эпидемиологии тяжелой механической травмы в мегаполисе за последние годы.

Цель исследования – изучить причины, возрастной состав, социальный статус пострадавших с тяжелой сочетанной травмы в мегаполисе.

Материалы и методы. Работа выполнена по результатам исследования 455 пострадавших экстренно госпитализированных в отделение анестезиологии и реаниматологии многопрофильной ГKB №21 г. Уфы с тяжелой сочетанной травмой. Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием программы SPSS 11.0.

Результаты и их обсуждение. При анализе социального статуса пострадавших нами выявлено, что доля рабочих и служащих составила 50,3%, пенсионеров – 26,6%, временно не работающих – 11,4%, частных предпринимателей – 7,9%, студентов и учащихся – 3,7%.

Среди пострадавших преобладали мужчины – 61% ($\chi^2=43,9$; $p<0,001$ в сравнение с женским полом). Каждый третий пациент поступил в состоянии алкогольного опьянения. Если летальность в целом составляла 36,5%, то среди госпитализированных в состоянии алкогольного опьянения она составила 35,6%, трезвых – 37,4% ($\chi^2=0,075$; $p=0,785$), т. е. не различалась. Возраст больных колебался от 16 до 87 лет (средний возраст – $45,9\pm 18,21$ лет). Преобладали люди молодого и среднего возраста. Доля пострадавших в возрасте до 65 лет составила 83,2% ($\chi^2=355,4$; $p<0,001$).

Основными причинами тяжелых сочетанных травм в мегаполисе были дорожно-транспортные происшествия (ДТП) – 271 (59,6%), падения с большой (свыше человеческого роста) высоты – 123 (27,0%), умышленная – 35 (7,7%) и прочие – 26 (5,7%). Среди них 43 (9,5%) суицида (из них 3 – железнодорожные травмы и 40 – падения с большой высоты). В структуре пострадавших при дорожно-транспортной травме пешеходы составили 81,5% ($\chi^2=213,3$; $p<0,001$ в сравнение с водителями и пассажирами).

Выводы. 1. Среди пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в мегаполисе доминируют мужчины работоспособного возраста. 2. Основными причинами тяжелых сочетанных травм являются дорожно-транспортная травма, падения с большой высоты и умышленная травма. В структуре пострадавших при дорожно-транспортной травме в преобладающей степени доминируют пешеходы, при падениях с большой высоты значительную долю составляют суициды.

Гаврилин С.В., Мешаков Д.П., Недомолкин С.В., Смирнов С.А.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ

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

По данным последних лет, пострадавшие с тяжелой сочетанной челюстно-лицевой травмой составляют 8,3% от поступающих в клинику военно-полевой хирургии пациентов. Анализ особенностей нарушений внешнего дыхания у 38 пострадавших с тяжелой сочетанной челюстно-лицевой травмой [тяжесть получен-

ных повреждений – $22,7 \pm 2,8$ балла шкалы ВПХ-П ($46,7 \pm 3,1$ балла шкалы ISS), тяжесть состояния при поступлении – $33,8 \pm 3,9$ балла шкалы ВПХ-СП ($28,8 \pm 3,0$ балла шкалы APACHE II)] показал, что, по сравнению с острой посттравматической дыхательной недостаточностью у пациентов с аналогичной тяжестью травмы без челюстно-лицевого компонента, наличие челюстно-лицевого повреждения обуславливает более выраженные вентиляционные нарушения при поступлении в стационар вследствие массивной аспирации крови в трахеобронхиальное дерево. Несмотря на выполнение санационных фибробронхоскопий в противошоковой операционной и ежедневно в дальнейшем, выполнение трахеостомий не позже первых суток, частота развития пневмоний была на 23,1% больше при наличии травмы челюстно-лицевой области. Соответственно, у данных пациентов частота развития тяжелого сепсиса «легочного» происхождения была выше на 11,9%, летальность – на 7,1%. Наличие челюстно-лицевого повреждения у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой не оказывало достоверного влияния на показатели диффузии газов и микроциркуляции в легких (респираторный индекс, альвеолярное мертвое пространство). Частота развития неинфекционных легочных осложнений (синдром острого повреждения легких, острый респираторный дистресс-синдром, тромбоэмболия легочной артерии) также достоверно не зависела от челюстно-лицевой травмы.

Таким образом, единственной клинически значимой особенностью нарушений внешнего дыхания у пострадавших с тяжелой сочетанной челюстно-лицевой травмой является частое наличие массивной аспирации крови в трахеобронхиальное дерево, что сопровождается в дальнейшем большим риском развития висцеральных легочных и генерализованных инфекционных осложнений. Основными направлениями уменьшения неблагоприятных последствий наличия челюстно-лицевой травмы у пациентов с сочетанными повреждениями являются уменьшение сроков их транспортировки в стационар (более раннее выполнение санационных фибробронхоскопий), сокращение длительности ИВЛ, рациональная антибактериальная терапия.

*Ганин Е.В., Борисов М.Б., Денисенко В.В., Гребнев А.Р.,
Кажанов И.В., Самохвалов И.М.*

**РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛЕЧЕБНО-ТРАНСПОРТНОЙ
ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ
ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА**

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

В структуре повреждений опорно-двигательного аппарата преобладают пострадавшие с сочетанными переломами длинных костей конечностей (50-70%) и таза (4-10%), которые часто сопровождаются острой массивной кровопотерей. Патологическая подвижность отломков в зоне переломов является источником афферентной болевой импульсации, также отсутствие жесткой фиксации переломов костей предполагает функционирование патологических очагов с выделением в кровотоки продуктов деструкции тканей. Наиболее опасными осложнениями

сочетанных переломов длинных костей конечностей и таза является жировая эмболия (2,2%) и респираторный дистресс-синдром взрослых (5%).

Лечение открытых переломов длинных костей конечностей у пострадавших с политравмой заключается в первичной хирургической обработке раны и лечебно-транспортной иммобилизации.

На сегодняшний день наиболее простым и удобным средством лечебно-транспортной иммобилизации является стержневой аппарат внешней фиксации КСТ, наложение которого малотравматично, производится в короткие сроки (до 30 мин.), не требуется специального оборудования и может выполняться любым врачом хирургического профиля.

Нами апробирован и запатентован узел для дистракции переломов длинных трубчатых костей и костей таза, дополняющий разработанный ранее аппарат КСТ и состоящий из длинных штанг и тálрепа, с помощью которого, в зависимости от характера повреждения, создается дистракция зоны перелома. Выполнено 5 оперативных вмешательств с применением данного устройства у пострадавших с переломами длинных костей конечностей при политравме: перелом большеберцовой кости – 3 и перелом бедренной кости – 2 случая.

Во всех 5 случаях при репозиции, за счет изменения длины штанги, выполнялась дистракция зоны перелома. За счет этого ликвидировалось смещение и захождение костных отломков друг за друга, что способствовало снижению риска повреждения важных анатомических образований на сегменте конечности, таких как мышцы, сухожилия, сосуды и нервы. Без применения данного устройства репозиция зоны перелома в аппарате КСТ часто затруднена и выполняется ориентировочно.

Таким образом, применение узла для дистракции переломов длинных костей конечностей и таза при выполнении минимально-травматичного внеочагового остеосинтеза у пострадавших с переломами длинных костей при политравме позволяет облегчить выполнение окончательной фиксации и добиться оптимальных результатов лечения при погружном остеосинтезе на III этапе тактики многоэтапного хирургического лечения повреждений конечностей при политравме.

Гармаш О.А.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

В докладе Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на заседании Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан от 8 ноября 2013 г. под председательством Д.А. Медведева, посвященном вопросам обеспечения доступности и качества выездных форм медицинской помощи, было указано на необходимость развития экстренной консультативной и санитарно-авиационной медицинской помощи. Санитарно-авиационная медицин-

ская помощь рассматривалась как та часть экстренной консультативной медицинской помощи, которая оказывается с применением санитарной авиации.

В протоколе №2 этого заседания Правительственной комиссии «Обеспечение доступности медицинской помощи: организация выездных форм работы и транспортное обеспечение» обращено особое внимание на развитие выездных форм работы, включая оказание санитарно-авиационной медицинской помощи.

Оказание экстренной консультативной медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию, позволяет приблизить специализированную медицинскую помощь к жителям отдаленных и труднодоступных районов страны.

В результате значительных изменений в системе организации экономической деятельности страны существовавшая в XX веке система применения авиации для оказания экстренной консультативной медицинской помощи сельскому населению устарела.

В 1998 г. вышел приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.04.1998 г. № 98 «Об упорядочении деятельности отделений экстренной консультативной медицинской помощи (санитарной авиации)» о переводе отделений ЭКМП из областных (республиканских, краевых, окружных) больниц в состав территориальных центров медицины катастроф.

За прошедшие годы это направление российского здравоохранения развивалось недостаточно или практически не развивалось (Гончаров С.Ф. и др., 2008).

В настоящее время экстренную консультативную медицинскую помощь в Российской Федерации оказывают:

- на федеральном уровне – федеральное бюджетное медицинское учреждение «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения Российской Федерации и федеральные специализированные медицинские организации г. Москвы;

- на межрегиональном уровне – создаваемые межрегиональные центры медицины катастроф и федеральные специализированные медицинские организации, расположенные на территории федерального округа;

- на региональном уровне – территориальные центры медицины катастроф и их филиалы, региональные многопрофильные больницы (взрослые и детские) и перинатальные центры.

Объемы работ по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации имеют стойкую тенденцию к ежегодному увеличению. В то же время показатели применения авиационного транспорта не отвечают современным требованиям.

Анализ ситуации показывает, что возможности отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации, особенно при работе в ЧС, используются не в полной мере.

В 2008 году Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации было определено, что главной задачей здравоохранения является создание в России системы использования малой авиации (вертолетов) при лечебно-эвакуационном обеспечении пострадавших в чрезвычайных ситуациях, в том числе дорожно-транспортных происшествиях.

В целях реализации этой задачи и выполнения мероприятий федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-

2012 годах» специалистами ВЦМК «Защита» совместно с МЧС России был выполнен значительный комплекс мероприятий.

Были разработаны тактико-технические требования к санитарным вертолетам и вертолетным площадкам, разработана характеристика ресурсного обеспечения зональных лечебных учреждений всех субъектов Российской Федерации, ответственных за оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим в зонах федеральных автомобильных дорог, проведены испытания комплекта модулей медицинских самолетных и вертолетных, разработаны и внедрены комплекты медицинского оборудования для авиамедицинских бригад (АМБр).

В настоящее время санитарно-авиационная эвакуация всех российских граждан, пострадавших в ЧС или заболевших как в России, так и за рубежом и находящихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, проводится с применением медицинских модулей.

По поручению Минздрава России ВЦМК «Защита» выполняет мероприятия по организации создания на базе территориальных центров медицины катастроф авиамедицинских бригад, предназначенных для оказания экстренной консультативной медицинской помощи с применением авиационного транспорта. Разработаны проекты нормативных документов, регламентирующих их деятельность. С 2009 года на базе ВЦМК «Защита» подготовлено 1024 специалиста АМБр и эта работа продолжается.

Применяются новые формы работы по оказанию экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации, в том числе в рамках государственно-частного партнерства.

В целях совершенствования выездных форм работы и обеспечения доступности специализированной медицинской помощи жителям отдаленных и труднодоступных районов специалисты службы медицины катастроф участвуют в работе межведомственной рабочей группы по проблемам санитарной авиации в Российской Федерации.

В рамках ее деятельности специалистами ВЦМК «Защита» совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации был разработан проект Концепции создания системы экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации) в Российской Федерации (далее – система санитарной авиации) и комплекс мер по ее реализации для включения в государственную программу развития здравоохранения до 2020 года.

По результатам обсуждения доклада Министра здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцовой на заседании Правительственной Комиссии по вопросам охраны здоровья граждан 8 ноября 2013 г. в целях развития системы санитарной авиации были поставлены задачи:

- разработать и утвердить порядок организации выездных форм оказания экстренной медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию;
- обеспечить повышение доступности медицинской помощи для населения на основе развития санитарно-авиационной медицинской помощи как формы выездной работы;
- проработать вопрос организации санитарно-авиационной медицинской помощи на межрегиональном уровне.

В настоящее время органами управления здравоохранением и специалистами службы медицины катастроф Минздрава России выполняются работы по реализации поставленных задач в соответствии с протоколом заседания Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан от 8 ноября 2013 г. №2 «Обеспечение доступности медицинской помощи: организация выездных форм работы и транспортное обеспечение».

*Головко К.П., Мадай Д.Ю., Журнова Н.А.,
Денисов А.В., Дмитриева Е.В.*

**ПАТОБИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЕ**

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

Повреждения челюстно-лицевой области (ЧЛО) занимают важное место в патогенезе тяжелой сочетанной черепно-лицевой травмы (ЧЛТ). Даже при отсутствии травмы груди они неблагоприятно влияют на функцию внешнего дыхания и легочную вентиляцию пострадавших, а повреждение околоносовых пазух, наблюдаемое в 29-43% случаев ЧЛТ, приводит к инфекционным осложнениям в них, что становится основным источником генерализации инфекции. В связи с этим, актуальной является разработка рациональной хирургической тактики лечения черепно-лицевых травм, основанная на их патобиохимических особенностях.

Несмотря на то, что нозокомиальный респираторный синусит наблюдался как при тяжелых, так и при нетяжелых черепно-мозговых травмах (ЧМТ), было установлено, что тяжелая ЧМТ (более 5,0 баллов по шкале «военно-полевая хирургия – повреждение»: $f=1$; $\chi^2=10,5$; $p<0,001$, $r=0,39$) и длительное нахождение на искусственной вентиляции легких (более 9 суток: $f=1$; $\chi^2=8,4$; $p<0,005$, $r=0,34$) являются основными факторами, обуславливающими риск развития посттравматических синуситов при тяжелой сочетанной черепно-лицевой травме.

Было доказано, что черепно-лицевая травма в сочетании с повреждением околоносовых пазух характеризуется резкой выраженностью иммунодефицита и иммунодепрессии на 7-е сутки после травмы – увеличением апоптоза лимфоцитов на 97%, снижением числа моноцитов, экспрессирующих CD14⁺, на 56%, уровнями интерлейкинов-8 и 10 в пределах нормальных величин. Определяется сильная прямая корреляционная связь между уровнем цитокинов (интерлейкинов-6, -8, -10) и прокоагулянтной активностью сосудистого эндотелия, тромбинемией, фибринолизом ($r=0,47-0,86$), что свидетельствует о развитии у пострадавших с повреждением околоносовых пазух системного воспалительного ответа полиорганной недостаточности.

Проведение раннего хирургического вмешательства на поврежденных синусах в сочетании со стабилизацией переломов средней зоны лицевого скелета приводило к снижению частоты системного воспалительного ответа на 53,1%, полиорганной недостаточности – на 57,9%. У 66,7% пострадавших это подтверждалось положительными изменениями морфологического состава крови, газообмена, вентиляционно-перфузионных отношений в легких, фильтрационной

функции почек и снижением выраженности нарушений в системе гемостаза. Активная хирургическая тактика и ранняя санация околоносовых пазух в комплексном лечении позволили снизить частоту гнойно-инфекционных осложнений, сократить длительность искусственной вентиляции легких у пациентов на 36 часов, сроки нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии на 60 часов и уменьшить летальность на 9,0%.

Гончаров С.Ф., Быстров М.В.

**РОЛЬ И ЗАДАЧИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ
В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

в системе здравоохранения Российской Федерации уже 20 лет функционирует служба медицины катастроф, которая показала свою эффективность при организации и оказании медицинской помощи пострадавшим при различных чрезвычайных ситуациях, происходивших как в России, так и в других государствах. Служба медицины катастроф Минздрава России (далее – Служба) не стоит на месте, она динамично развивается, как и все здравоохранение страны. Служба решает задачи по организации и оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях (ЧС), но и в режиме повседневной деятельности она активно участвует в системе оказания экстренной медицинской помощи населению.

В основе своей деятельности Служба обеспечивает выполнение следующих задач:

- а) быстрое реагирование, мобилизация материально-технических средств и личного состава при чрезвычайных ситуациях в целях спасения жизни и сохранения здоровья наибольшего числа людей путем оказания им всех видов медицинской помощи своевременно и в полном объеме;
- б) участие в ликвидации эпидемических очагов;
- в) создание резерва материальных запасов;
- г) обучение оказанию медицинской помощи гражданам, в том числе медицинской эвакуации, при чрезвычайных ситуациях.

Исходя из задач, Служба наделена соответствующими полномочиями, среди которых на первом месте стоит организация ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, в том числе организация и оказание медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию.

Функции органов повседневного управления службы медицины катастроф соответствующего уровня выполняют центры медицины катастроф (ЦМК): на региональном уровне – территориальные центры медицины катастроф (ТЦМК), на межрегиональном уровне – межрегиональные ЦМК, на федеральном – ВЦМК «Защита». ЦМК относятся по номенклатуре медицинских организаций, утвержденной Минздравом России, к медицинским организациям особого типа и обеспечивают выполнение задач, как в режиме ЧС, так и в режиме повседневной деятельности. Опыт работы подтверждает, что те силы и средства службы медицины

катастроф, которые активно задействованы в оказании экстренной медицинской помощи в повседневном режиме, являются наиболее подготовленными к реагированию при ЧС. В настоящее время в составе территориальных центров медицины катастроф работают медицинские подразделения и медицинские бригады (бригады экстренного реагирования, бригады экстренной медицинской помощи, авиамедицинские бригады, бригады скорой медицинской помощи и др.), непосредственно участвующие в организации и оказании медицинской помощи при ЧС и в повседневной деятельности. Большую работу по оказанию медицинской помощи пострадавшим и больным ведут специалисты отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (отделений санитарной авиации) в составе территориальных центров медицины катастроф и многопрофильных больниц.

В последние годы на разных дискуссионных площадках медицинским сообществом обсуждались спорные вопросы функционирования и терминологии, определения подходов к разграничению медицинской помощи по видам и формам, а также по условиям ее оказания. Федеральным законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что пострадавшим при чрезвычайных ситуациях оказываются все виды медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь (доврачебная, врачебная, специализированная); скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь. Для этого и создана служба медицины катастроф, а бригады скорой медицинской помощи, действующие на период ЧС в системе службы медицины катастроф, выполняют основную роль по оказанию экстренной медицинской помощи в догоспитальном периоде. С другой стороны, в режиме повседневной деятельности медицинские бригады службы медицины катастроф могут участвовать в оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (как вида медицинской помощи).

Ряд уточнений мы предлагаем внести в Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в «Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 года № 388н (далее – Порядок), по вопросам разграничения скорой медицинской помощи и экстренной консультативной медицинской помощи.

В настоящее время экстренная консультативная медицинская помощь и санитарно-авиационная эвакуация в Российской Федерации исторически были и остаются в соответствии с действующими нормативными документами Минздрава России функциями отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ЭКМП и МЭ). Как правило, экстренная консультативная медицинская помощь относится к специализированной медицинской помощи (как виду медицинской помощи), которая оказывается врачами-специалистами территориальных центров медицины катастроф и ведущих многопрофильных больниц (областные, республиканские, краевые больницы) с выездом в медицинские организации (районные и др. больницы) и осуществлением при необходимости медицинской эвакуации в профильные медицинские организации.

Специалистами ВЦМК «Защита» подготовлен и направлен для рассмотрения в Минздрав России проект Порядка оказания экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации.

Закрепление в федеральном законодательстве и отраслевых нормативных правовых документах положений о деятельности отделений экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (ОЭКМП и МЭ) территориальных центров медицины катастроф и многопрофильных больниц будет способствовать более четкому определению правового статуса ОЭКМП и МЭ, решению вопросов лицензирования медицинской деятельности, социальных гарантий медицинских работников данных подразделений.

В последнее время в ряде субъектов Российской Федерации имеет место объединение в одной медицинской организации, как юридическом лице, подразделений центра медицины катастроф и станции скорой медицинской помощи (опыт Республики Дагестан, Республики Крым и др.). Подобные объединения, с нашей точки зрения, позволяют более эффективно использовать имеющиеся медицинские силы и средства в целях оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях; оптимизировать работу административно-хозяйственных и финансовых подразделений, оперативно-диспетчерских отделов, создав единую диспетчерскую службу. В единой организации, занимающейся экстренными медицинскими вопросами, появляются новые возможности по повышению уровня квалификации и обучению медицинских работников, в том числе особенностям оказания медицинской помощи в медицине катастроф, что в целом должно повысить уровень реагирования при ЧС.

Горяинов М.И.

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТРАВМАЦЕНТРОВ III УРОВНЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

К настоящему моменту подавляющая часть медицинской общественности понимает, что успех оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой связан с их концентрацией в травмацентрах, представляющих собой одно из важнейших структурных подразделений крупного, хорошо оборудованного и оснащенного многопрофильного лечебно-профилактического учреждения. Основными принципами их создания является для мегаполисов: соблюдение требования развертывания одного травмацентра первого уровня на 1 млн населения (но не менее одного на Субъект Федерации), а на автомагистралях должен существовать один травмацентр II уровня на каждые 100-150 км трассы (во всех крупных ЦРБ или межрайонных многопрофильных центрах).

Но многим Субъектам Российской Федерации присуща низкая плотность населения. И если руководители здравоохранения будут бездумно следовать претворению в жизнь данного принципа на практике, то это приведет к созданию травмацентров, в которых высокотехнологическое оборудование будет использоваться лишь изредка, от случая к случаю, а квалификация персонала, прежде все-

го специалистов узкого профиля, снизится. Если же не прикрывать автострады с интенсивным движением, проходящие через районы с низкой плотностью населения травмацентрами, то мы можем заблаговременно рассчитать, сколько людей будет ежегодно «теряться» из-за несвоевременности оказания специализированной медицинской помощи. Для решения возникшей дилеммы предложено создавать травмацентры III уровня. В качестве одного из вариантов, на который приходится идти, – это развертывание на трассе в режиме ожидания «колесных» бригад скорой медицинской помощи. В лучшем случае для облегчения условий их труда в месте позиционного дежурства устанавливаются трейлеры. Это вариант «отчаяния», так как большую часть времени автомобиль и персонал скорой медицинской помощи будут простаивать без дела. Значительно лучше, если удастся выделять автомобиль класса «С» с реанимационно-анестезиологической бригадой для постоянного пребывания в стационаре коечной емкостью до 200 коек. При этом врач этой бригады не должен подменять собой анестезиолога-реаниматолога стационара, а придаваться сверх штата ЛПУ, усиливая его в повседневных условиях и лишь после получения сигнала выезжая на ДТП. Практически каждый медик усвоил, что большинство летальных исходов после ДТП отмечается непосредственно на месте аварии из-за наличия у пострадавших несовместимых с жизнью повреждений, из-за несвоевременности или неправильности оказания первой помощи («Немедленная смерть»). Большинство врачей помнит, что необходимо доставить пострадавших в ЛПУ в пределах «золотого часа», так как через 2 часа от момента получения травмы отмечается второй пик смертности («Ранняя смерть») от некупированного травматического шока, неостановленных внутренних кровотечений и от других причин. Но далеко не все знают, что регистрируется третий всплеск летальности спустя 3-4 недели от момента получения травмы от сепсиса или полиорганной недостаточности, с лечением которых не справляются мало-мощные лечебно-профилактические учреждения, близлежащие к месту ДТП. Отсюда проистекает важнейший принцип – выезд бригады из стационара базирования, а доставка пострадавшего в травмацентр I или II уровней. В идеале, персонал реанимационно-анестезиологической бригады, по образцу корабельных групп специализированной медицинской помощи ВМФ, должен быть центрального подчинения (в данном случае числиться за станцией или подстанцией СМП) и подчиняться главному врачу ЛПУ лишь по специальности в период повседневной деятельности.

Горяинов М.И., Миннуллин И.П.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Последние десятилетия совершенствование службы скорой медицинской помощи Российской Федерации проходило по пути улучшения количественных показателей (увеличение количества медицинских работников, специализированного автотранспорта, станций и подстанций скорой помощи и т.д.). Действительность требует внедрения другого подхода. Наряду с улучшением количественных,

должно придти совершенствование качественных показателей службы скорой медицинской помощи (качественное улучшение профессиональной подготовки, непрерывное повышение в течение всей трудовой жизни уровня профессиональных знаний и навыков, совершенствование системы организации оказания скорой медицинской помощи как в пределах субъектов Российской Федерации, так и каждого населенного пункта, участка автомагистрали, использование современной вычислительной техники, прогрессивного программного обеспечения в управлении силами и средствами службы скорой медицинской помощи, эксплуатация перспективных систем связи и определения местоположения как пациентов, так и бригад скорой медицинской помощи в целях уменьшения времени доезда и доставки пациентов в лечебные учреждения, внедрение новых методик, ранее использовавшихся только в стационарном звене, например, ультразвуковой диагностики и т.д.).

При этом, какие бы усилия не предпринимались руководством страны, Министерством здравоохранения для совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи населению, для которого своевременность и качество оказания скорой медицинской помощи в значительной мере выступают критерием оценки эффективности работы всей системы здравоохранения, все они будут напрасными без качественного улучшения кадровой политики.

Основные направления развития кадровой политики:

- профессиональная переориентация врачей стационарного звена путем переподготовки во врачей скорой медицинской помощи;
- расширение профессиональных компетенций членов бригад скорой медицинской помощи;
- включение в выездную бригаду скорой медицинской помощи водителя с определением ему статуса санитара-водителя, фельдшера-водителя;
- повышение профильности использования бригад (первой всегда должна выезжать общепрофильная выездная бригада);
- эффективное использование специализированных бригад скорой медицинской помощи;
- сохранение имеющегося кадрового потенциала и его наращивание;
- осуществление мероприятий, направленных на привлечение молодых специалистов в службу скорой медицинской помощи;
- привлечение к работе студентов медицинских вузов, с последующим их трудоустройством после завершения высшего профессионального и последипломного образования в службе скорой медицинской помощи;
- обеспечение непрерывного медицинского образования всех категорий персонала службы скорой медицинской помощи;
- использование местных ресурсов субъектов Федерации для улучшения социальной защищенности персонала службы скорой медицинской помощи, закрепления его на рабочем месте;
- внедрение практики заключения трудовых договоров, предусматривающих профессиональный рост врачей СМП при выполнении ими условий договора и т.п.;
- использование методик дистанционного обучения в непрерывном медицинском образовании сотрудников СМП.

Горяинов М.И., Сорокин В.Г.

**ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Советская медицинская педагогическая школа традиционно гордилась высоким уровнем теоретической подготовки обучаемых. В отличие от гражданской, военная медицина СССР обладала богатым опытом отработки высокого уровня практических навыков у курсантов и слушателей Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, позволявших выпускникам в сложных условиях боевой или учебно-боевой деятельности, подчас в ситуациях, не допуская помощи коллег, успешно решать стоявшие задачи. Условия работы бригад скорой медицинской помощи максимально приближены к военным. Тот же недостаток времени для принятия решений, ограниченная возможность своевременного получения консультаций, сложные условия оказания медицинской помощи и другие особенности предполагают использование в обучении опыта военной медицины. Прежде всего, требуется увеличить количество часов для преподавания вопросов скорой медицинской помощи в программах обучения студентов медицинских вузов. Необходимо ввести обязательную для посещения практику студентов старших курсов на станциях и подстанциях скорой медицинской помощи, внедрить в программу интернатуры и ординатуры по специальности «скорая медицинская помощь» практику, предусматривающую работу в качестве дублера врача выездной общепрофильной бригады.

В целях совершенствования знаний и развития практических навыков, редко используемых в повседневных условиях работы врачей выездных общепрофильных бригад СМП, широко внедрять в ходе непрерывного обучения медицинских кадров дистанционные методы, с вызовом слушателей в медицинские вузы для отработки практических навыков в симуляционных классах и для промежуточной (при большой длительности обучения) и(или) итоговой аттестации.

При использовании симуляционных методов обучения требуется отрабатывать не только сами технические навыки, но и психологическую готовность к работе в сложных условиях, в обстановке жесткого лимита времени на оценку обстановки, постановку диагноза и оказание медицинской помощи. С учетом перспективности создания полноценных бригад, включающих медиков с высшим и средним специальным образованием, требуется в ходе обучения обращать внимание на развитие у врачей СМП умения руководить людьми, а у всего персонала навыков по работе в коллективе, заблаговременно распределяя роли в различных модулируемых условиях обстановки.

Сами программы как высшего, так и дополнительного профессионального образования по вопросам скорой медицинской помощи не должны быть раз и навсегда принятой догмой, а систематически подвергаться пересмотру в целях обеспечения максимального соответствия потребностям текущего момента.

Грачев С.Ю., Новикова Н.П., Суковатых А.Л., Куриленко Е.Х.
**АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОСТРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ
И МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

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

Острые психические состояния и общие принципы лечения пациентов в кризисном состоянии представляют собой частую проблему, которую приходится решать врачу, специализирующемуся на неотложных состояниях. Острые психические состояния представляют собой угрозу здоровью не только пациента, но и врача. Существует ряд клинических методов, которые необходимо использовать для обеспечения безопасности, как пациента, так и окружающих его людей.

Острое психическое состояние – это нарушение настроений, мыслей или поведения, в результате которых может быть нанесен вред как пациенту, так и другим лицам; или просто состояние, когда пациент становится неконтролируемым.

Выделяют три основных причины острых психических расстройств:

- «ситуационные» (зависящие от внешних причин);
- «органические» (вызванные серьезными изменениями в головном мозге);
- чисто психиатрические случаи, т.е. именно психические заболевания.

Необходимо помнить, что психические нарушения часто являются симптомами тяжелых соматических заболеваний.

Врач скорой помощи чаще всего сталкивается со следующими острыми психическими расстройствами: интоксикационные психозы (потеря связи с реальностью); нарушения настроения (возможны суициды!); тревожные состояния (вегетативные кризы).

Алгоритм действий врача скорой помощи при всех вышеуказанных состояниях заключается в следующем: сохранять спокойствие, создать для больного тихую обстановку; уверить его в том, что он не умирает; убедиться в отсутствии соматических (прежде всего сердечно-сосудистых) причин проявления вышеуказанных острых психических расстройств.

Отдельно необходимо рассмотреть нарушения поведения и психики людей во время катастроф и чрезвычайных ситуаций. Поведение многих людей в таких экстремальных ситуациях существенно меняется и в ряде случаев требует неотложной медицинской помощи.

У всех участников экстремальной ситуации включаются механизмы психологической защиты, что проявляется в различных типах реагирования. Способ реагирования чаще всего основан на предыдущем опыте преодоления трудных жизненных ситуаций. В первые часы и сутки после катастрофы у людей, в том числе и не пострадавших, возникают следующие состояния:

- 1) возбуждение, повышенная настороженность и впечатлительность, тревога, страх, ужас и паническое состояние;
- 2) торможение, снижение умственной и двигательной активности, отрешенность, ступор;
- 3) переходные состояния – растерянность, удивление, недоумение, истерика.

Характерным также является развитие состояния фрустрации, т.е. подавленность и напряжение, связанные с восприятием препятствий как непреодолимых. Для человека в таком состоянии неважно, имеется ли возможность преодоления препятствия или нет. В таком состоянии он испытывает гнетущее напряжение, тревогу, может становиться агрессивным, злым. Поведение его упрощается (становится примитивным и нелогичным). Наблюдается стремление избежать трудной ситуации, и, как следствие этого, возникают немотивированные поступки и действия.

Паника, как крайнее состояние напряженности, может охватывать одного человека или группу людей. Она проявляется неудержимым, неконтролируемым сознанием стремлением избежать опасности. При этом разум уступает место инстинктам. В некоторых ситуациях состояние паники имеет «эпидемические» свойства. Это так называемое психическое заражение. Оно может быть эмоционально положительным и отрицательным. Важно отметить, что опасность, вызвавшая у людей паническое настроение, может быть не только реальной, но и мнимой, т.е. воображаемой.

Все вышеназванные отклонения в поведении наблюдаются в первые часы экстремальной ситуации и у многих прекращаются в течение ближайших суток. На основании анализа землетрясений в Ашхабаде (1948 г.), Скопле (1963 г.), Ташкенте (1968 г.), Армении (1988 г.) установлено, что в течение 2-24 часов отклонения в поведении отмечены у всех людей, включая тех, кто прибыл для оказания помощи. В приеме седативных средств и транквилизаторов нуждалось все население, вовлеченное в чрезвычайную ситуацию. В неотложной психоневрологической помощи нуждались до 10% людей, оказавшихся в зоне землетрясения. У 55% травмированных лиц причиной травмы были неправильные, неосознанные действия, обусловленные страхом или паническим состоянием (Зубарев Ю.Г., 1990).

Поскольку почти все выжившие после катастрофы (стихийного бедствия) имеют отклонения в поведении, а значительная часть – психоземotionalные расстройства, они нуждаются в приеме седативных средств и транквилизаторов. В дальнейшем из-за возможности психической дестабилизации – развития фобий, депрессии, психосоматических и поведенческих (личностных) нарушений – большинство людей, перенесших бедствия и катастрофы, будут нуждаться в наблюдении психиатра на протяжении от 1 до 5 лет.

Гребнев А.Р., Жабин А.В., Смышляев А.Л.
**СОКРАЩЕННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА**

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

Техника сокращенного УЗИ (известная под аббревиатурой FAST) получила широкое распространение с 1980-х годов и обязательно используется как диагностический прием первой линии у пострадавших с тяжелой травмой. Исследование выполняется врачами не УЗ-специалистами и направлено на выявление свободной жидкости в брюшной полости.

Цель настоящей работы – оценить возможность использования сокращенного УЗ-исследования при диагностике повреждений живота у пострадавших с тяжелой травмой в сравнении хирургическими методами диагностики.

Результаты: среди 63 пострадавших мужчин было 44, женщин – 19. Средний возраст составил $38,4 \pm 16,7$ лет. В исследование вошли 53 пострадавших с закрытой травмой, с тяжестью повреждений по шкале ВПХ-П (МТ) $11,3 \pm 7,5$ и ISS $25,8 \pm 10,9$ балла и 10 пострадавших с проникающими ранениями живота с тяжестью по шкале ВПХ-П(Р) $5,0 \pm 6,3$ и ISS $16,7 \pm 9,1$ балла соответственно. Тяжесть состояния при поступлении по шкале ВПХ-СП составляла в среднем $32,1 \pm 12,8$ балла, что при традиционной оценке соответствует крайне тяжелому состоянию. Травматический шок различной степени выявлен у 52 человек; 6 пациентов находились в терминальном состоянии. Для диагностики повреждений органов живота лапароцентез использован у 54 (84,1%) пациентов, 40 (84%) из них не требовали дальнейшего хирургического пособия. Кровь получена у 13 (24,1%) пациентов, содержимое желудка – у 1 (1,9%). Сроки от момента травмы до выполнения лапароцентеза составили в среднем $35,2 \pm 27,9$ мин, при этом продолжительность самой манипуляции была $12,6 \pm 4$ мин. Осложнения в виде перфорации полого органа зафиксированы в 2 (3,7%) случаях. 21 (33%) пострадавшему было выполнено сокращенное УЗИ живота. У 18 человек жидкости в брюшной полости не выявлено: четверем дальнейшая диагностика не проводилась, лапароцентез выполнен у 14. Условно ложноотрицательный результат УЗ получен в 1 случае (6%); истинно отрицательные результаты в 17 (94%). У 2 пациентов выявлены УЗ-признаки жидкости (подтверждено при лапароцентезе) 100% истинноположительных результатов. Время сокращенного УЗИ живота составляло 2-4 мин.

Таким образом, лапароцентез является диагностическим приемом с длительным временем получения диагностической информации, составившим $47,5 \pm 28,9$ мин. Выполнение данных диагностических приемов сопряжено с риском осложнений (в исследуемой выборке – 3,7%). Сокращенное УЗИ является легко доступным для неспециалистов, мобильным, неинвазивным, быстрым, многократно повторяемым методом диагностики.

Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А., Сапаров М.Э.

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Тактика ведения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) предполагает проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), которая является важнейшим способом коррекции синдрома острой дыхательной недостаточности у этих пациентов. Это объясняет важность изучения осложнений, возникающих во время проведения ИВЛ, одним из которых является нозокомиальная пневмония (НП). Высокая частота нозокомиальных инфекций среди пациентов с тяжелой ЧМТ приводит к увеличению длительности и стоимости лечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии и высокой летальности.

Цель исследования – улучшение антибиотикотерапии нозокомиальной пневмонии у больных с тяжелой ЧМТ на основании ретроспективного анализа микробного пейзажа и антибиотикорезистентности.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ бактериальных посевов мокроты 213 пациентов с тяжелой ЧМТ, находившихся в отделении нейрохирургической реанимации в период с 2009 по 2012 годы, у которых развилась НП на фоне проводимой ИВЛ (по данным клинико-рентгенологического обследования). Выявлено, что основной патогенной флорой являются грамотрицательные микроорганизмы и их микст: *Kl.pneumonia* (в 84% случаев), *Ps. aeruginosa* (78%), *Enterobacter aeruginosa* (8%); грамположительная флора: *Staph. aureus* (3%). Чувствительность к антибиотикам распределялась следующим образом: Цефтриаксон (3%), Цефоперазон + Сульбактам (84%), Амикацин (82%), Ципрофлоксацин (86%), Пефлоксацин (23%), Левофлоксацин (81%).

На основании данных анализа микробиологического пейзажа и антибиотикорезистентности были введены схемы стартовой антибиотикотерапии: 1) Цефоперазон + Сульбактам (4 г в сутки) и Амикацин (1000-1500 мг в сутки); 2) Цефоперазон + Сульбактам (4 г в сутки) и Левофлоксацин (1000 мг в сутки), в дальнейшем антибиотикотерапия продолжалась согласно результатов бактериального исследования мокроты.

Результаты. При применении данных схем стартовой антибиотикотерапии отмечалось снижение признаков интоксикации: снижению лейкоцитоза, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), изменений в лейкограмме, уменьшению длительности проведения пролонгированной ИВЛ в среднем на 2,7 суток, продолжительности нахождения больного в отделении реанимации в среднем на 3 суток, снижению летальности на 2,3%.

Выводы. Начало антибиотикотерапии с препаратов, обладающих максимально высокой активностью против всех наиболее вероятных возбудителей госпитальной пневмонии данного отделения, сопровождается не только лучшими клиническими результатами, но и меньшими затратами на лечение в целом.

Даниленко И.М., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А., Давыдова Н.С.

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ**

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Екатеринбург, Россия

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) – одна из важнейших проблем клинической медицины. Смертность при ТЭЛА достигает 30%, однако адекватная тактика ведения пациента с точной диагностикой и своевременным назначением оптимального лечения позволяет снизить этот показатель до 2-8%.

Цель работы – определение путей совершенствования оказания скорой медицинской помощи (СМП) при ТЭЛА в г. Екатеринбурге.

Проведено ретроспективное исследование 1950 пациентов с ТЭЛА, обратившихся за помощью в службу СМП за 2009-2012 годы (электронная база АДИС).

Средний возраст пациентов с ТЭЛА составил 61 (51÷73) лет, соотношение мужчин и женщин – 1014 чел./52% и 963 чел./48%. Количество вызовов СМП с диагнозом ТЭЛА стабильно в пределах 0,096-0,11% в год от всех вызовов (454-530 случаев). Наиболее частыми поводами для вызова являются нарушение сознания (от 14,72% до 22,06%) и одышка (от 15,64% до 17,64%). Осложнения при ТЭЛА встречаются более чем в четверти процентов случаев: шок (7,49-9,43%) и клиническая смерть (8,82-11,78%). Догоспитальная летальность при данной патологии имеет тенденцию к повышению от 34,14% до 39,28% в динамике, из них до прибытия бригады – 25,99% до 31,46%; в присутствии бригады показатели смертности существенно не отличаются (9,47% – 8,42%). Увеличивается количество пациентов, переданных специализированным реанимационным бригадам (с 9,25 до 14,83%). Расхождение диагнозов СМП и стационара (не подтверждение диагноза ТЭЛА в ЛПУ) составляет до 72,5%. К сожалению, отсутствие патогенетической терапии (антикоагулянты) наблюдается до 65% случаев. Применение дезагрегантов, не имеющих оснований при венозных тромбах, встречается до 40% случаев. Уменьшение количества смертельных исходов и тяжелых осложнений при ТЭЛА на догоспитальном этапе может быть достигнуто путем принятия единых стандартов диагностики и лечения. При обосновании диагноза должны применяться методы объективизации – шкалы вероятности ТЭЛА, оценка риска ранней смерти, оценка наличия тромбоза глубоких вен нижних конечностей. В лечении необходимо использовать методы, позволяющие профилактировать развитие осложнений. Таким образом, высокая смертность при ТЭЛА (от 11 до 15% от всех смертей в присутствии бригады) должна обусловить пристальное внимание к данной патологии.

Данилов В.А., Усатов А.В., Еремина О.В.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА (УРАПИДИЛА, TAKEDA)
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ БЮДЖЕТНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»
Г. ВОЛЖСКОГО**

ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи»,

г. Волжский, Россия

Гипертонические кризы занимают одно из первых мест в структуре неотложных состояний. Несмотря на доступность большого числа антигипертензивных средств, обращаемость пациентов за экстренной медицинской помощью ежегодно растет и составляет 27,4% обращений по поводу гипертонических кризов.

Для купирования гипертонических кризов в ГБУЗ «КССМП» до 2014 г. использовался целый ряд антигипертензивных средств, таких как Каптоприл, Нифедипин, Клофелин, Эналаприлат.

С 1 января 2014 года вступил в силу закон Волгоградской области «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Волгоградской области медицинской помощи на 2014 г.», куда впервые был включен препарат Эбрантил.

Учитывая стандарты скорой медицинской помощи при артериальной гипертензии, утвержденные приказом МЗ РФ №1513н от 24.12.2012 г., и полученные данные, подтвержденные в ряде исследований, осуществленных в рамках международных протоколов о высокой эффективности Эбрантила, администрация ГБУЗ «КССМП» ознакомила медицинский персонал с данным препаратом и обеспечила его закупку.

Нами было проведено соответствующее исследование с использованием Эбрантила на догоспитальном этапе при гипертоническом кризе у пациентов, обратившихся в ГБУЗ «КССМП».

В исследование было включено 62 пациента с гипертоническим кризом, среди них 29 мужчин и 33 женщины, обратившиеся за помощью в ГБУЗ «КССМП» за период с января по март 2014 г. Исследование проводилось по картам вызовов скорой медицинской помощи. Возраст пациентов варьировал от 45 до 76 лет, составил в среднем 65,4 года.

В исследование были включены пациенты с гипертоническим кризом старше 18 лет (САД более 210 мм рт.ст. и/или ДАД 110 мм рт.ст.).

Критериями исключения были: аортокоронарное шунтирование, острый коронарный синдром, беременность, артериальная гипертензия вне криза, индивидуальная непереносимость и наличие противопоказаний к лекарственным средствам, применяемых в исследовании. Все выше перечисленные случаи исключались путем сбора анамнеза, объективного обследования и регистрации ЭКГ на догоспитальном этапе.

При наличии всех критериев включения и отсутствии критериев исключения, после получения письменного согласия пациентам начиналась оказываться медицинская помощь с использованием пероральных антигипертензивных препаратов, находящихся в укладке бригад скорой медицинской помощи – каптоприла 25 мг или нифедипина 10 мг сублингвально. Каптоприл назначался 64,5% случаев (40 чел.), нифедипин – 35,5% случаев (22 чел). Эффект от пероральных лекарственных препаратов ожидали в течение 15 минут, при его отсутствии назначалась парентеральная антигипертензивная терапия Эбрантилом 25 мг (5 мл) в разведении с 15 мл 0,9% раствора натрия хлорида в течение 2-3 минут. Через 15 минут при необходимости назначалось повторное введение 25 мг (5 мл) Эбрантила. Эффективность Эбрантила учитывалась при купировании гипертонического криза, успешным считалось снижение САД на 20-25% и/или ДАД ниже 100 мм рт.ст.

Статистический анализ производился с помощью программ «STATISTICA 8,0» и Microsoft Excel 7,0.

За период с января по март 2014 года за скорой медицинской помощью с повышением АД обратились 5549 человек (16,5% от общего числа пациентов, обратившихся в ГБУЗ «КССМП»), из них у 1170 пациентов (21,1%) был зарегистрирован гипертонический криз. Время ожидания пациентами обслуживания составило 12 мин. (от 10 до 18 минут). Среднее время пребывания бригады скорой медицинской помощи у пациента с гипертоническим кризом составило 34 минуты (от 30 до 45 минут).

Исходно средние значения уровня САД составили 227,8 мм рт.ст. (от 165 до 280 мм рт.ст.); ДАД – 115,3 мм рт.ст. (от 115 до 160 мм рт.ст.). После парентерального введения 25 мг Эбрантила уровень АД составил: САД – 173,5 мм рт.ст.

(от 140 до 240 мм рт. ст.); ДАД – 100,5 мм рт. ст. (от 80 до 140 мм рт. ст.), а после введения еще 25 мг Эбрантила (50 мг общая доза) САД составило 160 мм рт.ст. (от 120 до 180 мм рт. ст.) и ДАД – 89,4 мм рт.ст. (от 60 до 110 мм рт.ст.). Среднее значение ЧСС до лечения составило 84,4 (от 56 до 110 уд./мин.), после парентерального введения Эбрантила 25 мг – 78,6 уд./мин. (от 58 до 100 уд./мин.); после повторного введения 25 мг Эбрантила – 76,8 уд/мин. (от 58 до 90 уд./мин.).

Таким образом, Эбрантил эффективно снижал уровень АД при гипертоническом кризе, как систолическое, так и диастолическое давление, в зависимости от дозы: 25 мг – САД на 23,8%, ДАД на 12,8%; 50 мг – САД на 29,7%, ДАД на 22,4%. Следует отметить, что была выявлена незначимая тенденция к стабилизации ЧСС. Осложнений от введения препарата не было установлено.

Исходя из полученных нами данных и других исследований, осуществленных в рамках международных протоколов, больным с гипертоническим кризом можно рекомендовать применение препарата Эбрантила в условиях скорой медицинской помощи. Эбрантил не уступает другим антигипертензивным препаратам и позволяет рассчитывать на дополнительные возможности в успешном лечении развившегося гипертонического криза.

Дежурный Л.И.¹, Бояринцев В.В.², Неудахин Г.В.¹, Елдашова Е.А.²
**О НЕОБХОДИМОСТИ РАСШИРЕНИЯ ОБЪЕМОВ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН**

¹ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами
Президента Российской Федерации, Москва, Россия

В настоящее время в нашей стране утвержден перечень основных мероприятий первой помощи (приказ № 477н). В этот список включены простейшие действия, направленные на поддержание и спасение жизни людей, например, такие как определение признаков жизни, вызов скорой медицинской помощи, остановка кровотечения и т.д. Для большинства граждан России, учитывая их минимальную подготовку и то, что первую помощь они будут оказывать, как правило, в обычных бытовых условиях, дожидаясь прибытия бригад скорой медицинской помощи, этого перечня достаточно. Кроме того, указанная категория граждан не является организованной в отношении периодической переподготовки по первой помощи и наличия соответствующего оснащения. Также представители этой категории оказываются в ситуациях, требующих оказания первой помощи, достаточно редко.

Однако в нашей стране имеются определенные специальные службы, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами и регулярно ее оказывающие вследствие особенностей профессиональной деятельности. В первую очередь, это сотрудники пожарных и аварийно-спасательных подразделений МЧС. Данная категория участников оказания первой помощи обладает значительным потенциалом, поскольку имеет законодательную базу, оснащение, возможность подготовки и переподготовки по первой помощи. Кроме того, сотрудники МЧС иногда работают в условиях, когда медицинская помощь не может добраться до пострадавшего,

например, на пожаре, в очаге поражения ядовитыми веществами, и т.п. Зарубежный опыт работы аналогичных подразделений демонстрирует успешность подхода, когда сотрудники специальных служб оказывают помощь в расширенном, приближенном к медицинской помощи объеме.

В связи с вышесказанным, необходимо разработать для российских экстренных служб нормативно-правовую базу, программы подготовки и переподготовки, перечней оснащения для оказания первой помощи в расширенном объеме, для более эффективного использования имеющихся у них ресурсов и потенциала.

*Денисенко В.В., Петров А.В., Борисов М.Б., Ганин Е.В.,
Кажанов И.В., Гребнев А.Р.*

**ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ НАВИГАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА**

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

Современные методики малоинвазивного лечения в травматологии обычно предполагают не только минимальное повреждение тканей при операциях и использование высокотехнологичных специальных инструментов, но и наличие значимой лучевой нагрузки на больного и медперсонал. В последнее время есть тенденции к применению в оперативном пособии компьютерных цифровых технологий. Одним из таких примеров являются компьютерные навигационные системы, ориентированные на использование при малоинвазивных операциях в травматологии. В нашей клинике на снабжении имеется компьютерный навигатор Stryker, поддерживающий активную навигацию. Он работает как с обычными рентгеновскими снимками от электронно-оптического преобразователя, так и с КТ-изображениями. Для работы в травматологической операционной мы используем, в основном, программу Stryker Virtual Fluoroscopy V2.3, которая позволяет работать с любым количеством рентгеновских изображений, выполненных в разных плоскостях. Таким образом, в зависимости от поставленных целей, можно использовать 1-, 2- и 3-плоскостную виртуальную модель тела пациента. Принцип работы этой программы состоит в том, что полученные непосредственно в операционной рентгеновские снимки пациента тут же отображаются на экране компьютера, затем при помощи системы специальных датчиков, закрепленных на пациенте и инструментах, расположение инструмента накладывается на полученные рентгеновские изображения в режиме реального времени. Данную программу можно использовать для следующих операций: интрамедуллярный остеосинтез с блокированием, внутренний чрескожный остеосинтез винтами, удаление металлических имплантов. Компьютерный навигатор прошел апробацию в клинике, отработан алгоритм и навыки работы с ним. По многим, в том числе и нашим, оценкам использование этой системы при травматологических операциях сокращает лучевую нагрузку на пациента и медперсонал не менее чем на 50-60%. На данный момент при помощи компьютерного навигатора выполнено 7 операций интрамедуллярного остеосин-

теза длинных трубчатых костей с блокированием, 10 удалений металлических имплантов, 10 операций остеосинтеза костей таза канюлированными винтами. В дальнейшем мы планируем увеличивать долю плановых оперативных вмешательств с использованием компьютерного навигатора. По нашему мнению, применение компьютерной навигации позволяет уменьшить лучевую нагрузку, травматичность операции, кровопотерю, время анестезии и позволяет добиться наиболее оптимального расположения имплантов. В то же время эта методика достаточно сложна в применении, требует наработки определенных навыков, дорогостоящая, ограничена в применении во время репозиции переломов.

*Денисов А.В., Рева В.А., Головки К.П.,
Самохвалов И.М., Телицкий С.Ю.*

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО
ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «CELOX»
НА МОДЕЛИ МАССИВНОГО НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ**

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

Введение. Местные гемостатические средства (МГС) на основе хитозана зарекомендовали себя как высокоэффективные препараты для остановки продолжающегося артериального и венозного кровотечения.

Цель исследования – экспериментальная оценка эффективности МГС «Celox» на модели массивного наружного смешанного кровотечения из бедренных сосудов.

Материалы и методы. Исследование МГС проводилось в остром эксперименте на животных с использованием 5 баранов породы «Меринос», массой от 28 до 34 кг. Опытную группу составили 4 животных, 1 животное служило контролем. Методика эксперимента заключалась в клиновидном иссечении участка стенки бедренной артерии и вены до половины диаметра с последующим свободным кровотечением в течение 30 с. Истекшая кровь собиралась при помощи тампонов с последующим их взвешиванием. Из раны одним движением удалялась скопившаяся кровь, и тотчас выполнялась аппликация МГС (порошок или бинт) с последующей мануальной компрессией на область раны в течение 5 минут. Далее накладывалась давящая повязка на 120 минут наблюдения, после чего животное выводилось из эксперимента. Для стабилизации гемодинамики через 15 минут после ранения начиналась внутривенная инфузия кристаллоидных растворов.

Результаты. Эксперимент проводился на 8 задних конечностях опытных животных (баранов). Средний объем кровопотери за период 30 с составил 380 ± 70 мл и между группами не различался. У контрольного животного удалось выполнить эксперимент только на одной конечности ввиду несостоятельного гемостаза и гибели от продолжающегося кровотечения спустя 1,5 часа после ранения, несмотря на большой объем проведенной инфузионной терапии (2000 мл). Из 7 случаев применения МГС «Celox» на одном животном дважды применялся порошок (35 г) и в пяти случаях – бинт «Celox Gauze». Все животные опытной группы дожили до окончания эксперимента, а вторичный гемостаз состоялся

в 4-х из 5 случаев (80%) при использовании бинта и в 1 из 2-х случаев (50%) при использовании порошка. В целом первичный гемостаз был эффективен в 86% случаев, а вторичный гемостаз – в 71%. Применение МГС «Celox» не сопровождалось такими побочными эффектами, как нагревание окружающих тканей и эмболия сосудов.

Заключение. Местное гемостатическое средство «Celox» высокоэффективно для остановки смешанного (артериально-венозного) массивного кровотечения при повреждении сосудов конечностей. Применение бинта «Celox Gauze» более эффективно, чем использование порошка «Celox». Применение средств на основе хитозана не сопровождается нагреванием окружающих тканей и дистальной эмболией сосудов.

Диярова Т.Л., Салеев В.Б.

ВЛИЯНИЕ ОСТЕОПОРОЗА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ К СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн»,
г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл, Россия

Существенный рост средней продолжительности жизни, наблюдаемый, по крайней мере, в течение последних 50 лет, оказывает огромное влияние на структуру международного общества. С прогрессирующим старением общества происходит увеличение заболеваемости пожилых людей, среди которых важное место занимают дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата, к которым относится остеопороз.

Известно, что после 50 лет каждая 3-я женщина и каждый 12-й мужчина страдают остеопорозом, основным проявлением которого являются переломы позвонков, дистальной трети предплечья и шейки бедренной кости. По данным США, остеопоротические переломы выходят на первое место среди наиболее распространенных заболеваний у женщин.

Переломы костей и особенно тел позвонков нередко сопровождаются болевым синдромом и вызывают снижение трудоспособности. Переломы шейки бедра в большинстве случаев требуют длительной госпитализации и нередко хирургического вмешательства. Примерно 20% больных с данным переломом погибают в течение первого года жизни с его возникновения, а более 50% выживших становятся инвалидами и нуждаются в постоянном уходе. Все вышесказанное делает эту проблему актуальной и требует пристального внимания органов здравоохранения и социального обеспечения. Согласно оценке экспертов ВОЗ, остеопороз занимает четвертое место после сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических заболеваний и сахарного диабета.

По статистическим данным отделения скорой медицинской помощи (СМП) Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн (РКГВВ), который является гериатрическим центром Республики Марий Эл, установлено, что в структуре всех обращений пожилых к СМП по поводу несчастных случаев, переломы шейки бедра постоянно составляют в среднем ежегодно 35-40 вызовов (12,5% несчастных случаев), или 0,5% от числа всех обращений. В настоящее время появилось

множество публикаций о том, как остеопороз влияет на психологическое и социальное состояние пациента. Поэтому неудивительно, что одним из первых последствий хронических заболеваний является депрессия. Пациенты с выраженным остеопорозом нередко чувствуют упадок сил и состояние безнадежности. Все это также оказывает влияние на рост их обращаемости к СМП.

Дмитриенко О.Д., Плинк М.Ю.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Приоритетным направлением деятельности Балтийского центра телемедицины (БЦТМ) является неотложная медицина и медицина катастроф.

Постановка задачи – обеспечение оперативного реагирования и тактического взаимодействия в режиме видеоконференцсвязи (ВКС) при возникновении ЧС с органами МЗ РФ, государственной власти различных уровней, МЧС, оперативными подразделениями, учреждениями здравоохранения.

Развитие этого направления было обусловлено трагедией в г. Перми в 2009 г., когда впервые при оказании помощи при столь крупной катастрофе были использованы телемедицинские технологии ВКС. Платформой для развертывания телекоммуникационных систем стал БЦТМ. С 2010 года в качестве центра экстренной телемедицинской консультативной помощи федерального уровня осуществляется сотрудничество с ВЦМК «Защита» МЗ РФ в рамках проекта «Создание интегрированной платформы для оказания помощи при спасении пострадавших при ЧС». С 2011 года центр принимает участие во внедрении системы межведомственного взаимодействия в рамках Городской службы видеоконференцсвязи Санкт-Петербурга. Институт является единственным стационаром в Санкт-Петербурге, работающим в этих системах.

Проведенный анализ информационных процессов в экстренной медицине позволяет сделать следующие выводы:

- передача мультимедийных инфопотоков представляет трудности технологического и методологического характера. Выявление проблемных участков позволяет сформулировать более корректные требования к характеристикам сетевой среды со стороны пользователей – подразделений и служб экстренной помощи;

- необходимо обеспечение согласованности территориальных (стационары и т.п.) инфоподсистем с системами экстренной медицинской помощи и внутриклиническими информационными системами;

- информационное взаимодействие этих подсистем на разных этапах обслуживания (оказания экстренной помощи, стационарное лечение, реабилитация) пациента должно быть непрерывным во времени и исчерпывающим по полноте используемых данных, а также не зависеть от ведомственной принадлежности учреждений здравоохранения;

- следует продолжить исследования механизмов интеллектуального взаимодействия инфосистем служб экстренной медицинской помощи с городскими

оперативными службами с целью комплексного решения проблемы оказания помощи пострадавшим в условиях мегаполиса;

– улучшение качества принимаемых медицинских решений зависит также от готовности врача работать в условиях инфонасыщенной среды телемедицинских систем и сетей. Это существенно изменяет требования к подготовке медицинских специалистов.

Долотова Д.Д., Шурова Л.В., Акименко А.М., Кобринский Б.А., Будкевич Л.И.

**ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ОШИБОК В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПЛОЩАДИ ОЖОГА
У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НА ОСНОВЕ
ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ «ЭЛЕКТРОННАЯ СКИЦА»**

ГБОУ ВПО «Российский Национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия

Актуальность. Ожоги, являясь одними из самых опасных повреждений, составляют до 8% от общего количества травм. В России ежегодно регистрируется от 35 до 39 тысяч детей с ожогами. Первая помощь при ожогах оказывается, как правило, сотрудниками бригады скорой медицинской помощи (СМП). Расчет объема инфузионной терапии, а также принятие решения о госпитализации определяется главным образом площадью поверхностных и глубоких ожогов. Ошибки в определении площади ожога, которые, согласно различным источникам, совершаются в четверти случаев, ведут к серьезным, порой необратимым последствиям. Одним из способов снижения частоты подобных ошибок является использование программ, позволяющих автоматизировать расчет площади ожога. Разработанная авторами в 2013 году программа «Электронная скица» позволяет отметить пораженные участки на двумерной проекции тела человека и рассчитать площадь ожога. Использование в программе коэффициентов объемности человеческого тела обеспечивает высокую точность вычисления за счет учета площади боковых поверхностей.

Цель исследования – анализ частоты ошибок в определении площади ожога на этапах оказания помощи детям с термической травмой.

Материалы и методы. В ходе работы были использованы данные о госпитализации 60 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 8 лет с острой термической травмой в Детскую городскую клиническую больницу №9 им. Г.Н.Сперанского в период с 2012 по 2014 год. Сведения о госпитализации, такие как дата ожога, даты поступления и выписки, диагноз направившего учреждения, диагноз врача приемного отделения, заключительный клинический диагноз, были внесены в медицинскую информационную систему, разработанную авторами с помощью СУБД MS Access 2003. В последующем был проведен сравнительный анализ значений площади ожога, определенной участниками лечебно-диагностического процесса, с площадью ожога, рассчитанной посредством программы «Электронная скица». Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета SPSS 16.0.

Результаты. При анализе структуры ошибок в определении площади ожога было выявлено, что сотрудниками бригад СМП площадь рассчитывалась верно лишь в 22% случаев. При этом в четверти случаев наблюдались ошибки с недо-

оценкой или переоценкой площади более чем на 5%. В приемном отделении частота подобных ошибок была в 2 раза меньше. Корреляционный анализ показал, что ошибки в определении площади чаще имеют место при обширных ожогах ($r=0.814$, $p<0.001$). Использование программы «Электронная скица» позволило бы сократить число ошибок, тем самым улучшив качество оказания помощи пострадавшим с термической травмой.

Дубикайтис П.А., Алимов Р.Р.

**ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
СПБ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ им. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Проблема гипергоспитализации крайне актуальна для отечественного здравоохранения. С целью оценки текущего состояния стационаров скорой помощи Санкт-Петербурга выполнен анализ динамики некоторых показателей деятельности стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП) СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (СПбНИИСП) за последние 10 лет и их влияния на работу института.

Выполнено сплошное исследование случаев оказания помощи по экстренным и неотложным показаниям в СПбНИИСП за 2004-2013 гг. Число больных, обратившихся за год, выросло за 10 лет на 32% (с 47 422 чел. в 2004 г. до 62 280 в 2013 г.) при неизменной коечной мощности института. Повышенная нагрузка на стационар и рост требований к обоснованности госпитализации привели к росту доли пациентов, направленных на амбулаторное лечение из СтОСМП, с 8,2% в 2004 г. до 42,1% в 2013 г. Хронометраж сроков пребывания пациента в СтОСМП выявил увеличение среднего времени пребывания на 3,8 часа (290%): с 1,3 часа в 2004 г. до 5,1 часа в 2012 г. В 2013 г. после принятия ряда мер административного характера, в том числе ограничения плановой госпитализации, среднее время пребывания в СтОСМП сократилось на 30 мин. (9%) до 4,6 часа.

Рост уровня госпитализации и увеличение числа случаев выписки в первые сутки из СтОСМП закономерно сопровождалось увеличением среднего времени пребывания госпитализированных больных в стационаре с 7 койко-дней в 2004 г. до 8,5 в 2013 г., коэффициент корреляции с долей выписки из СтОСМП составил $0,95\pm 0,11$ ($p<0,01$), что объясняется, вероятно, концентрацией более тяжелых форм заболеваний в стационаре.

Распределение по дням недели показало, что максимальное количество как плановых, так и экстренно госпитализированных больных поступало в понедельник (143,6 чел. в день) с практически линейным снижением к концу недели (81,7 чел. в день, снижение на 43,1%). При этом число амбулаторных больных оставалось стабильным в течение всей недели (понедельник – 43,2 чел. в день, воскресенье – 42,2 чел. в день).

Представленные данные позволяют предположить, что повышение эффективности работы амбулаторно-поликлинического звена и сокращение поступления

большей части потенциально амбулаторных больных, не требующих неотложной госпитализации, эффективное их обследование и лечение на уровне поликлиник, способны сократить нагрузку на стационары города. Анализ распределения госпитализированных больных по дням недели показал, что ограничение плановой госпитализации в понедельник может оптимизировать распределение нагрузки на службы стационара в течение недели.

Елдашова Е.А.¹, Григорян А.Г.², Иевлев А.А.³

ДОСТУПНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ ПО ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

¹ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами

Президента Российской Федерации, Москва, Россия

²Межрегиональная общественная организация

«Национальная молодежная лига здравоохранения», Москва, Россия

³КУЗ «Липецкий территориальный центр медицины катастроф», г. Липецк, Россия

В настоящее время сеть Интернет стала наиболее простым инструментом для получения необходимой информации. Однако эта доступность имеет и отрицательную сторону, связанную с избытком информации или с ее низким качеством. Проанализировав с помощью современных поисковых систем Google и Yandex результаты поиска по ключевым словам «первая помощь», мы выяснили, что в сети Интернет имеются следующие виды сайтов:

1. Сайты обучающих центров по первой помощи.
2. Сайты производителей и (или) поставщиков определенных видов наглядных пособий, которые используются в процессе практической подготовки по первой помощи.
3. Непрофильные сайты, содержащие отдельные темы, посвященные первой помощи. Например, форумы, посвященные экстремальным видам спорта, туризму, путешествиям, оружию и т.п., а также сайты по охране труда, безопасности жизнедеятельности, охране.
4. Сайты медицинских организаций и электронные медицинские библиотеки.

Однако, несмотря на такое разнообразие, было установлено, что в Интернет-пространстве словосочетание «первая помощь» зачастую применяется в совершенно другом смысле – например, «первая помощь компьютеру», сеть аптек «Первая помощь», специализация в игре Warcraft по первой помощи и т.п. Очевидно, что подобная ситуация будет затруднять информационный поиск пользователям. Помимо этого, целый ряд сайтов содержит информацию об оказании первой помощи с применением либо устаревших методик, либо методик, не соответствующих современным рекомендациям. Отдельные сайты открыто заявляют о своем несогласии с официальными органами (например, с Министерством здравоохранения Российской Федерации) и принятыми рекомендациями по оказанию первой помощи.

Впрочем, имеются и положительные примеры. Например, сайт «Все о первой помощи» (<http://allfirstaid.ru/>) содержит необходимую информацию о различных аспектах первой помощи, в том числе о юридических. Также на сайте содержится информация о пошаговых действиях по оказанию первой помощи на месте происшествия, об алгоритмах ее оказания. К сожалению, подобные примеры единичны.

Жабин А.А., Рева В.А., Головки К.П., Денисов А.В.,
Сохранов М.В., Казначеев М.В., Самохвалов И.М.

**ОПЫТ ВНУТРИПОЛОСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «CELOX»
ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

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

Введение. Проблема остановки продолжающегося внутриполостного кровотечения на передовых этапах медицинской эвакуации остается насущной проблемой современной военно-полевой хирургии. Перспективными средствами временного гемостаза являются местные гемостатические средства (МГС), применяемые локально в ходе сокращенной лапаротомии.

Целью настоящего исследования явилась экспериментальная оценка эффективности МГС «Celox» на модели тяжелого повреждения печени (IV степени) в условиях гипотонии и коагулопатии.

Материал и методы. Проведен эксперимент на 4 свиньях породы «Вьетнамская вислобрюхая», массой от 40 до 68 кг. Опытную группу составили 3 животных, 1 животное было контрольным. Кровопотеря моделировалась забором 30-35% объема циркулирующей крови. Спустя 15 минут начиналась инфузия кристаллоидного раствора до стабилизации показателей гемодинамики. В ходе лапаротомии в рану выводился свободный край средней доли печени и иссекался участок паренхимы 3×10 см. Кровь, истекающая из поврежденной паренхимы печени в течение двух минут, тщательно собиралась тампонами с последующим взвешиванием. Выполнялся гемостаз с помощью бинта «Celox Gauze», участок которого соответствующей длины прикладывался к поврежденной паренхиме. Тампоны, плотно установленные к зоне повреждения, извлекались через 15 мин и взвешивались. Оценивался первичный гемостаз и печень повторно тампонировалась на двое суток, когда животное выводилось из эксперимента. Учитывались и анализировались следующие сведения о кровопотере: объем забранной крови, объем кровопотери за 2 мин свободного кровотечения после нанесения травмы печени, объем кровопотери за 15 минут первичной тампонады печени после применения МГС, посмертный объем жидкости в брюшной полости.

Результаты. Все животные опытной и контрольной группы дожили до окончания эксперимента. При аутопсии из брюшной полости контрольного животного было эвакуировано больше геморрагической жидкости, чем из брюшной полости животных опытной группы (400 мл против 230±65 мл, $p=0,32$). Только у животного контрольной группы в брюшной полости имелись кровяные свертки, свидетельствующие об имевшем место продолжающемся кровотечении. У контрольного животного отмечено падение цифр гемоглобина до 70 г/л на первые сутки после операции. Ни у одного из животных опытной группы этот показатель не опускался ниже 100 г/л за весь период наблюдения.

Заключение. Гемостатический бинт «Celox Gauze» высокоэффективен для остановки внутреннего кровотечения при тяжелом повреждении печени (IV степени) экспериментального животного. Выживаемость животных опытной группы в условиях коагулопатии и ацидоза составила 100%.

Жинко А.Е., Новикова Н.П., Авраменко Т.В.

ЗНАЧЕНИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Учреждение здравоохранения ГССМП,

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

г. Минск, Республика Беларусь

Скорая (неотложная) медицинская помощь – это форма медицинской помощи, оказываемая пациентам по жизненным показаниям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, осуществляемая на догоспитальном этапе службой скорой (неотложной) медицинской помощи, работающей в порядке, установленном постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 октября 2009 г. № 110 «Об утверждении Инструкции о порядке организации деятельности службы скорой (неотложной) медицинской помощи» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2009 г., № 278, 8/21588).

Основными принципами организации службы скорой (неотложной) (СНМП) медицинской помощи являются: доступность населению этого вида медицинской помощи; оперативность в работе и своевременность прибытия бригад к пациентам; полнота оказываемой медицинской помощи; обеспечение при наличии показаний беспрепятственной транспортировки в соответствующие профильные организации здравоохранения для уточнения диагноза и решения вопроса о необходимости госпитализации, а также преемственность в работе со стационарными и амбулаторно-поликлиническими организациями здравоохранения, обеспечение непрерывности лечебно-диагностического процесса на этапе оказания СНМП при взаимодействии с амбулаторно-поликлиническими и больничными государственными организациями здравоохранения; обеспечение постоянной готовности службы СНМП к работе при возникновении чрезвычайных ситуаций. Служба СНМП Республики Беларусь представлена 25 станциями, 40 подстанциями, 108 отделениями и 103 постами.

Обращаемость населения РБ в службу СНМП РБ в последние годы неуклонно растет. Так, в 2013 году показатель обращаемости населения на 1 000 чел. составил 369,8 по сравнению с 365,9 в 2012 году. При этом целевым показателем в соответствии с приказом № 791 МЗ РБ «О среднереспубликанских нормативах объемов медпомощи, предоставляемой гражданам организациями здравоохранения системы МЗ РБ за счет средств бюджета на 2014 год» от 16 июля 2013 года является 320 выездов на 1000 населения. В структуре вызовов бригад преобладают неотложные вызова (60,9%), в 28,3% – внезапные заболевания, в 8,7% – несчастные случаи и 6,5% составляют перевозки. Укомплектованность кадрами в 2013 г. составила 64,4% для врачей и 83,6% для фельдшеров, что ниже, чем в 2012 г. (65,2% и 86,3%, соответственно).

Выводы:

1. Служба скорой (неотложной) медицинской помощи Республики Беларусь справляется с возложенными на неё обязанностями.

2. Ежегодно идет нарастание количества вызовов по неотложной помощи (2012 год – 71,1%, 2013 год – 71,5%), часть из которых должна быть выполнена на уровне амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения.

3. Количество бригад соответствует государственному минимальному социальному стандарту: 1 бригада СМП на 12000 населения в областях, 1 бригада СМП на 12500 населения в г. Минске.

4. Оснащенность бригад СМП улучшилась, хотя в отдельных регионах (учреждениях) РБ ещё остаётся недостаточной.

Жила Н.Г.

**О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ
УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
У ДЕТЕЙ ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Своевременная и правильно оказанная первая помощь детям с повреждениями опорно-двигательного аппарата позволяет предупредить различные осложнения и способствует более быстрому выздоровлению. При этом специалистами скорой медицинской помощи при переломах костей у детей используется транспортная иммобилизация с целью удержания отломков от дальнейшего смещения и предупреждения ранений сосудисто-нервного пучка. Так, достаточно частым осложнением при чрезмыщелковых переломах плечевой кости является повреждение (от ушиба до полного перерыва нервного ствола) периферических нервов (ПН) – от 6 до 16% [2]. G. Vodner et. al. [3] указывают, что при переломе плечевой кости частота повреждения лучевого нерва, в силу особенностей его анатомического положения, достигает 18%, а посттравматические изменения лучевого нерва, требующие повторного хирургического вмешательства, достигают 46%, что указывает на недостаточный уровень диагностики повреждений ПН. Следовательно, качественный уровень организации медицинской помощи детям с острой скелетной травмой верхней конечности зависит также от точности диагностики повреждения того или иного нервного ствола.

С целью повышения качества диагностики травматических повреждений ПН, нами создана математическая модель нервного ствола верхней конечности у детей [1], а также выявлены возрастные ультразвуковые закономерности формы срединного, лучевого и локтевого нервов и, соответственно, их размеров в зависимости от топографии (Патент РФ на изобретение № 2498774). Это, на наш взгляд, позволит при проведении УЗИ переносной портативной аппаратурой объективно визуализировать характер повреждения ПН на месте происшествия и оптимизировать тактику оказания первичной помощи при переломах плечевой кости у детей. В тех случаях, когда имеется ущемление нервного ствола костными отломками и угроза его анатомического перерыва, травмированную конечность целесообразно иммобилизовать не меняя её положения, чтобы не усугубить травматизацию ПН. В случаях, когда нервный ствол не вовлечён в зону перелома кости, может быть применена традиционная транспортная иммобилизация верхней конечности в среднефизиологическом положении.

Литература

1. Романова, М.Н. Моделирование морфометрических параметров периферических нервов верхних конечностей у детей при ультразвуковом исследовании [Текст] / М.Н. Романова, Н.Г. Жила, Е.Н. Мурая // Детская хирургия. – 2013. – №2. – С. 36-39.
2. Петров, Г.Г. Хирургическое лечение чрезмышечелковых переломов плечевой кости у детей [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.Г. Петров. – Иркутск, 2004. – 16 с.
3. Bodner, G. Radial nerve palsy associated with humeral shaft fracture: evaluation with US-initial experience [Text] / G. Bodner [et al.] // Radiology. – 2001. – Vol. 219. – P. 816.

Закурдаева А.Ю.¹, Неудахин Г.В.², Григорян А.Г.³

МОТИВАЦИЯ И ПРОПАГАНДА К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

¹АННИО «Экстренная медицина», г. Воронеж, Россия

²ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Москва, Россия

³Межрегиональная общественная организация

«Национальная молодежная лига здравоохранения», Москва, Россия

В случае ДТП, несчастного случая и т.п. первую помощь пострадавшему стремятся оказывать лишь единицы наших соотечественников. Это связано с тем, что общество в целом и каждый человек в отдельности не мотивированы качественно обучаться и оказывать первую помощь.

Что такое мотивация? Мотивация – это внешнее или внутреннее побуждение субъекта к деятельности во имя достижения каких-либо целей, наличие интереса к такой деятельности и способы его инициирования, побуждения. Таким образом, в отношении первой помощи грамотная мотивация является таким же важным звеном, как и правовая база, обучение, оснащение, учет и контроль.

В связи с тем, что реабилитация пострадавшего в ДТП – это огромные материальные вложения со стороны государства, а вовремя оказанная первая помощь способна не только облегчить последующее лечение пострадавшего, но и снизить расходы госбюджета, государство как никто другой должно быть заинтересовано в пропаганде первой помощи. Однако, в отличие от стран Европы и США, в России государственная политика в этом вопросе практически не развита.

При этом мотивация является одной из составляющих системы первой помощи. В результате отсутствия этого элемента в системе, ожидаемые от совокупной деятельности результаты значительно снижаются.

Так как мероприятий по пропаганде первой помощи на федеральном, региональном и местном уровнях практически нет, а потребность в их проведении существует, нами выдвигаются несколько предложений по мотивации общества в данном вопросе.

Во-первых, в связи с тем, пропаганда по первой помощи должна охватить максимальное количество дееспособных лиц, она должна распространяться по возможности во всех существующих и доступных на данный момент средствах массовой информации.

Во-вторых, для того, чтобы потенциальный участник оказания первой помощи мог включиться в познавательный процесс в любой момент, часть мотивирующих материалов должна распространяться в средствах массовой коммуникации на постоянной основе, часть – циклично.

В-третьих, для достижения наибольшей эффективности мотивирующие материалы должны быть не только информационными, но развлекательными, отвечать этическим и эстетическим потребностям общества.

Зарипова З.А., Акмалова Р.В.

**МНОГОЭТАПНАЯ СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА
МЕДИЦИНЫ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ
В УСЛОВИЯХ РЕОРГАНИЗАЦИИ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

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

В связи с предстоящей отменой послевузовской специализации в пользу врачей амбулаторного звена, актуальным представляется вопрос кадрового дефицита в специальностях, сопряжённых с обеспечением неотложной и экстренной помощи населению. В этом числе окажутся врачи скорой медицинской помощи и анестезиологи-реаниматологи. Поскольку эти две специальности в чём-то близки и касаются терапии urgentных состояний, то и подход к решению некоторых задач может быть единым. Кроме того, остро стоит проблема качества выпускаемых специалистов в связи с недостаточным сроком обучения в интернатуре/ординатуре, что подводит нас к идее реорганизации в системе подготовки в медицине критических состояний. Заметим, что эта специальность в нашей стране на сегодняшний день является условной, однако за рубежом данное направление существует уже давно. Мы не будем рассматривать традиционный путь поступления выпускника на работу в поликлинику, а рассмотрим альтернативный вариант.

Предусматривая реструктуризацию приёмных отделений стационаров и принимая во внимание требования Болонского процесса, когда после каждого этапа обучения необходимо выпустить специалиста на рынок труда, мы предлагаем многоэтапную систему подготовки. Схема представляет собой пирамиду, которая состоит из четырёх уровней. Первым уровнем является изучение urgentных состояний и помощь на догоспитальном этапе с обязательной отработкой практических навыков на машине скорой медицинской помощи; его длительность составляет не менее 1 года. Вторым уровнем представляет собой работу в шоковой палате приёмного отделения клиники не менее 1 года. Третий – работа в реанимационном отделении (1 год). Четвёртым уровнем может быть работа в операционной (экстренная и плановая анестезиология сроком не менее 2 лет).

Особенностью этой системы является то, что после каждого этапа обучающийся может завершить своё обучение с получением сертификата и листа допуска к определённым манипуляциям, после чего он может как оставаться в этой «зоне ответственности» и работать, так и претендовать на продолжение образовательной кривой при условии успешного прохождения экзаменационных испытаний. В последующем ординатор может вернуться на любую из предыдущих «ступеней» и прекратить своё обучение, либо при желании вновь возобновить его. С одной стороны, такая этапность подготовки позволит постоянно пополнять кадровый состав служб, а с другой – обеспечит качественную подготовку специалистов при сохранении преемственности при обучении.

Захидов А.Я.

ЦЕРЕБРО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Центральное место в интенсивной терапии острейшего периода инсульта занимают осложнения со стороны жизненно важных органов и систем. До настоящего времени многие аспекты патогенеза этих осложнений, вопросы их профилактики и лечения остаются окончательно нерешенными. Прежде всего, это касается осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы и ее основного звена – миокарда с формированием церебро-кардиального синдрома (ЦКС).

Цель исследования – уточнение морфофункциональной основы и патогенетических механизмов развития ЦКС в остром периоде мозгового инсульта с разработкой критериев диагностики и интенсивной терапии данного синдрома.

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проводили с моделированием ишемического и геморрагического инсульта на 60 беспородных белых крысах. Модель геморрагического инсульта воспроизводили под гексеналовым наркозом с использованием стереотаксического метода и атласа мозга крыс.

Результаты. Воспроизводили латеральные и медиальные внутримозговые гематомы с использованием гепаринизированной аутокрови при помощи шприца Гамильтона. Модель ишемического инсульта воспроизводили путем перевязки внутренней сонной артерии. Изучали реакцию миокарда экспериментальных животных методом электронной микроскопии.

Клинические исследования проводили с включением 300 больных с ОНМК, в том числе 150 больных с геморрагическим и 150 больных с ишемическим инсультом.

На основе результатов клинико-экспериментальных исследований установлено:

1. Морфофункциональную основу истинного ЦКС при мозговом инсульте составляют деструктивные изменения в миокарде некоронарогенного генеза.
2. Одним из ключевых моментов в патогенетической цепи развития ЦКС является дисфункция вегетативных центров с гиперактивацией симпатoadрeналовых механизмов и гиперкатехоламинемией с развитием катехоламинового некроза кардиомиоцитов.
3. Диагностика ЦКС должна основываться на данных ЭКГ мониторинга, данных ЭхоКГ, оценки уровня МВ-КФК, а также коронарографических исследований.
4. Развитие ЦКС в остром периоде мозгового инсульта приводит к формированию патологического круга взаимообусловленных нарушений мозг–сердце–мозг, что является одним из факторов, снижающих церебральное перфузионное давление и усугубляющих течение и исход основного заболевания.

Захидов А.Я.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Согласно последним рекомендациям Европейской Инициативной группы по проблеме инсульта (UESI) одним из перспективных методов ранней реканализации при ишемическом инсульте (ИИ) является тромболитическая терапия (ТЛТ). В РНЦЭМП ТЛТ в условиях «терапевтического окна» проведена 50 больным с ИИ. Причем 27 больным осуществлена системная ТЛТ, а 23 – интра-артериальная ТЛТ. Предварительный анализ полученных результатов свидетельствует, что ТЛТ является эффективной и безопасной. Результаты исследований показали, что степень реканализации при системной ТЛТ составила 57,1%, а при интра-артериальной ТЛТ – 72,5%, что указывает на преимущества интра-артериального способа.

В настоящее время каротидная эндартерэктомия (КЭ) является стандартным методом профилактики ИИ при окклюзионно-стенотических поражениях сонных артерий (Покровский А.В., 2003). Общепринятым является осуществление КЭ по истечении острого периода ИИ. Вместе с тем, по мнению ряда современных авторов, существует контингент больных, которые нуждаются в проведении КЭ по экстренным и неотложным показаниям (Humphrey P., Moore W., 2000). В условиях РНЦЭМП КЭ по экстренным и неотложным показаниям осуществлена у 65 больным, в том числе у 49 (64,6%) больных с малым ИИ, у 8 (10,8%) – с персистирующей прогрессией инсульта, у 6 (18,5%) – с частыми ТИА, в 2 случаях (6,2%) – с флотирующим тромбом. Время от начала ишемических расстройств до проведения операции составило от 2-х до 18 суток.

Результаты проведенных исследований показали, что существует четыре клинических сценария, при которых целесообразно выполнение КЭ по экстренным или неотложным показаниям: нарастающие танзиторные ишемические атаки (ТИА), малый ИИ при наличии гемодинамически значимого или критического стеноза сонных артерий, персистирующая прогрессия инсульта, флотирующий тромб. Лучшие клинически значимые результаты получены при КЭ на этапах обратимых ишемических неврологических нарушений (ТИА, «малый инсульт»).

Одним из перспективных методов реканализации при стенотических поражениях магистральных артерий головы является баллонная ангиопластика и стентирование. Результаты проведенных крупных исследований показали отсутствие различий эффективности КЭ и стентирования (Henry M., Amor M., 2000; Reimers B., Cernetti S., 2002). В условиях РНЦЭМП ангиопластика и стентирование при окклюзионно-стенотических поражениях магистральных артерий головы осуществлены 4 больным. В 2 случаях осуществлено стентирование внутренней сонной артерии, в 2 – позвоночной артерии. Предварительные результаты анализа этих случаев свидетельствуют о том, что в отдельных случаях баллонная ангиопластика и стентирование могут быть альтернативой КЭ.

В целом первый опыт медикаментозной или хирургической реканализации при окклюзионно-стенотических поражениях магистральных артерий головы в

остром периоде ИИ свидетельствует об эффективности и безопасности реперфузионной терапии по экстренным и неотложным показаниям.

Зубарева О.В., Панова А.Г., Леонова П.В., Черная М.И.
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА**

НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, Москва, Россия

В настоящее время возросла актуальность проблем диагностики и лечения психических расстройств, сопряженных с соматической патологией, в связи с их крайне негативным воздействием на течение заболевания.

Пациенты с сочетанной травмой груди и живота, полученной в результате аутоагрессивных или суицидальных действий на фоне психических расстройств, являются наиболее сложными в лечении и реабилитации. Проведен анализ результатов обследования и лечения 453 пациентов с сочетанной травмой груди и живота и психическими расстройствами, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2008 по 2013 годы в соматопсихиатрическом отделении для хирургических больных.

В зависимости от психопатологической картины, анамнестических данных, механизмов и сроков развития психических расстройств пациенты были разделены на три группы. В первую группу вошли 192 пациента, у которых на 3-4-е сутки с момента госпитализации развились психотические расстройства, связанные с алкогольной и/или наркотической интоксикацией и состоянием отмены (F 10.4). В этой группе преобладали пациенты, страдающие хроническим алкоголизмом (85%). Психотическое расстройство возникало на фоне состояния отмены, с очень коротким продромальным периодом в виде бессонницы и чувства страха. В лечении данного вида расстройств значительное внимание уделялось коррекции нарушений нейрометаболизма с помощью нейропротекторов, ГАМКэргических ноотропных препаратов, витаминов группы В, гипербарической оксигенации.

Вторая группа (143 пациента) состояла из пациентов с декомпенсацией имеющегося ранее и/или впервые возникшего психического расстройства, на фоне которого произошла травма. Основными задачами психофармакотерапии были: купирование психомоторного возбуждения и галлюцинаторно-бредовой симптоматики, восстановление утраченной критики, создание лечебно-охранительного режима. Применение психотропных препаратов производили по принципу минимальной достаточности, с учетом соматического состояния пациентов и специфики психопатологии.

В третью группу (117 пациентов) вошли пациенты с психическими расстройствами, связанными со стрессом (F 23). С целью коррекции аффективных и поведенческих расстройств в этой группе пациентов применяли полимодальную психотерапию, которую проводили у постели больного.

Таким образом, наличие коморбидности тяжелой соматической и психопатологии потребовало дифференцированного подхода в проведении специфической психофармако- и психотерапии с целью коррекции психического состояния и создания оптимальных условий для проведения общесоматической терапии.

Зубарева О.В., Леонова П.В., Черная М.И.

ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

По данным различных исследований (Shepherd M., 1981; Rogers M.P., et al., 1980; Snyder S. et al., 1989; Karlsson H. et al., 1995; Смулевич А.Б., 1997), число больных с психическими расстройствами в общесоматической сети колеблется в широких пределах – 10-50% всех обратившихся за медицинской помощью, что свидетельствует об актуальности создания системы специализированной помощи этим контингентам.

В организации неотложной психиатрической помощи в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского совмещается два принципиальных подхода: централизованный, когда пациенты с сочетанием острой соматической и психической патологией лечатся в специализированном соматопсихиатрическом отделении для хирургических больных (СПОХБ), и децентрализованный, при котором научные сотрудники, дежурная психиатрическая служба обеспечивают специализированную помощь больным «на местах», т.е. в клиниках института, соответствующих профилю их соматической патологии. Лечебный процесс и консультативная работа обеспечиваются силами отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств. Научно-практическую деятельность отделения осуществляют по нескольким направлениям. Это разработка и совершенствование методов оказания психиатрической и особенности оказания хирургической помощи пациентам с ранениями и закрытой травмой, полученными при аутоагрессивных и/или суицидальных действиях, совершенствование диагностики и психофармакотерапии психических расстройств, развившихся на фоне соматической патологии. Также осуществляется работа по совершенствованию немедикаментозных методов (мультимодальная ПТ) лечения расстройств, связанных с тяжелым стрессом. В процессе оказания неотложной психиатрической помощи пострадавшим можно выделить несколько этапов: 1) госпитализация, 2) диагностика, 3) терапия и наблюдения, 4) выписка из стационара. Проводимые мероприятия на этапах оказания помощи: оценка психического и суицидального статуса больного, госпитализация/перевод в профильное отделение, решение юридических вопросов, выбор тактики ведения больного (психофармакотерапия, полимодальная психотерапия и их сочетание), заключительная оценка психического состояния, его прогноз и рекомендации.

Полноценная, включающая своевременную диагностику и адекватную терапию специализированная помощь контингенту больных с психическими расстройствами осуществляется в условиях интеграции (в соответствии с разработанными этапами) психиатрической службы в общесоматическую медицину. Таким образом модель «интегрированной медицины» не только обеспечивает тесное взаимодействие психиатров и врачей других специальностей (в том числе, работающих в системе скорой и неотложной помощи), но и обеспечивает восстановление работоспособности и социально-бытовую реабилитацию, а также повышение качества жизни пострадавших.

Зыятдинов К.Ш., Фаттахов В.В., Шигапов Б.Г., Асадуллин Ш.Г.
**СОЗДАНИЕ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ
МИНИСТЕРСТВА ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ
И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Казань, Россия

Оказание экстренной психологической помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях непосредственно на границе очага поражения является одной из основных задач службы медицины катастроф. Непосредственно ее реализуют бригады психолого-психиатрического, психолого-неврологического профиля и бригады медико-психологической реабилитации (Сахно И.И., Сахно В.И., 2001).

Служба экстренной медико-психологической реабилитации Республиканского Центра реабилитации Министерства по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям Республики Татарстан была создана согласно приказу Министра по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям Республики Татарстан от 14.11.97г. № 86 «О создании службы экстренной реабилитации Министерства по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям Республики Татарстан», во исполнение закона Российской Федерации «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей», постановления Правительства Российской Федерации от 31.10.96 г. № 1312 «О порядке бесплатной медицинской реабилитации спасателей в Российской Федерации» и Постановления Кабинета Министров Республики Татарстан от 24.02.97 г. № 166 «Об организации Республиканского Центра реабилитации Министерства по чрезвычайным ситуациям Республики Татарстан».

Служба предназначена для проведения комплекса мероприятий по предупреждению и уменьшению медико-психологических последствий стихийных бедствий, аварий, катастроф, организации и проведения экстренной медико-психологической реабилитации спасателей, работающих в экстремальных условиях, и населения, пострадавшего в чрезвычайных ситуациях на территории Республики Татарстан.

Иевлев А.А.¹, Дежурный Л.И.², Елдашова Е.А.³

**ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ИНСТРУКТОРОВ
И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ**

¹КУЗ «Липецкий территориальный центр медицины катастроф», г. Липецк, Россия

²ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр»

Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

В настоящее время в России насчитывается около 8 000 автошкол, которые готовят 2,5 млн. водителей ежегодно в соответствии с утвержденными на федеральном уровне программами. Однако качественные и количественные характеристики такого обучения значительно различаются, и большинство водителей

крайне редко оказывают первую помощь. Зарубежный опыт показывает, что для достижения эффекта от первой помощи, необходима прослойка единообразно подготовленных водителей. Работа в этом направлении началась в 2012 г., когда в ходе обучающих семинаров, организованных Всемирной организацией здравоохранения и ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава РФ, было подготовлено 34 инструктора автошкол из двух пилотных регионов, Липецкой и Ивановской областей. Эти инструкторы за 10 последующих месяцев подготовили по первой помощи более 3,5 тысяч кандидатов в водители. В развитие этого было решено провести семинары для преподавателей, которые смогут самостоятельно без привлечения внешних экспертов готовить и переподготавливать инструкторов первой помощи в автошколах. Ресурсы для проведения семинаров (учебные классы, манекены, проекционное оборудование) были предоставлены центрами медицины катастроф пилотных регионов. Для преподавателей было разработано соответствующее пособие, высоко оцененное участниками семинара. Для достижения единообразия последующего обучения был подготовлен учебно-методический комплекс – электронное пособие, тесты, оценочные листы, лекции, которые преподаватели смогут использовать, обучая инструкторов. В ходе семинаров преподавателей познакомили с нормативно-правовой базой и современными методиками оказания первой помощи, а также с использованием различных форм и методик проведения занятий по этому разделу. Широко применялась методика «обратного обучения». В итоге, слушатели получили возможность получить и развить навыки преподавания первой помощи в позитивной атмосфере, оценить себя и других. В ходе проведенных семинаров создана и апробирована модель подготовки и переподготовки инструкторов автошкол и кандидатов в водители по первой помощи. Учитывая предстоящие изменения в сфере подготовки водителей, эта схема может быть использована и распространена на всю территорию России. Для этого необходимо определить официальный статус инструкторов и преподавателей первой помощи, законодательно установив принципы их подготовки, переподготовки и трудовой деятельности.

Иосиф Бен Дор (Yosef Ben Dor)

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ
НА МЕСТЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ.
ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИМЕНЕНИЯ
ПРИБОРА ИНФРАСКАНЕР**

Филадельфия, США

Раннее обнаружение и лечение внутричерепных гематом у пациентов, получивших травматическое повреждение мозга, очень важно для успешного лечения. В удаленных регионах, где отсутствуют аппараты КТ и МРТ, пациентам с ЧМТ провести исследования в остром периоде не представляется возможным. Особенно пациентам в алкогольном и наркотическом опьянении (при наличии сопутствующих травм на лице, мягких тканях черепа), с тяжелой сочетанной травмой, или в состоянии травматического шока. В этих условиях диагностическая ценность сканирования внутричерепных гематом чрезвычайно велика.

Важно обеспечить раннюю диагностику при минимальных затратах, принять решение об эвакуации пациента, минимизировать лучевую нагрузку.

В многочисленных международных исследованиях проводили оценку портативного прибора Инфрасканер для немедленного определения наличия внутричерепных гематом у пациентов с травмой головы непосредственно на месте происшествия.

Многоцентровое клиническое испытание на 431 пациенте (С. Robertson, Journal of Neurotrauma, 2010) показало, что Инфрасканер позволяет выявить больных с высоким риском внутричерепного кровоизлияния эффективнее, чем простой неврологический осмотр. Инфрасканер является портативным прибором и выдает простой визуальный ответ. Может дополнять обычное неврологическое исследование.

Результаты испанского исследования (Jose Leon-Carrion, Brain Injury, September 2010) показали, что чувствительность прибора Инфрасканер составила 89,5% и специфичность – 81,2%. Прибор обнаружил 90% гематом, расположенных вне вещества мозга, и 88,9% гематом внутри мозга. 93,3% из общего числа гематом не требовали хирургического вмешательства (объемом менее 25 мл).

Выводы по данным исследования показали, что прибор Infrascanner полезен при раннем осмотре и обследовании пациентов с травмой головы в дополнение к компьютерной томографии, или при отсутствии возможности компьютерной томографии, позволяет раньше приступить к лечению и снизить риск вторичной травмы, вызываемой имеющейся или поздней гематомами.

Исаева И.В.

**ГОТОВНОСТЬ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН К ЛИКВИДАЦИИ
МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

Республиканский центр медицины катастроф,
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ Республики Татарстан,
г. Казань, Россия

В период с 2011 по 2013 годы сотрудники РЦМК приняли участие в ликвидации медико-санитарных последствий двух крупнейших в Российской Федерации чрезвычайных ситуаций (далее – ЧС) техногенного характера: крушение теплохода «Булгария» в июле 2011 года (погибло 122 человека и пострадали 79 человек) и самолета «Боинг» в ноябре 2013 года (погибло 50 чел). В медицинские организации после крушения теплохода «Булгария» были госпитализированы 39 человек, из них 26 пострадавших, 4 сотрудника спецслужб и 9 родственников погибших. Патронажем охвачены 117 человек (в том числе 12 детей), проживающих в 15 муниципальных образованиях республики, из них: пострадавших – 44 чел. (в том числе 8 детей), членов семей погибших – 73 (в том числе 4 ребенка). Адресная психолого-психиатрическая помощь, в которой участвовали 89 специалистов учреждений здравоохранения республики, оказана 1190 пострадавшим и их родственникам.

При ликвидации медико-санитарных последствий крушения самолета «Бонинг» за психологической помощью обратились 170 человек, из них 20 обращений на дому и 203 обращения на 6 точках «горячей линии психологической помощи». В бюро судмедэкспертизы исследованы 832 фрагмента тел погибших. Направлено на молекулярно-генетическое исследование 976 фрагментов.

Летом 2013 года в г. Казани было организовано медицинское обеспечение самого крупного спортивного мероприятия в Российской Федерации с 80-го года XX века – проведение XXVII Всемирной летней Универсиады. В период подготовки и проведения Универсиады сотрудниками РЦМК осмотрено 24 медицинских пункта спортивных объектов, проведено 55 тренировок на объектах универсиады с определением рациональных лечебно-эвакуационных мероприятий. Во все бригады СМП и РЦМК приобретены антивандальные телефоны, обеспечена единая связь в системе ТЕТРА (объекты Универсиады, РЦМК, СМП, стационары, ситуационный центр). Для оперативного управления при проведении крупных культурно-массовых мероприятий, возникновении ЧС различного характера создан Ситуационный центр Минздрава РТ, который оснащен ГЛОНАСС + 112; системой телефонии с контактами всех главных врачей медицинских организаций республики. Имеется офис-коммуникатор для очного консультирования специалистами санитарной авиации пострадавших (больных) ЦРБ РТ. Для этого установлены IP-камеры в реанимационных отделениях всех ЦРБ РТ.

В 2013 году организованы и проведены 33 тактико-специальных учений, в том числе 18 внеплановых и 5 КШУ.

Оперативно-диспетчерским отделом РЦМК круглосуточно отслеживается информация по системе ГЛОНАСС + 112, в 2013 году отработано 4057 карточек (в 2012 – 2784, увеличение на 31%), из них ДТП – 2243 (55%), пожары – 423 (10%), взрывные устройства – 412 (10%).

Исинов А.Э., Самохвалов И.М., Жабин А.В., Гребнев А.Р., Смышляев А.Л.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СОКРАЩЕННОГО УЗИ ЖИВОТА

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

Диагностика источника кровотечения у пострадавших с тяжелой травмой с использованием протокола сокращенного УЗИ (FAST), выполняемого врачами – не УЗ-специалистами, получила широкое распространение в диагностике повреждений живота.

Цель исследования – экспериментально определить минимальные объемы жидкости, выявляемые при сокращенном ультразвуковом исследовании (СУЗИ) живота.

Материалы и методы. Исследование проведено на 10 невостребованных трупах 5 мужчин и 5 женщин. Критерием включения в исследование каждого биоманекена явились: отсутствие повреждений органов живота, заболеваний, врожденной патологии. Исследование проводилось с использованием портативного сонографического аппарата Sonosite Micromaxx.

На каждом биоманекене для наиболее точной постановки ПХВ трубки выполнялась среднесрединная лапаротомия. Через отдельный прокол кожи под контролем зрения устанавливался катетер в исследуемый отдел брюшной полости. В качестве жидкости для введения использовали физиологический раствор, который при помощи шприца вводили по катетеру с шагом в 50 мл. Вначале исследовали пространство Моррисона, затем селезеночно-почечное углубление и полость малого таза. После каждого введения портативным сонографическим аппаратом выполнялось УЗИ исследуемого пространства с регистрацией результата. Введение жидкости прекращали при появлении сонографической картины наличия жидкости в брюшной полости

Результаты. Средний минимально определяемый на СУЗИ объем составил 190 ± 21 мл свободной жидкости в пространстве Моррисона.

При оценке среднего минимального определяемого объема свободной жидкости в селезеночно-почечном углублении он составил 240 ± 31 мл, а в полости малого таза – $420 \pm 25,8$ мл.

Средний минимальный объем жидкости, выявляемый в брюшной полости по методике сокращенного УЗИ, составляет $283,3 \pm 103,66$ мл.

Вывод: сокращенное УЗИ является высокочувствительным методом выявления свободной жидкости в брюшной полости, что, наряду с другими преимуществами, позволяет рекомендовать его в качестве диагностического приема первой линии при обследовании пострадавших с тяжелой травмой.

Кадышев В.А., Сидоров А.М., Соколов А.Ю., Гапонова Н.И.
**АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ
НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Артериальная гипертензия (АГ) и её осложнения в виде гипертонических кризов (ГК) приобретают высокую социальную значимость. Своевременное и адекватное проведение лечебно-диагностических мероприятий на этапе скорой медицинской помощи (СМП) улучшает прогноз у больных данной патологией.

Проведён выборочный анализ 117 карт вызовов к пациентам с диагнозом «Гипертонический криз».

В возрастной структуре преобладали пациенты старше 71 года – 59 (50,4%) человек. По гендерным признакам больные распределились следующим образом: мужчин – 35 (29,9%), женщин – 82 (70,1%).

В 44,4% случаях к пациентам с ГК выезжали фельдшерские выездные бригады, в 41,9% – общепрофильные врачебные, в 13,7% – специализированные бригады СМП.

Гипертонический криз бригадой СМП купирован у 105 (89,7%) пациентов после оказания им медицинской помощи в соответствии с Российскими и Международными рекомендациями, в 12 (10,3%) случаях потребовалась госпитализация в лечебно-профилактические учреждения.

Тактика терапии носила комбинированный характер: лечение начиналось с приёма пероральных антигипертензивных препаратов (АГП) – каптоприл или моксонидин. При недостаточном терапевтическом эффекте – внутривенное введение АГП у 91 (77,8%) больного, в т. ч. урапидил – 52 (44,4%); эналаприл – 39 (33,3%).

Пациенты, у которых ГК был купирован бригадой СМП, переданы под динамическое наблюдение врачей амбулаторного звена.

Проведённый анализ карт вызовов показал, что частота встречаемости гипертонического криза отмечалась у больных со стажем гипертонической болезни более 10 лет – 90 (76,9%) человек. Неблагоприятный семейный анамнез по АГ имели 103 (87,9%) пациента.

Длительность кризового периода 2 часа и более регистрировалась у 98 (83,8%) человек. Из клинических проявлений у больных выбранной группы преобладали церебральные симптомы (головная боль, головокружение, тошнота).

Таким образом, полученные результаты показали эффективность в выбранной тактике антигипертензивной терапии, у большинства (105 чел., 89,7%) пациентов ГК купирован на догоспитальном этапе бригадами СМП.

Кацадзе М.А., Алимов Р.Р., Владимиров Н.Н.

**НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ
В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Исследование отчетных форм федерального статистического наблюдения № 30, 14, утвержденных приказом Росстата от 14.01.2013 № 13, выявило отсутствие данных о нозологической структуре пациентов, выписанных амбулаторно из стационара в течение первых суток из приемного отделения или стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП), что является крайне важным для стандартизации помощи.

Цель исследования – изучить структуру заболеваемости по обращениям в стационарное отделение скорой медицинской помощи крупного многопрофильного стационара.

Материалы исследования. Выполнено сплошное исследование 56691 пациентов, поступивших по экстренным и неотложным показаниям в СтОСМП СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе за 2012 год по данным форм: журнал учета приема больных и отказов в госпитализации.

Результаты. Выявлено, что из 56 691 поступивших пациентов в тяжелом состоянии были 5,8%, которые затем были направлены в операционно-реанимационные подразделения (1-й сортировочный поток), в состоянии средней степени тяжести (2А сортировочный поток) поступили 3,3%, 11,8% пациентов, неспособных самостоятельно передвигаться, были в легкой степени тяжести, 61,9% – в удовлетворительном состоянии, 17,2% человек были в состоянии легкой степени тяжести с неадекватным поведением. Наибольшее число больных – 18,8% обратились в связи с заболеванием или повреждением хирургического профиля,

значительную долю составили больные токсикологического профиля – 15,5%, терапевтического – 14,6%, нейрохирургического – 10,1% и гинекологического – 8,2%. Установлено, что среди пациентов, поступающих в СтОСМП, наиболее частым был класс МКБ-10 «Травмы, отравления и последствия воздействия внешних причин (S00-T98)» – 40,8% (23125 чел.). Исследование исходов оказания СМП в СтОСМП выявило, что 25 076 чел. (44,2% от всего числа больных СтОСМП) были направлены на амбулаторное лечение в течение первых суток, основной вклад составили 16 747 (66,8%) пациентов 3-й сортировочной группы. В палату динамического наблюдения СтОСМП было направлено 2 533 (4,47%) человек, также за счет больных 3-й сортировочной группы, из которых амбулаторно были выписаны 711 (1,3%) человек, направлены в отделение СМП краткосрочного пребывания 312 (0,6%), направлены в специализированные стационарные отделения 510 (2,7%). В специализированные стационарные отделения были госпитализированы 26440 (46,6%) человек.

Киреев С.Г., Котенко П.К., Парамошко В.В.
**ОПЫТ СОЗДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОЖАРНОЙ ЧАСТИ ПО ТУШЕНИЮ
КРУПНЫХ ПОЖАРОВ ГЛАВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЧС РОССИИ
ПО РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ**

ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия
Северо-Западный региональный центр МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

Медицинская служба специализированной пожарной части (СПЧ) по тушению крупных пожаров Главного управления МЧС России по Республике Карелия организована 01.01.2009 г. во исполнение приказа МЧС России от 30.12.2005 № 1027. Положения приказа предписывают, что медицинская служба создается при необходимости, исходя из особенностей региона, а также задач, возложенных на СПЧ. Количество личного состава службы определяется, исходя из выполняемых задач с учетом четырехсменного графика несения службы.

Все сотрудники медицинской службы СПЧ прошли соответствующую специальную подготовку, имеют дипломы и действующие сертификаты специалистов по скорой медицинской помощи или хирургии. Кроме того, для всех медицинских работников была организована стажировка на базе реанимационного отделения городской больницы (г. Петрозаводск), а также курс подготовки на базе Карельского территориального центра медицины катастроф в объеме 210 ч. Обучение в Университете спасателей (г. Куопио, Финляндия) с последующей стажировкой на рабочем месте в пожарной части (г. Йонсу, Финляндия) прошли три сотрудника.

С целью обеспечения возможности оказания медицинской помощи пострадавшим в очаге ЧС все сотрудники медицинской службы СПЧ аттестованы для работы в качестве спасателей, а также сдали экзамены и получили удостоверение на право управления маломерными судами для оказания медицинской помощи пострадавшим на водных объектах.

В районе постоянной дислокации СПЧ развернут стационарный медицинский пункт, оснащенный медицинской техникой и имуществом для оказания неотложной медицинской помощи, проведения медицинских осмотров и обследований. Для проведения занятий по оказанию первой помощи с сотрудниками СПЧ и специальной подготовки личного состава медицинской службы оборудован класс медицинской подготовки.

Штатная автомобильная техника представлена автомобилями скорой медицинской помощи на базе «Газель» и «Фольксваген – транспортер Т-4». Два автомобиля оснащены в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 26.03.1999 № 100, третий используется для транспортировки пострадавших. Медицинское оборудование автомобилей представлено электрокардиографами со встроенным дефибриллятором, аппаратами для проведения искусственной вентиляции легких, кислородными ингаляторами, механическими аспираторами, пульсоксиметрами, глюкометрами, капнографом, а также средствами транспортировки – вакуумными матрасами, жесткими щитами, ковшовыми носилками. Автомобили укомплектованы средствами иммобилизации и необходимым набором медикаментов. Для обеспечения условий хранения медикаментов имеются автохолодильники, а для подогрева в зимних условиях инфузионных растворов, специальный утеплитель с подогревом.

Кадровый состав, уровень его подготовки, а также наличие необходимого оборудования и техники позволили провести лицензирование медицинской службы СПЧ.

Работа медицинской службы СПЧ организована в режиме круглосуточного дежурства персонала. Разработаны и приняты соглашения о взаимном оповещении и взаимодействии между ГУ МЧС России и ГУ МВД России по Республике Карелия, государственной автомобильной инспекцией Республики Карелия, а также с Карельским территориальным центром медицины катастроф, с больницами и станциями скорой медицинской помощи городов Петрозаводска и Кондопоги.

Кисельгоф О.Г., Барсукова И.М.

**ФАКТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ
ПО ОБЪЕМАМ И ФИНАНСОВОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ
ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2010-2012 ГОДАХ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Ключевыми показателями в реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – ТПГГ, ПГГ) являются: 1) нормативы объемов медицинской помощи и их реализация; 2) финансовое обеспечение ПГГ в расчете на единицу объема медицинской помощи (для СМП – стоимость вызова); 3) подушевое финансовое обеспечение ПГГ. Установленный норматив стоимости единицы объема медицинской помощи в рамках ПГГ по каждому виду медицинской помощи включает все виды финансовых затрат медицинских организаций. Установленные

финансовые нормативы являются минимальными и не учитывают районные коэффициенты.

По данным Годовой формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению за 2010-2012 годы» проведен анализ основных показателей работы СМП в рамках ПГГ.

Фактический объем СМП в расчете на одного жителя (вызовов СМП): расчетный норматив по РФ – 0,318; фактически в динамике он составил 0,336 (2010 год), 0,333 (2011 год), 0,332 (2012 год). За 3 года показатель снизился на 1,2%, но превышает расчетный норматив в 2012 году на 4,4%, что свидетельствует о сверхнормативной нагрузке на службу СМП.

Стоимость единицы объема оказанной СМП (вызова СМП, руб.): расчетный норматив по РФ – 1710,1; фактически в динамике она соответствовала 1354,6 (2010 год), 1554,9 (2011 год), 1732,2 (2012 год). Стоимость одного вызова СМП возросла по сравнению с 2011 годом на 11,1% и на 27,9% по сравнению с 2010 годом. Приведенный (без учета районных коэффициентов) показатель стоимости одного вызова СМП (1499,2 руб.) в 2012 году составил 87,7% норматива.

Фактическое подушевое обеспечение ТПГГ (рублей на одного жителя) (СМП): расчетный норматив по РФ – 543,8; фактически в динамике – 455,0 (2010 год), 517,4 (2011 год), 575,7 (2012 год). В 2012 году подушевые расходы возросли по сравнению с предыдущим годом на 11,3% и на 26,5% по сравнению с 2010 годом. Приведенный показатель (без учета районных коэффициентов) 2012 года составил 498,3, что на 9,1% ниже нормативного.

Основными проблемами реализации ПГГ в Российской Федерации являются значительный дефицит ее финансового обеспечения, недофинансирование стоимости единиц объемов по видам медицинской помощи, в первую очередь по скорой медицинской помощи.

Климанцев С.А., Миннуллин И.П., Афанасьев В.А.

МЕДИЦИНСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЦИТОПРОТЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Доступность и качество оказания скорой медицинской помощи (СМП) лицам, находящимся на территории РФ, является конституционно закрепленным обязательством государства. Федеральное законодательство также регламентирует правомерность оснований ее оказания.

С точки зрения права, на потребителя медицинской услуги возложена обязанность – своевременная уплата налогов, и право получения субъектом заявленной государством услуги – медицинской помощи (в т.ч. СМП) в полном объеме. Объем и качество оказываемых услуг должны отвечать требованиям порядков оказания соответствующего вида помощи и клиническим рекомендациям (протоколам). В настоящее время клинические рекомендации находятся в стадии прохождения процедуры утверждения. Последние должны стать критериями

оценки эффективности и безопасности медицинской помощи. При этом предполагается возможность применения их всеми субъектами, оказывающими СМП, на всей территории РФ, вне зависимости от подчиненности и формы собственности.

Анализ работы службы СМП показывает, что нормативно закреплённые правила и условия ее оказания в настоящее время в полной мере не могут быть выполнены по объективным и субъективным причинам:

1) логистические проблемы удаленности от места вызова или «транспортный коллапс мегаполиса» не позволяют во всех случаях соблюдать временные параметры оказания скорой медицинской помощи;

2) уровень практической и теоретической подготовки врачебного и среднего медицинского персонала СМП отличается в зависимости от полученного образования и личностных характеристик работника;

3) отсутствие утвержденных клинических рекомендаций; отсутствие правовых оснований возможности отступления от клинических рекомендаций в определенной клинической ситуации;

4) законодательно не регламентирован порядок межведомственного взаимодействия при оказании СМП в очагах ЧС;

5) не отработан алгоритм использования СМП для обеспечения массовых зрелищных мероприятий;

6) материально-техническое оснащение службы СМП не во всем соответствует требованиям сегодняшнего дня, нуждается в унификации и совершенствовании;

7) нуждается в разработке правовая регламентация деятельности специалистов СМП, что определяет возможное нарушение прав как медицинских работников, так и пациентов; при возникновении исковых и претензионных оснований специалисты СМП могут осуществлять защиту своих прав только в порядке частного обвинения.

Вышеприведенные основания не учитываются при проведении оценки качества оказания СМП, определения причинно-следственной связи в судебной экспертизе, возмещении вреда и ущерба жизни и здоровью. Решение этих вопросов относится к компетенции права, в частности медицинского права.

Значимой является и медицинская сторона проблемы. Некоторые факторы, влияющие на исход заболевания или травмы, не могут быть устранены только организационно-методическими мероприятиями. В этой ситуации необходимо обратить внимание на возможности общепризнанных рациональных методов фармакологической поддержки.

Основной задачей скорой медицинской помощи является выявление ведущего патофизиологического синдрома развития неотложного состояния, прекращение действия патологического агента, предотвращение негативных последствий внешнего воздействия, протезирование витальных функций и медицинская эвакуация.

В основе остро развивающегося неотложного состояния, связанного с непосредственной угрозой жизни, лежит каскад патохимических реакций гипоксии. Именно он должен быть ограничен и по возможности прекращен на самых первых этапах его развития при оказании СМП. Эти мероприятия могут предопределять дальнейшую судьбу индивида. Таким стратегическим направлением в СМП явля-

ется экстренная цитопротекция, направленная на защиту клеточного кластера. Многочисленными исследованиями показано, что применение антигипоксантов (цитофлавин, реамберин, мексидол) на догоспитальном этапе позволяет не только реально снизить смертность от основных форм заболеваний (ОНМК, ОКС, отравления, травмы), но и обеспечить в дальнейшем надлежащее качество жизни у этих пациентов. Это позволяет решить не только медицинскую, правовую, но и важнейшую социально-экономическую задачу. Более того, раннее начало проведения последовательной цитопротекции на догоспитальном и стационарном этапах СМП может снизить риски проявления ранее перечисленных негативных обстоятельств (логистических, лечебных, прогностических и правовых).

Таким образом, применение экстренной цитопротекции на догоспитальном этапе является перспективным направлением дальнейших научных исследований с целью последующего решения вопроса об оптимизации набора цитопротекторов в описях оснащения врачебных и фельдшерских бригад.

Климова Л.В., Тараканов А.В.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ФЕЛЬДШЕРОВ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ**

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Врачи и фельдшеры формально не являются специалистами в области анестезиологии и реаниматологии, однако подолгу службы обязаны владеть широким набором анестезиолого-реанимационных знаний, навыков и манипуляций. Положение базируется на характере работы и на законодательных актах (приказ МЗ РФ №338 от 20 июня 2013 г.). В новом «Порядке...» указывается, что экстренные вызовы будут обслуживаться ближайшими свободными общепрофильными или специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи. К экстренной же форме относятся: нарушения сознания, дыхания, системы кровообращения, травмы любой этиологии, термические и химические ожоги, внезапные кровотечения и множество других состояний, представляющие угрозу жизни. Выделение экстренной формы оказания скорой медицинской помощи, ее определение и задачи, указания, какими силами и средствами она будет оказываться, еще более сближает функции медиков общепрофильных и специализированных анестезиолого-реанимационных бригад. Это подтверждает также «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» (приказ МЗ РФ № 919н от 15.11. 2012 г.). В нем указывается, что скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь по профилю «анестезиология и реаниматология» осуществляется фельдшерскими и врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, а также выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации. При этом обращает на себя внимание порядок перечисления бригад, в котором специализированные бригады стоят не на первом месте. Подчеркивается, что такая помощь включает, в частности, проведение первичной сердечно-легочной реанимации, анестезии и дальнейшую транспортировку пациента в медицинскую организацию, оказываю-

щую медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», с поддержанием основных жизненно важных функций. Можно сделать вывод, что перед медиками общепрофильных бригад скорой медицинской помощи, так же как и перед медиками специализированных анестезиолого-реанимационных бригад, зачастую стоят общие цели и задачи. Тем более что требования к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки общепрофильной и специализированной (реанимационной) бригад очень близки и принципиально отличаются только средствами для наркоза и миорелаксантами (приказ МЗ РФ от 7.08. 2013 г. N 549н).

Поэтому при подготовке клинических интернов и ординаторов по специальности скорой медицинской помощи, фельдшеров по специальности скорой и неотложной помощи, прохождении ими повышения квалификации или переподготовки разделу обезболивания, реанимации и интенсивной терапии должно уделяться особое внимание. В то же время, на наш взгляд, первоочередным и более насущным моментом является дополнительная переподготовка анестезиологов-реаниматологов по специальности скорая медицинская помощь.

Козыт Т.А.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГОТРАХЕИТОВ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ярославская государственная медицинская академия,
Институт последипломного образования, г. Ярославль, Россия

Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ, синдром крупа) нередко определяет тяжесть и прогноз при ОРВИ у детей раннего возраста. Частота ОСЛТ не имеет тенденции к снижению, по данным ГУЗ ЯО «СМП» г. Ярославля, ежегодно по поводу ОСЛТ обращается 700-800 человек, что составляет около 3% всех вызовов, обслуживаемых педиатрическими бригадами. Своевременность и квалифицированность неотложной медицинской помощи – важные условия оптимизации терапии крупа, позволяющие предотвратить нарастание тяжести стеноза, развитие осложнений, тем самым улучшив прогноз и сократив длительность стационарного лечения.

Цель исследования заключалась в оценке эффективности догоспитальной помощи с учетом современных клинических протоколов лечения у 232 больных с ОСЛТ по данным карт ГУЗ ЯО «СМП» г. Ярославля за 2012 год, взятых методом случайной выборки.

Результаты исследования показали, что медикаментозную терапию на догоспитальном этапе проводили 203 больным (87,5%). Большинству из них – 157 (67,6%) назначался фенотерол/ипратропия бромид через небулайзер, причем в 33,0% случаев – в дозах, превышающих рекомендованные. 14 детей дополнительно к бронхолитику получали ингаляцию будесонида. Монотерапия будесонидом была проведена лишь 26 (11,2%) больным ОСЛТ в дозе 0,25-0,5 мг однократно, что существенно ниже предусмотренных инструкцией по данному показанию. У 35 (15,0%) детей был использован сальбутамол через дозированный аэрозольный ингалятор, что в отсутствие спейсера у детей раннего возраста ма-

лоэффективно ввиду невозможности синхронизации вдоха с поступлением препарата. У значительной части больных, как правило, с ОСЛТ I степени и рецидивирующим крупом, на фоне ингаляционной терапии, преимущественно ГКС или их комбинации с бронхолитиком, отмечалось купирование, либо существенное уменьшение выраженности симптомов дыхательной недостаточности, что ставит под сомнение необходимость их госпитализации ввиду возможности дальнейшего лечения в условиях амбулаторно-поликлинического звена. В то же время следует считать патогенетически неоправданным и экономически более затратным широкое использование β 2-агонистов короткого действия у больных ОСЛТ без признаков бронхиальной обструкции.

Таким образом, современные подходы к терапии крупа предполагают раннее, в т.ч. на догоспитальном этапе, использование ингаляционных ГКС в высоких (1-2 мг) дозах. Большой позитивный опыт применения, отсутствие побочных эффектов, а также современные отечественные и международные клинические протоколы позволяют рассматривать ингаляционные ГКС как препараты выбора при лечении больных ОСЛТ.

*Колчанов Г.М., Мадай Д.Ю., Сокирко Е.Л.,
Щербук Ю.А., Данилевич М.О.*

НОСОВАЯ ЛИКВОРЕЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Анализ черепно-мозговой патологии при переломах костей средней зоны лица показал, что у подавляющего большинства пострадавших наблюдаются различные интракраниальные проявления: по данным компьютерной томографии (КТ) доминирующими являются очаговые повреждения лобных и височных долей, а также переломы в передней черепной ямке, сопровождающиеся назальной ликвореей. Ликворея встречается у 25-40% пациентов с переломами средней зоны лица, а при обширных фронтобазальных переломах – до 90%. Ликворные ходы могут быть: прямыми (кранионазальными) – через место перелома и непрямыми – лобно-назальный, этмоидоназальный и сфеноназальный. Вероятность развития менингита при носовой ликворее достигает 7-30%. Летальность от менингита достигает 45%. Риск летального исхода в 10 раз выше у пострадавших с уровнем бодрствования по Шкале Комы Глазго (ШКГ) < 7 баллов.

В отделении черепно-лицевой травмы СПб ГБУЗ «Александровская больница» – базе кафедры ЧЛХ и ХС СПбГУ с 2011 по 2013 г. находились 537 пострадавших с ЧЛТ. У 265 (49,4%) из них была выявлена назальная ликворея. Средний возраст пострадавших составил $31,2 \pm 13,9$ года. Тяжесть повреждений по шкале ISS (Injury Severity Score) оценивалась в $35,15 \pm 17,40$ балла (min – 9; max – 77). У 376 пострадавших (70%) диагностирована открытая черепно-мозговая травма (ОЧМТ). При поступлении в стационар сознание у 93 (17,3%) пострадавших было на уровне – кома (ниже 9 баллов), 267 человека (49,7%) находились в оглушении или сопоре (от 10 до 9 баллов), 177 (33%) – в ясном сознании или умеренном оглушении (14, 15 баллов).

Повреждения средней зоны лицевого черепа при ЧМТ, осложненной носовой ликвореей, выявлено у 49,4% пострадавших. В первые 14 суток ликворея прекратилась у 213 человек (80,37%), в том числе у 198 (93%) после проведенного оперативного лечения. На основании полученного опыта предложен алгоритм диагностики и хирургического вмешательства с использованием современных методов нейровизуализации и лучевой диагностики на основании оценки общего состояния пациента.

Корбут Д.Л., Бумай А.О., Барсукова И.М.

**ПРАВОВАЯ ОСНОВА И СТАТИСТИКА РАБОТЫ КОЕК
ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

В соответствии с Распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Об утверждении государственной программы "Развитие здравоохранения в Российской Федерации», Распоряжением Правительства Санкт-Петербурга от 5 сентября 2013 г. № 65-рп «О Программе развития здравоохранения Санкт-Петербурга до 2020 года» приоритетным направлением совершенствования скорой медицинской помощи является развитие стационарных отделений СМП. В Государственной Программе «Развитие здравоохранения» до 2020 года создание таких отделений запланировано в каждом субъекте РФ.

Койки скорой медицинской помощи утверждены Приказом Минздравсоцразвития от 17.05.2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (Зарег. в Минюсте России 4 июня 2012 г. № 24440) и включают койки СМП краткосрочного пребывания и койки СМП суточного пребывания. Организацию их работы определяет новый Порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

В соответствии с Решением Коллегии Минздравсоцразвития России от 05.03.2010 года Санкт-Петербург был выбран площадкой для апробации новой модели функционирования приемных отделений стационаров экстренной медицинской помощи на базе Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Койки СМП суточные предназначены для диагностики, наблюдения и лечения пациента в течение суток; койки СМП краткосрочного пребывания предназначены для диагностики, наблюдения и лечения пациента в течение 2-3 суток.

Результатами работы 40 коек суточного (14) и краткосрочного (26) пребывания отделения в 2013 году стали следующие данные: в течение года пролечено около 3 тыс. больных (в среднем 250 в течение месяца), из которых 80% выписаны на амбулаторное лечение и не нуждались более в стационарном лечении и только 20% по результатам наблюдения и обследования переведены в специализированные отделения стационара.

Созданные по такому принципу отделения позволяют: 1) обеспечивать кратковременное наблюдение и лечение пациентам, не нуждающимся в специализированном лечении; 2) сократить поток непрофильных больных на специализированные отделения многопрофильного стационара, способствуя, таким образом, оптимизации режима функционирования специализированных отделений, повышению эффективности использования их коечного фонда и ресурсов.

Коржеченко Е.Г., Попова Ел.А., Любченко А.А., Попова Ек.А., Рахманов Р.М.

**КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ**

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск, Россия

Острое отравление этиловым спиртом – важная социальная проблема у жителей Красноярского края. Интенсивная терапия острого отравления этанолом, проводимая у больных контрольной группы, не смогла в полной мере купировать развившиеся нарушения.

Клинические наблюдения и исследования были проведены у 30 больных реаниматологического профиля с тяжелым отравлением этанолом (содержание этанола в плазме крови не менее 2,5‰). У 15 больных исследуемой группы дополнительно вводили препарат цераксон в дозе 1000 мг на 400 мл физиологического раствора внутривенно со скоростью вливания 40-60 капель в минуту один раз в сутки в течение 1-3 дней.

Все больные контрольной группы поступали в состоянии комы I-II (18-22 балла по шкале Глазго-Питсбург). Через 12 часов интенсивной терапии уровень сознания у больных был сопор–оглушение, через 24 часа ясное сознание восстановилось у 9 больных. Проведенные нами исследования некоторых показателей дыхательной системы показали, что больные контрольной группы поступали с учащенным дыханием (ЧДД – $28,3 \pm 0,44$), на этом фоне происходило достоверное снижение SaO_2 до $96,1 \pm 0,18\%$ ($FiO_2 = 0,36$). Одновременное снижение SaO_2 и $EtCO_2$ до $28,7 \pm 0,40$ мм рт.ст. свидетельствовало, что пациент находится в неблагоприятных условиях, которые могут привести его к гипоксии. На последующих этапах SaO_2 удавалось поддерживать на удовлетворительном уровне, при этом $FiO_2 = 0,36$. ЧДД в дальнейшем существенно не отличалась от нормальных показателей. На 2-3 сутки интенсивной терапии у 10 больных развился абстинентный алкогольный синдром и делирий. Средний койко-день больных в данной группе составил 4,4. Все больные исследуемой группы также поступали в состоянии комы I- II (18-21 балла). Через 12 часов интенсивной терапии с включением цераксона у всех больных регистрировалось ясное сознание (35 баллов). Оптимизация центральной мозговой деятельности позволила поддерживать SaO_2 в пределах физиологической нормы (98,0-98,6%), FiO_2 не превышал 0,33. $EtCO_2$ было близким к нижней границе физиологической нормы. Продолжительность стационарного лечения у них составила 2,4 койко-дня.

Таким образом, интенсивная терапия острого отравления этанолом, проводимая у больных контрольной группы, не смогла в полной мере купировать раз-

вившиеся нарушения, что привело к ухудшению состояния, о чем свидетельствует развитие у 10 больных абстинентного алкогольного синдрома и делирия. Применение препарата цераксон эффективно при лечении острого отравления этанолом и позволяет сократить продолжительность лечения в 1,8 раза, снизить общее количество осложнений на 11,5% и предотвратить летальность больных.

Коротков С.Н.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СМП

МБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» г. Пермь, Россия

В условиях работы СМП г. Перми за период 1999-2001 и 2010-2013 годы проведен ретроспективный анализ смертности на догоспитальном этапе. Рассмотрены уровень летальности до прибытия бригады, досуточная летальность и смертность при бригаде СМП в зависимости от числа жителей города и количества результативных вызовов (результат вызова по АДИС с 11 по 42, с исключением совместных вызовов 31 и 32). Показатели летальности при бригаде в зависимости от результативных вызовов за период с 1999 по 2001 гг. составили в процентах (%) – 0,092/ 0,089/ 0,081, а при расчете в зависимости от численности жителей в промилле (‰) – 0,319/ 3,311/ 3,310. Полученные статистические данные показывают незначительное снижение летальности, несмотря на тенденцию роста вызовов за тот период с 352 743 до 375 137 и снижении численности населения города с 1 028 000 до 986 500 человек. Это были пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями – 47,62%, с внезапной смертью – 29,61%, травмами и отравлениями – 12,94%, новообразованиями – 7,91% и прочее – 5,82%. За период с 2010 по 2013 год отмечен рост летальности при бригаде, ее показатели соответственно составили в % 0,22/ 0,183/ 0,147/ 0,163 и в ‰ 0,790/ 0,828/ 0,825/ 0,964. При этом был зарегистрирован как рост вызовов с 379 973 до 391 277 (пик в 2012 г. – 397 174), так и рост численности жителей города с 991 162 до 1 013 887 человек в 2013 году. По усредненным данным АДИС (МКБ-10), причинами смертности были: сердечно-сосудистые заболевания – 59,06%, (в т. ч. ОКС – 9,49%, ТЭЛА – 7,77%, ОНМК – 4,32% и внезапная сердечная смерть – 24,69%), травмы и отравления – 8,46%, новообразования – 9,84%, другие внутренние болезни – 9,49% и смерть по неизвестной причине – 13,11%. По данным танатологической судебно-медицинской экспертизы (в ср. 65,85% секций от всех случаев смерти при бригаде) сердечно-сосудистая патология составила 77,5% (в т. ч. хр. ИБС – 53,8%, ОИМ – 8,97%, КМП – 9,79%, ОНМК – 1,85%, расслаивающая аневризма аорты – 1,07% и ТЭЛА – 0,53%), травмы и отравления – 12,4%, пневмонии – 3,69%, новообразования – 1,58% и 4,83% другие причины. Зарегистрировано ухудшение качественных показателей обслуживания вызовов с летальным исходом: среднее время обслуживания увеличилось с 12,46 до 14,54 мин, а среднее время доезда с 9,66 до 11,97 мин. В периоды, когда досуточная летальность (в зависимости от результативных вызовов – 0,173/ 0,158/ 0,177/ 0,163) незначительно снижалась, возрастала смертность при бригаде. Необходимо отметить, что период с 2010 по 2013 гг. совпал с кадровым «голодом» на станции СМП: среднесуточное число реанимационных бригад снизилось с 10,2 до 7,7, кардиологических (БИТ) – с 7,8 до 4,9;

врачебных общепрофильных бригад – с 25,7 до 16,1, что не могло не отразиться на показателях летальности.

Таким образом, рост показателей летальности мы связываем с ростом количества обслуженных вызовов, кадровым составом сотрудников, увеличением пациентов в терминальных состояниях и «терапевтически запущенных» пациентов, широким распространением сердечно-сосудистых заболеваний, старением населения и снижением показателей здоровья популяции в целом.

Коскин В.С., Самохвалов И.М.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ
У ПОСТРАДАВШИХ НА ЭТАПЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

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

Вопрос профилактики инфекционных осложнений повреждений рассматривался еще 4000 лет назад в Шумерских письменах, где для этого предлагали промывание раны, гипсовую иммобилизацию и наложение повязок. Гиппократ промывал раны чистой водой и вином, что давало антибактериальный эффект.

В настоящий момент различные страны предлагают неодинаковые схемы антибиотикопрофилактики инфекционных осложнений, которые могут отличаться даже в зависимости от ведомства.

Современная система антибиотикопрофилактики инфекционных осложнений неоднозначна и некоторые её вопросы до сих пор являются нерешёнными. Основные моменты, такие как незакрытие загрязненной раны, промывание раны жидкостью, необходимость применения антибактериальных препаратов, являются общепризнанными.

Министерство обороны США рекомендует применение антибиотиков так скоро, как это возможно, но не позднее 3 часов с момента получения повреждения. В то же время хирургическую обработку, по их данным, необходимо выполнить в течение 6 часов. Основным антибиотиком, применяемым на догоспитальном этапе, является цефазолин, вводимый в количестве 1,0 при массе менее 80 кг и 2,0 при массе более 80 кг. Несмотря на это, американская ассоциация EAST утверждает, что дозировки антибиотиков должны изменяться в зависимости от объемов инфузионно-трансфузионной терапии.

Современные руководства, применяемые на территории Российской Федерации, также рекомендуют использовать цефалоспорины, которые бактерицидны, малотоксичны и хорошо переносятся больными, особенно при коротких курсах. Частота возникновения аллергических реакций на цефалоспорины ниже, чем при назначении пенициллинов.

В то же время протоколы Всемирной организации здравоохранения рекомендуют внутривенное введение комбинации пенициллина (8-12 млн) и метронидазола (1,5 мг) с целью профилактики инфекционных осложнений.

Руководства Великобритании настаивают на проведении антибиотикопрофилактики цефалоспоридами I поколения лишь в случае тяжелых повреждений (проникающие ранения полостей, переломы типа Гюстило III и т.д.).

Иранские исследователи доказали, что длительность антибиотикопрофилактики цефалоспорином I поколения не влияет на её эффективность, тем самым рекомендуя краткосрочное применение антибиотиков.

Неоднозначность и спорность существующих методик антибиотикопрофилактики говорят об их несовершенстве и необходимости проведения дальнейших исследований.

Костенко В.А., Скородумова Е.А., Федоров А.Н.

ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ (НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ) ТЕРАПИИ КЛОПИДОГРЕЛЕМ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Целью данной работы явилось сравнительное изучение применения нагрузочной дозы клопидогреля на догоспитальном этапе и в стационаре у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Проведен анализ 389 историй болезни пациентов с инфарктом миокарда за 2012 год, пролеченных в Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Все больные были разделены на две группы. В первой группе нагрузочную дозу клопидогреля (300-600 мг) давали на догоспитальном этапе. В нее вошли 90 человек, средний возраст $60,1 \pm 6,8$ лет; из них 55 мужчин (61,1%), 35 женщин (38,9%). Во второй группе препарат в той же нагрузочной дозе давался в стационаре. Эту группу составили 288 пациентов, средний возраст $63,0 \pm 7,5$ лет; из них 187 мужчин (64,9%), 101 женщина (35,1%). В первой группе Q инфаркт миокарда (QИМ) встречался в 57 (63,3%) случаев и не Q инфаркт миокарда (неQИМ) в 33 (36,7%); во второй группе соответственно – 187 (64,9%) QИМ и 89 (33,8%) неQИМ. Чрескожные коронарные вмешательства в первой группе были произведены у 33 пациентов (36,7%); во второй – у 101 (35,1%) больных. Таким образом, группы были сопоставимы по всем перечисленным выше параметрам.

Полученные результаты. Нарушения ритма в первой группе пациентов наблюдались у 14 человек (15,6%), во второй – у 52 (18,1%), $P \geq 0,05$. Рестенозов стента в первой группе не случилось, а во второй они произошли у 3 человек (1,0%). Ранняя постинфарктная стенокардия и рецидивы инфаркта миокарда (ИМ) в первой группе отмечались у 6 (6,7%), во второй – у 37 больных (12,8%), $P \leq 0,05$. Острая сердечная недостаточность (Killip III-IV) в первой группе развилась у 9 пациентов (10,0%), во второй – у 58 (20,1%) ($P \leq 0,01$). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) за время госпитализации (NYHA III-IV) диагностирована у 13 человек (14,4%) первой группы и у 57 (18,4%) второй ($P \geq 0,05$). Летальность в стационаре составила 8,9% (8 человек) в первой группе и 16,0% (46 пациентов) во второй ($P \leq 0,05$).

Выводы. Раннее, начиная с догоспитального этапа, применение нагрузочной дозы клопидогреля достоверно снижало частоту тромботических осложнений в виде ранней постинфарктной стенокардии и рецидивов ИМ, а также развитие острой сердечной недостаточности, Killip III-IV, что в результате приводило к статистически значимому снижению госпитальной летальности. Тенденция к сниже-

нию частоты ХСН требует дальнейшего подтверждения на более объемных выборках, в том числе на постгоспитальном периоде.

Котенко П.К., Куреев С.Г., Божок Р.Н.

**НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОЖАРНОЙ ЧАСТИ ПО ТУШЕНИЮ
КРУПНЫХ ПОЖАРОВ ГЛАВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЧС РОССИИ
ПО РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ЗА 2010-2012 ГОДЫ**

ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины

им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

Северо-Западный региональный центр МЧС России, Санкт-Петербург, Россия

За отчетный период на территории Республики Карелия произошло 7244 аварии и катастрофы, при этом бригады медицинской службы привлекались на каждое 13-е происшествие на территории республики.

Наиболее частыми причинами выездов специалистов были ДТП и пожары. Соотношение выездов на ДТП по отношению к выездам на пожары с каждым годом увеличивается: в 2010 году – приблизительно 1 : 2, в 2012 – 1 : 4,9. В 2012 г. специалистов медицинской службы СПЧ уже вызывали на все ДТП и пожары с пострадавшими в пределах Петрозаводского гарнизона пожарной охраны.

Медицинскую помощь пострадавшим в ЧС медики СПЧ оказывали на основании порядка оказания скорой медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи.

За 1 выезд бригады медицинской службы СПЧ оказывали медицинскую помощь от 1 до 5 человек (в среднем – 1,2); при выезде на ДТП – от 1 до 5 человек (в среднем – 1,2), на пожары – от 1 до 3 человек (в среднем – 1,1). После оказания медицинской помощи госпитализированы 204 (32,1%) пострадавших, 431 (68,4%) отпущены домой с рекомендациями, 1 (0,2%) пострадавшего спасти не удалось. В 2011 г. при ликвидации последствий ДТП пострадал 1 сотрудник СПЧ. Помощь ему была оказана на месте, а состояние госпитализации не потребовало.

Основными клиническими состояниями, потребовавшими оказания экстренной и неотложной медицинской помощи пострадавшим при ДТП, были черепно-мозговые травмы (51,2%), поверхностные раны, ушибы конечностей, ссадины (35,2%). Достаточно часто встречались закрытые травмы грудной клетки (22,2%), переломы костей конечностей и таза (21,6%), переломы позвоночника (6,4%) и закрытые травмы живота (6,2%). Проведения реанимационных мероприятий потребовали пострадавшие в состоянии травматического шока (5,6%). Среди прочих патологических состояний широко представлены острые стрессовые реакции (34,6%). После оказания медицинской помощи 112 (23%) пострадавших в результате ДТП были госпитализированы, 374 (77%) отпущены домой с рекомендациями.

Среди пострадавших при пожарах 137 (95,7%) – население, 6 (4,3%) – сотрудники Федеральной противопожарной службы МЧС России. Основные клинические состояния, потребовавшие оказания экстренной и неотложной медицин-

ской помощи пострадавшим при пожарах: отравление продуктами горения (55%), поверхностные ожоги (22,9%), травмы (13,6%), ожоги дыхательных путей (10%), обострение хронических, в основном сердечно-сосудистых, заболеваний (5,7%). Острые стрессовые реакции имели место в 35% случаев. Сочетание глубоких ожогов, ожогов дыхательных путей и ожогового шока – в 8,6% случаев. Смертельный исход зарегистрирован у 1 (0,7%) пострадавшего.

В анализируемый период медицинская помощь оказана 7 пострадавшим на водных объектах. В 6 случаях основным клиническим синдромом было переохлаждение, в 2 – травматические повреждения, в 2 – ситуационно обусловленные стрессовые реакции.

Среди других ЧС следует выделить катастрофу пассажирского самолета Ту-154 (20.06.2011), в ходе ликвидации последствий которой сотрудниками медицинской службы СПЧ оказана медицинская помощь 4 пострадавшим с поли-травмой.

Кузнецов С.В., Струк Ю.В., Якушева О.А., Неровный А.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПУНКЦИОННО-ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»,
БУЗ «Воронежская областная клиническая больница №1», г. Воронеж, Россия

Цель – проанализировать клинические данные о применении пункционно-дилатационной трахеостомии (ПДТ) у больных с тяжелой нейрохирургической патологией.

Материалы и методы. В исследование включены 63 пациента возрасте от 21 до 67 лет, находившиеся на лечении в отделении нейрореанимации Воронежской областной клинической больницы №1 в 2012-2013 гг. Всем больным была произведена ПДТ по комбинированной методике Григса в связи с необходимостью продленной ИВЛ, наличием гнойного трахеобронхита, стойких бульбарных, выраженных двусторонних псевдобульбарных расстройств. Данная методика не использовалась у пациентов с анатомически короткой шеей, выраженной гиперплазией щитовидной железы, нестабильной гемодинамикой. В асептических условиях под комбинированной анестезией с миорелаксантами выполняли поперечный разрез кожи (1,5-2 см), пунктировали трахею иглой в проекции 3-4-го межкольевого промежутка, через иглу в трахею вводили металлический проводник. Формирование трахеостомической раны производили зажимом Ховарда – Келли. В сформированное отверстие в трахее по проводнику устанавливали трахеотомическую трубку, производили ее фиксацию.

Результаты. Во всех случаях использование ПДТ выявило некоторые преимущества в сравнении с традиционной методикой: время выполнения составило 5-7 минут, количество занятого персонала – не более 2 человек, меньшая травматичность, меньшая вероятность инфицирования раны, развития стеноза трахеи и небольшой косметический дефект.

Частота осложнений ПДТ в 2012 году – 8,2%, в 2013 году – 3,1%. В 2012 году осложнениями стали технические трудности пункции трахеи и при формировании

отверстия в трахее. Осложнения в ходе ПДТ в 2013 году представлены трудностями пункции трахеи, паратрахеальной установкой канюли (1 случай). Все осложнения были вовремя устранены и не повлияли на тяжесть состояния больных.

Таким образом, быстрота выполнения и малая травматичность ПДТ делают данную методику предпочтительной у больных с нейрохирургической патологией. При этом необходима хорошая практическая подготовка и постоянное совершенствование навыков анестезиолога-реаниматолога.

Кузнецов С.С., Филатов С.И., Тимкин В.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕТЕКТОРА БОЛЕВОГО СТРЕССА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф» Республики Бурятия,
г. Улан-Уде, Россия

На догоспитальном этапе при лечении пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой, осложненной отсутствием сознания пострадавшего, и шоком врач сталкивается с рядом задач, решение которых не всегда лежит на поверхности по ряду причин. Для успешного лечения пострадавшего с шоком одной из первоочередных задач является определение адекватности обезболивания. Боль по своей природе, имея под собой конкретные патофизиологические и патохимические процессы, при клиническом обосновании обладает в большей степени субъективной характеристикой. О ее интенсивности мы можем судить, основываясь на косвенных признаках, таких как гемодинамические показатели и уровень психоэмоциональных проявлений. Корреляция причинно-следственной связи болевой составляющей шока с этими параметрами является далеко не всегда прозрачной и не позволяет с точностью указать на удельный вес ноцептивной импульсации в развитии шока, оказывающей негативное влияние на перфузию органов и тканей. Все это приводит к возникновению потребности в установлении патогенетического фактора и дифференциальной диагностики с гиповолемией. На сегодняшний день это происходит в большинстве случаев только эмпирически, а в совокупности зачастую с ограниченным временем лечения на догоспитальном этапе не всегда является верным.

Оснащение анестезиолого-реанимационной бригады скорой медицинской помощи в соответствии с современными нормативно-правовыми документами находится на достаточно высоком уровне. Но отсутствие достаточной диагностической базы по сравнению со стационаром, вкупе с краткими сроками пребывания в карете скорой помощи и необходимости экстренной стабилизации состояния пострадавшего, невольно заставляют врача заниматься полипрагмазией. Полипрагмазия, в свою очередь, зачастую несет в себе ряд негативных последствий, как токсических – от чрезмерного количества наркотических средств, так и волевических – от большого объема инфузионных сред, с соответствующими осложнениями.

В нашем центре с 2013 года мы активно применяем детектор болевого стресса «Med-Storm Innovation» у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, шоком, комой. Проведено более 150 исследований, интерпретация каждого из которых, проводимых непосредственно в салоне реанимобиля, позволяет оценить

ноцептивную импульсацию и успешно применять мультимодальную концепцию обезболивания, позволяя защитить пострадавшего от шока на максимальном уровне. Обладая большим арсеналом медицинских препаратов в сочетании с индикатором болевого стресса, возможно в кратчайшие сроки провести дифференциальную диагностику шока, оценить адекватность обезболивания, анестезии, уровень седации, определить необходимость коррекции не только дозы анестетика и его типа, но и гипнотика.

Кулик А.И., Пиковский В.Ю.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

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

Кардиогенный шок является одним из жизнеугрожающих проявлений сердечной недостаточности. Развивающаяся при этом состоянии тяжелая гипоксия циркуляторного характера требует обязательной респираторной поддержки в комплексе интенсивной терапии уже на ранних этапах лечения.

Целью исследования являлось определение оптимального вида респираторной поддержки при кардиогенном шоке на догоспитальном этапе. В исследование были включены 60 пациентов, разделенных на 3 подгруппы: 20 пациентам респираторная поддержка проводилась в режиме Constant Positive Airway Pressure (CPAP), 20 – в режиме высокочастотной струйной вентиляции легких (ВЧВЛ), контрольную группу составили 20 пациентов, получавших оксигенотерапию в виде ингаляции кислорода. Исходно и через 40 минут от начала терапии определялись систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление, частота дыхания (ЧД), частота сердечных сокращений (ЧСС), сатурация крови по данным пульсоксиметрии (SpO_2) и давление углекислого газа в конце выдоха по данным капнометрии ($EtCO_2$). Анализ полученных в начале и в конце терапии данных, проводился в зависимости от отношения к норме. Использовались следующие методы статистического анализа: критерий χ^2 (для качественных признаков) и критерий Крускала-Уоллиса (для количественных признаков) для сравнения групп наблюдения в начале терапии, критерий χ^2 с поправкой Йейтса и критерий Крускала-Уоллиса с последующим множественным сравнением при анализе динамики показателей при проведении терапии.

Проведенный анализ данных указывает на наличие статистически значимой связи между методом респираторной поддержки и повышением сниженного САД и ДАД у пациентов с кардиогенным шоком. ВЧВЛ достоверно сильнее повышает САД и ДАД в сравнении с CPAP и ингаляцией кислорода. Применение ВЧВЛ в большей степени способствует повышению сниженного SpO_2 и улучшает ЧД при кардиогенном шоке в сравнении с респираторной поддержкой методом CPAP. Наблюдалась тенденция к положительному влиянию ВЧВЛ на ЧСС при кардиогенном шоке в сравнении с CPAP и ингаляцией кислорода, что при анализе итоговых значений ЧСС через 40 минут после начала терапии привело к появлению статистически

значимых различий между группами. Также выявилась прямая связь между применением ВЧВЛ и нормализацией EtCO₂ у пациентов с кардиогенным шоком.

Таким образом, полученные данные показывают, что наиболее оптимальным методом респираторной поддержки при кардиогенном шоке является высокочастотная вентиляция лёгких.

Куриленко Е.Х., Грачев С.Ю., Суковатых А.Л., Новикова Н.П.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ

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

Особенностью поражающего действия взрывных устройств, применяемых террористами, является высокий удельный вес множественных и сочетанных ранений. Это не только тяжелые огнестрельные, но и закрытые, открытые повреждения конечностей и внутренних органов одновременно нескольких анатомических областей в сочетании с общим контузионно-коммоционным синдромом. В связи с этим специфические морфофункциональные изменения тканей развиваются как в непосредственной близости от зоны повреждения, так и в отдаленных областях. Имеет определенное значение и влияние на организм пострадавших климата, местности, метеорологических условий, дефицита медицинских ресурсов, питьевой воды. Дополнительные повреждающие факторы: неожиданность, внезапность террористического акта, массовость пострадавших, хаос и паника в первые минуты после трагедии.

Механогенез взрывной травмы существенно отличается от известных механизмов огнестрельных ранений, как по набору поражающих факторов, так и по характеру воздействия их на человека. К общим особенностям повреждений, возникающих в результате взрыва, относятся:

- множественность, сочетанность, одностороннее расположение;
- морфологическое разнообразие, наличие обширных разрушений и отрывов;
- закрытые повреждения внутренних органов, преимущественно открытый характер переломов;
- слепой и касательный характер ранений, признаки термического и химического воздействия;
- радиальное направление раневых каналов, наличие частиц взрывчатого вещества и осколков в глубине раневых каналов.

На конкретные особенности возникающих взрывных повреждений будут влиять свойства использованного взрывного устройства и условия травмы. Повреждения, возникающие от действия повреждающих факторов взрыва, чрезвычайно многообразны и зависят от целого ряда условий: мощности заряда и конструкции взрывного устройства, расстояния и положения пострадавшего по отношению к центру взрыва, среды взрыва. Повреждения могут значительно различаться в зависимости от того, где произошел взрыв:

- открытое пространство – улица, площадь, стадион, аэродром;

- закрытое помещение – станция метро, концертный зал, кинотеатр, театральный центр, действие энергии взрыва увеличивается за счет замкнутого пространства, отраженной волны, удара о преграды;
- относительно закрытое помещение – выставочный комплекс, библиотека, фойе, аэропорты, вокзалы и т.п., для улучшения освещенности конструктивно предусмотрены стеклянные стены, витражи, большие окна, что уменьшает повреждающее действие энергии взрыва;
- взрывы на транспорте – вагон метро в тоннеле, электропоезд и автобус.

При взрывах различной мощности повреждения отличаются по тяжести и объему. Особенно четкие отличия наблюдаются при контактных взрывах. При взрывах большой мощности происходят полное разрушение тела или части тела, разрывы и отрывы внутренних органов, множественные осколочные ранения, обширные закопченные поля и ожоги кожи. Взрывы средней мощности, как правило, ограничиваются разрушением отдельного сегмента конечности, разрывами внутренних органов только при наличии очага разрушения, локализующегося на туловище пострадавшего, образованием дистантных повреждений костей, мышц, кровеносных сосудов и нервных стволов. При взрывах малой мощности наблюдаются поверхностные разрушения мягких тканей, редко с переломами рядом расположенных костей, слепыми ранениями мелкими осколками оболочки или деталями взрывного устройства. Если известна мощность взрывного устройства, то о расстоянии до места взрыва можно судить по характеру и объему осколочных повреждений, отражающих энергию поражающих элементов.

Определенные трудности при организации всего лечебно-эвакуационного процесса вызывает факт, что только незначительная часть врачей имеет практику в оказании экстренной медицинской помощи и лечении взрывной травмы. В настоящее время взрывная травма рассматривается и изучается как самостоятельная нозологическая единица (вид травматизма), имеет свои характерные отличительные признаки, позволяющие дифференцировать ее с огнестрельной и другими видами травм. Доля взрывной травмы в структуре смертельного и не смертельного травматизма составляет около 0,1% и постоянно растёт. Это связано как с техногенными, так и криминальными причинами.

Клиническая картина повреждений при взрывной травме отличается разнообразием за счет множества одновременно или последовательно появляющихся симптомов поражений различного характера и локализации. Общим признаком таких травм является общее тяжелое состояние пострадавшего. В связи с тем, что часть пострадавших доставляется в лечебные учреждения без сознания, или уже пребывает в терминальном состоянии, диагностику следует начинать с выявления повреждений жизненно важных органов и развившихся нарушений дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Мероприятия интенсивной и противошоковой терапии должны проводиться с особым акцентом на нормализацию параметров микроциркуляторной гемодинамики в тканях, устранение гипоксии и коррекцию метаболических расстройств, предупреждение развития респираторного дистресс-синдрома, сердечно-легочной и почечно-печеночной недостаточности.

Лахин Р.Е.

РАСШИРЕННЫЙ ФОКУСИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОСМОТРА ПРИ ТРАВМЕ

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

Ультразвук в оценке травмы используется на протяжении последних 30 лет. Специально разработанные фокусированные протоколы ультразвукового осмотра пациентов с травмой применяются медиками различных специальностей, связанных с оказанием неотложной и экстренной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах. Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma (EFAST) используется в качестве скринингового инструмента для выявления внутрибрюшинного, внутригрудного кровотечений, пневмоторакса и тампонады перикарда у пациентов с травмами. Быстрая и точная сортировка жизнеугрожающих осложнений имеет решающее значение для нестабильных пациентов с травмой, так как увеличение времени от момента травмы до постановки диагноза и начала лечения ведет к ухудшению прогноза и увеличению смертности.

Расширенный фокусированный протокол ультразвукового осмотра при травме должен выполняться быстро (в течение 3-5 минут). При проведении EFAST протокола обследуют восемь стандартных точек. В правом верхнем квадранте ведется поиск жидкости в гепаторенальном кармане и правой плевральной полости. В левом верхнем квадранте ведется поиск жидкости в спленоренальном кармане и левой плевральной полости. В надлобковой области ведется поиск жидкости в тазу. В субкостальной области ведется поиск жидкости в перикарде. В верхней части грудной клетки справа и слева ведется поиск пневмоторакса.

Ультрасонография значительно превосходит радиографию при выявлении свободной жидкости, особенно в положении лежа, имея чувствительность 100% и специфичность 99,7%. С помощью ультразвука можно выявлять объемы свободной жидкости в плевральной полости, начиная с 50 мл, а в брюшной – со 100 мл.

В настоящее время этот метод является скрининговым тестом для сортировки больных и принятия решения о тактике дальнейшего лечения и выполнения манипуляций. Пациенты с нестабильной гемодинамикой (систолическое АД < 90) и положительным EFAST немедленно направляются в операционную для экстренной лапаротомии. Компьютерная томография выполняется у пациентов с положительным EFAST только при стабильной гемодинамике или когда повреждения подозреваются клинически, несмотря на негативный или сомнительный результат EFAST. Выявленный пневмоторакс или гемоторакс, угрожающий жизни пациента, должен немедленно дренироваться.

Внедрение в повседневную деятельность EFAST протокола позволит увеличить эффективность оказания помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, а также повысит безопасность пациентов с тяжелой травмой при оказании им экстренной помощи.

Лахин Р.Е.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОТОРАКСА НА МЕСТЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

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

Нераспознанный напряженный пневмоторакс является одной из причин смерти пациентов. Даже небольшой изначально объем воздуха в плевральной полости может увеличиваться в размере и вести к ухудшению состояния. Поэтому ранняя диагностика этой патологии очень важна и на догоспитальном этапе оказания помощи.

Методика определения пневмоторакса заключена в верификации четырех ультразвуковых признаков: отсутствие скольжения лёгкого, отсутствие В-линий, отсутствие легочного пульса и наличие точки легкого.

Для определения этих признаков ультразвуковой датчик устанавливают продольно по среднеключичной линии над третьим межреберным промежутком, затем датчик смещают вниз и исследуют четвертый межреберный промежуток.

Под ребрами находятся париетальная плевра и висцеральная, покрывающая легкое, которая совершает скользящие движения в одну и другую сторону, синхронно с дыхательными движениями (эффект скольжения легкого). Непосредственно от плевральной линии в норме отходят гиперэхогенные вертикальные артефакты типа «хвост кометы», называемые В-линиями. Также может определяться легочной пульс. Пульсация легкого – это ритмичные движения висцеральной плевры под париетальной синхронно с сердечными колебаниями. Если скользящее движение или В-линии, или легочный пульс обнаружены, то пневмоторакс практически исключается. Отсутствие этих признаков может являться признаком пневмоторакса, так как листки плевры разделены воздухом.

Использование М-режима помогает определить: есть скольжение париетальной плевры или нет. Ультразвуковой признак «Seashore Sign» (морской берег) указывает на нормальное скольжение легкого и исключает пневмоторакс. Ультразвуковой признак «Barcode Sign» (штрих код) указывает на отсутствие скольжения легкого и означает отсутствие движения в исследуемой зоне, что подразумевает наличие пневмоторакса. Необходимо помнить, что существует ряд патологических состояний, когда плевральные листки спаяны между собой, при этом эффект скольжения будет отсутствовать. Это может привести к ложноположительной диагностике пневмоторакса. Поэтому более специфичным признаком пневмоторакса (специфичность составляет 100%) является верификация «Lung Point» (точки легкого).

При частичном пневмотораксе с неполным коллапсом легкого в месте пневмоторакса париетальная и висцеральная плевры разделены воздухом, в то время как в другой части, неразделенной воздухом, листки плевры прилежат друг к другу и висцеральная плевра совершает нормальное скольжение.

Поэтому при последовательном перемещении датчика вдоль межреберного промежутка, начиная от передних отделов грудной клетки и продвигаясь к латеральным отделам по направлению к среднеподмышечной линии, можно обнаружить место начала соприкосновения висцеральной и париетальной плевры, где

при вдохе листки плевры будут соприкасаться, а при выдохе будут разделены прослойкой воздуха. Это место называется точкой легкого и является границей пневмоторакса. Поиск точки легкого проводится в В- и М-режимах. Мониторинг границы пневмоторакса позволяет своевременно заметить его нарастание и выполнить его дренирование.

Таким образом, использование ультразвука для диагностики пневмоторакса дает возможность быстро определить не только развитие этого патологического состояния, но и позволяет мониторировать состояние плевральной полости, верифицируя нарастание или уменьшение объемов пневмоторакса. В настоящее время ультразвук становится эффективным прикроватным методом диагностики тяжелых больных. Внедрение в повседневную деятельность доступных ультразвуковых методик исследования позволит повысить безопасность пациентов в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

*Лебедева Е.Р., Гурарий Н.М., Цыпушкина Т.С., Филимонова П.А.,
Гилев Д.В., Jes Olesen*

НОВЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ – ПРЕДИКТОРЫ ИНСУЛЬТА И ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Екатеринбург, Россия

Цель исследования – оценка частоты и клинико-диагностических характеристик головных болей у больных до развития ишемического инсульта и транзиторных ишемических атак (ТИА).

Материалы и методы. Мы обследовали с использованием полуструктурированного интервью 252 пациента (129 мужчин и 123 женщины) с впервые возникшим острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) – ишемическим инсультом или ТИА. Среди них 222 пациента были с ишемическим инсультом и 30 пациентов – с ТИА. Их возраст варьировал от 43 до 72 лет, средний возраст 55,6 лет. Всем пациентам была выполнена МРТ головного мозга и ультразвуковое исследование магистральных артерий головы. Интервью было проведено неврологом не позднее 2-х недель с момента ОНМК и включало характеристики предшествующих головных болей в течение года до интервью и характеристики новых головных болей, возникших в течение 1 месяца до инсульта. Диагноз головных болей был поставлен согласно Международной классификации головных болей, версия 3 β (2013 год).

Результаты: 189 (75%) из 252 пациентов имели головные боли в течение 1 года до развития инсульта. Среди них было 140 (55%) пациентов с головными болями напряжения, 42 пациента (16%) с мигренью без ауры и 7 пациентов (3%) с мигренью с аурой. У 37 пациентов (14%) до развития ОНМК появились новые головные боли, которых они не имели раньше, среди них было 25 пациентов с ишемическим инсультом и 12 с ТИА. У 15 человек они возникли за 7 дней до ОНМК, у 2 человек – за 5 дней до ОНМК, у 8 – за 2 дня до ОНМК, у 12 – за 1 день до ОНМК. Наиболее часто новые боли были похожи на мигрень без ауры (у 28 из 37 человек), реже – на головную боль напряжения (у 7 пациентов) и очень редко –

на кластерную головную боль (у 2 пациентов). У большинства больных эти боли возникали ежедневно до развития ОНМК, имели выраженную интенсивность и плохо купировались анальгетиками.

Вывод. Возникновение интенсивных, плохо купирующихся новых головных болей, имеющих сходство с мигренью, может быть одним из предикторов инсульта или транзиторных ишемических атак.

Левина И.А., Попов В.П.

**РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АССИСТЕНТ СПАСАТЕЛЬНЫХ СЛУЖБ» В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

ГБОУ СПО «Свердловский областной медицинский колледж»

ГБУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф»

г. Екатеринбург, Россия

Нарастающее количество техногенных и природных аварий и катастроф, сопровождающихся человеческими жертвами, требует особого, современного подхода к организации оказания экстренной медицинской и спасательной помощи, в том числе и в подготовке специалистов. С 2008 года в Свердловской области реализуется программа дополнительной подготовки фельдшера «Ассистент спасательных служб» (АСС), разработанная специалистами Территориального центра медицины катастроф Свердловской области (ГБУЗ СО «ТЦМК») и Свердловским областным медицинским колледжем (ГБОУ СО «СОМК»). Ежегодно на базе учебно-тренировочного центра ГБУЗ СО «ТЦМК» дополнительную додипломную подготовку по программе «Ассистент спасательных служб» проходят 50% выпускников специальности Лечебное дело. Формированию практического опыта фельдшера в службе скорой медицинской помощи и медицины катастроф способствует модульно-компетентностный подход в реализации программы «АСС». Занятия проводятся в учебно-тренировочном центре ГБУЗ СО «ТЦМК» специалистами центра, врачами, фельдшерами, многие из которых имеют опыт работы в «горячих точках», при ликвидации последствий массовых катастроф и бедствий. При подготовке специалистов особое внимание уделяется симуляционным технологиям, способствующим отработке практических умений по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, в т.ч. при дорожно-транспортных происшествиях. Молодой специалист, попавший в реальные условия экстремальной ситуации, должен уметь принять единственно правильное решение. Для формирования профессиональных компетенций в обучении фельдшеров активно применяется методика «театра травмы» с участием специально подготовленных и загримированных статистов, воссоздающих любой тип чрезвычайной ситуации – от техногенной, до социальной, а также любые виды травматических повреждений. Выпускники, в рамках реализации программы «АСС», приобретают практический опыт оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе, работая в составе мобильных подразделений службы медицины катастроф, на трассовых пунктах медицины катастроф, на выездах в бригадах экстренного реагирования (БЭР), в авиамедицинских бригадах, сопровождая

пострадавших в специализированные учреждения здравоохранения. Многолетний опыт совместной работы ГБУЗ СО «ТЦМК» и ГБОУ СПО «СОМК» по реализации программы «АСС» позволяет совершенствовать профессиональное образование фельдшера, готового к самостоятельной профессиональной деятельности в должности фельдшера скорой и неотложной помощи.

*Ливанов Г.А., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Баранов Д.В.,
Андрианов А.Ю., Колпаков Р.Л.*

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ МЕТАДОНОМ

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

По данным отделения реанимации и интенсивной терапии №3 (токсикология) СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, с острыми отравлениями метадонном в 2011 году было доставлено 93 больных, в 2012 г. – 388, в 2013 г. – 577 больных. Отмечено также увеличение количества летальных исходов в данной группе больных: в 2011 г. умерло 9 больных, в 2012 г. – 22, в 2013 г. – 41 больной. Этот факт диктует необходимость дальнейшего совершенствования лечения больных с острыми отравлениями метадонном (Ливанов Г.А. и др., 2002; Лужников Е.А., 2005).

Цель настоящей работы – изучение особенностей клинического течения и оценка результатов лечения больных с тяжелыми формами острых отравлений метадонном.

Исследование проводили в процессе лечения 74 больных с острыми отравлениями метадонном в крайне тяжелом состоянии.

Следует отметить, что использование антидота налоксона, согласно нашему опыту работы, имеет ряд жестких ограничений его использования. Было отмечено, что введение налоксона на догоспитальном этапе у больных с отравлениями метадонном с длительной экспозицией яда и клинической картиной тяжелой дыхательной недостаточности чревато развитием жизнеопасных осложнений в виде отека–набухания головного мозга, отека легких.

Лечение тяжелых форм острых отравлений метадонном должно включать в себя следующий комплекс мер. Во-первых, обязательное восстановление функции внешнего дыхания путем проведения ИВЛ. Во-вторых, инфузионную терапию, направленную на увеличение ОЦК, улучшение микроциркуляции, коррекции водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, уменьшения проявлений экзо- и эндотоксикоза. В-третьих, использование в интенсивной терапии препаратов, уменьшающих глубину и тяжесть метаболических расстройств, связанных с развитием гипоксии (субстратных антигипоксантов). В настоящем исследовании было установлено, что использование данного комплекса мер приводило к улучшению клинического течения химической травмы и зачастую определяло исходы острых отравлений.

Лисун И.И., Попова Е.А., Сарап П.А.

**ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ
В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
г. Красноярск, Россия

Заболеваемость, связанная с инфекционным поражением ЦНС, остается на достаточно высоком уровне. Возникновение антибиотико-резистентных штаммов патогенных микроорганизмов приводит к тяжелому, часто критическому течению болезни. В настоящее время смертность при бактериальном менингите, по разным данным, составляет от 5-10% до 25-35%, но даже в том случае, когда удается сохранить жизнь больному, неврологические осложнения наблюдаются у 50% выживших пациентов.

Клинические наблюдения проведены у 100 реанимационных больных с острыми гнойными менингитами. Контрольную группу составили 50 больных с нейроинфекцией, которым применяли общепринятую терапию, исходя из приказа № 375 Министерства здравоохранения РФ. Исследуемую группу составили 50 пациентов с нейроинфекцией, которым в комплексное лечение дополнительно были включены Реаферон-ЕС-Липинт и экстракорпоральная иммуно-фармакотерапия (ЭИФТ) иммунофаном.

Наши исследования показали, что изучаемая группа больных с первых часов заболевания находится в крайне тяжелом состоянии: сопоре, коме (оценка по Шкале Глазго 8-12 баллов). При этом изменения в ликворе указывают на гнойный характер воспаления (выраженный цитоз с абсолютным нейтрофилезом и лимфоцитозом, высокое содержание белка).

Изолированное и сочетанное применение Реаферон-ЕС-Липинта и ЭИФТ иммунофаном в лечении реанимационных больных с нейроинфекцией позволяет эффективно купировать гнойно-воспалительный процесс, явления эндогенной интоксикации, что проявляется быстрым восстановлением сознания, ликвидацией менингеальных симптомов и санацией ликвора. Острый гнойный менингит возникает на фоне выраженного иммунодефицита. Развитие заболевания и используемые препараты (глюкокортикостероиды) в схеме лечения усугубляют депрессию клеточного и гуморального иммунитета. Компенсаторные возможности организма не в силах справиться с данными нарушениями без деблокады иммунной системы иммунокорректирующей терапией. Совместное воздействие на различные звенья клеточного, гуморального иммунитета Реаферон-ЕС-Липинтом и ЭИФТ иммунофаном позволило даже у 5 крайне тяжелых больных, перенесших септический шок, к концу первой недели справиться с гнойно-воспалительным процессом, что, видимо, связано с активацией фагоцитоза, элиминацией ЦИК из плазмы крови, восстановлением функциональной активности иммунной системы.

Сочетанное применение Реаферон-ЕС-Липинта и ЭИФТ иммунофаном позволяет снизить число различных осложнений на 64%. В целом это выразилось в уменьшении койко-дня с 36 до 21 и общей летальности на 58,0%.

Лобжанидзе А.А., Эргашев О.Н., Разумный Н.В.
**ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ
В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Комитет по здравоохранению Ленинградской области,
ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

На территории Ленинградской области в 2013 году количество ДТП возросло на 6,1% (3793 (+217)). Рост аварийности зарегистрирован в 10 районах области. Снизилось число погибших в ДТП за счет снижения госпитальной летальности на 14%.

Для улучшения качества и обеспечения доступности медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортном происшествии, а также оптимизации работы по совершенствованию оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с использованием новейших технологий диагностики и лечения, создается стройная система оказания специализированной медицинской помощи при ДТП в Ленинградской области путем организации травмоцентров трех уровней, работающих в круглосуточном режиме.

Введены в строй и работают 12 травмоцентров, имеющие в своем составе вновь созданные современные операционные отделения для противошоковых мероприятий, оснащенные всем необходимым оборудованием и инструментами. Разработаны маршрутизация и зоны ответственности медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, и травмоцентров, внедрены адекватные медико-экономические стандарты, выполнено обучение медицинского персонала. Врачебный и сестринский персонал прошел подготовку по правилам пользования новой аппаратурой, поставленной по программе «Совершенствование организации медицинской помощи при ДТП» и по современным методикам оказания помощи при травмах и неотложных состояниях. Отработана схема командной работы при оказании помощи тяжелому пострадавшему, широко внедряемая в мире в рамках системы ITLS (international trauma lift support).

Создаваемая система травмоцентров в Ленинградской области – это вертикально интегрированная система, объединяющая по территориальному принципу медицинские стационары и службу, оказывающую скорую медицинскую помощь на догоспитальном этапе. Травмоцентры подразделяются на 3 уровня. III уровень – местные центры, где может быть оказана неотложная хирургическая и реанимационная помощь, II уровень – межрайонные центры, где кроме неотложных мероприятий осуществляются срочные оперативные вмешательства и проводится интенсивная терапия. В травмоцентрах I уровня осуществляется полный объем поливалентной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

В результате реализации Целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в Ленинградской области на 2013-2016 годы» было выделено на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП 700 млн рублей. Идет работа по строительству вертолетных площадок, уже построено три. Основные требования,

предъявляемые к травмоцентрам I и II уровня, следующие: доставка пострадавших с тяжелой травмой в течение «золотого часа»; наличие компьютерного томографа, УЗИ, эндоскопического оборудования; наличие операционных отделений для противошоковых мероприятий, куда поступают пострадавшие, минуя приемное отделение, сразу из автомобилей скорой медицинской помощи; комплекс аппаратуры для реанимации и интенсивной терапии; наличие медицинских работников, прошедших усовершенствование по лечению тяжелой сочетанной травмы.

Внедрение методов внеочагового остеосинтеза сделало возможным решение в Ленинградской области еще одной проблемы – лечения сочетанных травм таза и переломов конечностей при тяжелой сочетанной травме. Множественные переломы костей таза с ротационной и вертикальной нестабильностью при сочетании с повреждениями других анатомических областей сопровождалась высокой летальностью как при традиционной консервативной тактике, связанной с длительным обездвиживанием пострадавшего, так и при попытках фиксации переломов открытыми способами. Используемая в Ленинградской области аппаратная фиксация с помощью аппаратов КСТ 1, в режиме, в первую очередь, лечебно-транспортной иммобилизации, признается приоритетным направлением лечения тяжелой сочетанной травмы, особенно при использовании этой методики в травмоцентрах II уровня. В результате – снижение летальности при тяжелой сочетанной травме с продолжающимся внутритазовым кровотечением на 17%.

Другой подход к определению лечебной тактики, применяемый в Ленинградской области, состоит в динамическом и многократном определении тяжести состояния пострадавших (мониторинге) в процессе реанимации и интенсивной терапии по специально разработанной шкале ВПХ, которая внедряется во все травмоцентры I и II уровня. Шкала позволяет на основе объективных признаков оценивать состояние основных систем жизнеобеспечения пострадавших, своевременно выявлять и корректировать нарушения в каждой из них и, в конечном итоге, комплексно оценивать состояние пострадавшего одним количественным индексом.

Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий в Ленинградской области в 2013 году составило 3,7%, показатель смертности от дорожно-транспортных происшествий – 28,6 на 100 тыс. человек населения. Достижение в 2013 году показателя смертности от дорожно-транспортных происшествий – 28,0 на 100 тыс. человек населения предусмотрены в целевых показателях (индикаторах) Плана мероприятий («дорожной карты»).

Лодягин А.Н., Ливанов Г.А., Батоцыренов Б.В.

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ С ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – клиническая оценка изменений иммунного статуса, сурфактантной системы легких, гидратации легких при острых тяжелых отравлениях ядами нейротоксического действия и разработка методов их коррекции.

Материалы и методы. Обследовано 198 больных в возрасте от 20 до 52 лет с острыми тяжелыми отравлениями; из них опиатами – 61 случай, этанолом и его суррогатами – 78 случаев, азалептином и амитриптилином – 59 случаев. Распределение больных по группам осуществляли по характеру токсического агента, наличию легочных осложнений, в зависимости от проводимой терапии. В группу с легочными осложнениями вошли больные, у которых развились: пневмония, некардиогенный отек легких, аспирационный пневмонит, ателектаз. Использовали следующие диагностические критерии: анамнестические – наличие или отсутствие аспирации; клинические – данные физикального исследования, характер мокроты, лихорадка ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$) или гипотермия ($< 36\text{ }^{\circ}\text{C}$); клинико-лабораторные – лейкоцитоз ($> 11 \cdot 10^3/\text{мл}$), лейкопения ($< 4 \cdot 10^3/\text{мл}$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево ($> 20\%$ палочкоядерных или любое количество юных форм); рентгенологические – прогрессирующие или персистирующие инфильтраты, быстрая кавитация в инфильтрат, ателектазы.

Исследовали показатели циркуляторного, гемического, тканевого компонентов транспорта кислорода, кислородного баланса, содержание веществ низкой и средней молекулярной массы, концентрацию олигопептидов в артериальной, смешанной венозной крови и моче, показатели состояния поверхностно-активных веществ легких, состояние иммунного статуса.

Результаты. У всех пациентов наблюдали проявления иммунной недостаточности с признаками токсикоза: снижение в крови абсолютного и относительного содержания лимфоцитов и их популяций, увеличение содержания нейтрофильных гранулоцитов, в том числе палочкоядерных форм. Усиливалась индуцированная хемилюминесценция цельной крови, что характеризовало снижение функциональной активности лимфоцитов и моноцитов крови. Нельзя было исключить наличия у обследованных предшествующих иммунных нарушений, обусловленных хронической опиатной интоксикацией и хроническим алкоголизмом. Применение препаратов сукцината обеспечило более быстрое и полное восстановление содержания лейкоцитов крови: уменьшилось число нейтрофилов и восстановилось число лимфоцитов.

Наряду с другими патогенетическими механизмами развития дыхательной недостаточности при острой химической патологии, нарушения сурфактантной системы легких вносили свой весомый вклад в развитие дыхательной недостаточности и легочных осложнений.

Сальбутамол оказывал положительное влияние на восстановление поверхностно-активных свойств легочного сурфактанта, что положительно сказывалось на газообмене: нормализовалось вентиляционно-перфузионное отношение, уменьшались шунто-диффузионные нарушения, снижалась доля функционального мертвого пространства.

Заключение. Использование реамберина и цитофлавина позволяет существенно снизить глубину неспецифических поражений за счет уменьшения тканевой гипоксии, нормализации утилизации кислорода тканями, уже пережившими гипоксию, антиоксидантных и антирадикальных свойств, реабилитации систем естественной детоксикации, иммуномодулирующих свойств; медикаментозная коррекция поверхностного натяжения в легких β_2 -агонистом – сальбутамолом улучшает состояние функции газообмена в легких при острых отравлениях ядами нейротоксического действия, снижает количество легочных осложнений.

Лукьянова И.Ю., Соколов Ю.В.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПРОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

ОСМП Невского района при поликлинике №8, Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на большой вклад российских врачей и исследователей в создание рекомендательных документов по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда, ведение больных с осложнениями, такими как нарушения ритма и проводимости, нельзя считать решенным вопросом. Не теряет своей актуальности выбор тактики ведения больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) нижней локализации и нарушениями атриовентрикулярного проведения (АВ). Одной из проблем является неоднородность гемодинамических нарушений при поражении правой коронарной артерии, обусловленная разной площадью миокарда правого и левого желудочков, включенных в зону ишемического поражения.

Цель исследования – проанализировать связь между автоматической активностью синусового узла (СА) узла и АВ-проведением у больных нижним ОИМ и АВ блокадами II-III степени, на фоне инфузионной терапии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ карт вызовов, тактики ведения больных нижним ОИМ с нарушениями АВ-проведения II-III степени. Исследовано влияние объем-восполняющей терапии у больных с поражением правой коронарной артерии, признаками правожелудочковой недостаточности и нарушениями АВ-проведения в дебюте нижнего ОИМ.

Результаты. Анализ 23 карт вызовов показал, что в 100% случаев для коррекции нарушений АВ-проведения II-III степени у больных нижним ОИМ применяется «учащающая» терапия (атропин, эуфиллин). Проведение инфузионной терапии у больных с ОИМ нижней локализации, нарушениями АВ проведения II-III степени и признаками правожелудочковой недостаточности привело к коррекции гемодинамических и дромоторпных нарушений. После введения 400 мл: систолическое артериальное давление (САД) увеличилось до 100,4 мм рт. ст. (9,9) по сравнению с САД после введения 200 мл ($p=0,003$), диастолическое артериальное давление (ДАД) – до 58,7 мм рт. ст. (6,8) по сравнению с ДАД после введения 200 мл ($p = 0,011$), частота желудочкового ритма (ЧЖР) – до 85,0 уд/мин (70,0;90,0) по сравнению с ЧЖР после введения 200 мл ($p=0,037$), центральное венозное давление (ЦВД) снизилось до 12,2 см вод. ст. (3,7) по сравнению с ЦВД после введения 200 мл ($p=0,003$), частота синусовой активности (ЧСА) – до 88,0 импульсов/мин. (12,0) по сравнению с ЧСА после введения 200 мл ($p=0,010$). Мода показателя степени АВ блокады изменилась до 0 (0;0) ($p=0,028$).

Заключение. Для коррекции правожелудочковой недостаточности и нарушений АВ-проведения (II-III ст.) с высокой активностью синусового узла у данной группы больных в отсутствие левожелудочковой недостаточности следует применять объем-восполняющую терапию.

*Любченко А.А., Попов А.А., Попова Е.А., Анисимов М.М., Устюгов С.А.,
Филина Н.Г., Лисун И.И., Попова М.А.*

**ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ**

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
г. Красноярск, Россия

Одним из современных разделов здравоохранения является медицина критических состояний (экстремальная медицина), которая выделилась в качестве самостоятельного направления охраны здоровья населения в последние тридцать лет. Наличие в экстремальной медицине таких разделов, как неотложная медицина (скорая и неотложная помощь), медицина катастроф, служба крови и интенсивная терапия (реаниматология) придает данному направлению важное значение в период природных, техногенных катастроф, террористических актов. В то же время вышеуказанные разделы в настоящее время являются наиболее доступными для населения. Поэтому последипломное обучение специалистов по экстремальной медицине носит государственный приоритет.

Кафедре мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой медицинской помощи Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (зав. кафедрой профессор А.А.Попов) в 2014 году исполнилось 15 лет. За прошедшее время прочтено более 3000 специалистов Красноярского края, Республик Бурятия, Тыва и Хакасия, что позволило сделать следующие выводы.

В системе последипломного образования необходимы кафедры, которые занимались бы всеми формами обучения (клиническая интернатура, ординатура, специализация, тематическое усовершенствование) по вопросам экстремальной медицины (скорая помощь, медицина катастроф, интенсивная терапия, клиническая токсикология, клиническая трансфузиология и т.д.).

Для достижения поставленной цели и выполнения задач кафедра должна располагаться на базах городской станции скорой помощи, территориальных центрах медицины катастроф, станциях переливания крови и многопрофильных стационарах.

Врачи и средний медицинский персонал должны не менее 1 раза в 5 лет проходить тематическое усовершенствование по вопросам экстремальной медицины, на которых бы отрабатывались вопросы преемственности на этапах оказания медицинской помощи.

Для повышения эффективности последипломного образования по вопросам экстремальной медицины необходимо полнее использовать возможности Российского общества скорой медицинской помощи.

Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А.

ОСТРЫЕ ТРОМБОЗЫ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОНМК (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ)

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Известно, что острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в связи с длительной иммобилизацией пациентов и двигательными нарушениями в виде парезов и параличей конечностей сопряжены с развитием таких осложнений, как тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). За 2 года в отделении неотложной неврологии от острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) скончались и были подвергнуты патологоанатомическому вскрытию 65,2% (189) больных, от других заболеваний, не связанных с нарушением мозгового кровообращения – 34,8% (101). ОНМК по ишемическому типу было диагностировано у 25,8% (75), по геморрагическому типу – у 36,2% (105), по смешанному типу – у 3,1% (9) пациентов. В 13,7% (26 чел.) на секции был найден острый тромбоз вен нижних конечностей, при этом в головном мозге ишемический инсульт был диагностирован у 73,1% (19) больных, геморрагический инсульт – у 26,9% (7). Размеры очага поражения в головном мозге от 2 до 5 см выявлены в 6 случаях при ОНМК по ишемическому типу и в 2 при ОНМК по геморрагическому типу. Очаг от 5 до 15 см диагностирован в 13 случаях при ОНМК по ишемическому типу, в 5 случаях при ОНМК по геморрагическому типу. У всех больных с диагнозом ОНМК в качестве фонового заболевания фигурировала гипертоническая болезнь. В 15 случаях (ишемический инсульт) тромбоз вен определялся в нижней конечности с коллатеральной стороны от очага поражения в головном мозге (конечность на стороне гемипареза). В 4 случаях тромбоз развивался в нижней конечности той же половины тела, где находился и очаг поражения в головном мозге. При геморрагическом инсульте такое соотношение составило 4:3. Причем лишь в 4 случаях из 26 у больных имела место хроническая патология со стороны венозной системы нижних конечностей – тромбофлебит (2) и варикозная болезнь вен (2), во всех остальных случаях определялся острый тромбоз глубоких вен голени и подколенной вены. У 88,5% (23) тромбоз локализовался изолированно в глубоких венах голени, у 11,5% (3) – в подколенной вене. У 26 пациентов восходящий тромбоз вен нижних конечностей привел к отрыву тромботических масс с развитием ТЭЛА и инфарктов легких, при этом в возрасте от 40-49 лет был 1 больной, от 50-59 лет – 10, от 60-69 лет – 7, от 70-79 лет – 5, от 80-89 – 3 больных. Время пребывания в стационаре составило: до суток – 2 больных (доставлены в больницу на 3-4 день после развития ОНМК), от 1-3-х суток – 5, от 3-10 суток – 16, более 10 суток – 3.

Таким образом, острый тромбоз нижних конечностей развивался у больных с ОНМК, преимущественно по ишемическому типу с локализацией, в основном на стороне двигательного дефицита, в системе глубоких вен голени.

Мадай Д.Ю., Багненко А.С., Якимчук Д.А., Бумай А.О.
**СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ ОБЛАСТИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ**

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время системой российского здравоохранения все больше внимания уделяется вопросам оптимизации оказания медицинской помощи по средствам ее стандартизации. Особенно актуально это направление при создании алгоритмов диагностики и оказания медицинской помощи в экстремальных условиях работы. Так врачи скорой медицинской помощи, сталкиваясь с тяжелыми и нестандартными клиническими случаями, не имеют права на промедление и ошибки. Как известно, при тяжелой сочетанной травме существует понятие «золотого часа», в пределах которого пострадавший должен быть доставлен до специализированного стационара. Однако в значительной степени исход будет зависеть от того, насколько грамотно будет выставлен диагноз и адекватно оказана медицинская помощь на догоспитальном этапе.

В настоящее время на территории Российской Федерации с целью повышения качества оказания медицинской помощи создаются стационарные отделения скорой медицинской помощи на территории многопрофильных стационаров, одним из которых является НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Именно это обстоятельство определило место проведения исследования. Работа выполнена на основании ретроспективного исследования первичной документации 150 пострадавших (75 мужчин и 75 женщин) в возрасте от 19 до 83 лет, поступивших по неотложным показаниям в отделение ЭМП НИИ Скорой помощи им. Джанелидзе в период с 2012 г. по 2014 г. При анализе медицинской документации оценивали объем и содержание оказанной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

В соответствии с полученной информацией и проведенным анализом нами были сформулированы положения протоколов медицинской помощи пострадавшим с изолированной и сочетанной травмы челюстно-лицевой области. Протоколы содержат такие разделы, как основные клинические проявления, диагностика и оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах с выделением трех потоков пострадавших в зависимости от характера травмы и общего состояния пострадавшего. В настоящее время проект протоколов находится на рассмотрении главного специалиста Министерства здравоохранения Российской Федерации, после утверждения планируется активное внедрение предложенных рекомендаций в повседневную практику врачей скорой медицинской помощи.

Мануковский В.А., Самохвалов И.М., Бадалов В.И.,
Коростелев К.Е., Тюликов К.В., Рушанов Р.Р.

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ –
ЭНЦЕФАЛОФАЦИАЛЬНЫМ АНГИОМАТОЗОМ (СИНДРОМ ШТУРГЕ–ВЕБЕРА)**

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

Синдром впервые описан британскими врачами W.A. Sturge (1850-1919), затем F.P. Weber (1863-1962), A. Krabbe (1934). Авторы считали, что неврологические проявления заболевания вторичны по отношению к невоидному поражению мозга, аналогичному таковому на лице. F.P. Weber предложил называть это заболевание энцефалофациальным ангиоматозом, или ангиоматоз мозговых оболочек, глаз и лица. Такая комбинация связана с нарушением развития одновременно двух зародышевых листков – эктодермы и мезодермы. У 5% больных не выявляется лицевых невусов, обычно вовлекается верхняя половина лица, часто ограничиваясь зоной иннервации одной из ветвей тройничного нерва.

Клинический случай. Пациент К. доставлен в клинику военно-полевой хирургии ВМедА спустя час после падения с 4-го этажа. Со слов бригады скорой медицинской помощи, на месте травмы сознание ясное. В пути следования отмечали я ухудшение сознания до поверхностной комы, произведена интубация. При поступлении в клинику: сознание – глубокая кома, анизокория D>S (0,7; 0,2). Глубокие рефлексы слева подавлены, справа оживлены. Менингеальных знаков не выявлено, положительный синдром Бабаинского слева. Местно: множественные ушибы и ссадины волосистой части головы, конечностей. При рентгенографии черепа определяются признаки затенения правой лобной доли. Костно-травматических изменений не выявлено. При М-эхо по трем трассам определяется смещение срединных структур справа налево до 11 мм, при этом отмечено наличие множество паравентрикулярных дополнительных компонентов, максимальное эхо-отражение достигало до 4 мм, преимущественно справа. На выполненной КТ головы определяется обызвествление по ходу борозд правой лобной и теменной долей, компримирующее передний рог правого бокового желудочка: субарахноидальное пространство в лобной и теменной долях неравномерно расширено до 13 мм. Асимметрично расширены боковые желудочки, IV желудочек, охватывающая цистерна сохранены. Отмечается гиперостоз правой половины лобной кости.

Таким образом, по данным объективного осмотра и неврологической картины в сочетании с диагностическими исследованиями (в виде смещения срединных структур), могли быть интерпретированы сдавления головного мозга внутричерепной гематомой, требующие неотложного оперативного вмешательства, что, безусловно, в сочетании с тяжелой сочетанной травмой могло существенно усугубить прогноз и увеличить сроки госпитального лечения.

Махкамов К.Э., Юнусов Р.С., Кузибаев Ж.М., Исрайилов Д.У.
**МАЛОИНВАЗИВНОЕ УДАЛЕНИЕ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ
В ПРОЕКЦИИ САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА
И ВЕТВЕЙ СРЕДНЕЙ ОБОЛОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Эпидуральные гематомы по своему значению являются одной из самых актуальных проблем экстренной нейрохирургии. Одно из направлений современной медицины является разработка и внедрение малоинвазивных оперативных вмешательств с целью уменьшения интраоперационной агрессии и временной инвалидизации. Целью исследования явилось оценка результатов применения малоинвазивных вмешательств при эпидуральных гематомах в проекции сагиттального синуса или ветвей средней оболочечной артерии.

Малоинвазивные хирургические методы удаления парасагиттальных эпидуральных гематом использованы у 16 пострадавших, находившихся с 2010-2012 гг. на лечении в отделение нейрохирургии Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан. Возраст больных составил от 18 до 68 лет (средний возраст – $41 \pm 1,5$ лет), из них 10 мужчин и 6 женщин. Объем удаленных гематом варьировал от 17 до 29 см³ (средний объем $23,2 \pm 5,4$ см³). Хирургическое вмешательство производили через линейный или подковообразный разрез. В зависимости от объема и распространенности гематомы выполнено от 2 до 6 трепанационных отверстий вдоль сагиттального синуса, ветвей средней оболочечной артерии с двух сторон параллельно или по обе стороны линейных переломов височной кости. После удаления гематомы из данных отверстий, твердая мозговая оболочка подтягивалась лигатурами к краям отверстий с целью предотвращения повторного накопления гематомы. Таким образом, поверхность твердой мозговой оболочки с поврежденными ветвями средней оболочечной артерии и на уровне сагиттального синуса прижалась к внутренней костной пластине черепа. Радикальность удаления гематомы оценивалась интраоперационно и по данным динамической КТ головного мозга. У 13 (81,3%) больных гематомы удалены тотально, у 3 (18,7%) удалено свыше 70% первоначального объема гематомы. Рецидив гематом, потребовавший повторного оперативного вмешательства, отмечался у 2 пациентов. Хороший исход с регрессом неврологической симптоматики наблюдался у 13 (81,3%) больных. Стойкий неврологический дефицит, требующий постороннего ухода, сохранялся у 2 (12,5%) больных. Летальный исход наступил у 1 (6,2%) больного вследствие тромбоэмболии легочной артерии.

Таким образом, разработанная малоинвазивная методика удаления эпидуральных гематом позволяет радикально (свыше 95% от исходного объема) удалить гематомы у 81,3% больных. Она должна использоваться строго по показаниям, при отсутствии признаков прогрессирующего дислокационного синдрома, под пристальным динамическим неврологическим и КТ мониторингом.

Миннуллин И. П., Халиллюлин Р.И.

**НОВЫЙ ПОДХОД К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ МЕСТНОГО ГЕМОСТАЗА
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ РАН ВЗРЫВНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Махачкала, Россия

За период с 2002 по 2012 гг. под нашим наблюдением находились 368 пострадавших в результате взрывов, происшедших вследствие 224 террористических актов. Легкие травмы имели место в 27% случаев, средней степени тяжести – в 48%, тяжелые травмы – в 25%. В состоянии травматического шока на стационарный этап скорой помощи поступили 41,2% раненых. Непосредственной причиной развития шока и тяжести состояния пострадавших были обширные взрывные раны, дистанционные повреждения внутренних органов и кровопотеря.

Исходя из особенностей травматогенеза, при минно-взрывных ранениях традиционные методы гемостаза не могут рассматриваться в качестве исчерпывающих. Не решает проблему и кровоостанавливающий жгут. Это обусловлено тем, что в большинстве наблюдений при контактном механизме поражения, помимо отрыва дистальных сегментов одной конечности, наблюдаются обширные ранения мягких тканей другой (контрлатеральной) конечности. Они имеют обширную раневую поверхность со своеобразными по внешнему виду множественными рваными ранами кожи, повреждениями подкожной жировой клетчатки и подлежащих мышц, распространяясь зачастую до промежности и таза. Такие раны представляют собой источник постоянного капиллярного и венозного кровотечения, которое по величине, продолжительности и интенсивности превышает кровотечение из оторванной конечности. В этих случаях высокое наложение жгута, хотя и обеспечивает полное обескровливание конечности, но при поздних сроках поступления раненых на этапы квалифицированной хирургической помощи лишает возможности сохранения поврежденной, но не оторванной конечности, а некоторым раненым стоит и жизни. Давящая повязка как альтернатива жгуту в этих случаях не столько обеспечивает остановку кровотечения, сколько увеличивает общую кровопотерю, впитывая из обширной раневой поверхности массу крови. Под нашим наблюдением находились 26 пострадавших при взрывах с так называемыми контрлатеральными ранениями, когда имело место сочетание отрыва одной конечности с множественными ранениями мягких тканей другой конечности.

Разработанный нами способ местного гемостаза при взрывных ранениях (регистрационный номер 2014105793) заключается в том, что между слоями гигроскопичного атравматичного материала, например, многослойной марлевой салфетки, наносят слой средства «Гемостоп», оказывающего местное кровоостанавливающее действие. Наложение такой повязки является временным способом остановки кровотечения при обширных взрывных ранениях. Способ реализуется следующим образом. На стерильную марлевую салфетку, состоящую из 3-4 слоев марли, наносится средство «Гемостоп» из расчета 1,0-2,0 г на 1 см², затем повязка накладывается на рану и конечность туго бинтуется. Несомненным преимуще-

ством данного способа является быстрота проведения манипуляции. Применение данного способа при оказании помощи пострадавшим на догоспитальном этапе позволяет в течение нескольких минут остановить кровотечение, соответственно избежать таких осложнений, как травматический шок вследствие массивной кровопотери и повторные (вторичные) кровотечения.

Способ прост в использовании, дает быстрый кровоостанавливающий эффект, доступен для условий догоспитального этапа и рекомендуется к применению для бригад скорой медицинской помощи и медицины катастроф.

Митичкин А.Е., Висков Р.В., Прокудин В.Н.

**ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ/ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
В МОСКОВСКОЙ ГКБ № 36 – 16-ЛЕТНИЙ ОПЫТ (МОДЕЛЬ И ИННОВАЦИИ)**

ГБУЗ «Городская Клиническая Больница № 36

Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

С сентября 1997 г. в ГКБ № 36 (больница экстренной медицины на 1200 коек) организован психотерапевтический кабинет (1 заведующий, 2 психиатра, 1 медицинский психолог). Проведенный за последние 16 лет медико-статистический анализ показал, что психиатры и психотерапевт оказали консультативно-лечебную помощь 38 034 пациентам (6,4% от всех госпитализированных), у которых соматическая патология сопровождалась различными психическими расстройствами. По данным клинко-психопатологического анализа у 70,7% выявленных пациентов были обнаружены различные непсихотические расстройства (органические, невротические, связанные со стрессом и соматоформные, аффективные, личностные). В связи с невротическим уровнем расстройств, сюда же были отнесены пациенты на выходе из острой алкогольной или наркотической интоксикации, эпилептики с расстройствами поведения, страдающие резидуальной шизофренией в ремиссии. Лечение всех этих пациентов заключалось в применении различных видов психотерапии, небольших доз легких нейролептиков, антидепрессантов и транквилизаторов. У остальных 29,3% выявленных пациентов были обнаружены психотические и начальные дементные расстройства. В этой группе преобладали эпизоды спутанности сознания у лиц старческого возраста, умеренные депрессивные эпизоды на фоне соматической патологии, эпизоды психотической тревожной депрессии, синдром постапоплектической деменции и старческого огрубления личности. В этом же ряду психотических расстройств – алкогольные и смешанные делирии (при тяжёлых ожогах, черепно-мозговых травмах, в остром периоде нарушения мозгового кровообращения или инфаркта миокарда). При лечении этих пациентов применяли средние дозы сильных нейролептиков, антидепрессантов, ноотропы, дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию. Организационной моделью оказания психиатрической/психотерапевтической помощи в многопрофильной больнице была избрана модель «взаимодействия–прикрепления». В соответствии с этой моделью разработаны 4 инновации в организации психиатрической помощи. Первая инновация: психиатры постоянно уделяли внимание повышению знаний интернистов в психиатрии и наркологии путём проведения образовательных семинаров. Вторая инновация:

психиатр, консультируя соматического пациента с сопутствующими психическими расстройствами, обязательно обсуждает с лечащим врачом особенности его анамнеза и психического статуса (этап «взаимодействия»), повторно консультируя пациента в динамике терапии, привлекает к этому лечащего врача (этап «прикрепления»). Третья инновация: психиатрическая/психотерапевтическая помощь соматическим пациентам с сопутствующими психическими расстройствами обязательно проводилась «бригадным» методом с привлечением других специалистов. Четвёртая инновация заключалась в сочетанном применении психологической коррекции, разнообразной психотерапии, дифференцированной психофармакотерапии на фоне соматотропных препаратов. Возможность получения в многопрофильной больнице психиатрической и психотерапевтической помощи пациентам с сопутствующими психическими расстройствами отвечает насущным потребностям современной медицины и положительно воспринимается этими пациентами, у которых появилась возможность в многопрофильной больнице решить не только соматические, но и психические проблемы, что повышает «качество их жизни».

Насырова А.Н., Хандзрацян А.С.

**К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

ГБУЗ «Городская Клиническая Больница № 36
Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

В преамбуле Устава Всемирной Организации Здравоохранения зафиксирован принцип, согласно которому «Здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности и зависит от самого полного сотрудничества отдельных лиц и государств».

Нормативно-правовой актом, регулирующим оказание медицинской помощи иностранным гражданам при травматических повреждениях челюстно-лицевой области, является Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2011 г. №496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях», согласно которому медицинская помощь иностранным гражданам может быть оказана в виде: скорой медицинской помощи; первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Наличие угрожающих жизни состояний является главным критерием экстренной медицинской помощи, они отражены в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. №194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

Именно при этих состояниях медицинские организации в соответствии с п.1 ст. 79 обязаны оказывать медицинскую помощь (независимо от того, являются ли нуждающиеся в такой помощи гражданами РФ или нет, застрахованными в системе ОМС или нет).

Скорая и скорая специализированная медицинская помощь оказывается иностранным гражданам, нуждающимся в срочном медицинском вмешательстве, медицинскими организациями бесплатно.

В соответствии с приказом Минздрава России от 20.06.2013 №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», медицинская помощь иностранным гражданам при патологии челюстно-лицевой области оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи.

Выбор медицинской организации для доставки пациента при осуществлении медицинской эвакуации производится, исходя из тяжести состояния пациента, минимальной транспортной доступности до места расположения медицинской организации и профиля медицинской организации, куда будет доставляться пациент.

Негрей В.А., Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М., Барбашова Е.И.

**СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
И СРОКИ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
В СТАЦИОНАРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2013 ГОДУ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Фактор времени является определяющим при оказании медицинской помощи в экстренной форме как на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи, так и в условиях стационара. Быстротечность развития острых патологических состояний требует особых подходов к организации помощи, характеру и порядку использования медицинских технологий. Всего в 2013 году в стационарах Санкт-Петербурга прооперировано 8 212 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, из них в срок до 6 часов в стационары города доставлено 2 898 (35,3%) пациентов, в срок от 6 до 24 часов – 2 119 (25,8%) человек и позднее 24 часов от начала заболевания – 3 195 человек (38,9%). Таким образом, отмечается высокий (38,9%) показатель поздней (позже 24 часов) госпитализации среди оперированных пациентов.

При увеличении сроков госпитализации заметно увеличивается послеоперационная летальность. Так, если при госпитализации пациентов с острым аппендицитом, ущемленной грыжей и перфоративной язвой в первые 6 часов летальность составляет 0,15%, 3,28% и 3,6%, то при госпитализации спустя сутки она увеличивается до 0,5%, 11,6% и 13,9% соответственно.

В стационарах сохраняется высокий процент задержек в выполнении экстренных операций. Из 8 212 больных, оперированных в 2013 году, 2 040 (24,8%) человек были оперированы в сроки от 6 до 24 часов, а 1 978 (24,1%) человек – в срок позже 24 часов после госпитализации.

При ряде urgentных хирургических заболеваний, таких как острая кишечная непроходимость и ущемленная грыжа, также наблюдались задержки в выполнении экстренных операций. Так, у 386 (50% и более) больных с острой кишечной

непроходимостью в 2013 году операции были выполнены с задержкой на 6 часов и более, а у 78 (11,8%) больных с ущемленной грыжей и у 78 (33,8%) больных с кровоточащей язвой экстренные операции были выполнены позднее 24 часов.

Однако при таких заболеваниях, как острый аппендицит и ущемленная грыжа, в 2013 году по сравнению с 2012 годом в сроках выполнения экстренных операций наблюдалась значительная положительная динамика. Так, в 2013 году отмечалось уменьшение в 2 раза числа больных с острым аппендицитом и в 3 раза – больных с ущемленными грыжами, оперированных позднее 24 часов.

В целом, по большинству остальных нозологических форм при сравнении данных 2012 и 2013 годов статистически значимых изменений в показателях сроков выполнения оперативных вмешательств после госпитализации больных с острой хирургической патологией в стационарах города не отмечено.

Неклюдов Михаил

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ
В ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ
КАРОЛИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТСКОГО ГОСПИТАЛЯ, ШВЕЦИЯ**

Каролинский университет, Стокгольм, Швеция

Каролинский Университетский Госпиталь (KS) использует метод гипербарической оксигенации (ГБО) в лечении экстренных состояний с начала 1980-х годов. Отделение ГБО организационно является частью клиники анестезиологии и реаниматологии и оборудовано двумя одноместными камерами (Sechrist, США), а также многоместной камерой производства фирмы HAUX (Германия). Эта камера, постройки 2005 года, спроектирована и оборудована с целью проведения современной интенсивной терапии в гипербарических условиях. Одновременно камера может принять четырёх больных на ИВЛ с полным мониторингом или около 30 больных на спонтанном дыхании. Показания для экстренного ГБО в нашей практике таковы: тяжёлые некротизирующие инфекции мягких тканей (фасциит, миозит, газовая гангрена, одонтогенная флегмона шеи, медиастинит), острая ишемия тканей/ разможнение тканей, отравление окисью углерода, артериальная воздушная эмболия / кессонная болезнь, инфекции ЦНС (абсцесс), инфицированные нейрохирургические и ортопедические имплантаты.

Лечение в барокамере проводится по стандартным схемам, как правило, это сеанс длительностью 110 минут, давление 2.8 атм (1.8 атм избыточного давления, или 18 метров водного столба). В 2013 году было проведено 245 экстренных сеансов ГБО в многоместной камере и немногим более 2000 сеансов (плановые + экстренные) в одноместных камерах. Статистика по экстренным показаниям следующая: 74% – тяжёлые инфекции мягких тканей (NSTI), 13% – ишемия тканей, 11% – отравление CO, 2% – воздушная эмболия/кессонная болезнь. Результаты лечения по диагнозу NSTI – обнадеживающие: за период 1998-2008 гг. было принято 430 больных, смертность составила 10% (ожидаемая смертность по оценочной шкале APACHE II – более 40%). Разумеется, успех лечения столь серьёзных инфекционных состояний зависит от широкого комплекса мер и чёткого взаимодействия хирурга, intensivиста, инфекциониста и специалиста ГБО. В KS разра-

ботана формализованная схема лечебных мероприятий при NSTI, включающая ежедневную хирургическую обработку ран (фасциотомия, резекция некротических тканей, дренаж), оптимальную антибактериальную терапию, оптимальную реанимационную поддержку и ГБО.

Немаев С.А.

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОМАНДЫ
ЭСТАФЕТЫ ОЛИМПИЙСКОГО ОГНЯ XXII ЗИМНИХ ОЛИМПИЙСКИХ ИГР**
ФГБУ Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России,
Москва, Россия

Руководство Олимпийского комитета России обратилось в ВЦМК «Защита» с просьбой о медицинском обеспечении команды эстафеты олимпийского огня в преддверии проведения XXII зимних олимпийских игр в Сочи.

Эстафета олимпийского огня (ЭОО) проводилась в течение 123 дней с 7.10.13 г. по 7.02.14 г. в 135 городах 83 субъектов Российской Федерации. Общая протяженность ЭОО 65 000 км, в том числе 20 273 км на автомобильном транспорте, 17 728 км на поезде и 2 256 км на вертолете.

В ней участвовали 14 тысяч факелоносцев в возрасте от 14 лет до 101 года. Основная команда обеспечения ЭОО составляла порядка 400 человек, часть из которых работала вахтовым методом.

Специалисты ВЦМК «Защита» спланировали и выполнили медицинское обеспечение эстафеты в полном объеме.

Основными неблагоприятными факторами являлись: постоянные переезды автомобильным, авиационным и железнодорожным транспортом, в том числе в ночное время; смена часовых поясов; ненормированный рабочий день и неполноценный отдых членов команды ЭОО; работа в разных климатических условиях от +15 °С до -38 °С, во время дождя, снегопада и в темное время суток; этапы эстафеты протяженностью от 20 до 60 км, на которых факелоносцы пробегали по 150-200 метров, а часть членов команды сопровождали их на всем протяжении в 2-3 смены с перерывами для приема пищи и кратковременного отдыха; питание в предприятиях общественного питания и, как следствие, нарушение привычного рациона.

Медицинское обеспечение проведения ЭОО осуществляли в круглосуточном режиме силами двух врачей-специалистов ВЦМК «Защита». Для оказания медицинской помощи имелись укладки врача скорой медицинской помощи, реанимационная укладка и лекарственные средства для проведения амбулаторного лечения.

Перед приездом в каждый город или непосредственно после прибытия устанавливалась связь с руководителями здравоохранения и уточнялся поэтапный план медицинского обеспечения. В состав кортежа эстафеты привлекали бригаду скорой медицинской помощи на санитарном автомобиле класса «С».

Отсутствие информации о состоянии здоровья факелоносцев, в некоторых случаях, определяло необходимость выдвижения одного из врачей из кортежа за 2-4 этапа (бегом на 400-600 метров). Оценивали возможность участия факело-

носца в эстафете и корректировали темп его движения, а при необходимости и сокращение данного этапа, иногда до 50 метров. По завершении прохождения этапа уточняли состояния здоровья отдельных факелоносцев, оказывали медицинскую помощь и передавали его бригаде СМП машины сопровождения.

За время проведения эстафеты было более 300 обращений от членов команды эстафеты, зрителей и факелоносцев. В основном, обращения были по поводу болезней органов дыхания (ОРЗ), костно-мышечной системы (миозиты, тендовагиниты, артропатии), органов пищеварения (гастриты, ФРЖ), кожи и подкожной клетчатки (дерматиты, фурункулы), болезни мочеполовой системы (циститы), незначительных травм.

Амбулаторный прием проводили в номере гостиницы, в салоне самолета и купе вагона, а ежедневный предрейсовый осмотр водителей – в холле гостиниц. Дальнейшее лечение проводили под постоянным наблюдением врача без выхода пациента из состава команды эстафеты.

При необходимости медицинскую помощь оказывали зрителям на улице с последующей передачей пациента бригаде СМП. Для оказания медицинской помощи семь раз привлекали бригады скорой медицинской помощи с последующей госпитализацией заболевших, в том числе 4 раза из числа зрителей, одного факелоносца и двух членов команды ЭОО. По показаниям проводились консультации специалистами местных ЛПУ.

В целом медицинское обеспечение команды Эстафеты олимпийского огня было проведено на должном уровне, что обеспечило бесперебойную работу всех членов основной команды в течение четырех месяцев и, как результат, зажжение олимпийского огня в день открытия XXII зимних олимпийских игр в Сочи.

Неудахин Г.В.¹, Григорян А.Г.², Закурдаева А.Ю.³, Иевлев А.А.⁴
ПОДГОТОВКА МОЛОДЕЖИ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

¹ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Москва, Россия

²Межрегиональная общественная организация

«Национальная молодежная лига здравоохранения», Москва, Россия

³АННИО «Экстренная медицина», г. Воронеж, Россия

⁴КУЗ «Липецкий территориальный центр медицины катастроф», г. Липецк, Россия

Подготовку школьников к оказанию первой помощи проводят на уроках, посвященных основам безопасности жизнедеятельности (ОБЖ). В рамках этого предмета ученики получают информацию о том, как оказывается первая помощь при различных травмах, при потере сознания, ожогах и так далее. Однако, в силу ряда причин, такое обучение не способствует формированию устойчивых навыков оказания первой помощи у школьников. Среди основных можно перечислить следующие причины:

1. Отсутствие или незначительная доля практической подготовки по оказанию первой помощи. Занятия проходят, преимущественно, в теоретическом формате.
2. Отсутствие практического применения полученных знаний.
3. Наличие в учебниках ОБЖ избыточной информации, не связанной с оказанием первой помощи.

4. Отсутствие выделения первой помощи в отдельный блок получаемых знаний и навыков.

5. Преподнесение материала по первой помощи в стандартном текстовом виде, с недостаточным количеством иллюстраций и отсутствием алгоритмизации необходимых действий.

Также негативным моментом представляется отсутствие взаимосвязи программ подготовки школьников с последующим обучением в учреждениях среднего профессионального и высшего образования, а также в автошколах. Это приводит к тому, что учащиеся получают разрозненные, не взаимосвязанные знания, которые сложно использовать практически.

Для решения описанных проблем предлагаются выполнение следующих мероприятий:

1. Разработка и коррекция программ подготовки по оказанию первой помощи с целью приведения их к действующему законодательству и взаимосвязи.

2. Уделение особого внимания практической части подготовки по первой помощи с использованием современного обучающего оборудования.

3. Разработка и выпуск учебников и пособий по оказанию первой помощи, подготовленных с учетом возрастной психологии и современных подходов.

4. Проведение периодических соревнований разного уровня по оказанию первой помощи и включение этапа «Первая помощь» в различные прикладные соревнования.

Новикова Н.П., Авраменко Т.В.

**ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС –
ПОТЕНЦИАЛ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
С ПОДЪЕМОМ ИНТЕРВАЛА ST**

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

В соответствии с Национальными Рекомендациями МЗ РБ по ведению больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) и без подъема сегмента ST больные со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ или «новой» блокадой левой ножки пучка Гиса являются кандидатами для немедленного применения метода лечения, направленного на восстановление кровотока по закрытой артерии (тромболизиса, чрескожного коронарного вмешательства – ЧКВ). У больных, поступающих в стационар без возможности выполнения ЧКВ и при отсутствии возможности их перевода в соответствующий центр, с целью выполнения ЧКВ в течение 90 минут после первого проявления болевого синдрома, применяют тромболитическую терапию (ТЛТ) в течение 30 минут при отсутствии противопоказаний. Снижение сегмента ST на 50-70% от исходного позволяет с высокой вероятностью прогнозировать успешность реперфузии, более благоприятный прогноз в плане ограничения размера инфаркта, сохранения функции левого желудочка и выживаемости. Максимально раннее проведение реперфузионной терапии позволяет ограничить или даже предотвратить образование клинически опре-

деляемого некроза сердечной мышцы, что обозначают термином «прерванный инфаркт миокарда» (aborted myocardial infarction).

В 2013 г. в РБ на 1,5% снизился процент пациентов с острым ИМ, госпитализированных в первые сутки от начала заболевания (с 70,7% в 2012 г. до 69,2% в 2013 г.). В структуре пациентов, умерших от крупноочагового ИМ, преобладают лица старше трудоспособного возраста (85,3%). В целом по республике, в сравнении с 2012 годом, отмечается снижение числа пациентов трудоспособного возраста, умерших от крупноочагового ИМ на 16,0%. По отчетам регионов республики, отмечается рост числа проведенных хирургических реваскуляризаций на 40,1% (с 2070 в 2012 г. до 2901 в 2013 г.). В то же время в 2013 году по республике на 11,4% снизилось количество проведенных тромболизисов (с 4589 до 4065). Наибольшее снижение отмечается в г. Минске (-28,6%). Это связано с увеличением активности ангиохирургов в отношении первичного чрескожного коронарного вмешательства (ПЧКВ) при ОКС, также отмечается незначительная положительная динамика количества догоспитального тромболизиса с 617 до 619 (+0,5%).

Таким образом, прерванный ИМ, ассоциирующийся со снижением летальности – вполне достижимая цель при оказании помощи больным с ИМ, которая должна стоять перед всеми специалистами, отвечающими за оказание медицинской помощи больным с ИМ – как врачами специализированных отделений, так и врачами службы СМП, врачами общей практики, кардиологами и терапевтами поликлиник. Несмотря на то, что ТЛТ уступает позиции самого частого метода реперфузии при ИМпST – ЧКВ (чрескожной баллонной коронарной ангиопластике и стентированию коронарных артерий), она остается важным компонентом лечения, особенно у пациентов в первые 3 часа от начала симптоматики, а также в связи с невозможностью достижения принципа «ангиопластика для всех» из-за множества экономических и организационных препятствий. Основным способом сокращения времени от начала симптоматики до начала реперфузии является ее проведение на догоспитальном этапе.

Новикова Н.П., Грачев С.Ю., Суковатых А.Л., Куриленко Е.Х.

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ
С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ**

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

Сочетанная травма в РБ является основной причиной инвалидизации взрослого населения и причиной смерти №1 у детей и лиц до 35 лет. В ГК БСМП г. Минска больные с травматическими повреждениями составляют до 25% от всех госпитализируемых. В основном это автомобильная травма, а также падение с высоты и спортивная травма. При сочетанной травме одновременно имеется повреждение нескольких областей тела или систем органов, вызванных одним повреждающим агентом.

Оказание первой помощи больному с сочетанной травмой представляет для врача особую сложность, связанную с отсутствием или ограниченностью диагно-

стических и терапевтических возможностей. При лечении пациента с сочетанной травмой перед врачом скорой помощи стоят следующие задачи:

1. Лечение острой дыхательной недостаточности. Ее значение часто недооценивают из-за отсутствия в ряде случаев выраженной клинической картины. Однако, по многим данным, именно гипоксия служит причиной летального исхода у 30% больных с сочетанной травмой. В то же время интубация на догоспитальном этапе существенно снижает летальность и риск развития аспирации крови или желудочного содержимого при транспортировке.

2. Инфузионная терапия. Для стабилизации гемодинамики используются кристаллоидные и коллоидные растворы – по общим правилам, принятым для терапии гиповолемического шока. Стартовым раствором будет, очевидно, кристаллоид в дозе не менее 20 мл/кг быстро в/венно капельно за 20-30 минут. Таких болюсов может быть 2-3 в час. Ведущим препаратом этой группы остается физиологический раствор. Среди коллоидных препаратов наиболее применимым на догоспитальном этапе является гидроксиэтилкрахмал (HAES) в виде 6% раствора с молекулярной массой 200 000 дальтон. Препарат отличается достаточная величина объемозамещающего действия и низкая величина побочных эффектов. Побочное действие крахмалов на свертываемость крови выражено слабее, чем у декстранов; изменения гемостаза развиваются только после введения 2 л (по сравнению с 800 мл у декстранов). Гораздо реже анафилактические реакции, встречающиеся при введении декстранов.

3. Введение симпатомиметиков. При отсутствии эффекта от инфузионной терапии, необходимо сочетать ее с внутривенным введением симпатомиметиков (дофамина, норадреналина, мезатона или адреналина). Вопрос о дозировке должен решаться каждый раз индивидуально, методом титрования. Лучшим способом введения симпатомиметиков является постоянная инфузия.

4. Обезболивание. Вопрос о целесообразности обезболивания больных, находящихся без сознания, остается спорным. Находящимся в сознании пациентам необходимо проводить обезболивание и/или седацию.

Нами был проведен анализ действий на догоспитальном этапе бригад скорой помощи и летальности от сочетанной травмы в ГК БМСП г. Минска за 2012-2013 гг. В 2012 г. всего было пролечено 1696 пациентов, умерло 76, летальность составила 4,5%. В 2013 г. было пролечено 1916 пациентов, умерло 47, летальность составила 2,5%. Оценивали время доставки пациентов в стационар, объем проведенной инфузионной терапии, обезболивание на догоспитальном этапе, наличие и качество иммобилизации и респираторной поддержки.

Основные проблемы:

1. Лечение дыхательной недостаточности. Отсутствие респираторной поддержки (до 65%) или малая ее эффективность. Недостаточное применение трубки комбинированной, ларингеальной маски, интубации трахеи.

2. Инфузионная терапия. Вводимые объемы слишком малы, в 38% случаев составляют до 0,5 л.

3. Транспортная иммобилизация. Отрядным фактом является устойчивый рост использования шейного воротника (31,9%). Иммобилизация на щите применяется недостаточно (только у 10,6% больных).

4. Обезболивание. Недостаточно используются фентанил и НПВС (суммарно только у 6,7% больных). Неоправданно широко применяется анальгин (14,8%).

5. Время доставки. Подавляющее большинство пациентов было доставлено в стационар в пределах 1 часа после вызова – 88%. Однако быстрота доставки в ряде случаев шла в ущерб объему и качеству лечебных мероприятий, т.е. преобладал принцип «хватай и вези» вместо «стой и лечи».

Вывод. Обязательным условием подготовки пациента к транспортировке является проведение комплекса мероприятий интенсивной терапии на месте происшествия.

Остроумова Л.А., Ярков И.В., Бражин А.В.
**ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОБРАЩАЕМОСТИ
ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

ГБУЗ ТО «Станция скорой медицинской помощи», г. Тюмень, Россия

Высокая вероятность развития опасных для жизни осложнений и летального исхода в первые часы развития инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) предполагает реализацию стратегии максимально раннего восстановления перфузии миокарда. Оптимальные результаты могут быть достигнуты при проведении реперфузионной терапии в первые 2 часа.

Цель исследования – выявление факторов, влияющих на эффективность оказания скорой медицинской помощи больным с ИМпST на догоспитальном этапе.

В исследование были включены 1008 пациентов с ИМ, которым диагноз выставлен бригадами скорой медицинской помощи. Отбор пациентов для проведения догоспитальной реперфузионной терапии проводили по стандартной методике на основании наличия типичных клинических симптомов в сочетании с подъемом сегмента ST на ЭКГ. При назначении теноктеплазы (Boehringer Ingelheim) учитывали противопоказания, установленные инструкцией по применению препарата заводом-изготовителем. Обработку результатов проводили с использованием стандартного пакета программ MS Excel 2003 (Microsoft, США) с расчетом относительных показателей, средних величин и стандартных отклонений. Для оценки статистической значимости различий использовали расчет *t*-критерия.

Удельный вес женщин в выборке составил 40,1%, в группе пациентов с ИМпST женщины – 34,7%. Среди пациентов, получивших реперфузионную терапию, 79,7% составляют мужчины. При расчете частоты реперфузионной терапии в зависимости от пола и возраста установлено, что мужчины в среднем в 2,6 раза получали ее чаще. В течение первого часа от появления симптоматики ИМ за скорой медицинской помощью обратились 26,2% мужчин и 16,1% женщин ($p < 0,05$). За скорой медицинской помощью позже 6 часов обратились 37% женщин, у мужчин этот показатель составил 11% ($p < 0,05$).

Возможности ранней реперфузии при ИМпST на догоспитальном этапе зависят от пола пациента. Основной причиной гендерных различий является более поздняя обращаемость женщин за скорой медицинской помощью при возникновении симптомов ИМ. Выявленные особенности поведения женщин следует учиты-

вать при проведении разъяснительной работы о необходимости раннего обращения за скорой медицинской помощью при возникновении симптомов ишемической атаки.

*Петриков С.С., Титова Ю.В., Клычникова Е.В., Тазина Е.В.,
Годков М.А., Солодов А.А., Крылов В.В., Рык А.А.*

**СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОГО ГАЗООБМЕНА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ
СМЕШАННОГО ИСКУССТВЕННОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ
С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ,
НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ**

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

Одним из критериев безопасности парентерального питания (ПП), в состав которого входит жировая эмульсия, является отсутствие отрицательного влияния на легочный газообмен при внутривенном введении питательной смеси.

Цель исследования – оценить динамику отношения напряжения кислорода в артериальной крови к фракции кислорода в газовой смеси (PaO_2/FiO_2) при осуществлении смешанного парентерально-энтерального питания (ПЭП) в раннем послеоперационном (ПО) периоде у больных с внутричерепными кровоизлияниями (ВЧК).

Материалы и методы. Обследовали 20 больных с травматическими и нетравматическими ВЧК с угнетением уровня бодрствования до 13 и менее баллов по шкале комы Глазго в раннем ПО периоде. Все больные были оперированы. Средний возраст пациентов составил $46,8 \pm 10$ лет. Мужчин было 13 (65%), женщин – 7 (35%). Летальность составила 50%. Всем больным проводили стандартную интенсивную терапию. Энтеральное питание (ЭП) больным начинали в первые сутки ПО периода, смешанное ПЭП – в 2-8-е сутки ПО периода в связи с невозможностью достижения целей искусственного питания только при помощи ЭП. В качестве ПП осуществляли внутривенное введение трехкомпонентной смеси – СМОФКабивен, ФрезениусКабивен, 1477 мл (скорость введения 82 мл/ч) или 1970 мл (скорость введения 109 мл/ч). Скорость введения жировой эмульсии составила 0,03-0,04 г/кг/ч.

Провели анализ динамики отношения PaO_2/FiO_2 с 1 по 10 сутки осуществления ПЭП. Газовый состав артериальной крови определяли 4 раза в сутки по следующей схеме: до начала ПЭП (Точка 1, 11.00-11.30), через 2 ч после начала ПЭП (Точка 2, 13.30), через 12 ч после начала ПЭП (Точка 3, 23.30), через 18 ч после начала ПЭП (Точка 4, 05.00-05.30). Затем делали перерыв в ПЭП в течение 6 ч (с 05.30 до 11.30).

Результаты. У больных с исходно нормальным легочным газообменом ($PaO_2/FiO_2 \geq 300$) отношение PaO_2/FiO_2 оставалось стабильным в течение суток: Точка 1 – 365 (343; 451) (n=88), Точка 2 – 382 (341; 434) (n=82), Точка 3 – 371 (312; 453) (n=82), Точка 4 – 365 (301; 449) (n=78). У больных с нарушенным газообменом ($PaO_2/FiO_2 < 300$) отмечали увеличение и нормализацию отношения PaO_2/FiO_2 в течение суток: Точка 1 – 246 (200; 273) (n=37), Точка 2 – 270 (214; 328) (p<0,05 по

сравнению с Точкой 1, n=37), Точка 3 – 289 (219; 338) (p<0,05 по сравнению с Точкой 1, n=34), Точка 4 – 324 (255; 382) (p<0,05 по сравнению с Точкой 1, n=35).

Вывод. Осуществление смешанного ПЭП у больных с ВЧК, находящихся в критическом состоянии, не приводит к нарушению легочного газообмена и даже способствует его улучшению у больных с отношением PaO₂/FiO₂<300.

*Петров А.В., Борисов М.Б., Кажанов И.В., Гребнев А.Р.,
Денисенко В.В., Ганин Е.В.*

**МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ГОНИТОМ
В КЛИНИКЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА**

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

В клинике проведен анализ лечения больных с острым гнойным гонитом. Данное заболевание встречается относительно часто. Актуальность проблемы обусловлена социальной значимостью и особенностью течения заболевания. Лечение данного заболевания часто осложняется контрактурами, анкилозами, остеомиелитом, сепсисом, возможно развитие подострого процесса. Все реже встречаются «классические варианты» гонитов, что обусловлено увеличением разнообразия микрофлоры, нерациональным применением антибактериальных препаратов.

Анализ литературы показал, что арсенал лечебных мероприятий при данном заболевании велик, однако систематизированные методы встречаются редко. Предложенный нами метод лечения острых гнойных гонитов с привлечением современных технологий рассмотрен на примере 16 больных. Все больные поступили в неотложном порядке по скорой помощи. Среди них 10 мужчин и 6 женщин в возрасте от 32 до 75 лет. Наиболее вероятные причины заболевания – гемато- и лимфогенное инфицирование на фоне предшествующих закрытых травм коленного сустава, а также ятрогенное инфицирование после блокад сустава гормональными препаратами. При поступлении в клинику больные проходили стандартное лабораторное обследование, УЗИ сосудов нижних конечностей, рентгеновское исследование пораженного сустава. При необходимости выполняли КТ или МРТ. В случае выраженного выпота в коленном суставе проводили его пункцию с посевом эвакуированной жидкости. Назначали современные антибактериальные препараты широкого спектра действия. Всем больным по неотложным показаниям выполняли лечебно-диагностическую артроскопию коленного сустава, которая включала в себя: забор тканей для посева, оценку поражения сустава, удаление пораженных тканей, также рассекали спайки и формировали единую полость сустава, обильный лаваж сустава антисептиками (диоксидин), налаживали приточно-отливное дренирование ПХВ трубками. Ежедневно сустав активно промывали антисептиками через систему дренажей. Время дренирования – от 5 до 19 суток. По результатам посевов корректировали антибактериальную терапию. В нашем случае наиболее часто высевались St. Aureus в 45,8%, реже – P. Aeruginosa в 7,4%, Proteus в 1,6% случаев. В других случаях высевалась смешанная флора.

Дренажи удаляли при наличии достоверных признаков купирования воспалительного процесса: нормализация температуры более 3-5 суток, нормализация показателей крови, относительно прозрачной промывной жидкости. После удаления дренажей больной начинал разрабатывать движения в коленном суставе, полная нагрузка на конечность разрешалась на 2-4 неделю после выписки в зависимости от тяжести поражения тканей сустава. Все больные были выписаны с улучшением без осложнений в среднем через 16 суток. Данная методика современна, охватывает большой спектр методов обследования, позволяет относительно быстро купировать воспалительный процесс, предотвращать вероятные осложнения.

Петрова Н.Г., Соболева Н.И., Филенко А.Б.

ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ИНСТИТУТА СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИХ АНКЕТИРОВАНИЯ

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

Высокий уровень здоровья медицинских работников – одно из важных условий успешности их профессиональной деятельности. Особенно это важно для специалистов скорой помощи, чей труд отличается высоким психоэмоциональным и физическим напряжением. На базе Института сестринского образования ПСПбГМУ им. И.П. Павлова нами было проведено анкетирование двух категорий студентов: будущих средних медицинских работников (колледж) и студентов факультета высшего сестринского образования (ФВСО), среди которых более трети (35,6%) составили фельдшеры.

Было установлено, что, хотя большая часть респондентов (63,6%) считает себя здоровыми, почти каждый третий (30,1%) отметил у себя наличие хронических заболеваний. На наличие частых острых заболеваний указало 6,3% обучающихся. Удовлетворены состоянием своего здоровья были чуть более половины (57,5%) студентов; четверть (23,6%) отметила неудовлетворенность, а 18,9% не определились в своей оценке.

Изучение характера имеющихся хронических заболеваний показало, что почти каждый третий (29,3%) студент (как в медицинском училище, так и на факультете ВСО – 31,3% и 29,7% соответственно) страдает болезнями органов пищеварения. Данный показатель наиболее высок (36,4%) среди фельдшеров. Болезни системы кровообращения имеют место у каждого шестого (15,8%) студента. У 37,8% студентов имеются другие заболевания. Понятно, что полученные данные свидетельствуют о необходимости систематического диспансерного наблюдения значительной части студентов (и специалистов среднего звена).

Нельзя не отметить и следующее обстоятельство. Среди исследуемой совокупности курит каждый четвертый (26,1%) опрошенный, причем каждый десятый (9,5%) начал курить в возрасте до 15 лет. Доля курящих максимальна (71,4%) в возрастной группе 15-18 лет среди учащихся медицинского колледжа, что не может не настораживать. Каждый четвертый (23,8%) выкуривает более 10 сигарет в день, причем среди студентов колледжа этот показатель достигает 33,3%. Хотя средний медперсонал должен быть «носителем» здорового образа жизни, лишь

небольшая часть (8,3%) опрошенных регулярно делает утреннюю зарядку. То есть, имеет место недостаточный уровень понимания значимости здорового образа жизни в поддержании организма в должном состоянии.

Среди неблагоприятных факторов на работе студенты ФВСО выделили нервно-психическое напряжение и большой объем получаемой и обрабатываемой информации (28,2% и 26,3% соответственно), пребывание в неудобной позе (4,2%) и наличие сменной работы (3,8%), а 36,9% – сочетание нескольких факторов. Приведенные характеристики должны быть учтены при разработке системы первичной и вторичной профилактики среди среднего медицинского персонала.

Петрова Н.Г., Лосикова Т.О., Погосян С.Г., Жирова С.И.

О РЕЗУЛЬТАТАХ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА СОТРУДНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

Сотрудники отделения скорой медицинской помощи – это та категория специалистов, от уровня профессионализма и личностных качеств которых подчас зависят судьба и жизнь пациентов. Среди факторов, определяющих эффективность их работы, немаловажное значение имеет уровень самоотдачи и мотивированности, заинтересованности в самой работе и ее результатах.

Учитывая это, нами на базе стационарного отделения скорой медицинской помощи ПСПбГМУ им. И.П. Павлова было проведено анкетирование практически всех (95,5%) сотрудников. Фельдшеры составили 63,3%, врачи – 36,7%. Стаж работы у трети сотрудников составил от 6 до 10 лет (33,3%) и более 15 лет (30,0%). Ниже была доля лиц со стажем до 5 лет (20,0%) и 11 – 15 лет (16,7%).

Известно, что одним из основных мотивирующих факторов является уровень заработной платы. Оценивая его, почти половина (по 46,7%) респондентов считала зарплату низкой и средней, а 6,6% – очень низкой. Нельзя не отметить также, что, оценивая благосостояние своей семьи, почти половина респондентов (43,3%) определила его как «ниже среднего».

Респондентам предлагалось выделить наиболее привлекательные характеристики их работы. Среди предложенных вариантов наиболее значимым (указанным в 80,0% случаев) был удобный график работы. На втором месте по частоте выбора – наличие хорошего трудового коллектива (что отметила почти половина респондентов – 46,6%). Примерно каждый третий выделили такие варианты ответов, как «удобное месторасположение», «интересная работа». В наименьшем проценте случаев (6,6%) называлась возможность общения с пациентами.

Респондентам предлагалось также выделить основные мотивы, которые «удерживают» их в профессии и на конкретном рабочем месте. Меньше половины опрошенных (43,3%) указали на возможность зарабатывать деньги; 40,0% отметили возможность при необходимости оказать содействие в получении медицинской помощи близким (а 16,6% – и себе). Более трети (36,6%) опрошенных отметили наличие профессиональной заинтересованности и еще 20,0% отметили в качестве ведущего мотива – сострадание и возможность оказания помощи больным

людям. Сравнительно невысоким (16,6%) был процент тех, для кого важным мотивом является уважение близких. Каждый десятый видел в профессии возможности для расширения круга общения и для профессионального роста (и еще 6,6% – для карьерного роста). 6,6% работали из-за невозможности устроиться на другую, более оплачиваемую работу по медицинской специальности.

Нас также интересовал вопрос о том, какие стимулы для повышения эффективности и качества работы являются, по мнению респондентов, наиболее значимыми. Большинство (65,5%) считало ведущим стимулом заработную плату. Причем для женщин это было более значимо (процент считавших так составил 77,7%), чем для мужчин (60,0%). На втором месте с частотой 43,3% такой стимул, как признание коллегами по работе, что более существенно для мужчин (так полагали 52,4% из них), чем для женщин (22,2%). Более трети (36,6%) респондентов важным было признание их заслуг руководством организации. Разница в проценте указавших на этот фактор среди мужчин и женщин была четырехкратной (47,6% и 11,1% соответственно). Такой же процент респондентов указал на значимость гарантии занятости (55,5% женщин и 28,5% мужчин). Ответственность перед пациентами и их родственниками отметили 26,6% опрошенных (среди женщин – 33,3%, среди мужчин – 23,8%).

Таким образом, проведенное анкетирование доказало, с одной стороны, явно недостаточный для обеспечения достойного уровня жизни размер оплаты труда сотрудников скорой помощи, а с другой, значимость этого фактора в мотивации сотрудников для продолжения работы. Кроме того, была доказана и роль нематериальных факторов мотивации, включая создание хорошего микроклимата в коллективе, целенаправленную работу по оценке и публичному признанию заслуг отдельных работников. Для медицинского персонала важной является и возможность профессиональной и доступной медицинской помощи в случае необходимости для себя и близких. Поэтому при возникновении такого рода проблем руководство должно оказывать всяческое содействие сотрудникам. Более сложно решаемой проблемой является формирование в общественном сознании должного уважения к медицинским работникам, в т.ч. работающим в подразделениях скорой медицинской помощи.

Погосян С.Г., Твердохлебова О.С., Орлов А.Е.
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА
КАК ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Будущий профессионализм любого сотрудника (в т.ч. среднего медицинского персонала) закладывается на этапе его профессиональной подготовки. Эффективность образовательного процесса зависит от многих составляющих, включая опытность и отношение к делу преподавателей. Учитывая это, нами было проведено анкетирование преподавателей одного из медицинских колледжей Санкт-Петербурга.

Опрос показал, что более половины (56,4%) преподавателей не видели существенных проблем на современном этапе при подготовке среднего медперсонала. В то же время 43,6% респондентов полагали иначе: 21,8% считали основной проблемой несоответствие теории и практики и столько же отмечали низкую мотивацию студентов к учебе.

При подготовке будущих средних медицинских работников большое значение имеет освоение практических профессиональных навыков, что невозможно при отсутствии достаточно количества муляжей, фантомов и т.д. Оценивая техническую оснащенность учебного процесса, большинство (73,9%) респондентов считало ее недостаточной. Как и следовало ожидать, наиболее острой проблема технического оснащения была для педагогов, преподающих клинические дисциплины и имеющих медицинское образование (проблему оснащенности отметили 83,3% из них).

В связи с введением нового образовательного стандарта, достаточно острой является проблема методического обеспечения учебного процесса. Ее наличие отметили почти треть (30,4%) опрошенных (а среди преподавателей с медицинским образованием – 66,7%).

Новый стандарт предусматривает широкое использование активных методов обучения. Среди опрошенных преподавателей почти половина (56,5%) применяют на занятиях методы активного обучения (главным образом, в виде разыгрывания ролевых ситуаций), меньшая доля (26,1%) педагогов использовала интерактивные методы и презентации. Сочетание разных активных и интерактивных форм имело место в 8,7% случаев. 8,7% респондентов не применяли эти методы обучения. Активнее всего использовали методы разыгрывания ролевых ситуаций респонденты, имеющие медицинское образование (83,3%).

Таким образом, проведенный опрос показал, что для повышения качества преподавания студентам медицинского колледжа необходимы улучшение технической и методической оснащенности учебного процесса, более активное стимулирование преподавателей (в т.ч. и при использовании ими передовых форм обучения), постоянная работа по повышению уровня мотивированности студентов, поиск методов максимального приближения образовательного процесса к потребностям и реалиям практического здравоохранения.

*Попов А.А., Ростовцев С.И., Чикун В.И., Попова Е.А., Любченко А.А.,
Лагутин И.Г., Скрипкин С.А., Попова М.А., Хританкова А.А.*

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ ОКАЗАНИЯ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ**

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск, Россия

За период 2004-2013 гг. на территории Красноярского края произошло 44 211 ДТП, при этом пострадали 54 802 человек, число погибших на дорогах Красноярского края остается самым высоким в Сибирском Федеральном округе, особенно среди молодых людей и женщин.

Для Красноярского края характерны общие для страны закономерности дорожно-транспортного травматизма, т.е. резкое увеличение количества автомобилей, неудовлетворительное состояние дорог, низкая культура вождения.

Проведенный нами анализ показал, что ранговая корреляция между смертностью населения от ДТП и расстоянием до районной больницы не достигала уровня статистической значимости по всем территориям Красноярского края ($r = 0,156$; $p > 0,2$). Детальный анализ 10 районов с самой высокой смертностью от ДТП показал, что только в Ермаковском и Северо-Енисейском районах наблюдалась прямая корреляция, но на указанных территориях плечо доезда составляло более 100 км. Хотелось бы обратить внимание на тот факт, что на территориях, где скорая медицинская помощь оказывается самостоятельными станциями, смертность из года в год меньше ($r = -0,685$; $p < 0,05$) чем там, где находятся отделения СМП при ЦРБ ($r = 0,505$; $p < 0,002$). При этом данная картина сохраняется как на федеральных, так и на краевых трассах.

Таким образом, судьбу пострадавшего во многом определяют своевременность и качество оказания медицинской помощи. Безусловно, лица, получившие травмы в результате транспортных несчастных случаев, произошедших на территории крупного города, имеют больше шансов на своевременное прибытие бригады скорой помощи, чем пострадавшие в ДТП на трассах, удаленных от крупных городов, в том числе потому, что им помощь оказывается сотрудниками станций скорой медицинской помощи, а не отделениями ЦРБ.

Попов А.В.

**САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
XXII ОЛИМПИЙСКИХ ЗИМНИХ ИГР
И XI ПАРАЛИМПИЙСКИХ ЗИМНИХ ИГР 2014 Г.
В Г. СОЧИ В ГОРНОМ КЛАСТЕРЕ**

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

В соответствии с Планом медицинского и санитарно-эпидемиологического обеспечения участников и гостей XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 г. в г. Сочи ФГБУ «ВЦМК «Защита» Минздрава России было поручено организовать дежурства авиамедицинских бригад на двух легких медицинских вертолетах для оказания медицинской помощи и санитарно-авиационной эвакуации больных и пострадавших в горном кластере и на одном медицинском вертолете среднего класса в прибрежной зоне для осуществления межбольничных санитарно-авиационных эвакуаций в период с 20.01.14 по 20.03.14 г. Необходимость применения медицинских вертолетов была продиктована не только обязательными требованиями Международного олимпийского комитета, но и недоступностью горных спортивных трасс для машин скорой медицинской помощи.

Для выполнения авиационных работ были привлечены легкие медицинские вертолеты МЧС России ВК-117 и ЕС-145, а также медицинский вертолет среднего класса Ка-32, оснащенные всем необходимым медицинским оборудованием.

В зону ответственности легких вертолетов входили шесть олимпийских объектов горного кластера: Горно-лыжный центр «Роза-Хутор», Экстрим-парк, Санно-бобслейный комплекс «Санки», Лыжно-биатлонный комплекс «Лаура», Комплекс трамплинов «Русские горки» и Горная олимпийская деревня. Всего в горном кластере были оборудованы 9 вертолетных площадок, на которых можно было принимать пациентов методом подсадки.

Дежурства вертолетов осуществляли ежедневно в светлое время суток с 08:30 до 18:30. В перерыве между Олимпийскими и Паралимпийскими играми с 24.02 по 02.03.14 г. вертолеты выполняли ежедневные дежурства на площадках базирования.

На олимпийских объектах медицинскую помощь оказывали силами мобильных медицинских бригад, входящих в состав пеших, лыжных и механизированных (на снегоходах) патрулей, в медпунктах олимпийских объектов и бригадами скорой медицинской помощи. Все решения по оказанию медицинской помощи, в том числе по санитарно-авиационной эвакуации на объектах, принимал медицинский директор объекта, авиамедицинская бригада в принятии решений участия не принимала. Если возникала необходимость в санитарно-авиационной эвакуации, то медицинский директор вызывал вертолет, который прилетал на ближайшую к пострадавшему площадку, на которую пациента доставлял лыжный патруль или машина скорой медицинской помощи. Далее больной вертолетом в сопровождении авиамедицинской бригады эвакуировался на вертолетную площадку № 9 (Газпром-авиа), расположенную непосредственно в Красной Поляне, откуда машиной скорой помощи (примерно 400 м) транспортировался в 8-ю Краевую больницу, где, к сожалению, вертолетная площадка не была организована.

Медицинский вертолет среднего класса Ка-32 базировался на вертолетной площадке ЮРПСО МЧС России в районе г. Сочи «Навагинка», где дежурства авиамедицинской бригады осуществляли в светлое время с 08:30 до 18:30, а в темное время суток экипаж и медицинская бригада находились в часовой готовности в местах расквартирования.

Поскольку проживание персонала авиамедицинских бригад было организовано в г. Адлер на расстоянии около 50 км от горного кластера и около 30 км от вертолетной площадки «Навагинка», для доставки бригад к месту дежурств использовали два санитарных автомобиля ВЦМК «Защита».

Согласно поручению Минздрава России в г. Сочи предстояло командировать 10 авиамедицинских бригад, укомплектованных врачами анестезиологами-реаниматологами или врачами скорой медицинской помощи и фельдшерами скорой медицинской помощи или медсестрами-анестезистами, тремя водителями санитарного автотранспорта и руководителем группы, всего 24 сотрудника.

Самый передовой опыт работы на легких медицинских вертолетах в настоящее время имеется у Центра экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского авиационного центра Управления МЧС России по г. Москве, поэтому, прежде всего, были привлечены специалисты этих организаций, составивших костяк всей группы. Часть персонала была отобрана из московских городских больниц.

Для работы на медицинском вертолете Ка-32, предназначенном для проведения межбольничных эвакуаций и оснащенном медицинским модулем «Spectrum

аегомед», были задействованы специалисты санитарной авиации Воронежского областного центра медицины катастроф, имеющие большой опыт проведения межбольничных эвакуаций на медицинском самолете Pilatus PC-12, оснащённом аналогичным медицинским модулем и медицинским оборудованием.

С целью обучения и сплочения группы был организован интенсивный недельный курс подготовки по специально разработанной программе.

С момента прибытия бригад в г. Сочи 20.01.14 г. до начала дежурств с 05.02.14 г. была выполнена насыщенная программа тренировок и облетов непосредственно на олимпийских объектах, согласованы вопросы взаимодействия, распределения полномочий, отработки системы связи и, в конечном итоге, полноценной интеграции группы санитарно-авиационного обеспечения в систему оказания медицинской помощи на олимпийских объектах.

За время работы в г. Сочи авиамедицинскими бригадами было выполнено 10 санитарно-авиационных эвакуаций, что составляет 17% от всех госпитализированных с горных олимпийских объектов.

В целом задача по организации санитарно-авиационного обеспечения тренировок и спортивных соревнований на олимпийских объектах в горном кластере в период проведения XXII Олимпийских зимних игр и XI Паралимпийских зимних игр 2014 г. в г. Сочи была выполнена успешно. Опыт санитарно-авиационного, и всего медицинского обеспечения олимпиады, приобретенный отечественным здравоохранением, необходимо тщательно изучить, обобщить и использовать в будущем при планировании медицинского обеспечения масштабных спортивных, общественно-политических и культурных мероприятий.

Попов А.Е.

ЭСТОНСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Центр скорой помощи Северо-Эстонской Региональной больницы,
г. Таллинн, Эстония

На базе центра Скорой помощи Северо-Эстонской Региональной больницы при содействии Департамента Здоровья Эстонии в начале 2011 года было создано подразделение малых островов, целью которого было обеспечение предоставления услуг скорой медицинской помощи удалённым регионам страны, где до этого подобные услуги не предоставлялись. По причине труднодоступности и малонаселённости островной части Эстонии отсутствовали предпосылки к укомплектованию создаваемых бригад профессиональным медицинским персоналом. В этой связи было принято решение создать бригады первой помощи из согласившихся участвовать в проекте добровольцев, провести среди них соответствующее обучение и для обеспечения качества оказания предоставляемых услуг задействовать телемедицинское оборудование.

На малых островах Кихну, Вормси и Рухну проект успешно продолжается уже более трёх лет. Используются как видео- и аудио телеконсультации, так и система кардиомониторинга в режиме реального времени. Телеконсультации проводятся опытными врачами отделения реанимобилей.

Начиная с 01 января 2014 года, аналогичная система телеконсультаций была задействована и в работе 11 сестринских бригад скорой помощи Центра Скорой помощи Северо-Эстонской Региональной больницы. Согласно этому плану, все зарегистрированные на догоспитальном этапе электрокардиограммы при помощи телемедицинского оборудования для врачебного анализа в режиме реального времени отсылаются на сервер больницы, а также в ЭКГ-банк, что позволяет их дальнейшее использование другими врачами-специалистами для обеспечения лучшего качества диагностики и лечения. Помимо обычных врачебных консультаций система телемедицины позволяет, например, эффективно руководить процессом сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе.

*Попова М.А., Ростовцев С.И., Любченко А.А., Карманова И.А.,
Лагутин И.Г., Мороз В.В., Скрипкин С.А.*

ОПЫТ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНЫХ ЭТАПАХ

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
г. Красноярск, Россия

Сложность патогенетических процессов, лежащих в основе повреждений при шоке, требует комплексного медикаментозного вмешательства. Снижение или полное устранение болевого синдрома при травмах и заболеваниях на всех этапах оказания медицинской помощи – одна из важнейших задач медицины в целом и особенно неотложной медицины.

Контрольную группу составили 150 больных, получавших общепринятую терапию шока на догоспитальном и стационарном этапах. Исследуемую группу составили 105 больных, непосредственно на месте получения травмы внутримышечно вводился кеторол 0,4 мг/кг (при травмах с умеренным болевым синдромом) или лорноксикам – 0,3 мг/кг с промедол – 0,3 мг/кг (при травмах с выраженным болевым синдромом). Основное условие применения вышеуказанных препаратов – минимальные дозы, которые не вызывают нарушения сознания, дыхания и кровообращения. По полу, возрасту и тяжести состояния больных группы были сопоставимы.

Применение общепринятой терапии на догоспитальном этапе не всегда приводило к стабилизации состояния больных, о чем свидетельствовали увеличенные показатели ЧСС, шокового индекса, сниженные показатели АДс, ЦВД и ПМО₂. Все это требовало оптимизации интенсивной терапии травматического шока на догоспитальном этапе. Комплексная схема обезболивания на догоспитальном и госпитальном этапах не оказывала отрицательного воздействия на состояние больных, о чем свидетельствовали показатели кровообращения.

У больных в обеих группах исходно отмечались явления дыхательной недостаточности, что проявлялось в увеличении ЧДД (в контроле на 23,8%, в исследуемой – на 23,2%, сравнительно с нормой) и снижении SpO₂ (в контроле до 91,9±0,18%, в исследуемой – 91,8±0,22%). В группе с применением разработанной терапии отмечалось повышение SpO₂ (96,6±0,18 – 97,7±0,18; p<0,001), по сравне-

нию с контролем ($95,1 \pm 0,09$ – $97,3 \pm 0,26\%$; $p < 0,001$). В исследуемой группе отмечалось снижение показателей FiO_2 с $0,46 \pm 0,01$ до $0,33 \pm 0,01$, что объяснялось улучшением насыщения крови кислородом и меньшей потребностью в повышенных концентрациях кислорода в подаваемой смеси. При этом ЧДД в контрольной группе оставалась на всех этапах наблюдения выше нормы, тогда как в исследуемой группе отмечена тенденция к нормализации ЧДД.

Применение разработанной методики позволяет достоверно уменьшить количество возникающих осложнений с $39 \pm 0,04\%$ в контрольной группе до $20 \pm 0,04\%$ в исследуемой группе, сократить сроки пребывания больных в стационаре в среднем на $7 \pm 0,5$ койко-дней и снизить общую летальность с $13 \pm 0,03\%$ в контроле до $3,6 \pm 0,02\%$ в исследуемой группе.

Попова Е.А., Карманова И.А., Козулин С.В., Лагутин И.Г., Попов А.А.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ
И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
г. Красноярск, Россия

Сохраняющаяся значительная смертность на территории Красноярского края от сердечной патологии заставляет уделять большое внимание усовершенствованию методов своевременной диагностики ОИМ, лечения и профилактики осложнений. На наш взгляд, внедрение отечественных эффективных и доступных методик в клиническую практику на догоспитальном этапе остается актуальным.

На базе кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой медицинской помощи в 2009-2013 гг. было проведено исследование, в которое было включено 30 пациентов, обратившихся на станции скорой медицинской помощи с подозрением на острый инфаркт миокарда через 2 часа от начала клинической симптоматики. Целью данного исследования было изучить диагностические возможности тест-системы «КардиоБСЖК» при ранней дифференциальной диагностике острого коронарного синдрома и сравнить их с диагностическими характеристиками традиционных кардиомаркеров. Кроме этого, у 9 пациентов во временном промежутке 3 часа от начала возникновения первых симптомов ОКС, ОИМ с подъемом сегмента ST проведена тромболитическая терапия препаратом Фортелизин.

Выполненное исследование показало, что экспресс-тест КардиоБСЖК позволяет с высокой степенью достоверности верифицировать ОИМ в «дотропониновое» время – период от 2 до 6 часов начала симптоматики и может с успехом использоваться для ранней дифференциальной диагностики ОКС. С практической точки зрения, это представляется особенно важным у больных с ОКС без подъема сегмента ST.

По данным электрокардиографии отмечалась положительная динамика при применении Фортелизина (снижение сегмента ST), либо полная нормализация (сегмент ST на изолинии) на догоспитальном этапе.

Таким образом, внедрение отечественных способов диагностики (тест-системы «КардиоБСЖК») и методов тромболитической терапии на догоспитальном этапе (Фортелизин) позволит снизить затраты и расширить доступность оказания помощи при остром коронарном синдроме и инфарктом миокарда у жителей Красноярского края.

Прузан О.И., Русакова М.П.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики
«Станция скорой медицинской помощи МЗ УР», г. Ижевск, Россия

Скорая психиатрическая помощь является видом гарантированной государством психиатрической помощи. Специализированные бригады скорой психиатрической помощи функционируют в нашей стране с 1928 года. В конце 50-х они получили более широкое распространение, а регламентированные приказом МЗ СССР от 12.12.1980 №1270 «О дальнейшем улучшении психоневрологической и наркологической помощи населению» стали организовываться во многих городах. В городе Ижевске первая специализированная психиатрическая бригада была организована в январе 1982 года, в 1993 году – вторая психиатрическая бригада. В настоящее время состав специализированной психиатрической бригады включает врача и двух фельдшеров. Врачи специализированных психиатрических бригад имеют сертификат по специальности «скорая медицинская помощь», дополнительно в 2010 году врачи прошли обучение на цикле общего усовершенствования по специальности «Психиатрия» и имеют сертификат по специальности «Психиатрия». Фельдшеры специализированных психиатрических бригад имеют сертификат специалиста со средним медицинским образованием по специальности «Скорая и неотложная помощь».

Специализированные психиатрические бригады БУЗ УР «ССМП МЗ УР» в своей деятельности руководствуются: Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ, Законом РФ от 2 июля 1992 года № 3185, приказом МЗ РФ от 20 июня 2013 года № 388н, приказом МЗ и СР РФ от 17 мая 2012 года № 566н, Стандартами оказания скорой медицинской помощи. Особое значение исполнение правовых норм имеет при оказании скорой медицинской помощи и проведении психиатрического освидетельствования, госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

Основными поводами для направления на вызов специализированной психиатрической бригады являются: общественно опасные действия психических больных, выражающихся в агрессии, угрозах убийством, разрушительных действиях, суицидных намерениях и стремлении к самоотравматизации, психотические состояния и острое психомоторное возбуждение, ведущие к общественно-опасным действиям, реактивные состояния с признаками депрессии и суицидальными или агрессивными проявлениями, послеродовые психозы. Учитывая наличие у врачей сертификатов по двум специальностям, специализированные психи-

атрические бригады выполняют вызовы по любым поводам в зависимости от оперативной обстановки.

Основные показатели работы бригад данного профиля – среднесуточная нагрузка – 11,6 выз., среднее время обслуживания – 37,6 мин., доля пациентов, доставленных в стационар – 57,8%, процент расхождение диагноза – 0,4.

Скорая психиатрическая помощь имеет большое медико-социальное значение. В общей системе психоневрологической помощи экстренная помощь при острых и рецидивах хронических психиатрических заболеваний позволяет предупредить опасные действия, связанные с болезнью, начать лечение на догоспитальном этапе и в ряде случаев не помещать больного в стационар.

Рева В.А., Самохвалов И.М.

СОВРЕМЕННЫЕ КОМПРЕССИРУЮЩИЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ

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

Введение. Для остановки наружного кровотечения предложено большое количество современных устройств и местных гемостатических препаратов, однако только в последнее время появились средства, позволяющие остановить массивное артериальное кровотечение из смежных областей (паховая, подмышечная, подключичная области) – это компрессирующие устройства.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности применения современных компрессирующих устройств («компрессориев»).

Материал и методы. Из 4 зарубежных компрессирующих устройств, допущенных к применению в клинической практике, нами апробированы два основных: ААЖТ Abdominal Aortic & Junctional Tourniquet (Compression Works, США) и ЖЕТТ Junctional Emergency Treatment Tool (North American Rescue, США). Отечественный аналог разработан ООО «Спецмедтехника» (Санкт-Петербург) совместно с кафедрой военно-полевой хирургии. Принцип действия заключается во внешнем сдавлении крупных сосудов (аорты, бедренной артерии) для временной остановки кровотечения при ранениях смежных областей.

Эксперимент проведен с участием 4 здоровых добровольцев мужского пола (возраст от 24 до 36 лет). Индекс массы тела в пределах от 21 до 25, у одного статиста – 36. Эффективность применения устройств оценивалась путем оценки кровотока по задней большеберцовой артерии аппаратом Ангиодин-ПК, датчик 8 МГц (БИОСС, Москва). Одновременно фиксировалось общее время наложения жгута, интенсивность болевых ощущений.

Результаты. Эффективность каждого изделия составила 75%. В одном из 4 случаев применения сохранялся отчетливый кровоток на артерии стопы. Зарубежные устройства были неэффективны у статиста с избыточной массой тела. Средняя балльная оценка боли была максимальной для ААЖТ – $9,0 \pm 0,8$, что вдвое выше, чем при использовании ЖЕТТ и компрессория «Спецмедтехника» ($4,8 \pm 0,5$ и $5,8 \pm 1,5$, соответственно). У одного статиста потребовалось досрочное прекращение эксперимента из-за нестерпимых болей при наложении ААЖТ. Время его

наложения на нижние отделы живота составило $83,3 \pm 11,4$ с, что схоже со временем наложения ЖЕТТ на паховую область ($86,3 \pm 18,0$ с). В 2,3 раза больше времени потребовалось для установки струбины «Спецмедтехника» из-за сложности конструкции ($193,8 \pm 34,0$ с).

Заключение. Все представленные устройства показали высокую эффективность на ограниченном числе испытуемых. Среди апробированных зарубежных компрессирующих устройств наиболее удобным и безопасным следует считать ЖЕТТ (США). Для внедрения в клиническую практику струбины «Спецмедтехника» требуется упрощение ее конструкции.

Родигин А.А.

БУДУЩЕЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» В СВЕТЕ РАЗВИТИЯ ВРАЧЕБНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ – СЕВЕРОАМЕРИКАНСКИЙ ОПЫТ

Врачебное партнёрство «СЕР America»; департамент экстренной медицинской помощи
медицинского центра Саттер-Дельта, Антиох, Калифорния, США

В процессе модернизации и реформы системы скорой медицинской помощи (СМП) в любой стране целесообразно учитывать весь мировой опыт, накопленный в этом направлении. Как неотъемлемый и общепринятый компонент СМП, в настоящее время в большинстве развитых стран закрепились и продолжает активно развиваться относительно молодая врачебная специальность – «экстренная медицинская помощь» (emergency medicine, EM) – вне зависимости от различий между странами по таким критериям, как разделение детской EM от общей, процентное соотношение работы врачей в emergency department (СтОСМП) и на догоспитальном этапе, СМП рассматривается как специальность либо супраспециальность. Деятельность врачей EM в США – лишь один из примеров существующих видов функционирования данной профессии. Однако, учитывая, что признание EM в США как отдельной и равноправной врачебной специальности состоялось ещё в 1979 году (а открытие первой ординатуры по EM еще в 1970 г.), во многом это первый и к настоящему моменту самый продолжительный опыт по существованию данной специальности по сравнению с другими странами.

Цель – выявить основные составляющие работы врачей EM в США, включая как позитивные, так и негативные аспекты в контексте процесса пересмотра и преобразования специальности «врач СМП» в России.

Методы: использованы личный опыт практикующего врача экстренной медицинской помощи в шт. Калифорния и информация ряда профессиональных организаций, включая Американский Колледж Неотложных Врачей (ACER).

Основные положения: американские врачи EM являются универсальными и широкопрофильными специалистами, которые получают подготовку по программам, идентичным для всей страны. Последнее приводит к их взаимозаменяемости вне зависимости от характеристик конкретного ED, и уравнивает качество экстренной помощи, доступной в различных регионах. Несмотря на вынужденную необходимость ежедневно оказывать помощь не по профилю, что связано с кризисом здравоохранения США в целом, врачи EM наиболее подготовлены для

быстрого принятия решений в ситуациях, связанных с потенциальной угрозой для жизни пациента, с одной стороны, и с отсутствующей, либо неполной информацией о клинической картине, с другой. Главные экспертные навыки врача ЕМ представлены четырьмя категориями: 1) быстрая и правильная оценка общего состояния больного, вне зависимости от точного диагноза; 2) на основе доказательной базы выявление больных, которые могут быть выписаны домой без угрозы для жизни и здоровья; 3) практические навыки мероприятий и процедур, направленных на купирование и стабилизацию обширного перечня острых состояний, затрагивающих любую из систем у больных обоих полов и всех возрастов; 4) одновременное ведение нескольких больных с чётким пониманием приоритетов собственных действий и своевременного вовлечения более узких специалистов. Врачи ЕМ необходимы прежде всего, так как у большинства пациентов, как правило, сопутствуют несколько патологий, из которых не все требуют безотлагательного вмешательства специалиста. Если даже такое вмешательство необходимо, то зачастую в сельской местности, как и в небольших городских стационарах, наблюдается отсутствие специалистов многих профилей. Врачи ЕМ, по существу, осуществляют продолжительную сортировку больных и в конкретных случаях выявляют необходимость в переводе пациента в другой стационар – как правило, более крупный либо специализированный центр.

Розов А.И., Васильев М.А.

**ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ С ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

На данный момент, в связи с ростом дорожно-транспортных происшествий, растёт число переломов конечностей и остро встает проблема транспортной иммобилизации. Преподавание техники транспортной иммобилизации по-прежнему опирается на давно устоявшиеся представления как об имеющейся на снабжении лестничной шине, так и порядке её наложения. Предложенная Крамером в конце XIX столетия лестничная шина первоначально была изготовлена из тонкой медной проволоки и легко гнулась. Порядок наложения трех гибких лестничных шин при переломах голени предложил в 1916 году врач немецкой армии Weiss. С тех пор слепое отношение к применению трех лестничных шин при переломах голени не претерпело изменений, хотя шины уже исполнены из другого металла, отличаются высокой степенью прочности, и уже нет необходимости в применении трех шин, а достаточно всего одной. Другим подтверждением существующего положения проблемы транспортной иммобилизации при переломах бедра остается отношение к применению шины Дитерихса, предложенной в 1937 г. На основании данных клиники военно-полевой хирургии, за истекшее десятилетие шина Дитерихса ни разу не была наложена правильно, с соблюдением всех требований конструкции. Репозиции отломков при выполнении транспортной иммобилизации при переломах конечностей табельными шинами также не наблюдалось.

На ежедневных врачебных конференциях при обсуждении видеоматериалов правильности наложения транспортных шин пациентам отмечено, что в 84,2% случаев иммобилизация признавалась неадекватной. В таком аспекте применение «сложных» способов иммобилизации табельными шинами при оказании врачебной помощи лишено всякого смысла, не способствовало улучшению качества оказания помощи, а только удлиняло время первичных мероприятий.

Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М., Барбашова Е.И., Перегудов С.И.

**СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ
ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
В СТАЦИОНАРЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2013 ГОДУ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Одним из важных показателей работы по оказанию хирургической помощи являются сроки доставки больных с неотложной хирургической патологией в стационары города. В 2013 году сроки госпитализации ургентных больных с «острым животом» в стационары города оставались неудовлетворительными и были связаны, прежде всего, с поздней обращаемостью населения за медицинской помощью, а также дефектами лечебно-диагностического процесса первого уровня оказания медицинской помощи (первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи). По данным НИИ СП, в 2013 году в 17 стационаров Санкт-Петербурга было госпитализировано 13 195 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

По срокам их доставки в стационары они распределились следующим образом: в сроки до 6 часов доставлено 4 494 (34,1%) больных; от 6 до 24 часов доставлено 3 156 (23,9%) человек и позднее 24 часов от начала заболевания доставлено 5 545 человек (42,0%). При этом в 2013 году количество случаев с поздними сроками госпитализации увеличилось на 5% по сравнению с 2012 годом.

При анализе показателей сроков госпитализации больных по нозологическим формам, обращает на себя внимание то, что среди больных с острой кишечной непроходимостью 428 человек (64%) были госпитализированы позже 6 часов, а 284 (43%) человека из них – позднее 24 часов от начала заболевания. Среди больных с острым холециститом позже 24 часов было госпитализировано 51,5% больных, а среди больных с острым панкреатитом – 45,7% больных. Сохраняется высоким и процент поздней госпитализации больных с ущемленной грыжей: позже 24 часов госпитализировано 40% пациентов.

Сроки госпитализации ургентных больных с острой хирургической патологией в стационары города неизбежно связаны с оперативностью проведения хирургического лечения, зачастую определяют исход течения заболевания и в настоящее время вызывают серьезную тревогу. Представленные данные о состоянии медицинской помощи пациентам с острой хирургической патологией органов брюшной полости в Санкт-Петербурге должны привлечь внимание руководителей хирургических служб медицинских организаций всех уровней к детальному анализу показателей своей работы, нацелить на поиск путей для ее совершенствования.

Русакова М.П., Прузан О.И., Черных И.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики
«Станция скорой медицинской помощи МЗ УР», г. Ижевск, Россия

Станция скорой медицинской помощи (ССМП) оказывает круглосуточно медицинскую помощь при заболеваниях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства вне медицинской организации населению города Ижевска, которое на 01 января 2014 года составляет 632 945 чел, в том числе дети до 18 лет – 120 009. В структуре ССМП пять подстанций, расположенных во всех районах города. Медицинская помощь оказывается силами сорока девяти бригад в суточном исчислении, в том числе четырьмя педиатрическими бригадами. Первая педиатрическая бригада была организована 1 ноября 1961 года, позже их количество было увеличено до четырех.

В настоящее время состав педиатрической бригады включает врача и фельдшера. Врачи педиатрических бригад имеют сертификат по специальности «скорая медицинская помощь», диплом о высшем образовании по специальности «врач-педиатр» и последипломное образование по специальности «Педиатрия». Фельдшер педиатрических бригад имеет сертификат специалиста со средним медицинским образованием по специальности «Скорая и неотложная помощь».

Педиатрические бригады в своей деятельности руководствуются: Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказом МЗ РФ от 20 июня 2013 года № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», Стандартами оказания скорой медицинской помощи.

По итогам 2013 года доля вызовов к детям составила 19,1% от общего количества вызовов, в том числе к детям до одного года – 3,7%. Среднее время доезда педиатрических бригад до места вызова составило 14 мин., среднее время обслуживания одного вызова – 51 мин., среднесуточная нагрузка – 17,6 вызова. В структуре вызовов 79,2% составляют внезапные заболевания, 12,9% – несчастные случаи, 7,9% – перевозки. Доля пациентов, доставленных педиатрическими бригадами в стационар – 33,6%, из них госпитализировано более 75%. Структура вызовов по нозологическим формам в течение последних лет остается стабильной: уверенно лидируют заболевания органов дыхания – 60,0%, на втором месте – травмы и отравления – 14,5%, на третьем – инфекционные заболевания – 13,0%.

Значимость педиатрических бригад при оказании скорой медицинской помощи детскому населению несомненна, но в настоящее время требует решения вопрос о специалисте с высшим медицинским образованием, входящем в состав педиатрической бригады – врач-педиатр или врач скорой медицинской помощи, так как должностные обязанности, требования к знаниям и квалификации врачей этих специальностей, установленные приказом МЗ и СР РФ от 23 июля 2010 года № 541н «Об утверждении квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», не согласуются с задачами оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации детскому населению.

Рухляда Н.О., Алимов Р.Р., Кисельгоф О.Г., Корбут Д.Л.
**ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ
ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Внедрение новой организационной технологии функционирования отделения СМП краткосрочного пребывания (ОСМПКрПр), созданного на основе приказа Минздравсоцразвития России от 02.08.2010 г. №586н «О внесении изменений в порядок оказания СМП, утвержденный Минздравсоцразвития России от 01.11.2004 г. №179», требует анализа экономической эффективности работы коек этого отделения в крупном многопрофильном стационаре – СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Экономический анализ лечения 2 152 пациентов ОСМПКрПр в 2012 году, общий койко-день которых составил 11 543 койко-дня, показал, что в расчёте на 1 койко-день баланс доходов, равных 1 718 р., и расходов, равных 1 555 р., составил 163 р., а рентабельность – 10,5%. Данный факт является крайне важным, так как основная группа больных отделения была представлена легкими формами заболеваний, что предполагает малую рентабельность при большой интенсивности работы отделения. С целью оценки влияния функционирования ОСМПКрПр на экономическую эффективность работы специализированных стационарных отделений института проведен сравнительный анализ фактического дохода и вмененного (возможного) дохода одного из специализированных отделений при лечении легких форм заболеваний и «тяжелых» форм панкреатита. В расчете на одинаковое общее число койко-дней, равное 301 койко-дню, использованных в специализированном отделении для лечения пациентов с легкими формами панкреатита, фактический доход специализированного отделения составил 646 220 р., вмененный (возможный) доход был бы равен 1 375 468 р., упущенная выгода – 729 248 р. или 112,8% от фактического дохода. Косвенным подтверждением повышения влияния внедрения новой организационной технологии в 2012 г. по сравнению с 2009 г., когда эта технология не использовалась, на экономическую эффективность работы может служить полученный доход института в расчете на 1 пролеченного больного, который в 2012 году был равен 31 643,4 р., что на 49,2% (10 429,8 р.) выше, чем в 2009 году (до внедрения коек СМП). Доход в расчете на 1 койко-день составил в 2012 году 3 563,8 р., что на 31,4% (850,9 р.) выше по сравнению с 2009 г.

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать заключение о том, что работа коек СМП рентабельна, а их внедрение позволяет повысить фактический доход специализированных отделений стационара, приближающийся к вмененному (возможному) доходу, что косвенно подтверждается ростом доходности института в 2012 году по сравнению с 2009 годом.

Сабилов Д.М.¹, Акалаев Р.Н.², Махкамов К.Э.²,
Хайдарова С.Э.¹, Росстальная А.Л.¹

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ И ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ И ТАНАТОГЕНЕЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей,

²Республиканский центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Узбекистан

На сегодняшний день черепно-мозговые травмы (ЧМТ) составляют от 40 до 55% от всех повреждений и занимают лидирующее положение в структуре общего травматизма. Важность проблемы не вызывает сомнения, так как свыше 1/3 пострадавших погибают на месте происшествия до прибытия СМП или во время транспортировки в стационар.

Цель исследования – определить доминирующую причину догоспитальной и госпитальной летальности у пострадавших с ТЧМТ.

Материалы и методы. Проанализированы 362 истории болезней поступивших в РНЦЭМП с ТЧМТ за 2 года. Из них – 80% мужчин и 20% женщин. Уровень сознания по шкале ком Глазго (ШКГ) составил 5 ± 3 балл. Из пострадавших в различные сроки от момента получения травмы умерло 55 пациентов. Летальность составила 15,2%, из них 73% – мужчины.

На до- и госпитальном этапах с момента получения травмы до суток умерло 12 (21,8%) пострадавших, в течение первой недели погибло 25 (45,5%) пациентов, в более поздние сроки скончалось 18 больных (32,7%).

Результаты и их обсуждение. Пациенты 1-й группы. Среднее время пребывания в стационаре составило $18,7 \pm 5,5$ ч; ШКГ при поступлении – 5 ± 2 балла. Непосредственной причиной смерти явился отек головного мозга вследствие ушиба ($n=6$), сопровождавшийся дислокацией мозга ($n=4$). При этом отек носил нередко деструктивный характер и при вовлечении стволовых отделов оказывался несовместимым с жизнью ($n=2$).

Пациенты второй группы. Среднее время пребывания в стационаре составило $45,6 \pm 15,9$ ч; ШКГ при поступлении – 7 ± 3 балла. Морфология проявлялась начальными явлениями резорбции некротизированной мозговой ткани, появлением активной сосудисто-мезенхиальной и глиальной реакций на повреждение, рассасыванием кровоизлияний.

На более поздних сроках посттравматического периода ТЧМТ (среднее время пребывания – $249,6 \pm 34,7$ ч, ШКГ при поступлении – 8 ± 3 балла), морфологическая картина весьма полиморфна: прогрессирующее присоединение вторичной инфекции, приводящей к сердечно-легочной недостаточности (81,0%), реже – полиорганная недостаточность (13,0%) и эндотоксикоз (6,0%).

Сабиров Д.М., Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.
**ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Учитывая высокую токсичность и короткий период резорбции уксусной кислоты (УК), ведущее значение приобретает временной фактор, так называемый «золотой час», в течение которого можно предотвратить развитие осложнений острого отравления. В связи с этим огромное значение имеет догоспитальный этап оказания первой медицинской помощи.

Оценить тяжесть острого отравления УК врачу догоспитального звена можно, опираясь на ряд следующих клинических признаков: 1) характер и распространенность боли – при тяжелом отравлении она распространяется на ротоглотку, пищевод, желудок, жгучего, колющего характера; 2) рвота – при ожогах III степени нередко цвета кофейной гущи или кровавая; 3) слюнотечение – развивается у пациентов со II-III степенью ожога; 4) затруднение глотания: II степень ожога – твердая пища не проходит, жидкость с сильными болями. III степень – полное отсутствие проходимости как твердой, так и жидкой пищи; 5) кашель, затруднение дыхания, появление свистящих хрипов – развивается при развитии ожогов дыхательных путей; 6) появление мочи цвета мясных помоев или цвета крови свидетельствует о попадании кислоты в кровь и развитии гемолиза; 7) безусловно, необходима также оценка гемодинамики – при тяжелых отравлениях уже на догоспитальном этапе отмечается стойкое снижение артериального давления, что свидетельствует о развитии экзотоксического шока; 8) локальный осмотр ротоглотки – ожоги II-III степени характеризуются выраженным отеком, с образованием грубых налетов серого или белого цвета, напоминающих дифтерийные пленки.

Тактика оказания первой помощи включает: 1) обязательное промывание желудка 8-12 л холодной воды через зонд, смазанный растительным маслом. Перед промыванием желательнее обезболить слизистую оболочку рта и пищевода, дав прополоскать рот и выпить 30-50 мл 0,5% раствора новокаина, ввести 2 мл 2% раствора папаверина в/м, 1 мл 0,1% раствора атропина подкожно; 2) введение кортикостероидных гормонов, при средней тяжести отравления – 60 мг преднизолона, при тяжелой степени – до 120-180 мг внутримышечно или внутривенно; 3) наличие кровавой мочи требует незамедлительного введения гепарина – на догоспитальном этапе можно ввести 5000-10000 ЕД гепарина внутривенно; 4) если имеются признаки гемолиза и шокового состояния необходимо начать введение бикарбоната натрия 4% – в объеме 5-7 мл/кг массы тела, коллоидных растворов – реосорбилакта или препаратов гидроксипроксиэтилкрахмала; 5) вне зависимости от клинического состояния пациента необходимо доставить его в отделение токсикологии для проведения дальнейшей диагностики тяжести отравления.

Таким образом, внедрение данного алгоритма действий врачей догоспитального звена при острых отравлениях уксусной кислотой позволит ускорить элиминацию яда из организма и снизить его влияние на организм пациента.

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х.

**МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ
ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ
С ОЦЕНКОЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования – выявить и сравнить изменения центральной гемодинамики при традиционной общей анестезии (ЭТН+ТВВА) после традиционной премедикации и эпидуральной анестезии (ЭДА) после премедикации с включением препаратов НПВС и блокатора NMDA-рецепторов

Материалы и методы. Обследовано 82 больных, разделенные на две группы: в 1-й, контрольной группе – 40 больных, из них 31 мужчин, 9 женщин; средний возраст составил $43,8 \pm 12,2$ лет, во 2-й, основной группе – 42 больных, мужчин – 36, женщин – 6, средний возраст составил $35,5 \pm 15,3$. Больным производили операции открытого металлоостеосинтеза бедра и голени различными способами.

В контрольной группе после стандартной премедикации проводили традиционную эндотрахеальную анестезию с ТВВА. Во 2-й, основной – в премедикацию включены кетонал и кетамин, основная анестезия – эпидуральная. Исследовали следующие показатели гемодинамики: АДср, ЧСС, ФВ, СИ, ИРЛЖ, ОПСС.

Результаты исследований. Больные обеих групп поступали в операционную с явлениями тахикардии и гипертензии, что расценено нами как эмоциональная реакция пациентов на предстоящее оперативное вмешательство. Однако имелось достоверное повышение некоторых показателей гемодинамики в 1-й группе. Показатели кортизола и глюкозы достоверных различий между группами не имели. Интраоперационно почти на всех этапах исследований отмечалась достоверная разница показателей центральной гемодинамики. Показатель АДср был в основной группе ниже на 29%, а показатель ЧСС – на 31%. Соответственно показателю ЧСС, показатель ФВ был достоверно выше у пациентов основной группы на 23,8%, оставаясь в пределах нормальных величин. Показатель СИ был ниже на 13% в основной группе, в сравнении с контрольной. ИРЛЖ был ниже в основной группе на 38%, а показатель ОПСС был ниже на 19% в сравнении с контрольной группой. Гуморальные показатели адекватности анестезии были следующими: показатель глюкозы был выше у пациентов контрольной группы на 49%, а показатель кортизола – на 43,5%.

Выводы.

1. Премедикация с применением препаратов НПВС и блокатора NMDA-рецепторов обеспечивает лучший эффект по сравнению с традиционной.
2. ЭДА в сравнении с общим эндотрахеальным наркозом более благоприятно влияет на центральную гемодинамику больных, особенно в травматичные моменты оперативного вмешательства.
3. Напряжение симпатoadреналовой системы значительно менее выражено при ЭДА, чем при общей эндотрахеальной анестезии.

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х.

**ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ
И ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАД
В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования – сравнить эффективность интраплевральной и паравертебральной блокад, применяемых в сочетании с общей эндотрахеальной анестезией во время операций и в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Обследованы 90 больных с травматическими повреждениями грудной клетки, которым производилась торакотомия. Больные разделены на 2 группы. В первой группе (контрольной), состоявшей из 47 пациентов, в премедикацию добавлен кетонал по принципу превентивной анальгезии. Проводилась общая эндотрахеальная анестезия с включением кетамина как блокатора NMDA-рецепторов и интраплеврального введения анестетиков (ИПА) бупивакаина или лидокаина через установленный в интраплевральном пространстве катетер. Вторую группу (основную) составили 43 пациента, которым после такой же премедикации проводили общую эндотрахеальную анестезию с включением кетамина как блокатора NMDA-рецепторов и перед индукцией в анестезию производили одностороннюю торакальную паравертебральную блокаду (ТПВБ) на уровне Th_{IV}-Th_{VII} бупивакаином с последующей катетеризацией паравертебрального пространства. Послеоперационное обезболивание проводили больным первой группы через интраплевральный катетер, больным второй группы – через паравертебральный. При необходимости в обеих группах добавляли кетонал в дозе 300 мг в сутки или промедол.

Результаты исследования. Проведенные нами исследования выявили, что больные обеих групп поступали в операционную с имеющейся дыхательной недостаточностью, обусловленной повреждениями каркаса грудной клетки, гемо- и пневмотораксом. ОДН сопровождалась гипертензией и тахикардией, что расценивалось как реакция организма на боль в результате травмы. Проведенная премедикация полностью не снимала болевого фактора и при поступлении в операционную все больные ощущали боль, равную 7-8 баллам по ВАШ, что соответствует сильной боли.

После регионарных блокад в обеих группах отмечается достоверное снижение показателей АДср, ЧСС и ОПСС. На исходном этапе после регионарной анестезии различий в показателях гемодинамики между группами не выявлено. В травматичный момент операции в группе, где применялась ИПА, наблюдались умеренная гипертензия с повышением АДср на 25,5%, учащение ЧСС на 26,1%, повышение ОПСС на 22%, что сопровождалось уменьшением УО на 24,6% и ФВ на 13% по сравнению со второй группой. При этом не было достоверных различий между группами, ни в объеме хирургических вмешательств, ни в величине кровопотери и инфузии. Во второй группе в результате развития сегментарной симпатической блокады показатели АДср, ЧСС и ОПСС не выходили за рамки нормальных величин. Произведенный расчёт фентанила, потребляемого в интраопе-

рациональном периоде, выявил, что в группе с применением ТПВБ отмечалось снижение потребления фентанила на 20%, чем в группе с применением ИПА.

В послеоперационном периоде пациенты первой группы сразу же после экстубации жаловались на боль, ВАШ в покое была 6-7 баллов. Оценка боли в покое по ВАШ во второй группе была 3-4 балла. При этом время первого требования анагетика в первой группе было почти в 2 раза короче, чем во второй. У пациентов второй группы длительность послеоперационного обезболивания была продолжительнее, выше и эффективнее, нежели у пациентов первой группы. Общий расход препаратов, использованных для послеоперационного обезболивания, во второй группе меньше на 66,7%.

Выводы.

1. Оба метода регионарной анестезии адекватно и безопасно купируют болевой синдром у пострадавших с травмой грудной клетки до начала оперативного вмешательства.

2. При торакоскопических вмешательствах введение в схему анестезии компонента ИПА и ТПВБ позволяет придать ей дополнительную антиноцицепцию как в интра-, так и в послеоперационном периоде с минимальным напряжением параметров центральной и периферической гемодинамики и способствует снижению потребления наркотического анагетика за счёт эффективного анагетического эффекта и нейровегетативной защиты.

3. Несмотря на хороший анагетический эффект ИПА, длительность обезболивания при применении этого метода ниже, что, вероятно, связано со смешиванием местного анестетика, введённого в плевральное пространство, с серозной жидкостью, выделяемой плеврой, в результате чего концентрация местного анестетика уменьшается, а действие укорачивается. Также наличие дренажной трубки способствует вытеканию местного анестетика из плевральной полости вместе с экссудатом.

Заключение. Оба метода улучшают качество анестезии при торакальных оперативных вмешательствах, однако паравертебральная блокада несколько эффективнее в травматичный период операций и в послеоперационном обезболивании.

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Фокин И.В.

**ДВУХСТОРОННЯЯ БЛОКАДА ВЛАГАЛИЩА
ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Значительная часть боли, испытываемой пациентом после оперативных вмешательств на органах брюшной полости, связана с рассечением ее стенки, адекватная анагезия в послеоперационном периоде играет решающую роль. Методики регионарной анестезии передней брюшной стенки существенно улучшают качество интра- и постоперационной анагезии.

Переднебоковую стенку брюшной полости иннервируют передние сегментарные ветви Т7-L1, которые, формируя соответствующие нервы, проходят в фасциально-невральной плоскости между внутренней косой и поперечной мыш-

цами живота, направляясь кпереди из поперечной плоскости живота, T7-T12 нервы проникают во влагалище прямых мышц живота и заканчиваются как передние брюшные кожные нервы.

Блокада нервов влагалища прямой мышцы живота (ВПМЖ) заключается во введении местного анестетика в нервно-фасциальную плоскость между прямой мышцей живота и задним листком ее влагалища. Ультразвуковой контроль позволяет определить правильное положение иглы и контроль распределения анестетика вдоль прямой мышцы живота, что минимизирует количество осложнений и улучшает качество блока. Данная методика может использоваться при операциях, выполняемых из срединных разрезов передней брюшной стенки.

Цель исследования – оценить результаты блокады ВПМЖ под контролем УЗИ как компонента послеоперационной аналгезии после холецистэктомии через срединную лапаротомию.

Материалы и методы. В период с февраля по июнь 2013 года в операционно-анестезиологическом отделении РНЦЭМП было обследовано 30 пациентов (женщины – 18, мужчины – 12, возраст – 35-65 лет, ASA II-III E класс), которым выполнялась операция холецистэктомия через срединную лапаротомию. Все операции выполняли под общей анестезией с интубацией трахеи и ИВЛ. Поддержание анестезии осуществляли пропофолом или галотаном на фоне ингаляции N₂O:O₂ в соотношении 2:1 с болюсным введением фентанила, миорелаксация аркуроном. Для сравнения результатов были выделены две группы. В 1-й группе (n=15) после окончания операции до экстубации трахеи выполняли блокаду нервов ВПМЖ введением раствора лидокаина 1% по 20 мл с каждой стороны под контролем УЗИ, аппаратом HITACHI EUB-500 линейным датчиком 7Mgh. Во второй группе (n=15) блокаду не делали. Для оценки качества послеоперационного обезболивания исследовали субъективную оценку боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), а также исследовали потребность в наркотических анальгетиках после окончания общей анестезии. Вышеуказанные исследования проводили на следующих этапах послеоперационного периода – через двадцать минут, два часа и четыре часа после экстубации трахеи. Всем пациентам обеих групп после операции на первом этапе исследования с целью послеоперационной аналгезии назначали НПВС диклофенак 75 мг в/м и при выраженной боли – опиоидный анальгетик промедол 10-20 мг в/в.

Результаты исследования. В группе блокады нервов ВПМЖ на первом этапе исследования отмечается значительное снижение субъективной оценки боли по сравнению со второй группой. ВАШ в первой группе составила 1,6±0,05 баллов во второй – 5,8± 0,04 баллов. Введение промедола на первом этапе в 1-й группе потребовалось у 3 (20%) пациентов, во второй группе – у 13 (86%) пациентов. На втором и третьем этапе исследования в обеих группах значительной разницы в оценке боли не было. В 1-й группе ВАШ на втором и третьем этапе исследования составила 1,2±0,01 и 2,2±0,05 баллов соответственно, во второй группе ВАШ – 2,2±0,1 балла на втором этапе, на третьем этапе – 2,6±0,3. Такие результаты, возможно, связаны с действием промедола, который использовался на первом этапе во второй группе пациентов. Осложнений в группе с применением блокады ВПМЖ ни в одном случае мы не наблюдали.

Заключение. Проведение блокады нервов ВПМЖ под УЗИ контролем после холецистэктомии через срединную лапаротомию как одного из компонентов анал-

гезии в постоперационном периоде является достаточно эффективным способом обезболивания, но при использовании лидокаина длительность блока непродолжительна.

Салеев В.Б.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ К СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн»,
г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл, Россия

Из научных публикаций известно, что обращаемость к врачам амбулаторно-поликлинического звена престарелых людей в течение последнего года жизни представляет следующую картину. В последний год своей жизни к врачам ни разу не обращались 44,8% мужчин и 65% женщин ($p < 0,05$). Столь редкая обращаемость за врачебной помощью объясняется не только снижением мобильности одиноких пожилых и старых людей, но и недостатками в организации выездных форм обслуживания: отмены рейсовых автобусов, прекращения планового выделение транспорта и др.

Поэтому пожилые люди в поисках общения обращаются к СМП, создавая, таким образом, не только высокую, но и необоснованную обращаемость. Об этом свидетельствует 35-летний опыт работы отделения СМП Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн (СМП РКГВВ).

Настоящее исследование было проведено по материалам отделения СМП РКГВВ, где под медицинским наблюдением в 2013 г. состояло в 5265 пациентов старше 60 лет.

В течение исследуемого периода (2013 г.) число обращений данной группы больных к службе СМП составило 609 вызовов (8,1%) в структуре всех обращений.

При клинко-статистическом анализе были выявлены следующие причины обращений пожилых пациентов к СМП:

- повышенное АД – 98 случаев, в 14 случаях потребовалась неотложная медицинская помощь, в т. ч. 3 гипертонический криз;
- боли в грудной клетке – 142 случая, в 28 была случаях необходима медпомощь;
- нарушение сердечного ритма – 117 случаев, неотложные мероприятия проведены в 19 случаях;
- травмы, несчастные случаи, отравления – 93 случаев, в 32 случаях потребовалась неотложная медицинская помощь;
- нарушение дыхания, удушье, одышка – 64 случая, в 12 случаях потребовалась неотложная медицинская помощь;
- боли в животе – 35 случаев, в 3 потребовалась госпитализация, неотложная медицинская помощь потребовалась в 9 случаях;
- острая задержка мочеиспускания – 23 случаев, неотложные мероприятия проведены во всех случаях;
- повышение температуры – 12 случаев, в 5 проведены неотложные мероприятия;

– консультация врача, осмотр, измерение АД, снятие ЭКГ и т.д. – 25 случаев, неотложная медицинская помощи потребовалась в 2 случаях.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что проведение неотложных медицинских мероприятий потребовалось всего лишь в 147 (24,2%) обращениях пожилых больных к СМП. Во всех остальных случаях необходимо плановое лечение в поликлинике, соответствующая психологическая коррекция и поддержка для данной социальной возрастной категории населения.

Самохвалов И.М., Головкин К.П., Рева В.А.

КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЭЛЕКТРОННО-ПНЕВМАТИЧЕСКИЙ ЖГУТ – НОВОЕ СЛОВО В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ГЕМОСТАЗЕ

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

Введение. Продолжающееся наружное кровотечение из ран конечностей остается наиболее частой причиной смерти раненых в мирное и военное время. Кровоостанавливающий электронно-пневматический жгут (КЭПЖ), разработанный ООО «НПФ «Медтехника» (Петродворец) совместно с кафедрой военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии, представляет собой контурную манжету шириной 9 см с электронным блоком управления и компрессором, обеспечивающим автоматическое нагнетание воздуха в камеру манжеты после нажатия соответствующей кнопки до 200 и 300 мм рт.ст. для верхней и нижней конечности соответственно.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности и безопасности применения КЭПЖ (масса 490 г), а также предварительная оценка эффективности облегченного КЭПЖ-2 (масса 130 г).

Материал и методы. Для оценки эффективности применения КЭПЖ был проведен эксперимент с участием 14 здоровых добровольцев мужского пола (средний возраст – $21,0 \pm 1,0$ год) в три этапа. На первом этапе жгут тестировался на нижней конечности (средняя треть бедра), на втором этапе – на верхней конечности (средняя треть плеча), на третьем этапе – в порядке взаимопомощи (средняя треть плеча). КЭПЖ-2 накладывался на бедро 4 добровольцам. Эффективность наложения жгута оценивалась путем оценки кровотока по задней большеберцовой артерии (для нижней конечности) и по лучевой артерии (для верхней конечности) аппаратом Ангиодин-ПК, датчик 8 МГц (БИОСС, Москва). Одновременно фиксировалось общее время наложения жгута, интенсивность болевых ощущений.

Результаты. Общая эффективность применения КЭПЖ составила 100%. Во всех случаях было отмечено прекращение кровотока в дистальном сегменте артерии. Средняя балльная оценка боли – $3,5 \pm 1,4$. Время самостоятельного наложения жгута на верхнюю конечность до окончания нагнетания воздуха в манжету составило $93,6 \pm 23,4$ с. Оценка боли – $2,8 \pm 1,2$ баллов. Среднее время наложения жгута на нижнюю конечность составило $95,9 \pm 30,6$ с. Оценка боли – $4,6 \pm 1,3$ баллов. Минимальное время $50,8 \pm 14,2$ с потребовалось для наложения жгута на пле-

чо в порядке взаимопомощи. Болевые ощущения при этом соответствовали такому для верхней конечности – $3,1 \pm 0,6$ баллов.

КЭПЖ-2 вызывал минимальные болевые ощущения $1,8 \pm 0,9$ при 100% эффективности на бедре. Скорость наложения жгута была сопоставима с таковой для КЭПЖ – $69,5 \pm 13,4$ с.

Заключение. В ходе эксперимента на добровольцах доказана высокая эффективность КЭПЖ при минимальных болевых ощущениях. Модифицированный облегченный КЭПЖ-2 со схожей эффективностью является перспективным средством остановки кровотечения на догоспитальном этапе как в мирное, так и в военное время.

*Самохвалов И.М., Гончаров А.В., Бадалов В.И., Суворов В.В.,
Маркевич В.Ю., Петров Ю.Н.*

**ХАРАКТЕРИСТИКА САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ
В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ 1-ГО ЭШЕЛОНА
В ХОДЕ МИРОТВОРЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
ПО ПРИНУЖДЕНИЮ ГРУЗИИ К МИРУ**

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

Организация оказания хирургической помощи раненым в лечебных учреждениях 1-го эшелона в локальных войнах и вооруженных конфликтах имеет особенности, изучение которых необходимо для оптимизации планирования лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

В период миротворческой операции оказание специализированной хирургической помощи раненым осуществлялось в 236 ВГ, который был усилен многопрофильной группой специализированной медицинской помощи из Военно-медицинской академии, центральных госпиталей МО РФ и 1602 ОВКГ.

Материал исследования: истории болезни раненых и больных, получивших специализированную хирургическую помощь в 236 ВГ, в том числе 318 раненых (89,6%), поступивших в госпиталь в ходе проведения миротворческой операции.

При анализе отмечалось наибольшее поступление раненых в конечности (46,9%) и в голову (31,1%). Большинство повреждений головы (до 95,0%) составили легкие черепно-мозговые травмы. Ранения живота и груди составили 3,9% и 8,6% соответственно. Реже других наблюдали ранения позвоночника (4,4%), таза (2,8%) и шеи (2,3%).

Большинство раненых имели ранения легкой и средней степени тяжести (86,5%). На долю раненых тяжелой и крайне тяжелой степени приходилось 13,5% поступлений. В структуре раненых в значительной степени преобладали изолированные ранения и травмы (74,2%), множественные ранения и травмы встречались в 13,2% случаев, сочетанные повреждения – в 13,2%.

Нуждаемость раненых в специализированной хирургической помощи составила 28,3%, что было обусловлено особенностями входящего потока (71,7% легко-раненых). Более 95,0% оперативных вмешательств проводили по поводу травм

и ранений. В структуре хирургических вмешательств 6,9% составили неотложные операции. В 9,2% случаев производились срочные операции. Наиболее часто выполнялись отсроченные операции – первичные хирургические обработки огнестрельных ран мягких тканей (83,9%). Учитывая необходимость быстрой дальнейшей эвакуации, плановые операции в 236 ВГ не выполнялись.

Таким образом, частота ранений составила 89,6% от всех санитарных потерь; легко раненные составили 71,7% от всех раненых; наиболее частой локализацией ранений были ранения конечностей (46,9%) и головы (31,1%). Нуждаемость в хирургическом лечении на данном этапе составила 28,3%.

Саттаров Х.И., Захидов А.Я., Саломов У.С., Шохасанов У.Х.
**ОПЫТ ЧРЕСКОЖНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ
ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
У БОЛЬНЫХ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Несмотря на то, что в настоящее время трахеостомия прочно вошла в повседневную реанимационно-анестезиологическую практику, до настоящего времени сохраняют свою актуальность вопросы о наиболее безопасном методе трахеостомии, о сроках перехода на ИВЛ через трахеостомическую трубку, об оптимальных конструктивных особенностях современных трахеостомических трубок, что связано с высокой частотой осложнений при традиционной трахеостомии. Интраоперационные и послеоперационные осложнения после традиционной трахеостомии, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляют от 5% до 67%. В связи с вышеизложенным весьма перспективным представляется внедрение в клиническую практику методики чрескожной дилатационной трахеостомии (ЧДТ). По данным большинства авторов, методика ЧДТ безопасна и имеет низкий процент осложнений. Данная методика впервые описана W.M. Griggs в 1990 году.

В период с 2003 г. по 2014 г. в отделении терапевтической реанимации РНЦЭМП ЧДТ по методике W.M. Griggs установлена более 700 больным с мозговым инсультом (МИ), которые находились на пролонгированной ИВЛ в связи ОДН и с выраженными проявлениями бульбарного или псевдобульбарного глоссофаринголарингеального пареза. Для ЧДТ использовали набор фирмы «SIMS PORTEX Ltd» (Великобритания). ЧДТ осуществлена следующим образом: в проекции промежутка между I и II либо II и III кольцами трахеи проводили горизонтальный разрез кожи длиной 1-1,5 см. В зоне разреза иглой-канюлей пунктировали трахею. Затем через канюлю вводили в трахею проводник, через который бужировали отверстие в трахее. Через проводник при помощи расширителя Ховарда-Келли дилатировали отверстие в трахее. Затем по проводнику в трахею устанавливали трахеостомическую трубку.

С целью уточнения преимуществ ЧДТ над традиционной трахеостомией проведен анализ различных интра- и послеоперационных осложнений при ЧДТ, возникших у больных. Небольшие кровотечения из мелких сосудов при выполнении ЧДТ возникли у 70 больных (10,0%). Эти кровотечения не представляли опасности

и достаточно быстро ликвидированы. Достаточно часто развивались воспалительные изменения в области трахеостомической трубки у 105 (15%) больных. Трахеопищеводные свищи формировались у 10 (1,4%) больных. Следует особо отметить низкий процент такого частого осложнения при традиционной трахеостомии, как посттрахеостомический стеноз трахеи, который развился лишь у 7 больных (1%), что было связано с развитием язвенно-некротического трахеита в области надувной манжетки.

Резюмируя результаты проведенных исследований, можно заключить, что методика чрескожной дилатационной трахеостомии малоинвазивна, менее травматична и достаточно безопасна, и накопленный опыт позволяет рекомендовать чрескожную дилатационную трахеостомию как альтернативу традиционной трахеостомии.

Свирида В.С., Бадалов В.И.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАЩИТНЫХ СВОЙСТВ ВЗРЫВОЗАЩИТНОГО КОСТЮМА

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

В качестве объекта исследования использовался антропоморфный манекен, выполненный из баллистического пластилина.

На манекен одевался взрывозащитный костюм, манекен с помощью веревок размещался вертикально в позе «стоящего человека» и осуществлялся подрыв заряда ВВ массой 1,5 кг в оболочке из 4 мм стали на расстоянии 2,5 м.

Помимо исследования последствия попадания осколков в манекен, защищенный взрывозащитным костюмом, проводился анализ величины избыточного давления в подшлемном и подкостюмном пространстве для оценки возможной контузионной травмы органа слуха и легких. Кроме того, оценивалась возможность сотрясения головного мозга по величине ударных ускорений, для чего на голову манекена устанавливался акселерометр.

Экспериментальные исследования защитных свойств взрывозащитного костюма показали, что ни один из осколков не нанес пробития защитной композиции костюма.

В нашем наблюдении длительность затекания воздушной ударной волны в поджилетное пространство составила до 3 мс, а значение импульса воздействия воздушной ударной волны на грудную клетку приближается к 200 (68 кПа × 3 мс). Данный уровень воздействия у крупных биологических объектов сопровождается баротравмой уха и легких легкой степени тяжести (разрывы барабанных перепонок, ограниченные субплевральные кровоизлияния в легких).

Следует отметить, что данный объем повреждений по объективной оценке тяжести травм (Указания по военно-полевой хирургии, 2004) относится к категории легкой травмы, не создающей непосредственной угрозы для жизни таких пострадавших, однако при получении таких повреждений будет наблюдаться нарушение трудоспособности (боеготовности). Необходима госпитализация для про-

ведения патогенетической терапии, длительность которой при таком объеме повреждений, как правило, не превышает 10-15 суток.

Сопоставление величины ударных ускорений, действующих на модель головы при подрыве безоболочечного заряда с опасностью получения закрытой черепно-мозговой травмы по кривой Патрика в координатах величина перегрузки и скорость ее нарастания (Рабинович Б.А., 2007), свидетельствует о безопасном уровне воздействия.

Таким образом, можно заключить, что представленный взрывозащитный костюм обладает достаточными защитными свойствами для сохранения жизни военнослужащего, но не гарантирует от вероятности получения легких контузионных повреждений легких и органа слуха.

Селезнёв А.Б., Самохвалов И.М., Жабин А.В.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АПРОБАЦИЯ ТРАНКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ВНУТРИПОЛОСТНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА

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

Помощь пострадавшим с травмой живота, сопровождающейся продолжающимся внутрибрюшным кровотечением, остается актуальной проблемой хирургии повреждений. Перспективным гемостатическим препаратом является транексамовая кислота (ТК) – синтетический ингибитор фибринолиза, которая вследствие своего структурного сходства с лизином способна по конкурентному типу блокировать процесс активации плазминогена, предупреждая лизис тромба в зоне повреждения сосуда.

Цель исследования – сравнение эффективности различных путей введения транексамовой кислоты в эксперименте на модели травмы печени.

Материалы и методы. Исследование проводили в хроническом эксперименте на животных с использованием 16 овец породы «Меринос», массой от 20 до 27 кг. Производили интраоперационное нанесение дозированной раны печени II-III степени (по AAST) по отработанной ранее модели. Лапаротомная рана ушивалась, экспозиция до применения гемостатического препарата составила 1 час.

Все овцы были поделены на 4 группы по 4 животных в каждой в соответствии с используемым вариантом гемостаза: 1-я группа – «контрольная», без введения ТК; 2-я – «опытная», внутривенное струйное введение ТК в дозировке 15 мг/кг веса животного; 3-я – «опытная», внутрибрюшинное введение ТК с плазмой (гемостатический раствор); 4-я – «опытная», сочетание внутривенного струйного введения ТК в дозировке 15 мг/кг веса животного с внутрибрюшинным введением гемостатического раствора. Кроме того, животным всех групп внутривенно вводили 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

Животное наблюдали сутки, проводили оценку АД, пульса, забор венозной крови для анализа крови и оценки свертывающей системы. После выведения животного из эксперимента, на вскрытии оценивался объем гемоперитонеума, производили забор ткани печени для микроскопического исследования.

Результаты. Средний объем гемоперитонеума в 4-й группе составил 88 ± 17 мл, а в контрольной группе – 288 ± 113 мл ($p < 0,05$). Во 2-й и 3-й группах он был 140 ± 18 и 120 ± 15 ($p = 0,08$). Остальные признаки достоверно не отличались, можно только отметить тенденцию к наилучшим показателям в 4-й группе.

Вывод. Проведенный эксперимент показал наибольшую эффективность сочетанного пути введения транексамовой кислоты для достижения временного внутрисполостного гемостаза при внутрибрюшном кровотечении.

Сидоров Д.А., Давыдова Е.В., Гребенюк А.Н.

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДГОТОВКИ
СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ С ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ**

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

В последние годы в структуре чрезвычайных ситуаций (ЧС), как по их количеству, так и по медико-санитарным последствиям (число погибших) преобладают техногенные ЧС (от 40 до 70% в общей структуре ЧС). Наряду с техногенными ЧС, характерными для большинства регионов (дорожно-транспортные происшествия, пожары и др.), в разных субъектах России существуют и другие источники потенциальной опасности (химической, радиационной, взрывопожароопасности и др.), которые будут определять особенности медико-санитарных последствий ЧС.

Санкт-Петербург и Ленинградская область относятся к высокой степени потенциальной опасности техногенных ЧС по химическому фактору (75% населения проживает в зоне химической опасности). В условиях ограниченного соответствия организационно-штатной структуры территориальных центров Службы медицины катастроф Санкт-Петербурга и Ленинградской области, задачи по ликвидации медико-санитарных последствий в основном будут выполняться городской службой скорой медицинской помощи (СМП). Учитывая высокую степень потенциальной химической опасности в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, отсутствие информации о химическом веществе, вызвавшем поражение, возможный массовый характер поражений и вероятность подвергнуться воздействию химических агентов в процессе оказания помощи, в системе подготовки среднего медицинского персонала СМП необходимо предусмотреть вопросы по токсикологии и медицине катастроф.

Организационный аспект обучения, связанный с тем, что одним из поводов для вызова СМП в экстренной форме является угроза возникновения ЧС, оказание СМП и медицинская эвакуация при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, подразумевает первичную оценку обстановки (место и масштаб ЧС, характеристику очага, количество и структуру пострадавших), медицинскую сортировку и первичную регистрацию пострадавших, медицинскую эвакуацию и др. Профессиональное направление предусматривает подготовку по вопросам раннего выявления признаков острого отравления, оказания медицинской помощи в экстренной форме, защиту медицинского персонала СМП, проведение меропр-

ятий по прекращению поступления токсиканта в кровь, введение антидотов, сокращение объема оказания помощи в условиях недостатка медицинских сил. Все эти вопросы должны найти отражение в программах подготовки среднего медицинского персонала.

Таким образом, обучение среднего медицинского персонала вопросам организации помощи при техногенных ЧС с вовлечением химических веществ является важной проблемой совершенствования СМП.

Сокирко Е.Л., Абсава К.А., Данилевич М.О., Мадай О.Д

ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ НАЗОЭТМОИДАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

До настоящего времени не разработана система этапного комплексного лечения пострадавших с тяжелыми черепно-лицевыми повреждениями, не определены оптимальные сроки и объем оперативного лечения. Эти вопросы требуют дальнейшего исследования.

Нами разработан диагностический алгоритм и определены оптимальные сроки и объем хирургического лечения пострадавших в остром периоде черепно-мозговой травмы.

План обследования пострадавших с подозрением на перелом назоэтмоидального комплекса в остром периоде черепно-мозговой травмы включал в себя: клинико-неврологический осмотр мультидисциплинарной врачебной бригадой, рентгенологическое исследование костей лицевого и мозгового черепа, компьютерную томографию головного мозга, спиральную компьютерную томографию костей лицевого черепа. Основной задачей мультидисциплинарного осмотра является определение преобладающей патологии, объема и тяжести черепно-мозговой травмы, характера анатомо-функциональных и неврологических нарушений. Для оценки общего состояния учитывали: уровень сознания, витальные функции, общий осмотр и исследование внутренних органов.

Тяжесть переломов лицевого скелета вирировала от простых переломов без смещения костных отломков до сложных, оскольчатых переломов со смещением, выраженным кровотечением. Тяжесть ЧМТ вирировала от легкой ЧМТ до тяжелых повреждений черепа и головного мозга, с компрессией и дислокационным синдромом. Объем операции зависит от тяжести состояния пациента, так как неоправданное увеличение объема операции может ухудшить состояние пострадавшего. Целью хирургического лечения переломов назоэтмоидального комплекса являлось восстановление анатомических взаимоотношений: положения медиальной канальной связки. Следующей задачей была стабилизация костных структур по лобно-назоэтмоидальному контрфорсу, восстановление лобно-носового соединения, обеспечение функции лобной пазухи, обеспечение быстрой остановки ликвореи. Осуществлялась репозиция и остеосинтез других переломов костей лицевого черепа, если необходимо. По характеру выполненных оперативных вмешательств преобладали одномоментные реконструктивно-восстанови-

тельные операции, с репозицией и жесткой фиксацией костных отломков различными имплантатами. Во всех наблюдениях проведение реконструктивных операций в остром периоде позволило достичь оптимальных функциональных и косметических результатов.

Соколова Т.А., Салеев В.Б.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн»,
г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл, Россия

Опыт работы отделения скорой медицинской помощи Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн (РКГВВ) с 1977 г. свидетельствует о том, что действия лекарственных препаратов у лиц пожилого возраста создают существенные сложности в лечении этих пациентов. Врач скорой медицинской помощи (СМП) должен иметь четкое представление о принципах дозирования лекарственных средств в гериатрии, об особенностях взаимодействия препаратов, о путях повышения устойчивости организма пожилых людей к нежелательному воздействию медикаментов. Вопрос о назначении того или иного лекарственного препарата должен решаться лишь после всестороннего анализа его воздействия на организм пожилого пациента.

Одним из правил гериатрической фармакотерапии является строгая индивидуализация доз. В самом начале лечения препараты назначают в дозах, уменьшенных примерно в 2 раза по сравнению с таковыми для больных среднего возраста. И только постепенно повышая дозу, устанавливают индивидуальную переносимость препаратов. По достижении лечебного эффекта дозу уменьшают до поддерживающей, которая, как правило, тоже ниже дозы, назначаемой пациентам среднего возраста. Способ приема лекарства должен быть как можно проще и понятнее для пациента. По возможности следует избегать назначения жидких лекарственных форм, так как из-за ослабленного зрения и тремора рук пожилые больные испытывают затруднения при их дозировке. Кроме того, отсутствие четкого контроля за герметичностью флакона может привести к изменению концентрации препарата, его загрязнению или порче. Согласно медицинской статистике, риск возникновения побочных эффектов у пациентов старше 60 лет в 1,5 раза выше, чем у молодых. А у больных 70-79-летнего возраста неблагоприятные реакции на введение лекарств развиваются в 7 раз чаще, чем у пациентов 20-29 лет. Люди пожилого и старческого возрастов в 2-3 раза чаще, чем молодые и среднего возраста, госпитализируются по поводу побочных действий препаратов, а наибольшее число смертельных исходов, связанных с нерациональной фармакотерапией, приходится на возрастную группу 80-90 лет.

Следует подчеркнуть, что лекарственные препараты, назначенные пожилым людям без учета особенностей гериатрической фармакотерапии, могут причинить гораздо больший вред, чем сама болезнь, для лечения которой их применяют.

Сорокин В.Г., Миннуллин И.П.
**КОНТРОЛЬ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
КОМПЕТЕНТНОСТНЫМ ТЕСТИРОВАНИЕМ**

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

Принятая система дополнительного профессионального образования носит циклический характер и состоит из 5-летних циклов, завершающихся сертификационным повышением квалификации. В промежутках между сертификационными циклами специалисты, как правило, систематически не занимаются совершенствованием уровня профессиональной подготовки. Между тем существует необходимость в создании простой в применении и информативной системы оценки уровня профессиональной подготовки специалистов скорой медицинской помощи, которая позволила бы оперативно вносить коррективы в уровень подготовки конкретного специалиста.

Для оценки уровня профессиональной подготовки специалистов СМП (врачей и фельдшеров) нами применен компетентностный подход, в соответствии с которым выделено 10 профессиональных компетенций по направлению «скорая медицинская помощь»:

1. Понятийная компетенция.
2. Диагностическая компетенция.
3. Техничко-диагностическая компетенция.
4. Фармакологическая компетенция.
5. Лечебно-манипуляционная компетенция.
6. Техничко-аппаратная компетенция.
7. Лечебно-тактическая компетенция.
8. Организационно-тактическая компетенция.
9. Психологическая компетенция.
10. Деонтологическая компетенция.

Указанные компетенции отражают основные аспекты профессионального стандарта специалиста СМП. Уровень компетентности оценивается с помощью специально разработанной компьютерной программы, которая позволяет осуществлять диагностику указанных выше профессиональных компетенций работников СМП, оцениваемых по результатам выполнения 10 соответствующих тестов. Последние представляют собой концентрированное выражение профессионального стандарта специалиста скорой медицинской помощи.

Исследование включает 20 специалистов отделения скорой помощи (8 врачей и 12 фельдшеров).

Суммарная индивидуальная оценка у отдельных специалистов составила от 46,6 до 74,7 баллов. Из этого следует:

– предлагаемый измерительный инструмент обладает высокой чувствительностью, хорошо фиксируя индивидуальные различия в уровне профессиональной компетентности медработников СП;

– медперсонал неоднороден по уровню профессионализма. Все тестируемые ранее прошли аттестацию и получили официальное заключение о соответ-

ствии занимаемой должности. Однако фактически среди них находятся работники с различным уровнем подготовки;

– реально имеются значительные резервы для повышения профессионального уровня сотрудников СМП данного учреждения.

Старков А.В., Гедерим В.В., Егоров В.Г.

К ВОПРОСУ О ПРЕПОДАВАНИИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

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

Подготовка студентов отделения высшего сестринского образования проводится в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом (ФГОС) высшего профессионального образования по направлению подготовки «сестринское дело».

Согласно ФГОС целью освоения дисциплины «Медицина катастроф» является формирование у обучающихся знаний и навыков в области медицины катастроф, готовности и способности выпускника по специальности сестринское дело к работе в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.

В базовую часть профессионального цикла входит дисциплина «Безопасность жизнедеятельности», в рамках которой студенты изучают медицину катастроф.

В процессе изучения медицины катастроф студенты должны знать:

– Принципы организации и задачи службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны, их учреждения, формирования, органы управления и оснащения.

– Основы военной службы и обороны государства.

– Медико-тактическую характеристику очагов поражения, катастроф различных видов.

– Основы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения в чрезвычайных ситуациях (этапность и требования к оказанию медицинской помощи, основное назначение и виды медицинской сортировки, принципы ее организации и проведения, сортировочные признаки, организацию и объем первой медицинской помощи).

– Основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые в чрезвычайных ситуациях.

Сложность усвоения необходимых знаний, на наш взгляд, заключается в том, что из общей трудоемкости дисциплины (108 часов) на аудиторские занятия отводится 4 часа в виде лекций. 104 часа студенты самостоятельно изучают дисциплину.

Мы считаем, что необходимо пересмотреть распределение учебной нагрузки при изучении медицины катастроф в сторону увеличения аудиторных часов, для более качественного усвоения дисциплины и подготовки выпускников к работе в чрезвычайных ситуациях.

Страхов И.В., Пивоварова Л.П., Лапшин В.Н., Арискина О.Б., Сокольников И.А.

**ВЛИЯНИЕ ЦИТОФЛАВИНА НА ОКСИДАНТНУЮ
И АНТИОКСИДАНТНУЮ АКТИВНОСТЬ КРОВИ
У ПОСТРАДАВШИХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Исследование оксидантной и общей антиоксидантной активности крови проведено у пострадавших с травматическим шоком в остром периоде травматической болезни.

Всего обследовано 36 пострадавших с травматическим шоком, которые составили две группы. Первая группа – 25 пострадавших получали базисную терапию. Во второй группе к базисной терапии был добавлен препарат «Цитофлавин» – субстратный антигипоксанта, содержащий янтарную кислоту.

Полученные данные по оксидантной и общей антиоксидантной активности крови пострадавших при поступлении в противошоковую операционную сравнивали с результатами измерений этого показателя у контрольной группы пациентов, которую составили 25 практически здоровых людей.

Для исследования оксидантной активности крови у пострадавших определяли уровень спонтанной и индуцированной хемилюминисценции крови при поступлении в противошоковую палату и через сутки терапии в отделении хирургической реанимации.

Общую антиоксидантную активность крови (ОАА) исследовали при поступлении пострадавших, до начала противошоковой терапии и через сутки в отделении хирургической реанимации. Для оценки общей антиоксидантной активности крови использовали хемилюминесцентную реакцию рибофлавина с перекисью водорода в присутствии ионов двухвалентного железа.

Анализируя полученные данные, можно отметить значительное повышение уровня спонтанной и индуцированной хемилюминисценции, а также существенное снижение антиоксидантной активности крови, что подтверждает развитие окислительного стресса уже в первый час развития травматического шока. Эффективным средством, способствующим восстановлению уровня спонтанной и индуцированной хемилюминисценции, а также общей антиоксидантной активности крови в остром периоде травматической болезни, является препарат цитофлавин (субстратный антигипоксанта), в связи с чем представляется целесообразным его включение в состав комплексной интенсивной терапии пострадавших с тяжелым течением травматической болезни.

Стрелкова Л.В.

**АНАЛИЗ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА
НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

МБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи» г. Пермь, Россия

По данным МБУЗ «ГССМП» в г. Перми за период с 2009 г. по 2013 г., количество ДТП с участием детей возросло на 126 случаев (26,7%), а рост общего коли-

чества травм у детей составил 1469 случаев. Самое аварийное время с 14 до 22 часов; самые аварийные дни недели – пятница, суббота и понедельник. Наибольшее количество детей, пострадавших в ДТП, пришлось на возраст 1-3 года, затем дети до 1 года и на третьем месте – от 4-14 лет. Мальчики получают травмы в 54%, а девочки – в 46% случаев. Самое большое число травм происходит в летние месяцы, пик – период с июля по сентябрь. Отмечается рост числа пострадавших в ДТП по годам: в 2009 году – 325 случаев; в 2010 году – 357; в 2011 году – 456; в 2012 году – 451; в 2013 году – 459. Рост летальности при ДТП составил 50%.

В структуре детского травматизма 1 место занимает уличный травматизм, составляющий 56,4%, 2 место – бытовой (25,7%), 3 место – школьный (13,3%), 4 место – спортивный (4,6%).

В абсолютных числах за период с 01.01.2009 г. по 31.12.2013 г. было обслужено 35 565 вызовов к детям с различными травмами. Структура травм: 1 место – ранения, ушибы мягких тканей – 16 258 случаев (52,9%), 2 место – ЧМТ – 8 683 случаев (28,3%), 3 место – переломы – 2 933 случаев (9,5%), 4 место – ожоги – 2 607 случаев (8,5%), 5 место – сочетанная травма – 244 случаев (0,8%).

По возрастным группам травмы распределились: на 1 месте дети 1-3 лет – 12807 случаев (41,7%), на 2 месте дети 4-7 лет – 7312 случаев (23,8%), на 3 месте дети 11-14 лет – 5798 случаев (18,9%), на 4 месте дети 8-10 лет – 4796 случаев (15,6%), 5 место – дети до 1 года – 112 случаев (0,3%).

В сравнении по годам было обслужено детей с травмами: в 2009 г. – 6127 случаев, в 2010 г. – 7101, в 2011 г. – 7247, в 2012 г. – 7596, в 2013 г. – 7391.

У детей до 1 года на 1-м месте стоит ЧМТ, на 2-м – ранения и ушибы мягких тканей и на 3-м месте – ожоги. У детей 1-3 лет – ранения и ушибы, затем – ожоги и переломы. Среди детей 4-7 лет, 8-10 лет и 11-14 лет: на 1 месте – ушибы и ранения, на 2-м – ЧМТ, на 3-м – переломы. При сочетанных повреждениях чаще всего страдают дети 1-3 лет (42,8%) и дети школьного возраста (32%), с преобладанием учащихся младших классов (25,6%). Основные причины этого вида травм являются ДТП – 68,4% и кататравма – 21,1%.

Рост политравмы составил 38,1%: в 2009 г. – 29 случаев, в 2010 г. – 35, в 2011 г. – 42, в 2012 г. – 40, в 2013 году – 43. Шок при сочетанных травмах – в 75,8% случаев, расстройства сознания – у 58,5% больных. Почти 75% всех детей с политравмой имеют ЧМТ, 85% – повреждения конечностей, 10% – травму костей таза.

Действия сотрудников бригад СМП должны быть основаны на глубоком знании особенностей детской политравмы и комплекса лечебных мероприятий. Время обслуживания пострадавших должно быть не более 20-30 минут, и наиболее важна экстренная медицинская эвакуация в специализированный травматологический центр.

Струк Ю.В., Шамаев Е.М., Банин И.Н., Воробьёв И.И., Якушева О.А.
**ОБЕСПЕЧЕНИЕ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ И ЗАЩИТЫ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ
И ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМАМИ**

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»,
КУЗ «Воронежский областной клинический центр медицины катастроф»,
г. Воронеж, Россия

Цель исследования – определить оптимальный способ протезирования и защиты дыхательных путей у пострадавших с черепно-лицевой и позвоночно-спинальной травмами на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. На обучающем манекене-симуляторе («Laerdal-Medical», Норвегия), находившемся в положении лёжа на спине на кушетке и снабжённом имитатором регургитации, отработывались навыки эндотрахеальной интубации, а также установки надгортанных воздухопроводных устройств, таких как ротоглоточный воздухопровод Гведела, ларингеальная трубка «LT-D» («Medizintechnik», Германия), ларингеальные маски «LMA Classic Soft Seal», «Fastrach», «Pro Seal» и «Supreme» («Portex», Великобритания), гелевая маска «i-Gel» («Intersurgical», Великобритания), трёхканальная ларингеальная маска «Baska» («ProAct Medical Systems» Австралия, Нидерланды) и комбинированная трубка «Combitube» («Kendall-Sheridan», США). Также выполнено их тестирование – по 10 тестов на каждый вид, всего 90 тестов, при которых в течение 5 минут проводили искусственную вентиляцию лёгких дыхательным мешком типа «AMBU». После этого в каждом случае визуально изучали возможность попадания регургитата в дыхательные пути симулятора.

Результаты. Позиционирование надгортанных воздухопроводных устройств оказалось заметно проще эндотрахеальной интубации и в большинстве случаев занимало от 10 до 20 секунд. Сравнимое с ларингоскопической эндотрахеальной интубацией время установки (чуть более 30 секунд) отмечено лишь у комбитрубки, и это связано с относительной сложностью конструкции и необходимостью двухэтапной верификации её позиционирования. Ротоглоточные воздухопроводы Гведела наиболее просты в установке, но конструктивно несовершенны и ни в одном случае не защитили дыхательных путей симулятора от аспирации регургитата. По 1-2 случая заметной аспирации отмечено при применении одноканальных воздухопроводных устройств. В то же время все двухканальные воздухопроводы достаточно надёжно обеспечивали защиту дыхательных путей симулятора от аспирации. Среди последних, особенно в аспекте оценки перспектив применения у пострадавших с черепно-лицевой и позвоночно-спинальной травмами, следует отдать предпочтение трёхканальной ларингеальной маске «Baska», легко вставляемой при нейтральном положении головы пациента и позволяющей достичь наибольшего герметизма его дыхательных путей.

Суковатых А.Л., Грачев С.Ю., Куриленко Е.Х., Новикова Н.П.
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И СЕДАЦИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

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

Седация и обезболивание на догоспитальном этапе проводятся с целью купирования психомоторного возбуждения и/или болевого синдрома, а также для уменьшения эмоционального напряжения. Несмотря на кажущуюся простоту и очевидность, данная проблема далека от разрешения. В настоящее время используется легкая или умеренная седация.

Цель современной седации – получить спокойного пациента, без признаков возбуждения и/или боли. При этом пациент должен легко просыпаться и легко засыпать, просыпаясь, он должен правильно отвечать на вопросы, быть ориентированным в пространстве и во времени. Глубокая седация используется только в стационаре по специальным показаниям. Все перечисленные цели не могут быть достигнуты при использовании одного препарата, поэтому обычно используется комбинация седативных средств и анальгетиков. Требования к «идеальному» седативному препарату были сформулированы еще в 1984 г., однако до сих пор такого препарата в клинической практике нет. Желательно, чтобы препарат был водорастворимым и сохранял стабильность в растворе; не оказывал повреждающего воздействия на стенки вен и ткани; имел антагониста и не вызывал анафилактические реакции. Поэтому арсенал средств, применяемых для седации и обезболивания, не очень велик. В настоящее время считается, что единственной группой препаратов, позволяющих уменьшить чувство страха, тревогу, беспокойство и одновременно с этим обеспечить амнезию, являются бензодиазепины.

Оценка уровня седации производится, как правило, методом контроля физиологических изменений или объективных балльных систем (по Ramsey, 1974; или Cook, 1989). Методы анализа ЭЭГ и количественного определения концентрации препарата в плазме крови применимы на госпитальном этапе. Необходимо отметить, что метод контроля физиологических изменений, т.е. дозирование седации и анальгезии по уровню АД, тахикардии, потливости, величине зрачка, подкупает своей простотой и якобы «клиническим контролем», однако ориентировка только на эти показатели часто ведет к передозировке. Оптимальный уровень седации – больной спокоен или спит, но просыпается на словесное обращение, т.е. состояние легкой седации – оценка в баллах по шкале Cook от 12 до 16.

Перед тем, как начать терапию седативными препаратами, необходимо уточнить причину возбуждения, т.е. следует исключить ряд заболеваний и патологических состояний, которые могут быть причиной возбуждения, но требуют особой оценки и лечения. Необходимо помнить и о синдроме отмены, как причине возбуждения. Средства, дающие синдром отмены: барбитураты, бензодиазепины, опиаты, алкоголь и др. Ряд лекарственных препаратов вызывают побочный эффект в виде возбуждения: холинолитики (атропин, фенотиазин); антигистаминные (димедрол, циметидин, ранитидин); симпатомиметики (адреналин, норадреналин и др.); бронходилатирующие аэрозоли; барбитураты; местные анестетики.

По нашему мнению, абсолютных противопоказаний к седации нет. К относительным противопоказаниям следует отнести наличие органной и/или полиорган-

ной недостаточности, особенно следует обратить внимание на дыхательную недостаточность при отсутствии навыков или оборудования для поддержания проходимости дыхательных путей и проведения ИВЛ.

Основной группой, используемой для седации, являются бензодиазепины. В последние годы широко используется мидазолам (дормикум). Данный препарат может назначаться внутрь, внутримышечно и внутривенно. Дозы составляют от 0,08 до 0,2 мг/кг (для седации). Мидазолам – единственный водорастворимый бензодиазепин с коротким периодом полураспада, имеет идеальный фармакологический профиль для постоянного внутривенного введения. Вызывает четкую амнезию, оказывает депрессивное влияние на внешнее дыхание и кардиодепрессивное действие (особенно у пожилых). Может вводиться также и интраназально – 0,2 мг/кг; per rectum – 0,3-1,0 мг/кг. Бензодиазепины имеют антидот – флумазенил (анексат).

Для достижения оптимальных уровней седации, амнезии, снижения беспокойства и анальгезии должны использоваться как седативные, так и анальгетические препараты. Именно боль, а не плохая седация, часто является причиной беспокойства и волнения больного. Таким образом, использование седативных препаратов не снимает необходимости использования анальгетиков. Чаще всего применяются опиаты. Комбинация седативных препаратов и анальгетиков является основой решения данных проблем.

Боль – системная реакция организма, направленная на его защиту от повреждения. Классическое определение: «Боль – сторожевой пес здоровья».

Болевые ощущения проводятся через трехнейронные пути (спинномозговые узлы, задние рога спинного мозга, таламус), которые передают ноцицептивный стимул от периферии в кору головного мозга. Восприятие боли, т.е. ноцицепция, включает 4 физиологических процесса: трансдукцию (периферия), трансмиссию (проведение импульса до нейронов спинного мозга), модуляцию (преобразование и проведение ноцицептивного импульса в спинном мозге), и перцепцию – конечное восприятие и осознание боли на уровне коры головного мозга.

Как можно добиться анальгезии?

1. Анальгезия ненаркотическими анальгетиками (НПВС) – они влияют на трансдукцию, место приложения действия – периферия.

2. Различные виды блокад, которые прерывают периферическую импульсацию: периферический нервный блок, эпидуральная, сакральная, спинномозговая анестезия и т.д. – влияют на трансмиссию, место приложения действия – периферия. Главное их достоинство – надежный анальгетический эффект, положительное влияние на микроциркуляцию и метаболизм. Недостатки – относительная трудоемкость и возможность гемодинамических осложнений.

3. Прерывание болевой импульсации наркотическими анальгетиками – влияют на модуляцию и перцепцию, место приложения действия – желатинозная субстанция задних рогов спинного мозга и, вероятно, кора полушарий головного мозга. Главное достоинство – простота применения и надежность эффекта. Главный недостаток – побочные эффекты. По мнению большинства ученых, нет препарата, который давал бы надежную анальгезию без угнетения дыхания.

4. Ингаляционные анестетики (закись азота, метоксифлюран) – механизм действия и точка приложения не выяснены. Положительный момент – могут

успешно использоваться для аутоаналгезии, в том числе и на догоспитальном этапе. Отрицательные моменты – требуют специального оборудования, анальгетический эффект не всегда надежен (в отношении закиси азота).

Суркова Г.А., Габдулхаков Р.М., Афанасьева В.А., Вакеев Б.В.

ХРОНОЛОГИЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Башкирский государственный медицинский университет, ГБУЗ РБ ГKB №21,
г. Уфа, Россия

Ввиду масштабности травматизма, тенденции его неуклонного роста, чрезвычайно важным является оптимизация организации медицинской помощи при тяжелой механической травме. Одним из факторов, позволяющих рационально организовать догоспитальную и госпитальную помощь при тяжелой сочетанной травме, является исследование хронологии госпитализаций пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Цель исследования – изучить хронологию госпитализации пострадавших с тяжелой сочетанной травмой посезонно, по дням недели, по часам в течение суток.

Материалы и методы. Исследовано 455 пострадавших, экстренно госпитализированных в отделение анестезиологии и реаниматологии многопрофильной Городской Клинической больницы №21 г. Уфы с тяжелой сочетанной травмой. Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием программы SPSS 11.0.

Результаты и их обсуждение. При исследовании хронологии госпитализаций по временам года выявлены статистически значимые различия ($\chi^2=9,7$; $p<0,05$): наибольшее количество пострадавших поступает осенью ($\chi^2=7,8$; $p<0,01$ в сравнении с весной). При исследовании по месяцам выявлено, что среднемесячная госпитализация возрастает в 1,6 раза в январе, октябре и июне ($p<0,001$ в сравнении со среднемесячной госпитализацией в остальные месяцы). При анализе числа госпитализаций по дням недели выявлено, что наибольшее их количество приходится на пятницу, субботу и наименьшее – вторник, четверг ($p<0,01$). При исследовании периодичности госпитализаций по часам в течение суток выявлено, что наибольшее количество госпитализаций отмечается в период с 18 ч 00 мин. по 23 ч 59 мин. – 36,5% ($p<0,001$ в сравнении с промежутком времени 00 ч – 05 ч 59 мин.) и в период с 06 ч 00 мин. до 11 ч 59 мин. – 26,6% ($p<0,001$ в сравнении с промежутком времени 00 ч – 05 ч 59 мин.).

Выводы. Отмечается закономерность поступления пострадавших с тяжелой сочетанной травмой по временам года, месяцам, дням недели, часам в течение суток, что позволяет рационально организовать работу бригад скорой медицинской помощи и стационаров, проводить упреждающую профилактическую работу. Количество госпитализаций возрастает в 1,5-2 раза в октябре, январе, июне в пятницу, субботу в промежутке времени между 18.00 и 24.00 часами.

Тараканов А.В.

**ФИЗИОТЕНЗ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ
ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ НА СКОРОЙ ПОМОЩИ.
ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Цель – пилотное, многоцентровое исследование физиотенза в дозе 0,4 мг сублингвально по параметрам клинической эффективности, артериального давления (АД) и пульса (ЧСС) у больных с неосложненными гипертензивными кризами на догоспитальном этапе в 6 городах (Ростов-на-Дону, Пятигорск, Ставрополь, Кисловодск, Батайск, Красный Сулин).

Критерии включения: все пациенты, мужчины и женщины, без возрастных ограничений, все сопутствующие заболевания, любая предшествующая физиотензу терапия, в том числе и криза.

Критерии исключения: официальные противопоказания к физиотензу и ограничения к его применению.

Работали 26 врачей и фельдшеров станций скорой помощи. Все результаты оценивались через 15, 30 и 60 минут по специально разработанной анкете независимым исследователем.

Основные результаты. В исследовании принял участие 158 пациентов (26 мужчин и 132 женщин, средний возраст – 58 лет и 54,2 года, соответственно). Среди сопутствующих заболеваний: сердечно-сосудистая патология, боли в суставах, эндокринные заболевания и др. При обработке всего массива данных установлено достоверное понижение параметров через 30 минут: АД сист., АД диаст., АД средн., ЧСС, «двойное произведение» на 19,1%; 14,2%; 16,9%; 14,6% и 31,6% соответственно.

До приезда СП пациенты не принимали гипертензивных препаратов (n=48), принимали ингибиторы АПФ (n=50), β -адреноблокаторы (БАБ) (n=25), антагонисты кальциевых каналов (АКК) (n=16). Через 30 минут понижение АД сист. в группе без предшествующей терапии – 18,7%, после иАПФ. – 19%, БАБ – 11,1%, АКК – 14,9%. Для решения вопроса о расширении показаний к применению физиотенза, в зависимости от исходной ЧСС, был проведен следующий анализ. Пациенты были распределены на 4 группы по исходной ЧСС: 1 гр. – 60-70 уд./мин. (n=12), 2 гр. – 71-80 (n=46), 3 гр. – 81-100 (n=78) и 4 гр. – 101-140 (n=12). Через 60 минут после приема физиотенза снижения ЧСС (среднее) в 1 гр. не отмечалось, во 2 гр. – на 5 ударов, в 3 гр. – на 10 ударов и в 4 гр. – на 29 ударов. АД сист. и другие параметры АД снижались на 18-20% от исходного, **независимо от ЧСС**. На фоне лечения постепенно уменьшалась или исчезала клиническая симптоматика: цефалгии и кардиалгии, оцениваемые по визуальной аналоговой шкале, проявления вегетативных реакций. Необходимость дополнительного лечения после физиотенза составила 4,4% (7 человек).

Таким образом, монотерапия физиотензом неосложненных гипертензивных кризов на догоспитальном этапе является простым, эффективным и безопасным методом лечения. Ее можно проводить на фоне различных сопутствующих заболеваний, предшествующем введении основных антигипертензивных препаратов,

без боязни значительного снижения АД. Физиотенз эффективен по снижению АД сист. с различной исходной ЧСС, что делает его препаратом выбора при самых разнообразных гемодинамических ситуациях.

Тараканов А.А., Ефремов В.В., Тараканов А.В.
**ТАКТИКА ВРАЧА И ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ВЫЗОВЕ К ПАЦИЕНТУ С ОСТРОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ**

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону, Россия

Дорсопатии (МКБ 10) – заболевания позвоночника и мышечно-связочных структур спины, где ведущим симптомом являются боли в области спины, туловища и конечностей. Они делятся на деформирующие дорсопатии, спондилопатии, другие дорсопатии (дегенерации межпозвонковых дисков, симпаталгические синдромы) и дорсалгии. Последние включают болевые синдромы в области шеи, туловища и конечностей, не вызванные смещением межпозвонковых дисков и где нет симптомов выпадения. В структуре вызовов скорой помощи (СП) дорсалгии занимают значительную нишу. За 2012 год в городах Ростове-на-Дону, Ставрополе и Краснодаре отношение вызовов с болями в области шеи, туловища и поясницы к общему количеству составило 4,2; 5,0 и 2,9% соответственно. При большом многообразии болевых синдромов оказание первой медицинской помощи весьма однообразно и заключается во введении анальгетика и в рекомендации обратиться к неврологу. Традиционно, пациентам с болями в спине разного уровня обезболивание на догоспитальном этапе проводят ненаркотическими (кеторол, метамизол натрия и др.) и реже наркотическими анальгетиками (трамадол). Как правило, необходимое обезболивание направлено на патофизиологические механизмы боли, независимо от природы их развития. Препаратов, используемых в стационаре (периферические миорелаксанты и др.), на СП нет.

Наиболее частый вопрос на СП – показания к госпитализации. При острой боли в спине на СП надо попытаться условно разделить пациентов на 3 группы; от этого зависит дальнейшая тактика: 1) боль без симптомов радикулопатии; 2) компрессионная радикулопатия; 3) заболевания с угрозой для жизни. В 1 группе наиболее часто встречаются скелетно-мышечные расстройства (неспецифические боли в спине составляют до 85% всех болей). Они обезболиваются, пациентам дают рекомендации на плановое обследование и лишь некоторых из них госпитализируют. В 1 группе есть также заболевания с отраженными болями в спине (пневмония, плеврит, ТЭЛА, мочекаменная болезнь и пиелонефрит, ретроперитонеальные абсцессы и гематомы, гинекологические заболевания, заболевания пищевода, холецистит, панкреатит, язвенная болезнь). Эта часть пациентов 1 группы – более редкая, но она и требует в основном госпитализации. Во 2 группе необходимо деление пациентов с компрессией конского хвоста, которые госпитализируются, и без компрессии, которые обезболиваются и в дальнейшем обследуются. В 3 группе, наиболее сложной, присутствуют заболевания, несущие прямую угрозу жизни: расслоения аорты, острый инфаркт миокарда, злокачественные опухоли, травмы и гематомы, инфекционные заболевания, спинальный

эпидуральный абсцесс, остеомиелит. Эти состояния требуют специального лечения и госпитализации в профильные лечебные учреждения.

Таким образом, несмотря на, казалось бы, простую процедуру – введение анальгетика, основная работа врача и фельдшера лежит в сфере дифференциального диагноза для решения вопроса о госпитализации.

Терехова Л.В., Салеев В.Б.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПОЖИЛЫЕ БОЛЬНЫЕ В СТРУКТУРЕ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ

ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн»,
г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл, Россия

Известно, что, к сожалению, в последнее время происходит рост не только количества и тяжести катастроф, техногенных аварий со значительными медико-санитарными потерями, но и активизация международного терроризма. Всё это накладывает дополнительную не только финансовую, но и физическую нагрузку на здравоохранение.

Основным и главным элементом оказания срочной (неотложной) помощи является служба скорой медицинской помощи (СМП), которая должна прибыть к месту происшествия менее чем за двадцать минут. Поэтому существенно возрастает её роль как одного из факторов национальной безопасности.

Но в то же время известно, что СМП выполняет не свойственные ей функции, среди которых главной является выполнение вызовов к хроническим больным. Из приказов МЗ как СССР, так и РФ известно, что вызовы к хроническим больным составляют не менее 60% всех обращений, среди которых подавляющее большинство составляют пожилые пациенты.

Опыт работы в СМП более 35 лет свидетельствует о том, что есть небольшая категория пожилых больных, которые обращаются к СМП почти ежедневно.

В частности, при проведении экспертизы качества оказания СМП не только станции СМП г. Йошкар-Олы, но и СМП других ЛПУ выявляются больные, которые обращаются к СМП ежедневно. Анализ таких обращений за несколько лет позволяет сделать вывод, что это очень небольшая группа пациентов (0,1-0,2%) от числа всех обратившихся к СМП, но число вызовов к ним составляет почти десятую часть всех обращений (10%). Это не только большие финансовые затраты, но и опоздания на те вызовы, выполнение которых возложено на СМП.

В то же время выездные бригады ССМП выезжали, к примеру, в 2012 г. на 467 ДТП, где была оказана помощь 592 пострадавшим (0,7% вызовов за 2012 г.).

Из всего этого можно сделать вывод, что затраты на выполнение вызовов только лишь к небольшой группе хронических больных (0,1%) значительно превышают затраты на выполнение вызовов к больным, пострадавшим при ДТП, т.е. в 14, 8 раза (10% : 0,7%).

Титов Р.В., Свирида В.С., Бадалов В.И.

ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ЛИЧНОГО СОСТАВА ЭКИПАЖА ПРИ ПОДРЫВАХ БРОНЕТЕХНИКИ

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

После проведения серии экспериментальных подрывов бронетехники на специальном учебном военном полигоне удалось сделать вывод, что все подрывы противотанковых мин приводили только к деформации и трещинам днища БРМ-ЗМА, и только подрыв двух 152 мм осколочно-фугасных артиллерийских снарядов привел к полному пролому днища.

Максимальные величины УУ на местах расположения членов экипажа зафиксированы при подрыве двух 152 мм снарядов ОФ-29. Кроме того, использование поддрессоренных сидений приводит к значительному снижению величины ударных ускорений (в 5 раз по сравнению с величиной ударных ускорений на днище или (раме) бронемашины).

Вторым повреждающим фактором при подрывах бронетехники является затекающая внутрь обитаемого отделения воздушная ударная волна.

Следует отметить, что величина избыточного давления была незначительной – порядка 40-80 кПа, что соответствует порогу повреждения барабанных перепонок. Правда, за счет большей длительности действия воздушной ударной волны (примерно в 3 раза), можно ожидать и баротравму легких.

Проведенные экспериментальные исследования на животных показали, что при подрыве двух 152 мм снарядов ОФ-29 под днищем БМР-ЗМА наблюдаются тяжелые повреждения поясничного отдела позвоночника, а также разрывы внутренних органов живота (печени). Кроме того, наблюдаются ушибы легких (преимущественно в нижних отделах), что соответствует по шкале ВПХ-П (ОР) категории тяжелой травмы с вероятностью летального исхода до 50%, стойкой инвалидизацией выживших и сроками утраты боеспособности свыше 70 суток.

Величина ударных ускорений при этом подрыве на сиденьях механика-водителя и саперов превышала 10 g при длительности воздействия около 2 мс. За счет использования оригинальной конструкции сидений в обитаемом отделении, величина ударных ускорений уменьшилась почти в 4 раза.

При величине ударных ускорений на местах расположения экипажа БМР-ЗМА от 7,5 до 9,5 g, которые зафиксированы при подрывах ПТМ ТМ-62М (МС), у экспериментальных животных наблюдались повреждения тазовых мышц, ушибы внутренних органов груди и живота, у одного животного зафиксирован тяжелый ушиб сердца, который явился причиной летального исхода через несколько часов после травмы. При подрывах ПТМ ТМ-72 наблюдаются повреждения поясничных и тазовых мышц в сочетании с ограниченными субплевральными кровоизлияниями в легкие и органы брюшной полости, такой объем повреждений приводит к временной потере боеспособности до 15 минут и ограниченной боеспособности до 7 суток.

Тюбаева И.А., Лисун И.И., Попова М.А., Попова Ек.А.

НЕОТЛОЖНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,
г. Красноярск, Российская Федерация

Красноярский край является одним из эндемичных регионов России, в котором ежегодно регистрируется высокое число случаев вирусного клещевого энцефалита. Вирусная этиология данного заболевания предопределяет развитие грубого иммунодефицитного состояния. Особый интерес представляет возможность перорального применения липосомальных лекарственных средств. Доказана эффективность подобных препаратов при герпесе, вирусном гепатите, лихорадке долины РИФТ, ВИЧ-инфекции в эксперименте на животных.

Исследования проведены у 15 больных вирусным клещевым энцефалитом менингеальной формы тяжелой степени, которым назначалось комплексное лечение, включающее противовирусную терапию, иммуноглобулин против клещевого энцефалита, дезинтоксикацию, дегидратацию, инфузию препаратов для коррекции реологии крови, водно-электролитного и белкового балансов. Лечение вторичного иммунодефицита со 2 суток усиливалось Реаферон-ЕС-Липинтом (в течение 5 дней). Для определения эффективности предлагаемой методики изучались уровень сознания по шкале Глазго, показатели клеточного иммунитета, состояние ликвора, ЛИИ, периферическая температура до и после проведения иммунокорректирующей терапии.

У всех больных при поступлении состояние расценивалось как крайне тяжелое, отмечались нарушение сознания до 8,4 балла по шкале Глазго, гипертермия выше 38,7 °С, выраженный лейкоцитоз, при этом ЛИИ был выше нормы в 8,9 раз, абсолютное значение лимфоцитов – на 45% ниже нормы. В результате анализа показателей иммунограммы установлено, что у больных развивался вторичный клеточный иммунодефицит средней степени тяжести, при этом ИРИ был ниже нормы на 34%. При исследовании спинномозговой жидкости выявлены умеренный лимфоцитарный плейоцитоз и высокое содержание белка. После проведения интерферонотерапии у больных нормализовалось сознание (оценка по шкале Глазго 14,4 балла), периферическая температура, ЛИИ, к нижней границе нормы приблизились показатели клеточного иммунитета и ликвора.

Побочных эффектов при применении энтеральной липосомальной формы Реаферона у больных не наблюдали.

Таким образом, использование в составе комплексной терапии препарата Реаферон-ЕС-Липинт позволяет в короткие сроки скорректировать имеющиеся нарушения у больных вирусным клещевым энцефалитом, что должно способствовать сокращению пребывания больного в ОРИТ и снижению летальности.

Фаттахов В.В., Зыятдинов К.Ш., Шигапов Б.Г., Асадуллин Ш.Г.
**ОСНАЩЕННОСТЬ КОМПЛЕКТНО-ТАБЕЛЬНЫМ ИМУЩЕСТВОМ
СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ
МЧС РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России,
г. Казань, Россия

Оказание экстренной психологической помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях непосредственно на границе очага поражения невозможно без надлежащей оснащенности бригад медикаментами, медицинским и прочим специальным имуществом.

Обеспечение бригад медико-психологической реабилитации комплектно-табельным имуществом производится согласно «Перечню оснащения для оказания скорой и неотложной медицинской помощи», утвержденному Приказом МЗ СССР от 29.12.84 г. № 1490 и Приказом МЗ РФ от 26.03.99 № 100.

На основании указанных документов разработан внутренний перечень необходимого оборудования, изделий медицинского назначения и лекарственных средств для оснащения бригад экстренной медико-психологической реабилитации Республиканского Центра реабилитации МЧС Татарстана.

Комплектно-табельное имущество службы экстренной медико-психологической реабилитации формируется с целью соблюдения принципов преемственности и унификации медико-психологической реабилитации пострадавшим в ЧС.

Номенклатура и объем комплектно-табельного имущества определяется планом-заданием на создание бригад экстренной медико-психологической реабилитации.

Финансирование приобретения комплектно-табельного имущества, расходов на его освежение и восполнение осуществляются за счет средств бюджетного финансирования РЦР МЧС РТ.

Комплектно-табельное имущество сосредотачивается в РЦР МЧС РТ с выделением для этой цели помещения, отвечающего требованию хранения медицинского имущества.

Комплектно-табельное имущество является штатным оснащением и используется только для реабилитации пострадавших в ЧС. Иное использование комплектно-табельного имущества запрещено.

Израсходованное имущество списывается решением директора РЦР МЧС РТ на основании отчета руководителей бригад по фактически выполненным реабилитационно-диагностическим мероприятиям в очаге ЧС.

Фатыхов А.М., Шулаев А.В.

**ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ
СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

ГАУЗ «Станция скорой медицинской помощи»,
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Казань, Россия

Создание модели управления медицинской организацией, гарантирующей доступность и качество медицинской помощи, является важной проблемой современного здравоохранения. Ключевым инструментом на фоне проводимой модернизации отрасли являются информационные технологии.

Цель – разработать функционально-организационную модель управления службой скорой медицинской помощи на основе информационных технологий.

Материалы и методы. С целью разработки модели управления проводили оценку основных показателей деятельности службы СМП. Для анализа ресурсного обеспечения службы СМП использованы: характеристика кадрового состава, финансирование, материально-техническое обеспечение, внедрение новых лечебно-диагностических технологий. Оценка потребности в скорой медицинской помощи населения города Казани проводили по таким критериям, как общая и первичная заболеваемость, в частности, сердечно-сосудистая патология, острые нарушения мозгового кровообращения, травмы и отравления, инфекционная заболеваемость и др., в динамике за 2006-2011 годы (оценку эффективности проводили в период 2011-2013 годы).

Результаты исследования. Полученные данные позволили на основе информационных технологий создать функционально-организационную модель управления СМП, внедрение которой на уровне города, позволило сократить время доезда бригады до места вызова до 12,8 минут; уменьшить число вызовов неотложной помощи до 35,5%; уменьшить число смертей на месте ДТП на 20,4%; реализовать единый алгоритм переадресации вызовов по неотложной медицинской помощи; осуществить прием вызовов от глухонемых пациентов посредством средств мобильной связи путем приема sms; рационально управлять в режиме реального времени перемещением бригад СМП с учетом загруженности городских дорог, направлять их в наиболее близко расположенное место вызова, ретроспективно изучать график и маршрут движения автомобилей, проводить хронометраж вызовов и устанавливать соответствие пробега автомобилей путевым листам, а также сэкономить горюче-смазочных материалов на 7,6%.

Фаязов А.Д., Камиров У.Р., Ажиниязов Р.С.

К ВОПРОСУ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫМ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Реформирование здравоохранения, направленное на повышение качества и доступности медицинской помощи всех слоев населения, обуславливает крайнюю важность разработки стандартов лечебно-диагностической помощи обожженным. Внедрение современных технологий, оборудования и новых медикаментов требует разработки более современных и адекватных стандартов комплекса диагностических и лечебных мероприятий.

Разработанные стандарты в системе экстренной медицины Республики Узбекистан ориентированы на эвакуацию тяжелообожженных в специализированные отделения РНЦЭМП и его филиалов, где имеются все возможности для проведения комплексного лечения с применением современных технологий и оборудования. Стандарты интенсивной терапии тяжелообожженных включают вопросы обезболивания, инфузионно-трансфузионную терапию, детоксикацию, респираторную и нутритивную поддержку, коррекцию метаболических нарушений, антибиотикотерапию.

Основой детоксикации является инфузионно-трансфузионная терапия. При тяжелом течении ожоговой болезни с развитием клиники декомпенсации систем детоксикации в схему комплексного лечения включают методы экстракорпоральной детоксикации. В целях адекватного обезболивания широко используются НПВС, которые обеспечивают анальгезию за счет блокирования продукции периферических простагландинов. Индуцирование обезболивания достигается путем использования антигистаминных и седативных препаратов.

Респираторная и инотропная поддержка достигается проведением оксигенотерапии, при необходимости ИВЛ, санацией бронхиального дерева, небулайзерной терапией, усилением инотропной функции сердца. Коррекция метаболических нарушений при лечении тяжелообожженных осуществляется с помощью энтерального и парентерального питания.

В ранних периодах после травмы антибактериальная терапия проводится по принципу «деэскалационной антибиотикотерапии» антибиотиками широкого спектра действия. В последующем назначение антибиотиков осуществляется с учетом результатов микробиологических исследований.

Применение современных лечебно-диагностических стандартов способствует ранней стабилизации состояния больного, проведению ранних оперативных вмешательств. Соответственно, сокращение сроков эпителизации ожоговых ран приводит к улучшению результатов лечения и снижению летальности. Подобный подход к лечению позволил снизить летальность среди тяжелообожженных с 4,1% в 2004 году до 1,5% в 2013 году.

Таким образом, проведение комплексного лечения тяжелообожженных с использованием современных стандартов интенсивной терапии с использованием современных технологий и медицинского оборудования способствует улучшению результатов лечения этого контингента пострадавших.

Федоров А.В.

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА КФС-01.001
«КАРДИОМЕТР-МТ» ФЕЛЬДШЕРСКИМИ БРИГАДАМИ ГССМП**

ГБОУЗ «Новгородская ССМП», г. Великий Новгород, Россия

Одной из задач бригады скорой медицинской помощи (СМП) является своевременная госпитализация пациентов с угрожающими жизни сердечно-сосудистыми заболеваниями. Она затруднена низким качеством ЭКГ-диагностики фельдшерскими бригадами.

Эффективным решением своевременной госпитализации является дистанционное консультирование фельдшеров при помощи телеметрии ЭКГ. Анализ аппаратуры такого типа показал, что наиболее приемлемым для использования в СМП является комплекс КФС-01.001 «Кардиометр-МТ». Прибор включает в себя: портативное устройство съема информации (УСИ), смартфон и термопринтер.

УСИ обеспечивает синхронную запись ЭКГ в 12 общепринятых отведениях и ее беспроводную передачу в смартфон. При помощи смартфона и интернета ЭКГ автоматически транслируется в облачный кардиосервер, где она обрабатывается и сохраняется. Результат автоматической обработки ЭКГ возвращается на дисплей смартфона и может быть напечатан на термопринтере. Дежурный врач ССМП на подключенном к интернету компьютере получает графики ЭКГ, значения автоматически измеренных параметров и автоматическое заключение. На основании полученных данных он формирует свое заключение и дает рекомендации бригаде. При необходимости данная ЭКГ в электронном виде может быть передана в пункт госпитализации пациента.

За месяц использования четырех приборов УСИ фельдшерскими бригадами выполнено 310 исследований ЭКГ. У 51 пациента выявлены нарушения ритма сердца, 28 из них доставлены на госпитализацию с пароксизмальными нарушениями ритма. У 95 пациентов зарегистрированы нарушения трофики миокарда, из них 17 человек с острым коронарным синдромом госпитализированы. Сравнение полученных автоматических заключений и заключений врачей показало большой процент точности работы программы. Зарегистрированные электрокардиограммы имеют хорошее качество записи. ЭКГ распечатывается на вызове через мобильный принтер, что позволяет оставлять её на дому в случае отказа пациента от госпитализации.

Выводы.

1. Дистанционное консультирование фельдшеров позволяет выявлять жизнеугрожающую сердечно-сосудистую патологию, оказывать необходимую медицинскую помощь и своевременно доставлять больных в сосудистые центры.

2. Портативный комплекс КФС-01.001 «Кардиометр-МТ» компактный, легкий, обеспечивает высокое качество съема ЭКГ, имеет высокую диагностическую точность, быстроту передачи данных, что удовлетворяет потребностям в работе фельдшерских бригад скорой медицинской помощи.

Федоров В.В., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А.

СТРУКТУРА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ГОРОДЕ ПЕРВОУРАЛЬСКЕ

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Екатеринбург, Россия

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России является одной из наиболее высоких в мире и составляет 1462 на 100.000 жителей в год (Бокерия Л.А. и др., 2011). В российском исследовании РЕЗОНАНС в качестве верхнего временного критерия для регистрации внезапной сердечной смерти (ВСС) был признан 12 ч-критерий, а расчетная доля ВСС в структуре общей смертности составила 16,3% (Бойцов С.А. и др., 2011).

Цель исследования – оценка структуры внезапной смерти (ВС) на догоспитальном этапе в городе Первоуральске.

Проведен ретроспективный анализ 641 электронных карт вызовов скорой медицинской помощи (СМП) умерших пациентов за 2012 год и 604 карт – за 2013 год. Мужчин среди них встречалось в 1,5 раза чаще, чем женщин (62%/38%). При анализе смерти по возрасту наибольшее число летальных исходов 21% (136 вызовов) фиксируется в возрасте 71-80 лет в 2012 году и 20% (120 вызовов) в 2013 году. На второе место выходит возрастная группа 61-70 лет – 19% в 2012 году и 18% в 2013 году. Летальность пациентов в возрасте от 18 до 60 лет составляла в 2012 году 276 пациентов (43%), в 2013 году 262 пациента (43%). У всех пациентов, умерших до прибытия бригады СМП, фиксировали асистолию (изолинию), в то время как у умерших в присутствии бригады СМП фиксировали фибрилляцию желудочков в случае острого инфаркта миокарда в 99% случаев, и асистолию или электромеханическую диссоциацию в случае несердечных причин смерти. Летальность до приезда бригады СМП – в 2012 году 582 вызовов (90% вызовов), в присутствии – 59 вызовов (10%). В 2013 году зафиксирована смерть до приезда СМП в 531 случае (88%), в присутствии бригады умерло 73 пациента (12%). Смертность по отношению к общему количеству вызовов составила в 2012 году 0,11%, в 2013 году 0,13%. Дальнейшему анализу подвергались только диагнозы биологической смерти только в присутствии выездной бригады. ВСС явилась причиной смерти 27 пациентов в 2012 году (46% случаев) и 32 пациентов в 2013 году (44% случаев) в 2013 году. Внезапная смерть явилась причиной смерти 24 пациентов в 2012 году (40% случаев) и 33 пациентов в 2013 году (45% случаев) в 2013 году. Травма явилась причиной смерти 8 пациентов в 2012 году (14% случаев) и 8 пациентов в 2013 году (11% случаев) в 2013 году.

Таким образом, ВСС чаще происходит среди мужчин (62%) и в возрастной группе 71-80 лет (21-20%). Уровни ВС (40-45% соответственно по годам) и ВСС (46-44%) в 2012 и 2013 годах находятся на равных уровнях. Травма является причиной смерти в 14% и в 11% случаев соответственно.

Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О.
**ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДИАФРАГМЫ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

В сообщении изучены результаты хирургического лечения пострадавших с повреждениями диафрагмы при закрытой травме груди и живота в ракурсе разработки и оптимизации дифференцированной хирургической тактики.

В основу работы положен анализ клинического материала 204 больных с повреждениями диафрагмы при травме груди и живота отдела экстренной хирургии РНЦЭМП за 2000-2013 гг. Среди них мужчин было 168 (82,3%), женщин – 36 (17,7%). Возраст больных колебался от 17 до 67 лет (средний возраст – $36,8 \pm 4,67$).

При поступлении состояние как средней степени тяжести расценено у 57 (28,1%), тяжелой степени – у 108 (53,1%) крайне тяжелой степени – у 39 (18,8%). До 6 часов с момента травмы госпитализировано 84,4% (172), после 6 часов – 15,6% (32). Наряду с повреждениями диафрагмы, сочетанные повреждения других органов и костей скелета имелись у 185 (90,6%) пострадавших.

Торакоскопия выполнена 121 (59,4%) пострадавшему. Анализируя данные этого исследования и учитывая возможности эндовидеохирургической методики, мы определили следующие показания к видеоторакоскопии при закрытой травме груди: пневмоторакс, гемоторакс или гемопневмоторакс, независимо от их объема и степени коллапса легкого, в том числе и при наличии множественных и двойных переломов ребер с образованием реберного клапана; подозрение на гемоперикард.

При торакоскопии различные патологические изменения были выявлены у 100% пострадавших. Так гемоторакс выявлен у 100%, повреждения диафрагмы – у 100%, продолжающееся кровотечение – у 42,1%, разрыв легкого – у 26,3%, пневмомедиастинум – у 15,8%, пролабирование органов брюшной полости – у 21,1%. Из представленных данных следует, что торакоскопия является высокоэффективным методом диагностики повреждений органов плевральной полости и диафрагмы.

Диагностическая лапароскопия выполнена 134 (65,6%) пострадавшим. Различные повреждения, в том числе повреждения диафрагмы, были выявлены у всех пациентов, что свидетельствует о весьма высокой чувствительности этого метода. Если обнаружение повреждений левого купола диафрагмы при лапароскопии не вызывает особых затруднений, то видеоревизия правого купола, особенно ее задненижних отделов, весьма затруднена из-за печени и ее связочного аппарата. Одним из маркеров повреждения задненижних отделов правого купола диафрагмы является подтекание крови из-под заднего края печени. Сочетание торакоскопии с лапароскопией было у 51 пациента.

Больные после диагностической лапароскопии все подлежали лапаротомии, в связи с повреждением диафрагмы и повреждениями органов брюшной полости (у 57 – разрыв селезенки, у 7 – разрыв печени, у 4 – кровотечение из брыжейки кишки). У 63 пациентов органы брюшной полости были пролабированы в грудную полость.

Конверсия диагностической торакоскопии была у 6 больных: у 2 – торакотомия в связи массивным гемотораксом и у 4 – видеоассистированная торакоскопия, причинами которых были разрывы легкого и свернувшийся гемоторакс.

Таким образом, эндовидеохирургические вмешательства при закрытой травме груди и живота с повреждениями диафрагмы, выполняемые по показаниям, имеют несомненные преимущества перед традиционными операциями. Чувствительность методов при повреждениях диафрагмы доходит до 100%. Они выражаются в меньшей травматичности, в результате чего значительно легче протекает послеоперационный период.

Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., Махкамов К.Э.

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Лечение пострадавших с тяжелой сочетанной и политравмой, при которой летальность достигает 75-80%, по своему значению является одной из самых актуальных проблем современной медицины.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) является головным учреждением в системе экстренной медицинской помощи (СЭМП), где концентрируется тяжелый и проблематичный контингент больных. Круглосуточный режим работы, укомплектованность высококвалифицированными специалистами, наличие высокотехнологического оборудования (УЗС, МСКТ, МРТ и др.) и медикаментозного обеспечения позволили разработать и внедрить современную концепцию диагностики и лечения больных с сочетанной и политравмой.

За 2004-2013 гг. в РНЦЭМП оказана специализированная экстренная медицинская помощь 94 160 пациентам с различной травмой, среди которых сочетанная и политравма диагностирована у 8 592 (9,1%) больных со средней и тяжелой степенью шока.

На основании многолетнего опыта разработаны алгоритмы и протоколы лечебно-диагностических мероприятий. Для исключения повреждений органов брюшной полости в качестве стандартного исследования использована «страховочная лапароскопия». Только в 18,5% не было выявлено признаков внутрибрюшной травмы, в 60,2% случаев выявлены повреждения, которые не требовали выполнения лапаротомии, и в 21,3% потребовалось перейти к лапаротомии.

Использование современной эндовизуальной техники, а также с видеоассистированием при травме груди позволило провести полноценную ревизию и диагностику повреждений органов грудной полости и средостения, остановку кровотечения, герметизацию разрывов легких, фиксацию реберного каркаса, санацию и дренирование плевральной полости, что, в конечном итоге, позволило в 74,5% избежать широкой торакотомии.

Применение разработанных малоинвазивных методов хирургического лечения при черепно-мозговых травмах (ЧМТ) под неврологическим и компьютерно-

томографическим контролем способствовало профилактике развития вторичных осложнений со стороны головного мозга.

Ранний остеосинтез с применением стабилизирующих аппаратов и устройств при повреждениях таза, длинных костей конечностей дал возможность активизировать пациентов на реанимационном этапе.

Внедрение принципа «Damage control» в 69,4% случаев после устранения доминирующей патологии позволил последовательно выполнить оперативные вмешательства практически при всех повреждениях, двумя и более хирургическими бригадами.

Разработанные организационные аспекты и хирургическая тактика для лечения больных с сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата доказали свою эффективность. Это подтверждается снижением летальности до 9,0%, положительными функциональными исходами, которые получены в 80,7% случаев, сокращением пребывания больных в стационаре до 13,2 дней.

Хаджибаев А.М., Султанов П.К., Рахмонов Р.О.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ И ТОРАКОСКОПИИ ПРИ КАТАТРАВМАХ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Закрытая сочетанная травма органов живота и грудной клетки относится к категории чрезвычайно опасных для жизни повреждений, сопровождающихся высокой летальностью. По данным литературы, количество напрасных лапаротомий и торакотомий до настоящего времени остаются высокими (от 24,3% до 52%).

Цель работы – определение лечебно-диагностических возможностей видеолапароскопии и торакоскопии при оказании неотложной специализированной хирургической помощи пострадавшим с повреждениями органов живота и грудной клетки при кататравмах.

Материалы и методы. 561 пострадавших с кататравмой, находившиеся на лечении с 2010 по 2013 г. Из них закрытая травма живота и грудной клетки выявлена у 355 (63,3%) больных. Диагностика повреждений органов живота и грудной клетки состояла в обследовании пострадавшего с использованием УЗИ, КТ, рентгеноскопии, торакоскопии и лапароскопии.

Результаты. Анализ больных с закрытой травмой живота и грудной клетки в результате кататравмы позволил нам ретроспективно выделить 3 группы. В I группе в ходе наблюдения в 130 случаях повреждения органов брюшной полости были исключены, у 57 больных проводился торакоцентез и дренирование плевральной полости. Во II группе 64 пациентам выполнена диагностическая лапароскопия. Из них в 34 случаях патология не выявлена, в 26 случаях производилась конверсионная лапаротомия. В 4 случаях произведена лапароскопическая аргоноплазменная коагуляция разрывов печени и селезенки (3 случая), лапароскопическая аппендектомия вторичного аппендицита (1 случай). 53 больным проводили торакоскопию, из них в 29 случаях произведена коагуляция (аргоно-

плазменная и диатермокоагуляция) кровоточащих сосудов, в 26 случаях выявлены разрывы легкого и буллы легкого с пневмореей, в 13 из них произведена аргонноплазменная коагуляция. В 5 случаях – торакоскопическое ушивание, из них в 2 случаях – видеоассистированным способом. В 1 случае с множественными буллезными изменениями произведен торакоскопический химический плевродез; в 7 – конверсионная торакотомия. В III группе у пострадавших выполнены экстренная лапаротомия (28 случаев) и торакотомия (23 случая).

Выводы:

1. Лечебно-диагностическая видеолапароскопия и видеоторакоскопия являются высокоэффективными малотравматичными методами диагностики и лечения пострадавших с сочетанной травмой живота и грудной клетки.

2. Диагностическая видеолапароскопия и видеоторакоскопия позволяют избежать напрасных лапаро- и торакотомий, своевременно выставить показания к лапаротомии и торакотомии, определить возможность выполнения экстренных видеолапароскопических и видеоторакоскопических вмешательств при сокращении диагностического периода.

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Проблематичность лечения больных с синдромом механической желтухи (МЖ) заключается в том, что попытки традиционного, радикального устранения причин обструкции желчевыводящих путей сопровождаются повышенной опасностью развития осложнений, связанных с имеющимися у них явлениями гнойного холангита и печеночной недостаточности (Арипова Н.У., 2003; Малярчук В.И. и соавт., 2001; Струсский Л.П. и др., 2006).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 2 676 больных с синдромом МЖ, находившихся в отделениях экстренной хирургии РНЦЭМП с 2004 по 2012 года. Мужчин было 1 211, женщин – 1 465. Причинами синдрома МЖ у 2 318 больных были: ЖКБ, осложненная холедохолитазом (67,9%), стриктурой терминального отдела холедоха (ТОХ) (18,7%), прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки, у 93 – синдром Мириззи с ХБС, а у 127 пациентов – интраоперационное повреждение холедоха. ЭРХПГ, наряду с точной диагностикой причины МЖ, создавали возможность проведения этапного лечения больных. Так с помощью ЭРХПГ, ЭПСТ и СЛЭ у 1 392 больных были выявлены и удалены конкременты, у 501 больных скорректирована стриктура ТОХ, причем у 20 из них с целью купирования имеющегося гнойного холангита дополнительно производили назобилиарное дренирование (НБД).

Первый этап лечения у 68% больных пожилого и старческого возраста, а также в связи с отказом от второго этапа лечения, в силу наличия у них тяжелых сопутствующих заболеваний, оказался окончательным. У остальных больных после восстановления пассажа желчи, купирования явлений МЖ и гнойного холан-

гита вторым этапом в срочном и отсроченном порядках производили различные хирургические вмешательства. Так, у 697 больных были произведены различные варианты холецистэктомий: ЛХЭ (257), МХЭ (231) и ТХЭ (209 больных). У 50 больных во время проведения ТХЭ осуществляли коррекцию имеющихся холецисто-билиарных свищей путем ушивания (24) или пластики (26) дефекта холедоха. У 23 пациентов производили операцию эхинококкотомии с ликвидацией остаточной полости по Дельбе через лапаротомный доступ. Надо сказать, что у 127 больных в ходе обследования было диагностировано наличие повреждения наружных желчных путей во время ранее перенесенной операции. Этим больным вторым этапом в основном в отсроченном порядке производились либо восстановительные (25), либо реконструктивные (35) операции.

Выводы. Применение малоинвазивных эндобилиарных технологий у больных с синдромом МЖ позволяет разделить лечение в два этапа. При этом на первом этапе с помощью эндобилиарных вмешательств осуществляется декомпрессия билиарного тракта. Вторым этапом у этих больных осуществляется коррекция основной патологии лапароскопическим, минилапаротомным или традиционным доступом.

Хубутия М.Ш., Кабанова С.А., Гольдфарб Ю.С., Богопольский П.М.

**ИСТОРИЧЕСКАЯ РОЛЬ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н.В. СКЛИФOSОВСКОГО
В РАЗРАБОТКЕ И РАЗВИТИИ НАУЧНЫХ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ОСНОВ
СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

История НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, насчитывающая более 90 лет (с 1923 г.), зиждется на принципах бесплатности и общедоступности оказания медицинской помощи всем нуждающимся, присущих предшественнице института – Шереметевской больнице. Такими же стали принципы работы первой станции скорой помощи, длительно функционировавшей в составе института. Основными принципами хирургической службы были: квалифицированное круглосуточное оперативное пособие, единство диагностики, показаний к операциям, методики и техники их выполнения и послеоперационного ведения больных. Передовые методы скоропомощной работы определили ведущую роль института как профильной лечебной, научной и учебной базы, долгие годы выполнявшего функции головного учреждения в стране по разработке научно-организационных проблем всех звеньев службы скорой помощи, включая специализированную, одного из центров международных научных исследований, а также инициатора введения специальности «врач скорой помощи» и создания больниц скорой помощи. Этому способствовало непрерывное совершенствование научной и клинической структуры института.

Оставаясь до настоящего времени головным учреждением Научного совета РАМН по проблеме скорой медицинской помощи, институт расширил сферу курируемых им вопросов, организовал регулярный выпуск материалов научных исследований в области скорой медицинской помощи за последние годы. Научные ис-

следования сосредоточились на разработке высокотехнологичных методов организации и оказания скорой и неотложной помощи на госпитальном этапе, что также повлияло на ее уровень в стране. Существенная роль в повышении качества скорой помощи стала принадлежать научно-практическому обществу врачей неотложной медицины, созданному в 2011 году по инициативе сотрудников института и врачей г. Краснодара и в настоящее время насчитывающему 15 региональных отделений и около 1000 членов. При поддержке общества с этого же года издается рецензируемый ежеквартальный научный журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». На базе института в 2012 и 2013 гг. проведены 1-й и 2-й съезды врачей неотложной медицины с обсуждением актуальных проблем данного направления, привлечшие более 2000 участников. Модернизация научно-организационной деятельности института способствует объединению ученых, врачей, организаторов науки и здравоохранения для решения проблем скорой помощи как важнейшей отрасли медицинской науки и практики.

Целищев Д.В., Кудеринов С.В., Савельев Д.В.
**ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ
СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ДИСПАНСЕРАМИ МОСКВЫ**

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

С 01.02.2013 г. в г. Москве по итогам совещания главных врачей психиатрических стационаров, а затем и в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 17.04.2013 № 365 «О совершенствовании оказания психиатрической помощи населению», организована передача активных вызовов («активов») врачами бригад скорой психиатрической помощи (СПП) Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (ССиНМП) участковым врачам амбулаторных филиалов ПБ (психоневрологических диспансеров – ПНД).

Передача активного вызова соответствует действующему законодательству в области психиатрии и происходит только после освидетельствования врачом психиатром бригады СПП. Основной принцип «актива» состоит в следующем: врач психиатр бригады СПП, проведя освидетельствование пациента, в случае необходимости информирует участкового врача психиатра о состоявшемся осмотре, его результатах и необходимости динамического наблюдения этого пациента на дому. Передача «актива» на пациентов, не состоящих на диспансерном наблюдении, происходит только с их письменного согласия. Участковый врач психиатр, посещая такого пациента на дому, помогает пациенту и его родственникам в решении медицинских и социальных вопросов. Это особенно актуально для лиц пожилого возраста, зачастую не способных самостоятельно явиться в диспансер, пациентов с выраженными изменениями личности, длительно не выходящих из дома или избегающих посещения диспансера.

За период с 01.02.2013 г. по 01.04.2014 г. отделом психиатрической помощи ССиНМП передано 2916 активных вызовов. В диагностическом плане 59% составили различные виды деменции. В 14% случаев активы передавались к пациен-

там с психическими расстройствами органической этиологии. Оставление актива на пациентов с расстройствами шизофренического спектра было в 13% случаев. Невротические расстройства как повод для активного вызова выступили в 7% случаев. Расстройства личности в зрелом возрасте требовали активных вызовов в 3% случаев. В 2% случаев «активы» оставлялись на умственную отсталость и в стольких же процентах случаев на аффективные расстройства.

Таким образом, система активных вызовов позволяет обеспечить: 1) преемственность между скорой психиатрической помощью и ПНД, что улучшает доступность в оказании психиатрической помощи наиболее незащищенным, не способным самостоятельно обратиться за помощью категориям населения; 2) динамическое наблюдение за пациентами в состоянии нестойкой ремиссии, субкомпенсации, нуждающимся в оперативной коррекции терапии; 3) снижение повторных госпитализаций в психиатрические стационары за счет активизации работы амбулаторного звена.

Чурсин А.А., Радушкевич В.Л.

ИННОВАЦИОННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МОДУЛЬ ЭТАПНОГО ОБУЧЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»,
г. Воронеж, Россия

До недавнего времени прерогатива оказания медицинской помощи при жизнеугрожающих состояниях принадлежала службе скорой медицинской помощи и отделениям реанимации и интенсивной терапии. Однако последними нормативными актами определено, что оказание экстренной медицинской помощи должно осуществляться врачами всех специальностей, в ЛПУ любого профиля. Это обстоятельство потребовало разработки принципиально новой системы подготовки медицинского персонала, чья работа напрямую не связана с оказанием экстренной медицинской помощи.

Кафедрой скорой медицинской помощи ВГМА им. Н.Н. Бурденко создан инновационный образовательный модуль этапного обучения экстренной медицинской помощи медперсонала любых специальностей. Первый этап – дистанционное обучение с использованием учебно-методического комплекса MOODLE, основной целью которого является донесение до слушателя базового информационного материала по курсу, а также оценка исходного и итогового уровней знаний с возможностью статистической обработки данных. Второй этап – курс избранных лекций, посвященных основным жизнеугрожающим состояниям и принципам оказания экстренной медицинской помощи. Третий этап посвящен отработке практических навыков на тренажерах и манекенах. Одновременно группами выполняется различные отдельные навыки: базовая СЛР, освобождение и поддержание проходимости верхних дыхательных путей, проведение электроимпульсной терапии, перикардиоцентез, торакоцентез и т.д.

Для проведения четвертого этапа используется оснащенный современным симуляционным оборудованием модуль экстренной медицинской помощи, состоящий из ряда «рабочих станций» и позволяющий провести тренинг в режиме ре-

ального времени со всеми участниками «спасательной цепочки». Так, на одной из станций, представляющей из себя проезжую часть с расположенным на ней макетом реанимобиля, решаются задачи по первому и второму звеньям: оказание первой и скорой медицинской помощи пострадавшим в ДТП, во время террористического акта, на пожаре и т.д. Другая «рабочая станция» имитирует кабинет врача поликлиники и на ней отрабатываются сценарии врачами амбулаторных и поликлинических специальностей. Еще две станции представляет собой имитацию палаты интенсивной терапии и имитацию отделения скорой помощи, где решаются задачи персоналом стационаров – третьего и четвертого звеньев «спасательной цепочки».

Таким образом, последовательно и в короткие сроки формируется единый подход к оказанию экстренной помощи у всех участников «цепи выживания».

Шайтор В.М., Сафронова А.И., Ежова О.Л.

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно регистрируется 187,7 тыс. случаев отравлений со смертельным исходом, из них 17,3% приходится на детей. Целью исследования было проведение анализа эффективности работы по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи при отравлениях у детей в возрасте от периода новорожденности до 17 лет. По данным 24 подстанций ГБУЗ ГССМП Санкт-Петербурга, среди отравлений у детей различными веществами первое место занимают лекарственные средства – 42% случаев, алкоголь – 30%, средства бытовой химии – 11%, неизвестные вещества – 10%, ингаляционные средства – 6%, наркотические вещества – 2%. Наибольшая частота случаев отравлений регистрируется в возрасте от 1,5 до 5 лет и к 16-17 годам жизни ребенка. В возрасте до 5 лет преобладают лекарственные отравления и отравления средствами бытовой химии. В подростковом возрасте преобладают алкогольные, лекарственные (с целью демонстрации суицида), ингаляционные отравления (толуол, бензин, растворители, лакриматоры, ингаляционные легкие наркотики) и отравления наркотическими средствами (амфетаминами и оксибутиратом натрия). При отравлении возможны поражения прижигающими ядами, при этом 85,0% случаев приходится на возраст от 1 года до 3 лет при употреблении детьми средств бытовой химии, что в 4-30% случаев приводит к рубцовым стенозам пищевода. На догоспитальном этапе при оказании помощи детям с отравлениями использовался следующий алгоритм: 1) прекращение контакта ребенка с отравляющим веществом, зондовое промывание желудка; 2) детоксикация: введение сорбентов, инфузионная терапия и введение антидотов: при отравлении угарным газом – 6% раствор ацизола 1 мл (60 мг) внутримышечно, 70-100% кислород; при отравлении ФОС, сердечными гликозидами, адреноблокаторами, блокаторами каналов кальция, нафозалином – 0,1% раствор

атропина из расчета 0,03-0,05 мг/кг; при отравлениях блокаторами кальциевых каналов – 10% раствор кальция глюконата по 1,0 мл на год жизни; при отравлениях альфа-адреномиметиками (клофелин) – метоклопрамид из расчета 0,1 мг/кг; при отравлениях цианидами, алкоголем – 25% натрия тиосульфат по 400 мг/кг. За период с 2002 по 2013 гг. отмечено всего 2 случая летального исхода на догоспитальном этапе при отравлениях у детей.

Таким образом, для повышения эффективности оказания скорой медицинской помощи детям с отравлениями на догоспитальном этапе необходимо учитывать возраст ребенка, вид отравляющего вещества и обладать необходимым объемом информации и оснащения.

Шацкова О.В., Кадышев В.А., Пиковский В.Ю.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ В РЕЖИМЕ СРАР НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

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

Пациент, находящийся в критическом состоянии, нуждается в проведении респираторной поддержки (РП), как правило, уже на догоспитальном этапе (ДГЭ). В течение долгого времени возможности службы скорой медицинской помощи (СМП) в коррекции гипоксических нарушений ограничивались двумя полярными методиками: применялись либо ингаляция кислорода через лицевую маску или носовые катетеры, либо инвазивная вспомогательная или искусственная вентиляция легких (ВВЛ/ИВЛ). Необходимая при этом интубация трахеи при ряде патологий может ухудшать состояние пациентов. В настоящее время оснащение бригад СМП позволяет дополнительно проводить РП в неинвазивном режиме спонтанного дыхания с постоянным положительным давлением в дыхательных путях, так называемая СРАР-терапия (Constant Positive Airway Pressure).

Нами проведен анализ результатов применения СРАР-терапии у 30 пациентов с дыхательной недостаточностью (ДН) II-III степени (1 группа), развившейся на фоне декомпенсации хронической сердечной недостаточности (n=14) или хронической обструктивной болезни легких (n=16). Респираторная терапия осуществлялась через герметичную лицевую маску с помощью портативного аппарата для вентиляции легких Medumat standarta, снабженного модулем СРАР. Начальные параметры СРАР составили 5 см вод. ст. при 50% содержании кислорода во вдыхаемой смеси. Давление в дыхательных путях и доля кислорода увеличивались пошагово (СРАР max 15 см вод. ст.) до достижения эффекта, т.е. купирования признаков ДН. Группа сравнения (2 группа) состояла из 30 пациентов, которым проводилась рутинная ингаляция кислорода через лицевую маску потоком 5-10 л/мин. Статистически обе группы не различались по возрасту, полу, характеру патологии и тяжести исходного состояния.

В 1 группе в 93% случаев (28 пациентов) наблюдалось купирование признаков ДН, среднее время от прибытия бригады СМП до госпитализации пациента составляло 50±10 минут. В 2 случаях (7%) в связи с отрицательной динамикой в состоянии пациентов потребовалась интубация трахеи и проведение ВВЛ/ИВЛ.

Во 2 группе инвазивная вентиляция легких понадобилась в 21% случаев (у 6 пациентов), а среднее время ДГЭ составило 58 ± 10 минут.

Таким образом, РП в режиме СРАР в комплексе интенсивной терапии на ДГЭ позволяла эффективно купировать проявления тяжелой ДН и сократить сроки транспортировки пациентов в стационар.

Шермухамедов Д.А., Валиев Э.Ю., Султанов П.К.

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ С ДВУСТОРОННИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ
ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

За последнее время резко возросло число больных с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата, в связи с чем вопросы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе такому тяжелому контингенту больных становятся актуальными.

С 2001 по 2013 годы в отделении травматологии РНЦЭМП пролечен 181 больной с сочетанной травмой, у которых были диагностированы переломы обеих голеней. 52 (28,7%) больных доставлены самотеком, 56 (30,9%) – скорой медицинской помощью, 73 (40,4%) переведены из других лечебных учреждений. По времени 91 (50,2%) доставлены в течение 1 часа после травмы, 32 (17,7%) – в сроки от 2 до 6 часов, 19 (10,5%) – от 6 до 24 часов. 39 (21,6%) переведены позже 24 часов.

Среди пострадавших преобладали лица мужского пола – 124 (68,5%), женщин – 57 (31,5%). По механизму травмы преобладали пострадавшие с травмами в результате ДТП – 158 (87,2%), из них внутриавтомобильная травма – 89 (49,1%), пешеходы – 69 (38,1%), 23 (12,8%) – кататравмы.

Всем больным выполнялся лечебно-диагностический стандарт в «шоковом блоке» центра. Повреждения выявляли с помощью современных высокотехнологических методов исследования: ЭКГ, ЭХО-ЭС, УЗИ, R-исследование, МСКТ, ЦДС, контрастная ангиография. При подозрении на повреждение органов брюшной и плевральных полостей выполнялась диагностическая торако- и лапароскопии.

При анализе сочетанных повреждений выявлено, что у всех больных была диагностирована черепно-мозговая травма, у 16 (8,8%) больных отмечены абдоминальные повреждения, у 66 (36,4%) – повреждения органов грудной клетки, у 32 (17,6%) – повреждения костей лицевого черепа, у 9 (4,9%) – повреждение магистральных артерий нижних конечностей.

Торакоскопия произведена у 24 больных, у 12 – диагностическая лапароскопия. В 45 (25,3%) случаях остеосинтез костей голени производился закрытым способом с использованием ЭОП, у 27 пациентов – закрытый интрамедуллярный остеосинтез штифтом без рассверливания костномозгового канала (в 14 случаях – с обеих сторон, в 13 – с одной). У 18 больных произведен закрытый остеосинтез стержневыми аппаратами наружной фиксации, в 16 случаях – с одной стороны, в 2 – с обеих.

Таким образом, организация работы приемно-диагностических отделений экстренной помощи с использованием высокотехнологического оборудования в диагностике и лечении сочетанных повреждений у больных с двусторонними переломами костей голени способствует раннему малоинвазивному выявлению жизнеугрожающих травм, намного уменьшает травматичность лечебно-диагностических мероприятий, способствует проведению своевременных лечебно-хирургических манипуляций и спасению жизни тяжелого контингента пострадавших.

Шилов В.В., Пивоварова Л.П., Лукин В.А., Малышев М.Е.
**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА
И ИСХОДА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ
ВЕЩЕСТВАМИ НАРКОТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – определение критериев развития тяжелого сепсиса у больных с острыми отравлениями веществами наркотического действия тяжелой степени.

Материалы и методы. Обследовано 135 больных с острыми отравлениями опиатами, которые в дальнейшем были разделены на 2 группы в зависимости от исхода заболевания: выжившие (96 человек) и умершие (39 человек). Уровень сознания определяли по шкале комы Глазго. Основная причина летального исхода – тяжелый сепсис в соматогенной фазе отравления. В качестве маркеров активности воспаления исследовали содержание провоспалительных цитокинов – интерлейкины 6,8,10 (ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10), прокальцитонина (ПКТ), а также содержание в крови фибриногена, Д-димера. Исследования проводили при поступлении, на 1, 3 и 5 сутки после острого отравления. Оценку предсказательной ценности концентраций лабораторных маркеров в крови через 1 сутки после отравления и выбор их пороговых значений проводили с помощью оценки ROC-кривых.

Результаты. Развитие тяжелого сепсиса наблюдали у 32% исследуемых больных. В качестве диагностических критериев тяжелого сепсиса наряду с клиническими и гематологическими показателями явились увеличение содержания в сыворотке крови ИЛ-6 в 21 раз и более, ИЛ-10 в 9 раз, увеличение содержания в крови ПКТ в 145 раз, Д-димера в 39 раз. Среди изученных показателей неспецифической резистентности у пострадавших с острыми отравлениями веществами наркотического действия наиболее четкую связь с развитием тяжелого сепсиса ($p < 0,05$) имели уровни ИЛ-10, ПКТ и Д-димера в крови пациентов через 1 сутки после поступления (уровни корреляции $r=0,71$; $r=0,69$; $r=0,68$ соответственно).

Предсказательную ценность маркеров и выбор их пороговых значений оценивали с помощью ROC-кривых, разбив исследуемую выборку на два класса: отсутствие и развитие тяжелого сепсиса. У больных с острыми отравлениями опиатами достаточно резко выражена изогнутость ROC-кривых выявлена для ИЛ-10, ПКТ и Д-димера.

Для прогноза тяжелого сепсиса после острого отравления веществами наркотического действия хорошую предсказательную ценность имеет концентра-

ция ИЛ-10 (AUC= 0,94) в крови на 1 сутки с пороговым значением концентрации 150 пг/мл, ПКТ (AUC=0,92) с пороговым значением 5,3 нг/мл и Д-димера (AUC=0,96) с пороговым значением 2,16 мкг/мл в сыворотке крови.

Заключение. Применение лабораторных показателей с высокой прогностической значимостью через 24 часа после острого отравления позволяет достоверно предсказать развитие тяжелого сепсиса.

Шуленина Ю.Б., Сорока В.В.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ УШИБА СЕРДЦА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Цель – изучить изменения ЭКГ у пострадавших с политравмой в остром периоде ушиба сердца (УС).

Материалы и методы. Проанализировано 68 историй болезни пострадавших, скончавшихся в результате тяжелой сочетанной травмы, сопровождавшейся УС. Причиной травмы в 48,5% случаев были дорожно-транспортные происшествия, в 44,1% – падения с высоты, в 4,4% – тяжелые побои и в 2,9% – железнодорожные травмы. Из 68 пострадавших было 47 мужчин (69,1%) и 21 женщина (30,9%), средний возраст мужчин составил 43,3 лет, а женщин – 53,8 лет. Диагноз УС устанавливался на основании механизма травмы, повреждений костно-мышечного каркаса грудной клетки, данных ЭКГ и биохимических маркеров повреждения миокарда и был подтвержден судебно-медицинским исследованием (гистологически).

Результаты. На ЭКГ регистрировались следующие реполяризационные изменения: субэпикардальное повреждение – у 15 пострадавших (22%), субэпикардальная ишемия – у 10 (14,7%), субэндокардиальное повреждение – у 7 (10,3%), субэндокардиальная ишемия – у 3 (4,4%). У 5 (7,4%) пострадавших регистрировали неспецифические реполяризационные изменения. В 2 случаях (2,9%) было отмечено появление нового патологического зубца Q. Нарушения ритма и проводимости были представлены: неполная блокада ПНПГ у 16 пострадавших (23,5%), неполная блокада ЛНПГ у 3 пострадавших (4,4%), нарушения АВ-проводимости в 2 случаях (2,9%). Одиночные желудочковые экстрасистолы определялись у 10 пострадавших (14,7%), одиночные наджелудочковые экстрасистолы – у 3 пострадавших (4,4%), пароксизмы фибрилляции предсердий – в 6 случаях (8,8%), а в 1 случае (1,5%) была зарегистрирована фибрилляция желудочков. У 9 пострадавших (13,2%) при поступлении регистрировался редкий идиовентрикулярный ритм, перешедший в асистолию. Наконец, у 16 пациентов (23,5%) наблюдалась синусовая брадикардия, а у 29 (42,6%) – напротив, синусовая тахикардия.

Обсуждение. Необходимо отметить, что изменения ЭКГ при УС наблюдались в 100% случаев, однако эти изменения в большинстве своем не являлись специфическими. Наиболее диагностически значимыми представляются изменения реполяризации в виде субэпикардального или субэндокардиального повреждения

миокарда, появление нового патологического зубца Q. Также важным диагностическим критерием является наличие брадикардии, поскольку у пострадавших с политравмой, находящихся в состоянии травматического шока, как правило, отмечается тахикардия. Появление же брадикардии может свидетельствовать либо о значимом повреждении сердца, либо быть обусловлено тяжелой черепно-мозговой травмой.

Заключение. Таким образом, ЭКГ является простой, доступной и достаточно информативной методикой диагностики УС и его осложнений. Комплексная оценка ЭКГ и уровня биохимических маркеров повреждения миокарда обладает максимальной диагностической чувствительностью и специфичностью. Мы рекомендуем регистрировать ЭКГ пострадавшим с политравмой и подозрением на УС в первые 5 суток ежедневно (период наибольших изменений и возможных осложнений), затем 1 раз в неделю при условии нормально протекающего периода репарации (3-4 недели) и до полугода после травмы 1 раз в месяц.

Шумаев А.Ю., Лукьянов В.Г., Эберт В.Э.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
ПРИ ДТП НА ФЕДЕРАЛЬНЫХ АВТОМОБИЛЬНЫХ ДОРОГАХ
КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Государственное казенное учреждение
«Курганский областной центр медицины катастроф»,
г. Курган, Россия

В целях снижения смертности, сокращения времени прибытия на место ДТП и повышения эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП с 2009-2013 гг. во исполнение целевых программ Курганской области «Повышение безопасности дорожного движения» на базе Государственного казенного учреждения «Курганский областной центр медицины катастроф» (ГКУ «КОЦМК») на федеральных автодорогах создано 5 трассовых медицинских пунктов (ТМП). На эти цели ГКУ «КОЦМК» областным бюджетом было выделено 25879,8 тыс. руб. В 2014-2016 гг. планируется открытие еще 3 ТМП. За время работы ТМП (с апреля 2009 года) оказана помощь 749 чел., в т. ч. 45 детям. Бригады ТМП участвовали в ликвидации последствий 190 ДТП, в которых пострадали 242 чел., из них 23 детей. Госпитализировано 98 чел., из них 11 детей. Констатировано 25 смертельных исходов, в т. ч. до прибытия – 22, при мед. эвакуации – 3, из них детей – 0. Во всех случаях время начала оказания медицинской помощи не превышало 10 минут, а время госпитализации – 1 часа от момента получения травмы. Существенно обновился, качественно улучшился, расширился автопарк ГКУ «КОЦМК» (60%), улучшена оснащенность медицинским оборудованием, что позволило сократить время начала оказания специализированной медицинской помощи при ДТП и доставки специализированных бригад ГКУ «КОЦМК» в центральные районные больницы. На базе учебного центра ГКУ «КОЦМК» проходят обучение сотрудники служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП – сотрудники МЧС, ГИБДД, СМП. За время его работы обучено 1234 чел. Из них: сотрудники ГИБДД – 242, сотрудники МЧС – 720, фельдшера СМП – 170, водители СМП – 40, прочие –

62. В конце 2011 года для ГКУ «КОЦМК» поставлен комплекс видеоконференцсвязи (комплекс) за счет федеральных средств. В январе 2012 года установлена связь с Министерством здравоохранения РФ (МЗ РФ), консультативными учреждениями МЗ РФ, центрами медицины катастроф, что значительно экономит время и сокращает финансовые затраты на междугородную связь. Наличие мобильных комплексов связи позволяет проводить видеоконсультации с удаленными лечебными учреждениями, где работают выездные бригады ГКУ «КОЦМК». По видеоконференцсвязи проводятся тематические усовершенствования фельдшерских бригад СМП ЦРБ, дистанционные консилиумы врачей – специалистов областных учреждений. Наличие данного комплекса позволило установить более тесное взаимодействие с центром управления кризисными ситуациями МЧС России по Курганской области. В случае ЧС устанавливается постоянная видеосвязь, что ускоряет и упрощает взаимодействие и обмен информацией.

Ярков И.В., Остроумова Л.А., Бражин А.В.
**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С ОКС
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
В УСЛОВИЯХ «СКОРОЙ ПОМОЩИ» Г.ТЮМЕНИ ЗА 2013 Г.
ГБУЗ ТО «Станция скорой медицинской помощи», г. Тюмень, Россия**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – один из основных факторов риска внезапной сердечной смерти. В России среди мужчин 35-64 лет летальность от ИБС составляет 56,6% от общего числа смертей при сердечно-сосудистых заболеваниях, у женщин того же возраста – 40,4%.

Антитромботическая терапия признана основой патогенетического лечения как острых, так и хронических форм ИБС.

Цель исследования – провести анализ эффективности применения тромболитической терапии больным с ОКС на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи г. Тюмени за 2013 г.

В результате проведенных исследований нами установлено, что в 2013 году в приемные отделения Тюменского кардиологического центра и Областной больницы интенсивного лечения с острым инфарктом миокарда (ИМ) было доставлено 712 больных. Среди всех госпитализированных больных с ИМ тромболитическая терапия проводилась в 126 случаях, что составило 17,7%. Для проведения тромболитической терапии использовали препарат тенектеплаза (метализа производитель Boehringer Ingelheim).

Проведенный нами анализ частоты развития осложнений у больных, госпитализированных с ИМ, показал, что наиболее часто на догоспитальном этапе в условиях скорой медицинской помощи в данной группе больных развиваются следующие осложнения: кардиогенный шок – 78 случаев (10,96%), острая левожелудочковая недостаточность – 22 случая (3,09%), нарушение ритма – 18 (2,53%), клиническая смерть – 16 (2,25%). При проведении тромболитической терапии препаратом тенектеплаза кардиогенный шок развился у 18 больных (14,29%), клиническая смерть – в 9 случаях (7,14%), нарушение ритма – в 3 случаях (2,38%), острая

левожелудочковая недостаточность – у 1 больного (0,79%). Среди всех вызовов с ОКС в 44 случаях сердечно-легочная реанимация была неэффективной. На фоне проведения тромболитической терапии препаратом тенектеплаза все случаи сердечно-легочной реанимации завершились восстановлением сердечной и дыхательной деятельности.

В 2013 году больным с ОКС на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи г. Тюмени тромболитическая терапия проводилась в 126 случаях. Наиболее частыми осложнениями у больных, получивших тромболитическую терапию, были кардиогенный шок и клиническая смерть, при этом все случаи сердечно-легочной реанимации завершились восстановлением сердечной и дыхательной деятельности.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абсава К.А., Мадай Д.Ю., Сокирко Е.Л., Данилевич М.О., Щербук А.Ю.</i> ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ.....	3
<i>Авраменко Т.В., Новикова Н.П., Жинко А.Е.</i> РОЛЬ СЛУЖБЫ СКОРОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	4
<i>Алимов Р.Р.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ СТАЦИОНАРА ЗА СЧЕТ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	5
<i>Алимов Р.Р., Владимиров Н.Н.</i> РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	6
<i>Аникин Е.В., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А.</i> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ В НАЗНАЧЕНИИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО МЕТОПРОЛОЛА ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	7
<i>Анисимов А.Ю., Мустафин Р.Р.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ ТРАВМАХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН.....	8
<i>Анисин А.В., Свирида В.С., Титов Р.В.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАЩИТНЫХ СВОЙСТВ СРЕДСТВ ЗАЩИТЫ САПЕРОВ	9
<i>Бадалов В.И., Свирида В.С.</i> ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НАНЕСЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНОЙ ТРАВМЫ.....	10
<i>Балохина С.А., Сидоренков Д.А.</i> ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ	11
<i>Банин И.Н., Воробьев И.И., Балабаев Г.А., Осыковский А.В., Ткачев А.П., Костоваров Д.А., Пархисенко В.Ю., Гуенивенко С.Н.</i> ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	12
<i>Баранова Н.Н.</i> ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ	13
<i>Барсукова И.М., Кисельгоф О.Г.</i> СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СТРУКТУРЕ РАСХОДОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	14
<i>Барсукова И.М., Ромашкин-Тиманов М.В., Синенченко Г.И., Барбашова Е.И.</i> СТРУКТУРА И КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В СТАЦИОНАРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2013 ГОДУ	15
<i>Башинский О.А., Гудзь Ю.В., Локтионов П.В.</i> ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	16
<i>Бойков А.А., Миннуллин И.П., Михайлов Ю.М.</i> ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СОЧЕТАННЫХ, МНОЖЕСТВЕННЫХ И ИЗОЛИРОВАННЫХ ТРАВМАХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ШОКОМ	17
<i>Борисов М.Б., Кажанов И.В., Гребнев А.Р., Денисенко В.В., Ганин Е.В., Петров А.В.</i> МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ.....	18
<i>Борисов М.Б., Самохвалов И.М., Денисенко В.В., Кажанов И.В., Гребнев А.Р., Ганин Е.В.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВНЕБРЮШИННОЙ И ВНУТРИБРЮШИННОЙ ТАМПОНАДЫ ..	19

<i>Бражин А.В., Остроумова Л.А., Шалаев С.В., Ярков И.В.</i>	
ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОПЫТЕ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. ТЮМЕНИ.....	20
<i>Братищев И.В., Евдокимов Е.А., Шабунин А.В., Родионов Е.П.</i>	
ВЫЕЗДНОЙ ЦЕНТР РЕАНИМАЦИИ В СТРУКТУРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....	21
<i>Бузанов Д.В.</i>	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОТЕРМИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ.....	22
<i>Бумай А.О., Барсукова И.М., Кисельгоф О.Г.</i>	
ТАРИФЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2013 ГОДУ	24
<i>Бучинский В.С., Ильина Г.П., Кириллов Н.Н., Макаров А.Д.</i>	
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011-2013 ГОДЫ.....	25
<i>Васильев М.А., Розов А.И.</i>	
ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	26
<i>Васильева О.И., Салеев В.Б.</i>	
ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОБРАЩЕНИЙ ОДИНОКИХ ЛЮДЕЙ К СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	27
<i>Востриков В.А., Горбунов Б.Б., Гусев А.Н., Селищев С.В.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКИХ НАРУЖНЫХ ДЕФИБРИЛЯТОРОВ С РУЧНЫМИ РЕЖИМАМИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	28
<i>Габдулхаков Р.М., Суркова Г.А., Афанасьева В.А., Садритдинов М.А., Вакеев Б.В.</i>	
ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ В МЕГАПОЛИСЕ	28
<i>Гаерилин С.В., Мешаков Д.П., Недомолкин С.В., Смирнов С.А.</i>	
ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ	29
<i>Ганин Е.В., Борисов М.Б., Денисенко В.В., Гребнев А.Р., Кажанов И.В., Самохвалов И.М.</i>	
РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛЕЧЕБНО-ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА	30
<i>Гармаш О.А.</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	31
<i>Головки К.П., Мадай Д.Ю., Жирнова Н.А., Денисов А.В., Дмитриева Е.В.</i>	
ПАТОБИОХИМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМЕ	34
<i>Гончаров С.Ф., Быстров М.В.</i>	
РОЛЬ И ЗАДАЧИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	35
<i>Горяинов М.И.</i>	
К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТРАВМАЦЕНТРОВ III УРОВНЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП	37
<i>Горяинов М.И., Миннуллин И.П.</i>	
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	38
<i>Горяинов М.И., Сорокин В.Г.</i>	
ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	40
<i>Грачев С.Ю., Новикова Н.П., Суковатых А.Л., Куриленко Е.Х.</i>	
АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ И МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	41
<i>Гребнев А.Р., Жабин А.В., Смышляев А.Л.</i>	
СОКРАЩЕННОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА.....	42

Дадаев Х.Х., Юлдашев Ф.А., Сапаров М.Э.

**ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ
У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**..... 43

Даниленко И.М., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А., Давыдова Н.С.

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ** 44

Данилов В.А., Усатов А.В., Еремина О.В.

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА (УРАПИДИЛА, TAKEDA) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ
БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ СТАНЦИЯ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» Г. ВОЛЖСКОГО** 45

Дежурный Л.И., Бояринцев В.В., Неудахин Г.В., Елдашова Е.А.

**О НЕОБХОДИМОСТИ РАСШИРЕНИЯ ОБЪЕМОВ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ
ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН**..... 47

Денисенко В.В., Петров А.В., Борисов М.Б., Ганин Е.В., Кажанов И.В., Гребнев А.Р.

**ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ НАВИГАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ
В УСЛОВИЯХ КЛИНИКИ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА** 48

Денисов А.В., Рева В.А., Головкин К.П., Самохвалов И.М., Телицкий С.Ю.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «СЕЛОХ»
НА МОДЕЛИ МАССИВНОГО НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ** 49

Диярова Т.Л., Салеев В.Б.

**ВЛИЯНИЕ ОСТЕОПОРОЗА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
НА ОБРАЩАЕМОСТЬ К СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ** 50

Дмитриенко О.Д., Плинка М.Ю.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В СИСТЕМЕ РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**..... 51

Долотова Д.Д., Шурова Л.В., Акименко А.М., Кобринский Б.А., Будкевич Л.И.

**ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ОШИБОК В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПЛОЩАДИ ОЖОГА
У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НА ОСНОВЕ
ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ «ЭЛЕКТРОННАЯ СКИЦА»** 52

Дубикайтис П.А., Алимов Р.Р.

**ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
СПБ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. И.И.ДЖАНЕЛИДЗЕ** 53

Елдашова Е.А., Григорян А.Г., Иевлев А.А.

ДОСТУПНОСТЬ ИНФОРМАЦИИ ПО ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ 54

Жабин А.А., Рева В.А., Головкин К.П., Денисов А.В.,

Сохранов М.В., Казначеев М.В., Самохвалов И.М.

**ОПЫТ ВНУТРИПОЛОСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО
СРЕДСТВА «СЕЛОХ» ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**..... 55

Жинко А.Е., Новикова Н.П., Авраменко Т.В.

**ЗНАЧЕНИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**..... 56

Жила Н.Г.

**О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИ ОКАЗАНИИ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**..... 57

Закурдаева А.Ю., Неудахин Г.В., Григорян А.Г.

МОТИВАЦИЯ И ПРОПАГАНДА К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ..... 58

Зарипова З.А., Акмалова Р.В.

**МНОГОЭТАПНАЯ СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТА МЕДИЦИНЫ КРИТИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ В УСЛОВИЯХ РЕОРГАНИЗАЦИИ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** 59

Захидов А.Я.

ЦЕРЕБРО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА 60

Захидов А.Я.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ 61

<i>Зубарева О.В., Панова А.Г., Леонова П.В., Черная М.И.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА	62
<i>Зубарева О.В., Леонова П.В., Черная М.И.</i>	
ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	63
<i>Зыятдинов К.Ш., Фаттахов В.В., Шигапов Б.Г., Асадуллин Ш.Г.</i>	
СОЗДАНИЕ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ МИНИСТЕРСТВА ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	64
<i>Иевлев А.А., Дежурный Л.И., Елдашова Е.А.</i>	
ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ИНСТРУКТОРОВ И ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ	64
<i>Иосиф Бен Дор (Yosef Ben Dor)</i>	
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ НА МЕСТЕ ПОЛУЧЕНИЯ ТРАВМЫ. ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИБОРА ИНФРАКАНЕР	65
<i>Исаева И.В.</i>	
ГОТОВНОСТЬ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН К ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ .	66
<i>Исинов А.Э., Самохвалов И.М., Жабин А.В., Гребнев А.Р., Смышляев А.Л.</i>	
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СОКРАЩЕННОГО УЗИ ЖИВОТА	67
<i>Кадышев В.А., Сидоров А.М., Соколов А.Ю., Гапонова Н.И.</i>	
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	68
<i>Кацадзе М.А., Алимов Р.Р., Владимиров Н.Н.</i>	
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	69
<i>Киреев С.Г., Котенко П.К., Парамощко В.В.</i>	
ОПЫТ СОЗДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОЖАРНОЙ ЧАСТИ ПО ТУШЕНИЮ КРУПНЫХ ПОЖАРОВ ГЛАВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЧС РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ	70
<i>Кисельгоф О.Г., Барсукова И.М.</i>	
ФАКТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОБЪЕМАМ И ФИНАНСОВОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2010-2012 ГОДАХ	71
<i>Климанцев С.А., Миннуллин И.П., Афанасьев В.А.</i>	
МЕДИЦИНСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЦИТОПРОТЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	72
<i>Климова Л.В., Тараканов А.В.</i>	
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И ФЕЛЬДШЕРОВ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ	74
<i>Когут Т.А.</i>	
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ЛАРИНГОТРАХЕИТОВ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	75
<i>Колчанов Г.М., Мадай Д.Ю., Сокирко Е.Л., Щербук Ю.А., Данилевич М.О.</i>	
НОСОВАЯ ЛИКВОРЕЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА	76
<i>Корбут Д.Л., Бумай А.О., Барсукова И.М.</i>	
ПРАВОВАЯ ОСНОВА И СТАТИСТИКА РАБОТЫ КОЕК ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	77
<i>Коржеченко Е.Г., Попова Ел.А., Любченко А.А., Попова Ек.А., Рахманов Р.М.</i>	
КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ	78
<i>Коротков С.Н.</i>	
АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СМП	79

Коскин В.С., Самохвалов И.М.

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ
У ПОСТРАДАВШИХ НА ЭТАПЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ 80**

Костенко В.А., Скородумова Е.А., Федоров А.Н.

**ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ (НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ) ТЕРАПИИ
КЛОПИДОГРЕЛЕМ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 81**

Котенко П.К., Киреев С.Г., Божок Р.Н.

**НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПОЖАРНОЙ ЧАСТИ ПО ТУШЕНИЮ КРУПНЫХ ПОЖАРОВ
ГЛАВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЧС РОССИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ
ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ЗА 2010-2012 ГОДЫ.... 82**

Кузнецов С.В., Струк Ю.В., Якушева О.А., Неровный А.И.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПУНКЦИОННО-ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ
У БОЛЬНЫХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ..... 83**

Кузнецов С.С., Филатов С.И., Тимкин В.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЕТЕКТОРА БОЛЕВОГО СТРЕССА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.... 84

Кулик А.И., Пиковский В.Ю.

**СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ
РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ..... 85**

Куриленко Е.Х., Грачев С.Ю., Суковатых А.Л., Новикова Н.П.

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ВЗРЫВНОЙ ТРАВМЕ 86**

Лахин Р.Е.

**РАСШИРЕННЫЙ ФОКУСИРОВАННЫЙ ПРОТОКОЛ
УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОСМОТРА ПРИ ТРАВМЕ 88**

Лахин Р.Е.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОТОРАКСА
НА МЕСТЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ 89**

Лебедева Е.Р., Гурарий Н.М., Цыпушкина Т.С., Филимонова П.А., Гилев Д.В., Jes Olesen

**НОВЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ – ПРЕДИКТОРЫ ИНСУЛЬТА
И ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК..... 90**

Левина И.А., Попов В.П.

**РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «АССИСТЕНТ СПАСАТЕЛЬНЫХ СЛУЖБ»
В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ 91**

Ливанов Г.А., Лодягин А.Н., Батоцыренов Б.В., Баранов Д.В.,

Андрианов А.Ю., Колпаков Р.Л.

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ МЕТАДОНОМ..... 92**

Лисун И.И., Попова Е.А., Сарап П.А.

**ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ МЕНИНГИТОМ
В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ..... 93**

Лобжанидзе А.А., Эргашев О.Н., Разумный Н.В.

**ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ
ПРОИСШЕСТВИЯХ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 94**

Лодягин А.Н., Ливанов Г.А., Батоцыренов Б.В.

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ С ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ..... 95**

Лукьянова И.Ю., Соколов Ю.В.

**ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ
НАРУШЕНИЙ ПРОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА..... 97**

Любченко А.А., Попов А.А., Попова Е.А., Анисимов М.М., Устюгов С.А.,

Филина Н.Г., Лисун И.И., Попова М.А.

**ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ПО ВОПРОСАМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ..... 98**

<i>Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А.</i>	
ОСТРЫЕ ТРОМБОЗЫ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОНМК (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ).....	99
<i>Мадай Д.Ю., Багненко А.С., Якимчук Д.А., Бумай А.О.</i>	
СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ ОБЛАСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ	100
<i>Мануковский В.А., Самохвалов И.М., Бадалов В.И., Коростелев К.Е., Тюликов К.В., Рушанов Р.Р.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ – ЭНЦЕФАЛОФАЦИАЛЬНЫМ АНГИОМАТОЗОМ (СИНДРОМ ШТУРГЕ–ВЕБЕРА)	101
<i>Махкамов К.Э., Юнусов Р.С., Кузибаев Ж.М., Исрайилов Д.У.</i>	
МАЛОИНВАЗИВНОЕ УДАЛЕНИЕ ЭПИДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ В ПРОЕКЦИИ САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА И ВЕТВЕЙ СРЕДНЕЙ ОБОЛОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ.....	102
<i>Миннуллин И. П., Халилчулин Р.И.</i>	
НОВЫЙ ПОДХОД К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ МЕСТНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ РАН ВЗРЫВНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	103
<i>Митичкин А.Е., Висков Р.В., Прокудин В.Н.</i>	
ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ/ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКОВСКОЙ ГКБ № 36 – 16-ЛЕТНИЙ ОПЫТ (МОДЕЛЬ И ИННОВАЦИИ).....	104
<i>Насырова А.Н., Хандзрацян А.С.</i>	
К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	105
<i>Незрей В.А., Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М., Барбашова Е.И.</i>	
СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ И СРОКИ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В СТАЦИОНАРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2013 ГОДУ	106
<i>Неклюдов Михаил</i>	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРЕННЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ КАРОЛИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТСКОГО ГОСПИТАЛЯ, ШВЕЦИЯ.....	107
<i>Немаев С.А.</i>	
МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОМАНДЫ ЭСТАФЕТЫ ОЛИМПИЙСКОГО ОГНЯ XXII ЗИМНИХ ОЛИМПИЙСКИХ ИГР	108
<i>Неудахин Г.В., Григорян А.Г., Закурдаева А.Ю., Иевлев А.А.</i>	
ПОДГОТОВКА МОЛОДЕЖИ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ.....	109
<i>Новикова Н.П., Авраменко Т.В.</i>	
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС – ПОТЕНЦИАЛ ДЛЯ ПРЕРЫВАНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ИНТЕРВАЛА ST.....	110
<i>Новикова Н.П., Грачев С.Ю., Суковатых А.Л., Куриленко Е.Х.</i>	
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ	111
<i>Остроумова Л.А., Ярков И.В., Бражин А.В.</i>	
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	113
<i>Петриков С.С., Титова Ю.В., Клычникова Е.В., Тазина Е.В., Годков М.А., Солодов А.А., Крылов В.В., Рык А.А.</i>	
СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОГО ГАЗООБМЕНА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СМЕШАННОГО ИСКУССТВЕННОГО ПИТАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ.....	114
<i>Петров А.В., Борисов М.Б., Кажанов И.В., Гребнев А.Р., Денисенко В.В., Ганин Е.В.</i>	
МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ГОНИТОМ В КЛИНИКЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ. С.М. КИРОВА .	115
<i>Петрова Н.Г., Соболева Н.И., Филенко А.Б.</i>	
ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ИНСТИТУТА СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИХ АНКЕТИРОВАНИЯ	116

<i>Петрова Н.Г., Лосикова Т.О., Погосян С.Г., Жирова С.И.</i> О РЕЗУЛЬТАТАХ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА СОТРУДНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	117
<i>Погосян С.Г., Твердохлебова О.С., Орлов А.Е.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА КАК ВАЖНОЕ УСЛОВИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ	118
<i>Попов А.А., Ростовцев С.И., Чикун В.И., Попова Е.А., Любченко А.А., Лагутин И.Г., Скрипкин С.А., Попова М.А., Хританкова А.А.</i> ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ	119
<i>Попов А.В.</i> САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ XXII ОЛИМПИЙСКИХ ЗИМНИХ ИГР И XI ПАРАЛИМПИЙСКИХ ЗИМНИХ ИГР 2014 Г. В Г. СОЧИ В ГОРНОМ КЛАСТЕРЕ	120
<i>Попов А.Е.</i> ЭСТОНСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ПРИ ОКАЗАНИИ УСЛУГ СКОРОЙ ПОМОЩИ	122
<i>Попова М.А., Ростовцев С.И., Любченко А.А., Карманова И.А., Лагутин И.Г., Мороз В.В., Скрипкин С.А.</i> ОПЫТ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНЫХ ЭТАПАХ	123
<i>Попова Е.А., Карманова И.А., Козулин С.В., Лагутин И.Г., Попов А.А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	124
<i>Прузан О.И., Русакова М.П.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ	125
<i>Рева В.А., Самохвалов И.М.</i> СОВРЕМЕННЫЕ КОМПРЕССИРУЮЩИЕ УСТРОЙСТВА ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ	126
<i>Родигин А.А.</i> БУДУЩЕЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» В СВЕТЕ РАЗВИТИЯ ВРАЧЕБНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ – СЕВЕРОАМЕРИКАНСКИЙ ОПЫТ	127
<i>Розов А.И., Васильев М.А.</i> ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	128
<i>Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М., Барбашова Е.И., Перегудов С.И.</i> СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В СТАЦИОНАРЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В 2013 ГОДУ	129
<i>Русакова М.П., Прузан О.И., Черных И.В.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	130
<i>Рухляда Н.О., Алимов Р.Р., Кисельгоф О.Г., Корбут Д.Л.</i> ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	131
<i>Сабиров Д.М., Акалаев Р.Н., Махкамов К.Э., Хайдарова С.Э., Росстальная А.Л.</i> ДОГОСПИТАЛЬНАЯ И ГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ И ТАНАТОГЕНЕЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА	132
<i>Сабиров Д.М., Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.</i> ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ	133
<i>Сабиров Д.М., Шарипова В.Х.</i> МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ С ОЦЕНКОЙ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ	134
<i>Сабиров Д.М., Шарипова В.Х.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ И ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАД В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ	135

<i>Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Фокин И.В.</i> ДВУХСТОРОННЯЯ БЛОКАДА ВЛАГАЛИЩА ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ	136
<i>Салеев В.Б.</i> СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ ВЫСОКОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ К СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	138
<i>Самохвалов И.М., Головкин К.П., Рева В.А.</i> КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЭЛЕКТРОННО-ПНЕВМАТИЧЕСКИЙ ЖГУТ – НОВОЕ СЛОВО В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ГЕМОСТАЗЕ.....	139
<i>Самохвалов И.М., Гончаров А.В., Бадалов В.И., Суворов В.В., Маркевич В.Ю., Петров Ю.Н.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ 1-ГО ЭШЕЛОНА В ХОДЕ МИРОТВОРЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПО ПРИНУЖДЕНИЮ ГРУЗИИ К МИРУ	140
<i>Саттаров Х.И., Захидов А.Я., Саломов У.С., Шохасанов У.Х.</i> ОПЫТ ЧРЕСКОЖНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ	141
<i>Свирида В.С., Бадалов В.И.</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАЩИТНЫХ СВОЙСТВ ВЗРЫВОЗАЩИТНОГО КОСТЮМА.....	142
<i>Селезнёв А.Б., Самохвалов И.М., Жабин А.В.</i> ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ АПРОБАЦИЯ ТРАНКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ВРЕМЕННОГО ВНУТРИПОЛОСТНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА	143
<i>Сидоров Д.А., Давыдова Е.В., Гребенюк А.Н.</i> ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДГОТОВКИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ С ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ.....	144
<i>Сокирко Е.Л., Абсава К.А., Данилевич М.О., Мадай О.Д.</i> ОДНОМОМЕНТНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ НАЗОТМОИДАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	145
<i>Соколова Т.А., Салеев В.Б.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГЕРИАТРИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ	146
<i>Сорокин В.Г., Миннуллин И.П.</i> КОНТРОЛЬ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КОМПЕТЕНТНОСТНЫМ ТЕСТИРОВАНИЕМ	147
<i>Старков А.В., Гедерим В.В., Егоров В.Г.</i> К ВОПРОСУ О ПРЕПОДАВАНИИ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ	148
<i>Страхов И.В., Пивоварова Л.П., Лапшин В.Н., Арискина О.Б., Сокольников И.А.</i> ВЛИЯНИЕ ЦИТОФЛАВИНА НА ОКСИДАНТНУЮ И АНТИОКСИДАНТНУЮ АКТИВНОСТЬ КРОВИ У ПОСТРАДАВШИХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ.....	149
<i>Стрелкова Л.В.</i> АНАЛИЗ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	149
<i>Струк Ю.В., Шамаев Е.М., Банин И.Н., Воробьев И.И., Якушева О.А.</i> ОБЕСПЕЧЕНИЕ СВОБОДНОЙ ПРОХОДИМОСТИ И ЗАЩИТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ И ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ	151
<i>Суковатых А.Л., Грачев С.Ю., Куриленко Е.Х., Новикова Н.П.</i> ОБЕЗБОЛИВАНИЕ И СЕДАЦИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	152
<i>Суркова Г.А., Габдулхаков Р.М., Афанасьева В.А., Вакеев Б.В.</i> ХРОНОЛОГИЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ.....	154
<i>Тараканов А.В.</i> ФИЗИОТЕНЗ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗАХ НА СКОРОЙ ПОМОЩИ. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	155
<i>Тараканов А.А., Ефремов В.В., Тараканов А.В.</i> ТАКТИКА ВРАЧА И ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЗОВЕ К ПАЦИЕНТУ С ОСТРОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ	156

Терехова Л.В., Салеев В.Б.

ХРОНИЧЕСКИЕ ПОЖИЛЫЕ БОЛЬНЫЕ В СТРУКТУРЕ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ 157

Титов Р.В., Свирида В.С., Бадалов В.И.

**ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ЛИЧНОГО СОСТАВА ЭКИПАЖА
ПРИ ПОДРЫВАХ БРОНЕТЕХНИКИ..... 158**

Тюбаева И.А., Лисун И.И., Попова М.А., Попова Ек.А.

НЕОТЛОЖНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА 159

Фаттахов В.В., Зыятдинов К.Ш., Шигапов Б.Г., Асадуллин Ш.Г.

**ОСНАЩЕННОСТЬ КОМПЛЕКТНО-ТАБЕЛЬНЫМ ИМУЩЕСТВОМ
СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ МЧС РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН 160**

Фатыхов А.М., Шулаев А.В.

**ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ
СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ОСНОВЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 161**

Фаязов А.Д., Камипов У.Р., Ажиниязов Р.С.

**К ВОПРОСУ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫМ 162**

Федоров А.В.

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА КФС-01.001
«КАРДИОМЕТР-МТ» ФЕЛЬДШЕРСКИМИ БРИГАДАМИ ГССМП 163**

Федоров В.В., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А.

**СТРУКТУРА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
В ГОРОДЕ ПЕРВОУРАЛЬСКЕ..... 164**

Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Кучкаров О.О.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДИАФРАГМЫ. 165

Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., Махкамов К.Э.

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП..... 166**

Хаджибаев А.М., Султанов П.К., Рахмонов Р.О.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ
И ТОРАКОСКОПИИ ПРИ КАТАТРАВМАХ 167**

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА 168**

Хубутия М.Ш., Кабанова С.А., Гольдфарб Ю.С., Богопольский П.М.

**ИСТОРИЧЕСКАЯ РОЛЬ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. Н.В. СКЛИФΟΣОВСКОГО
В РАЗРАБОТКЕ И РАЗВИТИИ НАУЧНЫХ И ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ОСНОВ
СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ..... 169**

Целищев Д.В., Кудеринов С.В., Савельев Д.В.

**ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ДИСПАНСЕРАМИ МОСКВЫ 170**

Чурсин А.А., Радушкевич В.Л.

**ИННОВАЦИОННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МОДУЛЬ ЭТАПНОГО ОБУЧЕНИЯ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 171**

Шайтор В.М., Сафронова А.И., Ежова О.Л.

**НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 172**

Шацкова О.В., Кадышев В.А., Пиковский В.Ю.

**ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ
В РЕЖИМЕ СРАР НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ..... 173**

Шермухамедов Д.А., Валиев Э.Ю., Султанов П.К.

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
С ДВУСТОРОННИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ 174**

Шилов В.В., Пивоварова Л.П., Лукин В.А., Малышев М.Е.

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА
И ИСХОДА ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ВЕЩЕСТВАМИ НАРКОТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ 175**

Шуленина Ю.Б., Сорока В.В.

**ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ УШИБА СЕРДЦА
У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ 176**

Шумаев А.Ю., Лукьянов В.Г., Эберт В.Э.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДТП
НА ФЕДЕРАЛЬНЫХ АВТОМОБИЛЬНЫХ ДОРОГАХ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 177**

Ярков И.В., Остроумова Л.А., Бражин А.В.

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ
БОЛЬНЫМ С ОКС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ «СКОРОЙ ПОМОЩИ»
Г.ТЮМЕНИ ЗА 2013 Г. 178**

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – 2014

СБОРНИК ТЕЗИСОВ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,
ПОСВЯЩЕННОЙ 115-ЛЕТИЮ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

19-20 июня 2014 г.

Редактор *И.Б. Нечуева*
Корректор *Е.О. Сапарова*
Верстка оригинал-макета *О.В. Ивановой*

Лицензия ИД №00597 от 15.12.99 г.
Подписано в печать 10.06.14. Усл. печ. л. 23,75. Уч.-изд. л. 22,32.
Формат 60×84 1/8. Печать офсетная. Тираж 500 экз. Заказ № 769/14.
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.
Издательство СПбГМУ