



Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Российская Академия медицинских наук  
Северо-Западное отделение РАМН  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский  
университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ  
ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт  
скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»  
Российское общество скорой медицинской помощи



# **СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - 2013**

## **СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

### **ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

13-14 июня 2013 г.

Санкт-Петербург  
Издательство СПбГМУ  
2013

УДК 614.88.006.3  
ББК 51.1(2)2  
С44

**Главный редактор:**  
академик РАМН *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 – 2013** : Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции (13-14 июня 2013 г.). – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2013. – 208 с.

ISBN 978-5-88999-167-0

Сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь – 2013» 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, интернов, клинических ординаторов и научных сотрудников.

ISBN 978-5-88999-167-0

© Издательство СПбГМУ, 2013

*Абакумов М.М., Даниелян Ш.Н.*  
**ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ,  
ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНЫМ МЕДИАСТИНИТОМ**

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

**Цель:** анализ результатов лечения пострадавших с гнойным медиастинитом (ГМ) после ранений (РГ) и закрытой травмы груди (ЗТГ).

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 42 пострадавших с ГМ после РГ (25) и ЗТГ (17) за последние 15 лет. Средний возраст пострадавших составил 36,6 лет при РГ и 40,6 лет при ЗТГ. Локализация ран в первой или второй зонах шеи была характерной для цервикоторакальных ранений (13), в проекции грудины или парастернальных линий (12) – для прочих РГ, осложненных ГМ. При этом имелось ранение пищевода (10), трахеи (8), легкого (8), сердца и перикарда (6). При ЗТГ доминировали повреждения костного каркаса груди, в том числе переломы грудины (10) и ребер (8), а повреждения внутренних органов наблюдались редко.

**Результаты и обсуждение.** В структуре гнойных торакальных осложнений удельный вес ГМ составил 10,8% при РГ и 7,3% при ЗТГ. При РГ ГМ был передним у 12 пострадавших (48%), задним – у 10 (40%) и тотальным – у 3 (13%), при этом только у 8 из них гнойный процесс носил ограниченный характер (32%), а у 17 – наблюдали флегмону (68%). При РГ в 75% наблюдений абсцессы локализовались в переднем средостении, в 25% – заднем. При распространенной форме ГМ наблюдалась противоположная картина: в 64,7% наблюдений нагноение заднего средостения, в 35,3% – переднего. При ЗТГ гнойный процесс чаще локализовался в переднем средостении (88,2%) и, в отличие от ранений, ограниченный характер воспаления преобладал над распространенным (64,7% против 35,3%). В 100% наблюдений абсцессы при ЗТГ локализовались в переднем средостении, а у каждого третьего пострадавшего с флегмоной имелось поражение заднего средостения.

В остром периоде нагноения выбор доступа для дренирования средостения зависел от локализации и распространенности гнойного процесса. Во всех наблюдениях средостение было дренировано внеплеврально, в подавляющем большинстве открытым способом (95%) и только у 2 пострадавших с абсцессами – под контролем УЗИ (5%). Чресшейным доступом средостение дренировано в 50% наблюдений ГМ после РГ и 68,7% – ЗТГ, парастернальным доступом – в 41,7% и 25%, субксифоидальным – в 4,2% и 18,7%, соответственно. На фоне комплексного лечения у 17 пострадавших с ГМ после РГ (68%) и 13 – после ЗТГ (76,5%) отмечены регрессия воспалительного процесса и постепенная облитерация гнойных полостей. Осложнения наблюдались у 8 пострадавших с ГМ после РГ (32%) и у 2 – после ЗТГ (11,8%). Аррозионное кровотечение из сосудов средостения имело место в одном наблюдении после РГ и в двух – после ЗТГ. Остальные осложнения наблюдались только при ГМ после РГ, потребовавшие хирургического лечения: наружные свищи пищевода (4), трахеопищеводный (1), трахеоплевральный (1) и перикардио-медиастино-торакальный свищ с остеомиелитом грудины и ребер (1).

Летальность при ГМ составила 26,2% и была выше при распространенном характере нагноения (35,3% при РГ и 33,3% – ЗТГ) по сравнению с абсцессами средостения (12,5% и 18,2%, соответственно).

**Заключение.** При РГ, в зависимости от направления раневого канала и повреждения полых органов, наблюдалось нагноение как переднего (48%), так и заднего средостения (40%), однако флегмона (68%) превалировала над ограниченным характером воспалительного процесса (32%). При ЗТГ гнойный процесс чаще локализовался в переднем средостении (88,2%) и в подавляющем большинстве случаев развился в результате вторичного инфицирования гематом средостения, что объясняет преобладание ограниченного характера воспалительного процесса (64,7 против 35,3%) в отличие от ранений.

Внеплевральное дренирование средостения позволило добиться выздоровления в 72% наблюдений ГМ после РГ и 76,5% – после ЗТГ.

*Акалаев Р.Н., Сабиров Д.М., Росстальная А.Л.*

**ОПЫТ ПРОБЛЕМ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ  
С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Узбекистан

Несмотря на значительные достижения в развитии медицинской науки и улучшение качества оказания медицинской помощи в последние годы, черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается проблемой с высоким уровнем смертности и инвалидности. Лечение больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) сложный процесс, требующий тщательного изучения. В этой проблеме зачастую из поля зрения выпадает догоспитальный период, т.е. период транспортировки больных.

Цель исследования – изучение условий транспортировки больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами и объем оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Нами проведен ретроспективный анализ в двух направлениях:

1. Анализ особенностей транспортировки при переводе из различных регионов Республики Узбекистан 267 больных с ТЧМТ в спец. отделения нейрохирургии и нейрореанимации ЦВКГ за период с 2006 г. по 2012 г., из них 229 больных были с закрытой ЧМТ и 38 – с открытой ЧМТ. Все больные – мужчины в возрасте 18-35 лет. Они были транспортированы спец. бригадами СМП и разделены на две группы: первая группа – 207 больных, среднее время транспортировки – до 2 часов; вторая группа – 60 больных, среднее время транспортировки – более 2 часов.

2. Были изучены результаты влияния вида транспортировки и объема оказанной медицинской помощи на состояние больных с ТЧМТ, пострадавших в результате ДТП, при госпитализации. Процент пострадавших среди всех поступивших больных: с кататравмой 18,5%, от бытовой травмы 23,2%, с ДТП – пешеход 23,6%, с ДТП – водитель 48,5%. В первый, так называемый «золотой» час после травмы доставлены в стационар 68,7% пострадавших, в течение второго часа –

17,2%. Всего в первые 6 часов после травмы доставлены в стационар 87,8% пациентов с ТЧМТ.

Выводы: исход лечения пострадавших с ТЧМТ в значительной степени зависит от уровня и качества оказания помощи на догоспитальном этапе; преемственность в тактике ведения пострадавшего на всех этапах медицинской помощи положительно сказывается на течении и исходе лечения больных с ТЧМТ; больных с ТЧМТ необходимо госпитализировать в более ранние сроки в специализированные нейрохирургические центры, так как потеря времени на пребывание в ближайшем непрофильном стационаре способствует поздней диагностике внутричерепных гематом и, как следствие, может привести к необратимым изменениям в мозге; при необходимости проведения хирургических вмешательств, более рационально проводить их в специализированных центрах филиалов РНЦЭМП; при переводе больных с ТЧМТ в специализированные центры значительно уменьшаются финансовые затраты лечебных учреждений общего профиля на лечение данной категории больных.

*Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хайдарова С.Э.*

### **ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

Острые отравления уксусной кислотой по-прежнему сохраняют одну из лидирующих позиций в общей структуре химических травм не только на территории нашей страны, но и в странах СНГ, а летальность даже в специализированных стационарах составляет, по данным разных авторов, от 18 до 58%.

**Цель исследования:** оценка эффективности разработанного алгоритма интенсивной терапии острых отравлений уксусной кислотой тяжелой степени.

**Материал и методы.** За период 2009-2013 гг. в отделение токсикологии РНЦЭМП с острыми отравлениями уксусной кислотой тяжелой степени поступило 366 больных. Из них в данное исследование вошло 124 пациента с уровнем гемолиза крови от 11,7 до 39,9 и химическим ожогом пищевода, желудка III степени. Всех пострадавших разделили на две группы: I группа (основная) – 66 больных, которые с 2011 года получали разработанный усовершенствованный алгоритм интенсивной терапии, включающий в себя введение препаратов улучшающих микроциркуляцию (реосорбилакт) с момента поступления в течение 3-5 дней, высоких доз глюкокортикостероидов в течение 21-28 дней, инъекции цитофлавина по 20,0 мл/сутки, актовегина по 10,0 мл в/в 2 раза в сутки, в течение 15-20 дней.

Группу сравнения (II) составили 58 пациентов, поступившие в 2009-2010 гг. и получившие традиционную терапию. Всем пациентам с момента поступления проводили определение уровня свободного гемоглобина в крови и моче, клинические и лабораторные методы исследования, а также эндоскопическое исследование пищевода и желудка на 1-2-е сутки и в динамике в зависимости от тяжести состояния, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ печени и почек.

**Результаты исследования.** При исходно одинаковой тяжести общего состояния использование нашего алгоритма интенсивной терапии позволило сократить сроки купирования экзотоксического шока практически в 2 раза по сравнению с пациентами II клинической группы. В динамике из общего количества пациентов I группы только у 5 (7,5%) отмечалось появления позднего пищеводно-желудочного кровотечения (ППЖК), а рубцовая стриктура развилась у 11 (16,6%) пациентов. Среди пострадавших II группы ППЖК развились у 19 (32,7%), а рубцовая стриктура – у 27 (46,5%) больных, что превышает показатели основной группы в 4,6 и 2,9 раза соответственно. Летальность в I группе составила 9,3%, во II – 17,9%. Продолжительность госпитализации составила в среднем  $14,9 \pm 1,8$  дня у больных основной группы и  $23,3 \pm 1,4$  дня у группы сравнения.

**Вывод.** Разработанный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий позволяет оптимизировать тактику лечения больных с острыми отравлениями уксусной кислотой, способствует снижению летальности, уменьшает риск развития поздних осложнений.

*Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П.,  
Барсукова И.М., Колочков Д.В.*

**НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ НОРМАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

Происходящие структурные изменения системы оказания скорой медицинской помощи (СМП) требуют совершенствования нормативного обеспечения. Исследованы нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность подразделений госпитального этапа СМП на территории Российской Федерации, начиная с 1735 года по 31.12.2012.

Выяснено, что первые сведения о порядке приема больных в больницы России появились в начале 18-го века. В последующие годы изменения нормативной базы отражали расширение функций приемных отделений и повышение требований к качеству их выполнения. В настоящее время созданы законодательные основы для дальнейшей модернизации госпитального этапа СМП в Российской Федерации. Текущий анализ результатов апробации организационной технологии стационарного отделения СМП СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе позволил сформулировать следующие предложения по совершенствованию нормативной базы госпитального этапа СМП: 1) внести изменения в Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», включающий перечень компетенций врача СМП на госпитальном этапе СМП; 2) внести изменения в приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 N 586н «О внесении изменений в Порядок оказания СМП, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 1 ноября 2004 г. N 179» или преду-

смотреть в проекте формируемого приказа «Об утверждении порядка оказания СМП» проработку взаимодействия стационарного отделения СМП и других самостоятельных подразделений стационара, формирования структурных подразделений стационарного отделения СМП на основе количественных критериев; 3) разработать и утвердить стандарты оказания СМП на госпитальном этапе приказами Министерства здравоохранения РФ, а также методические рекомендации по их использованию в клинических ситуациях.

*Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г., Стожаров В.В., Барсукова И.М.*

**ПОТРЕБНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА  
В КОЙКАХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

В настоящее время, как в нашей стране, так и за рубежом, продолжается поиск стационарзамещающих технологий, способных повысить эффективность специализированной стационарной помощи. Разработка концепции реорганизации деятельности приемных отделений больниц СМП с формированием коек динамического наблюдения и краткосрочного пребывания больных в стационарном отделении СМП (далее – СтОСМП) – одна из таких организационных технологий многопрофильного стационара. Поэтому исследование потребности многопрофильного стационара в койках скорой медицинской помощи в условиях роста обращаемости на госпитальный этап СМП является актуальной задачей.

В целях решения поставленных задач проведен анализ обращаемости в стационар, расчет количества использованных койко-дней пациентами для оказания СМП в виде суточного динамического наблюдения и краткосрочного лечения в течение 3 суток. По данным отчетов медицинской информационной системы СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе за 2012 г. проведен научно обоснованный расчет норматива потребности в койках СтОСМП. Предложены следующие научно обоснованные нормативы потребности в койках СМП (суточного динамического наблюдения и краткосрочного лечения в течение 3 суток): рекомендуемый удельный вес коек СМП в коечном фонде стационара – 8,86%, рекомендуемая численность прикрепленного населения (чел.) на 1 койку – 9592,81, рекомендуемая обеспеченность прикрепленного населения койками (на 10 000 чел.) – 1,04, рекомендуемый норматив количества коек на 1 обращение – 0,29, рекомендуемый расчет количества, исходя из количества обращений на 1 койку – 3,45, при этом доли коек СМП, рассчитанные по среднесуточной обращаемости в СтОСМП, должны быть равными для динамического наблюдения 27,3%, краткосрочного лечения – 72,7%.

*Аникина Х.Г., Алимов Р.Р.*

**ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ  
В ОТДЕЛЕНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

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

Внедрение в практику скорой медицинской помощи (СМП) и экстренной стационарной помощи положений приказа Минздравсоцразвития РФ от 2 августа 2010 г. N 586н «О внесении изменений в порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный Минздравсоцразвития РФ от 1 ноября 2004 г. N 179» позволило инициировать процесс формирования коек СМП суточного динамического наблюдения и краткосрочного лечения до 3-х суток многопрофильного стационара. Крайне актуальным является определение показаний для госпитализации в отделение скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания (ОСМПКП) многопрофильного стационара.

Исследование диагнозов 4749 больных (пострадавших) ОСМПКП за 2012 год показало следующее распределение нозологических форм, потребовавших динамического наблюдения и краткосрочного лечения. Терапевтический профиль пациентов был представлен следующими нозологическими формами: «Острая пневмония с дыхательной недостаточностью I-II степени. Аллергическая реакция по типу крапивницы»; хирургический профиль – «Хронические панкреатит, холецистит, гастрит, дуоденит, колит. Ушибы грудной клетки и брюшной стенки. Раны мягких тканей головы. Дискинезия толстой кишки»; урологический профиль – «МКБ: микролиты почек, нефролитиаз, нарушения солевого обмена. Хронический пиелонефрит. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, осложненная острой задержкой мочи. Почечная колика. Гематурия неясной этиологии. Острый орхоэпидидимит. Киста(ы) почки»; гинекологический профиль – «Угроза прерывания беременности. Опухоль яичников. Острый или хронический аднексит»; травматологический профиль – не требующие оперативного лечения «Закрытый перелом бедренной кости. Закрытый перелом лодыжек. Закрытый перелом плеча. Закрытый перелом голени. Повреждения менисков коленного сустава. Закрытый перелом пяточной кости»; нейрохирургический профиль – «ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга. Закрытый неосложненный компрессионный перелом позвонков»; неврологический профиль – «ЦВБ. Хроническое нарушение мозгового кровообращения. Остеохондроз позвоночника, люмбоишиалгия»; сосудистый профиль – «Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Оклюзия артерий голени. Острый илеофemorальный флеботромбоз. Тромбоз (тромбофлебит) глубоких вен голени»; термические поражения – «Ожоги (отморожение) пальцев кистей (стоп)».

При дефиците коек специализированного профиля стационара распределение больных по степени нуждаемости в специализированном лечении на специализированные отделения и койки СМП ОСМПКП на основании перечисленных показаний позволяет оптимизировать использование коечного фонда стационара.



*Арифджанов Ш.Х., Махкамов К.Э., Джалалов Ф.З., Дадамянц Н.Г.,  
Сейдалиев А.И., Мухамедов Н.Х.*

## **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ АНОМАЛИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ**

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

**Актуальность.** Острое нарушение мозгового кровообращения является одной из основных причин смертности населения. В структуре инсульта кровоизлияние в мозг составляет 4-30%, возникая у 13-271 человека на 100 000 населения в год. Летальность при геморрагическом инсульте достигает 40-50%, а инвалидизация – 70-80%.

**Целью** настоящего исследования являлось изучение клинических особенностей, определение показаний и внедрение современных методов диагностики и лечения геморрагического инсульта, возникающего на фоне аномалий церебральных сосудов.

**Материалы и методы исследования.** В период с января 2008 г. по январь 2013 г. обследовали и пролечили 61 пациента с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу, возникшем на фоне разрыва артериальной аневризмы или артериовенозной мальформации (возраст от 12 до 67 лет, мужчин – 26, женщин – 35). У 48 больных выявлена артериальная аневризма головного мозга, в 13 случаях диагностирована артериовенозная мальформация.

Диагностический комплекс состоял из клинико-неврологического осмотра, эхоэнцефалоскопии, электроэнцефалографии, транскраниальной доплерографии, компьютерной томографии головного мозга, мультислайсной компьютерно-томографической ангиографии и селективной интраартериальной ангиографии с объемной реконструкцией сосудов головного мозга.

**Результаты и обсуждение.** При клинико-неврологическом осмотре у всех больных выявлена обшемозговая и менингеальная симптоматика.

Очаговая симптоматика также выявлена у всех больных и была представлена парезами и гипестезией различной выраженности и распространенности, речевыми нарушениями, односторонними патологическими рефлексам, гемианопсией, мозжечковыми расстройствами и др.

Открытые оперативные и эндоваскулярные вмешательства произведены 28 пациентам. Целью оперативного вмешательства было устранение компрессии и дислокации мозга гематомой, профилактика окклюзионной гидроцефалии, а также выключение артериальной аневризмы из кровотока. Одномоментное клипирование артериальных аневризм с удалением гемотампонады базальных цистерн и вентрикулоцистерностомией по Стуккею проведено 2 больным, наружное дренирование боковых желудочков с локальным фибринолизом – 6, пункционная аспирация гематомы – 3, аспирация гематомы при помощи нейроэндоскопа – 3, открытое удаление гематомы с широкой декомпрессией – 1, клипирование аневризмы в подостром периоде – 4, удаление субдуральной гематомы при помощи расширенных фрезевых отверстий – 1.

Большинство эндоваскулярных процедур выполнено в подостром периоде кровоизлияния.

Произведена эмболизация 11 аневризм у 9 пациентов отделяемыми микро-спиралями, в 5 случаях достигнуто тотальное выключение аневризмы из кровотока, в 4 – субтотальное и в 2 наблюдениях – частичная эмболизация.

Эндоваскулярное лечение артериовенозных мальформаций осуществляли при помощи клеевого композита гистоакрил – липоидол. Эмболизация выполнена у 11 больных, в 7 случаях удалось добиться субтотального выключения и у 4 пациентов мальформация выключена частично.

Умерло 6 (9,8%) больных. Грубый неврологический дефицит развился у 8 (13,1%) пациентов, умеренный неврологический дефицит наблюдался у 23 (37,7%), минимальная неврологическая симптоматика отмечалась у 24 (39,3%) больных.

**Выводы.** Полноценная и адекватная помощь больным с геморрагическим инсультом, возникшим на фоне аномалий сосудов головного мозга, может быть оказана в специализированных многопрофильных стационарах, имеющих:

- 1) современную диагностическую службу, включая компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ангиографию, доплерографию;
- 2) нейрохирургические отделения с операционными, позволяющими проводить оперативные вмешательства с использованием методов нейромикрохирургии, нейроэндоскопии и нейронавигации;
- 3) подготовленный штат специалистов.

*Арифджанов Ш.Х., Махкамов К.Э., Джалалов Ф.З., Сейдалиев А.И.,  
Зупарова Л.М., Мухамедов Н.Х.*

### **НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

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

**Актуальность.** Частота выявления аномалий развития мозговых сосудов интракраниальной локализации колеблется от 6 до 10%. Значительную их часть составляют артерио-венозные мальформации (АВМ).

**Целью** данного исследования явилось изучение клинических проявлений и использование эндоваскулярных методов лечения церебральных АВМ.

С августа 2007 году в РНЦЭМП функционирует отделение ангиографии и эндоваскулярной хирургии (ангиографический сканер PHILIPS ALLURA XPER FD20). Одним из основных направлений в деятельности отделения является диагностика и эндовазальная коррекция сосудистых заболеваний центральной нервной системы.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением в отделениях неврологии и нейрохирургии РНЦЭМП находились 52 больных с интракраниальными АВМ. Возраст больных составлял от 17 до 54 лет. Диагноз устанавливался на основании клиничко-неврологических, лабораторных и аппаратных (КТ, МСКТ и контрастных ангиографических) исследований.

**Результаты.** Клиническая картина церебральных АВМ проявлялась двумя группами неотложных неврологических состояний.

У 13 пациентов имел место геморрагический инсульт (в 3 случаях – субарахноидальное кровоизлияние, в 7 – полушарной и в 3 – стволково-мозжечковой локализации), верифицированный по данным компьютерной томографии и люмбальной пункции.

У остальных 39 больных наблюдалась клиника судорожного синдрома (в 12 случаях – фокальные, в 21 – первично генерализованные и в 6 – вторично генерализованные припадки).

Интервенционные вмешательства осуществлялись в асептических условиях рентгеноперационной под местной анестезией. Применялись неионные рентгенконтрастные препараты Ультравист Schering и Омнипак Nycomed.

Всем больным проводилась тотальная селективная церебральная ангиография в стандартных проекциях. Обработка данных на рабочей станции Workstation 3DRA Philips с 3D-реконструкцией сосудов позволила выявить сосудистую аномалию головного мозга, предоперационно оценить трехмерную анатомию патологического комплекса, размеры и источники его составных компонентов, определить риск возможных интраоперационных осложнений, а также выбрать оптимальный эндоваскулярный метод лечения в каждом случае.

Эндоваскулярное лечение выявленных АВМ произведено 34 пациентам. Для эндоваскулярного лечения применяли интервенционный инструментарий различных фирм-производителей: микрокатетеры Magic 1.2-1.5 Fr Balt, микропроводники SOR 007-009 Balt, клеевой композит гистоакрил-липоидол (B/Braun), проводниковые катетеры Terumo, интродьюсеры и диагностические катетеры Balton.

Тотальная эмболизация узла мальформации достигнута у 12 больных, что потребовало проведение 2-4 этапов в каждом случае. Субтотальная эмболизация (более 80% объема узла АВМ) выполнена у 8 больных, частичная эмболизация более 60% – в 4 случаях, частичная эмболизация более 40% – у 6 и частичная эмболизация более 20% – у 4 пациентов. Все больные с частичной эмболизацией подверглись комбинированному лечению, т.е. после проведения эндоваскулярного этапа, что позволило уменьшить объем узла АВМ, пациенты были направлены на открытое хирургическое лечение и лучевую терапию.

В послеоперационном периоде ишемические осложнения отмечались у одного пациента с АВМ вертебро-базиллярного бассейна, путем развития глубокого гемипареза, мото-сенсорной афазии. Данные нарушения были значительно регрессированы в течение 6 месяцев.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что эндоваскулярное выключение является эффективным и относительно безопасным методом лечения больных с артериовенозными мальформациями головного мозга. Отбор пациентов для внутрисосудистых вмешательств должен проводиться с учетом клинического состояния пациента, анатомических особенностей АВМ. Выполнение каждой эндоваскулярной операции требует индивидуально подобранного набора инструментов и использования специфических технических приемов.

*Афончиков В.С.*

## **ЭВОЛЮЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАНСПОРТНОЙ АППАРАТУРЫ ИВЛ/ВВЛ**

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

История применения транспортных аппаратов для респираторной поддержки насчитывает более полувека. Первые модели, способные осуществлять искусственную вентиляцию легких, имели 1-2 режима работы (вентиляция – ингаляция O<sub>2</sub>), а управление осуществлялось прессо-циклическим или тайм-циклическим способом. Будучи простыми в эксплуатации и достаточно надежными, они, тем не менее, имели целый ряд органических недостатков, что сдерживало применение ИВЛ на догоспитальном этапе вплоть до 90-х годов прошлого века.

Основными недостатками транспортных аппаратов ИВЛ первого поколения были:

- отсутствие вспомогательных режимов вентиляции, что требовало применения миорелаксантов и глубокой седации на догоспитальном этапе;
- невозможность проведения ИВЛ в неинвазивном режиме, что делало обязательным интубацию трахеи;
- узкий диапазон изменения основных параметров ИВЛ, что не всегда позволяло адаптировать режим вентиляции к потребностям больного;
- значительный расход кислорода, что резко ограничивало время работы транспортного вентилятора.

По мере развития аппаратуры ИВЛ/ВВЛ, предназначенной для стационарного применения, транспортные аппараты также эволюционировали. Переход от механического управления к электронному и появление датчиков давления, способных индицировать попытку вдоха, позволили внедрить на догоспитальный этап вспомогательные режимы вентиляции. Появилась возможность проведения неинвазивной вентиляции, что также значительно расширяет сферу применения данной аппаратуры на догоспитальном этапе.

В настоящее время становятся актуальными следующие задачи:

- выбор оптимального набора режимов ИВЛ/ВВЛ для транспортного аппарата, определение сферы применения каждого из режимов;
- создание транспортного аппарата ИВЛ/ВВЛ, не зависящего от пневмопитания кислородными баллонами;
- внедрение неинвазивной вспомогательной вентиляции легких;
- создание транспортных аппаратов с функцией ВЧ ИВЛ;
- сохранение минимальных массогабаритных показателей аппаратуры для транспортной ИВЛ/ВВЛ, несмотря на появление новых функций и режимов;
- сохранение приемлемого ценового диапазона одновременно с расширением функциональных возможностей транспортных аппаратов.

*Афончиков В.С., Афанасьев А.А., Петрова А.А.*  
**ЭКСТРЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА  
РАННЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОАГУЛОПАТИИ –  
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

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

По современным представлениям, ранняя травматическая коагулопатия (Early Trauma-Induced Coagulopathy) является одним из ключевых факторов патогенеза травматической болезни, наравне с острой кровопотерей, жировой эмболией и травматическим токсикозом. По данным зарубежных исследователей, развитие ранней травматической коагулопатии увеличивает смертность в 2-3 раза и более. Причинами развития ранней травматической коагулопатии являются: гемодилюция, гиперфибринолиз, гипотермия и декомпенсированный метаболический ацидоз.

Эффективная коррекция развивающейся в остром периоде травматической болезни коагулопатии требует определения критериев ее ранней диагностики.

Существующие сегодня «рутинные» методы исследования системы гемостаза не позволяют оценить реальное состояние гемостаза *in vivo* у пострадавших в остром периоде травматической болезни. Это обусловлено следующими причинами: лабораторное определение протромбинового времени и международных нормализованных отношений производится в условиях приведения pH среды и температуры к «стандартным» условиям, что исключает оценку влияния на гемостаз гипотермии и метаболического ацидоза; отсутствуют эффективные лабораторные методики оценки функциональной активности тромбоцитарного звена гемостаза; фактически никак не оценивается количественно активность плазминового и неплазминового фибринолиза.

Для решения задачи экстренной диагностики ранней травматической коагулопатии нами была предложена оригинальная методика оценки функциональной активности тромбоцитарного, гуморального и фибринолитического звеньев системы гемостаза. В основе предлагаемой методики лежит одновременное выполнение тромбоэластографии цельной крови и обедненной тромбоцитами плазмы обследуемого пострадавшего. Сравнение показателей тромбоэластограмм (R, K, angle  $\alpha$ , MA, G, LY60), полученных в двух выполненных параллельно исследованиях, позволяет отдельно оценить активность тромбоцитарного, гуморального и фибринолитического звеньев гемостаза. Использование данной методики в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в 2011-2013 гг. позволило эффективно решать задачу диагностики ранней травматической коагулопатии.

*Бабков О.В., Захаренко А.А., Суров Д.А., Безмозгин Б.Г., Трушин А.А.,  
Тен О.А., Кодолов Д.В.*

**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ  
ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ  
ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

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

Самая сложная группа осложнений колоректального рака (КРР) – хирургические инфекции, которые в данном исследовании составили 15,8% (n=85).

Согласно разработанному лечебно-диагностическому алгоритму (ЛДА) пациенты основной группы (n=42) на этапе отделения экстренной медицинской помощи были разделены на 3 группы: 1-я группа – паратуморозный инфильтрат (29%), 2-я – абсцесс (33%) и 3-я – перфорация опухоли (38%).

При диагностике инфильтрата больным назначалась консервативная терапия, которая оказалась эффективной в 50% случаев (n=6) в основной группе и у 69,2% (n=9) – в контрольной. Общепринятая тактика отличалась от предложенного лечебно-диагностического алгоритма более длительными сроками динамического наблюдения и современными схемами эмпирической антибактериальной терапии. При неэффективности консервативной терапии, что проявлялось формированием абсцессов, выполнялось срочное оперативное вмешательство. Пациенты 2 и 3 групп все были оперированы в первые часы после поступления в стационар после диагностики осложнений. В основной группе все операции сделаны в первые 6 часов после госпитализации.

В дооперационном обследовании основной группы больных упор делался на наличие признаков системного воспаления и сепсиса. В результате признаки SIRS 1-2 выявлены в 47,2% случаев (n=17). Преимущественно это больные с небольшими абсцессами или местными перитонитами, с небольшим сроком заболевания. В 25% случаев (n=9) диагностирован сепсис. По 13,9% (n=5) больных распределились между тяжёлым сепсисом и септическим шоком, то есть в 27,8% случаев (n=10) состояние пациентов приближалось к крайне тяжёлому. В основном это больные с токсической и терминальной фазами перитонита.

В контрольной группе больных признаки SIRS не определялись. Диагноз сепсис фигурирует в историях болезни 38,2% пациентов (n=13), из них септический шок – у 3 человек.

Основной задачей оперативного пособия является санация очага инфекции. Во время операции перитонит выявлен у 69,4% (n=25) пациентов основной группы и 76,5% (n=26) – контрольной. В большинстве случаев это был распространённый гнойный перитонит в токсической фазе, что потребовало тщательной санации живота и назогастроинтестинальной интубации. Очагом инфекции в случае КРР является первичная опухоль, которая была удалена 86,1% (n=31) пациентам основной группы и 61,8% (n=21) – контрольной. Доля симптоматических операций в контрольной группе больных значительно выше, чем в основной – 38,2% (n=13) и 13,9% (n=5) соответственно (p<0,05). При диастатических перфорациях кишки предпочтение следует отдавать субтотальной (тотальной) колэктомии.

Разработанный ЛДА позволил снизить количество осложнений с 55,9% (n=19) до 44,4% (n=16), а летальность с 50% (n=17) до 36,1% (n=13), соответственно в контрольной и основной группах (p<0,05).

В основной группе больных уровень общей 2-летней выживаемости оказался достоверно выше, чем в контрольной (70,5% и 55,5%) (p<0,05).

*Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г., Разумный Н.В.*  
**НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ  
СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

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

В последние годы в кадровом составе службы скорой медицинской помощи Российской Федерации наблюдается увеличение числа специалистов со средним медицинским образованием и младших медицинских работников, а также снижение числа врачей скорой медицинской помощи, что придает особое значение подготовке среднего и младшего медицинского персонала скорой медицинской помощи.

Принимая во внимание указанные тенденции, несколько лет назад номенклатура должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения была дополнена новыми должностями: фельдшер-водитель скорой медицинской помощи и санитар-водитель. Кроме того, для указанных должностей были приняты квалификационные характеристики, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». Затем соответствующие изменения нашли свое отражение в проекте приказа Минздрава России «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», согласно которому в состав выездных бригад скорой медицинской помощи были включены фельдшер-водитель скорой медицинской помощи и санитар-водитель.

В рамках государственной программы «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р, к 2018 году планируется организация стационарных отделений скорой медицинской помощи в субъектах России, что обуславливает необходимость обучения специалистов для оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе. Учитывая данные обстоятельства, в настоящее время Минздрав России осуществляет подготовку приказа, утверждающего новые квалификационные характеристики должностей медицинских работников скорой медицинской помощи, регламентирующие возможность оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи.

Другой важной задачей государственной программы «Развитие здравоохранения» является создание системы санитарно-авиационной эвакуации, осуществ-

ляемой авиационным транспортом. В связи с этим, одним из перспективных направлений развития медицинского образования становится подготовка медицинских работников для оказания скорой медицинской помощи при осуществлении санитарно-авиационной эвакуации.

*Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Чикин А.Е., Разумный Н.В.*

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ) ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ**

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

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Клинические рекомендации (протоколы) содержат сжатую и структурированную информацию по диагностике и лечению определенных заболеваний и носят рекомендательный характер.

В соответствии со ст. 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Примерная структура клинических рекомендаций (протоколов), изложенная в методическом руководстве по подготовке клинических рекомендаций профессиональных медицинских сообществ, включает в себя следующие компоненты:

- методологию (кем и как разрабатывался клинический протокол);
- определения;
- нозологические формы с кодами по МКБ-10;
- профилактику;
- классификации;
- диагностику;
- лечение;
- предупреждения о том, что не нужно делать;
- дальнейшее ведение пациента;
- прогноз.

Сложность разработки клинических рекомендаций (протоколов) лечения пострадавших с сочетанными травмами обусловлена большим количеством комбинаций повреждений различных областей тела. При этом лечение изолированных повреждений должно соответствовать протоколам, разработанным соответствующими специалистами, которые далеко не всегда выполнимы при сочетании повреждений.

Определяющим фактором для выбора тактики лечения пострадавших с сочетанными травмами является интегральный показатель тяжести полученных повреждений, который определяется характером травмы и реакцией организма на нее. В этом аспекте наиболее важным представляется выбор общепринятой классификации тяжести травм, поскольку в отечественной литературе нет единства в этом вопросе. Именно тяжесть травмы определяет выбор методов лечения и



возможность следования протоколам лечения сочетанных или изолированных повреждений.

Таким образом, в основе клинических протоколов лечения сочетанных травм должна лежать единая общепринятая классификация тяжести травм и адаптированные протоколы лечения повреждений различных областей тела.

*Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Чикин А.Е., Разумный Н.В.*  
**РОЛЬ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННЫМИ, МНОЖЕСТВЕННЫМИ  
И ИЗОЛИРОВАННЫМИ ТРАВМАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ШОКОМ,  
В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова» Минздрава России,  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

В соответствии со ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Основными составляющими качества медицинской помощи являются:

- качество структуры;
- качество технологии (процесса);
- качество результата.

Согласно ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями. Приказом Минздрава России от 15.11.2012 N 927н был утвержден Порядок оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, включающий:

- этапы оказания медицинской помощи;
- правила организации деятельности операционного отделения для противошоковых мероприятий и отделения сочетанной травмы;
- стандарт оснащения операционного отделения для противошоковых мероприятий и отделения сочетанной травмы;
- рекомендуемые штатные нормативы операционного отделения для противошоковых мероприятий и отделения сочетанной травмы.

Учитывая данные обстоятельства, Порядок оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, может использоваться:

- для обеспечения и оценки соблюдения правильности организации лечения пострадавших с сочетанными, множественными и изолированными травмами,

сопровождаться шоком, т.е. для обеспечения качества технологии (процесса) медицинской помощи;

– для обеспечения и оценки ресурсов медицинской организации (кадры, оснащение и др.), оказывающей медицинскую помощь пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, т.е. для обеспечения качества структуры медицинской помощи.

*Барбарчук Ф.М., Бойков А.А.*

## **МЕТОДИКА ВНУТРИВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОВЕРКИ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ БАЗОВЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

СПб ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Успех в терапии пациентов в критических состояниях зависит от грамотного, своевременного и обоснованного проведения базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР) и от мануальных навыков реаниматора. Поэтому постоянное повышение профессионального уровня персонала является приоритетной задачей Администрации Городской станции скорой медицинской помощи (ГССМП) Санкт-Петербурга.

**Цель.** Создание эффективно работающей системы внутриведомственного обучения и контроля навыков медицинского персонала при выполнении основных приемов базовой СЛР как средства повышения качества оказания медицинской помощи.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели на ГССМП организована непрерывная система подготовки медицинского персонала, включающая в себя три уровня: учебно-тренировочные модули на подстанциях, семинары и коллоквиумы на подстанциях и занятия в Учебном центре.

С 2010 г. в Учебном центре ГССМП Санкт-Петербурга введено использование манекена Laerdal Resusci Anne, воспроизводящего взрослого человека среднего физического развития и созданного для имитации реального объекта при обучении технике первичной реанимации в соответствии с международными рекомендациями. Блок контроля и регистрации SkillReporter дает возможность распечатать статистический отчет о выполненных приемах реанимации.

Означенный манекен используется для проведения как тренингов на подстанциях, так и ежегодных проверок практических навыков всех врачей и средних медицинских работников ГССМП Санкт-Петербурга. Наличие статистического отчета гарантирует независимость, непредвзятость и проверяемость оценки квалификации экзаменуемых.

**Результаты и обсуждение.** Первое применение манекена в 2010 г. выявило существенные недостатки в навыках проведения базовой СЛР, а также обнаружило использование сотрудниками станции различных устаревших методик и отсутствие единого представления о СЛР. В целом провести реанимационное пособие на высоком уровне в соответствии с современными стандартами могло только незначительное количество сотрудников. Применение описанных выше подходов позволило в 2011 г. достичь безошибочного проведения реанимационных мероприятий среди 52,3% работников; в 2012 г. – среди 78,1%.

**Выводы.** Изменение методики экспертизы качества оказания базовых реанимационных мероприятий позволило постоянно поддерживать адекватный уровень квалификации специалистов и непредвзято оценивать компетентность каждого отдельно взятого сотрудника ГССМП Санкт-Петербурга без отрыва от выполнения профессиональных обязанностей.

*Барсукова И.М.*

### **СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОМС: ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ 2013 ГОДА**

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

Скорая медицинская помощь (далее – СМП) с 01.01.2013 года учится работать в системе ОМС, набирает опыт. На повестке дня сегодня актуальными остаются следующие первоочередные задачи:

1. *Совершенствование нормативно-правового регулирования.* Первый месяц работы выявил неготовность нормативно-правовой базы субъектов Российской Федерации к работе в новых условиях: своевременно не доведены до руководителей медицинских организаций СМП документы, регламентирующие работу СМП в ОМС, не проведено обучение административного и финансово-экономического персонала СМП. В регионах возникали проблемы с расчетом государственных заданий. Сегодня особенно необходимы новый Порядок оказания СМП и стандарты СМП.

Недостаточным было и информационное обеспечение населения о новых условиях работы СМП и, как результат, – неготовность пациентов предъявлять документы при обращении за СМП, социальная напряженность, усугубляемая средствами массовой информации.

2. *Адаптация существующих программных комплексов (АСУ ВБ СМП) к запросам ОМС* (с возможностью формирования реестров пролеченных пациентов и последующей выгрузкой в ТФ ОМС и СМО). Существующее несоответствие не позволяет осуществлять процесс в автоматизированном режиме, ведет к большому объему ручной дублирующей работы.

3. *Оптимизация системы идентификации пациентов и определения их страховой принадлежности* (передача на автоматизированный режим работы с базами прикрепленного населения; передача этих функций ТФ ОМС; освобождение персонала бригад от ручной работы по переписыванию документов). Сегодня это занимает много времени и часто неприемлемо при оказании экстренной медицинской помощи – задерживает бригаду на вызове, снижая оперативность ее работы.

4. *Совершенствование статистического инструментария СМП:* приведение его в соответствие с требованиями ОМС (в первую очередь – Карты вызова СМП). Несоответствие статистических форм вынуждает регионы модернизировать Карту вызова СМП, дописывать информацию на полях, вводить приложения к Карте и др.

5. *Освобождение медицинских организаций СМП от выполнения несвойственных функций* в целях оптимизации их работы.

6. *Решение кадровых вопросов.* Это центральная проблема СМП (не связанная непосредственно с переходом в ОМС): острый дефицит кадров и связанная с этим работа в условиях незакрытых нарядов смены, неуккомплектованных бригад неизбежно сказывается на показателях оперативности и качества оказания СМП.

Решение этих задач позволит преодолеть трудности первого этапа.

*Батрак Ю.М., Кравчуков И.В., Ануфриев А.П.*  
**ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ  
ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА**

ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования МЗ РФ (г. Барнаул)», КГБУЗ «Городская больница № 1, г. Барнаул», КГБУЗ «Краевой центр медицины катастроф», г. Барнаул, Россия

Объективными предпосылками для реорганизации экстренной вертебрологической службы в Алтайском крае явились неудовлетворительные результаты лечения пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой при традиционно используемой в Российской Федерации децентрализованной и выездной модели оказания медицинской помощи данной категории больных.

По итогам изучения отдаленных результатов лечения и ретроспективного анализа историй болезни, установлены их причины: неполная диагностика, недостаточный опыт операционной бригады, плохое оснащение операционной, отсутствие современных имплантационных систем и материалов, нарушение преемственности, что приводило к недостаточному объему вмешательства, неполной декомпрессии нейроваскулярных структур, неустраненной деформации позвоночного канала, недостаточной стабилизации поврежденного сегмента, отсутствию полноценной реабилитации.

Для решения данных проблем была сформирована бригада специалистов-вертебрологов, круглосуточно оказывающая консультативную и специализированную медицинскую помощь пострадавшим с повреждениями позвоночника. Разработан алгоритм действий дежурных специалистов районных и городских больниц при поступлении больных с повреждениями позвоночника, Центра медицины катастроф и травматологического отделения, специализированного по хирургии позвоночника:

– сообщение дежурного специалиста лечебного учреждения дежурному вертебрологу специализированной бригады через диспетчера Центра медицины катастроф, куда доставлен пострадавший со спинальной травмой;

– подготовка к транспортировке и медикаментозная протекция спинного мозга согласно полученным рекомендациям;

– транспортировка пострадавшего бригадой Центра медицины катастроф в специализированное отделение с развернутой операционной и подготовленной хирургической бригадой;

– детализация повреждения и оперативное лечение, направленное на декомпрессию спинного мозга, восстановление физиологического изгиба позвоночника и первичную стабилизацию поврежденного сегмента.

Внедрение инновационной технологии позволило организовать последовательное и более эффективное оказание медицинской помощи больным с острой травмой позвоночника и спинного мозга и значительно улучшить результаты лечения.

*Баубеков М.Б.*

## **ТАКТИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ**

НИИ травматологии и ортопедии, Астана, Республика Казахстан

Сочетанная травма верхней конечности включает в себя комбинацию симптомов острой ишемии травмированного сегмента в сочетании с его острой денервацией и дефункцией вследствие нарушения магистрального кровотока, целостности нервных стволов и костно-мышечных структур. Среди разнообразных вариантов сочетанных повреждений значительное место занимают сосудисто-костные, сопровождающиеся высокой частотой послеоперационных осложнений (39-46%), ампутаций (до 25%) и летальностью (12-21%).

Целью нашего исследования явилось определить возможности восстановительной хирургии сочетанной травмы верхней конечности.

Задачи исследования: определить наиболее оптимальную хирургическую тактику на основе использования современных медицинских технологий при данном виде повреждения.

На основе собственного опыта хирургического лечения 132 пострадавших с сочетанной травмой верхней конечности нами была выработана предлагаемая тактико-диагностическая схема оказания квалифицированной медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара.

На этапе квалифицированной медицинской помощи в приемном покое больной осматривается ответственным травматологом, который является организатором лечебно-диагностического процесса. Он выполняет основную дооперационную диагностику в отношении поврежденных артерий, нервов и сухожилий, костно-суставной структуры, а также оценку степени кровопотери. При наличии значимых нарушений гемодинамики дальнейшие диагностические действия производятся в условиях палаты интенсивной терапии с непосредственным участием реаниматолога. При выявлении характерных неврологических нарушений в лечебно-диагностический процесс вовлекают нейрохирурга, им же окончательно оценивается неврологический дефицит и планируется вмешательство на нервных стволах. В случае наличия артериального кровотечения и симптомов острой ишемии приглашают сосудистого хирурга. В дальнейшем функции нейрохирурга и ангиохирурга были объединены и выполнялись микрохирургом как специалистом, владеющим прецизионной техникой и методикой реконструктивно-восстановительной операции на сосудах и нервах.

Разработанная тактико-диагностическая схема была внедрена в виде алгоритма в лечебную практику клиники, позволив снизить частоту ошибок и осложнений при первичном осмотре с 38,7% до 6,7%, а также сократив время на принятие управленческих решений в два раза.

При оперативном лечении пострадавших с сочетанной травмой верхней конечности, находившихся под нашим наблюдением, использовался операционный микроскоп и микрохирургический инструментарий. Все реконструктивно-восстановительные операции проводились в один этап, с соблюдением всех надлежащих принципов при восстановлении магистральных сосудов, нервных стволов, мышечно-сухожильных пучков, а при закрытии кожной раны использовались современные методики пластического замещения дефектов кожи. Общим непосредственным результатом всех проведенных операций у пострадавших с сочетанной травмой верхней конечности явилось полное восстановление анатомической целостности наиболее функционально-важных анатомических структур у 97,8% пострадавших, заложив основу для дальнейшей реабилитации утраченной функции поврежденной конечности.

Таким образом, выработанная тактико-диагностическая схема оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой верхней конечности и применение современных достижений восстановительной медицины позволили улучшить непосредственные результаты оперативного лечения, снизив частоту осложнений с 38,7% до 6,7%.

*Белый Г.А., Вацик М.В., Пронченко А.А., Рева В.А., Тюшников О.И.*  
**ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL SURGERY»  
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ В ТРАВМОЦЕНТРЕ II УРОВНЯ**  
Домодедовская центральная городская больница, г. Домодедово, Россия

Тактика «damage control surgery» при тяжелых повреждениях активно применяется в крупных травмоцентрах, начиная с 90-х годов XX века. В связи с внедрением программы помощи пострадавшим в ДТП тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (ЗМХЛ) постепенно приходит в хирургические стационары малых и средних городов России.

Пострадавшая 24 лет, получила сочетанную травму головы, груди, живота в ДТП (водитель легкового автомобиля). При поступлении в стационар (через 40 мин. после травмы), доставлена непосредственно в операционную, где выполнены рентгенография головы, груди, таза, произведена кавакатетеризация, продолжена инфузионная терапия, выполнено дренирование правой плевральной полости по Бюлау во II межреберье, выполнен лапароцентез, при котором получена кровь. Произведена верхне-средне-срединная лапаротомия, в брюшной полости до 1500 мл крови жидкой и в сгустках, источником продолжающегося кровотечения явился разрыв селезенки. Выполнена спленэктомия. При дальнейшей ревизии выявлены множественные глубокие разрывы обеих долей печени прикрытые сгустками крови, при удалении сгустков отмечено выраженное паренхиматозное кровотечение. Кровотечение временно остановлено кратковременным пальцевым сдавлением печени. Лапаротомический доступ дополнен пересечением правой межреберной дуги, выполнена мобилизация печени с пересечением серповидной и треугольных связок, после чего выявлено практически полное разрушение левой доли печени, обширное повреждение правой доли с продолжающимся кровотечением из обширных разрывов паренхимы (повреждения 4-5 ст. по

Е.Моогe). Произведена атипичная резекция левой доли печени, ушивание разрывов правой доли печени с подшиванием сальника. Однако добиться устойчивого гемостаза не удалось. Разрывов полых органов, других жизнеугрожающих повреждений в брюшной полости выявлено не было. Учитывая длительность оперативного вмешательства (более 120 мин), объем кровопотери более 3000 мл, нестабильную гемодинамику, признаки коагулопатии, было принято решение о применении тактики ЗМХЛ. Произведена тугая тампонада печени, брюшная полость ушита с оставлением дренажа в малом тазу. Больная переведена в ОРИТ. В последующие 48 часов в результате проводимого лечения, массивных гемотрансфузий, удалось достичь стабилизации общего состояния на уровне субкомпенсации. На этом фоне пострадавшей выполнена релапаротомия, произведено удаление сдавливающих печень тампонов – возобновления кровотечения не отмечено, выполнена тщательная ревизия органов живота, произведено ушивание 2 разрывов брыжейки тонкой кишки, санация, дренирование брюшной полости. К области ушитого разрыва правой доли печени и участку атипичной резекции ее доли в связи с сомнениями в устойчивости гемостаза плотно уложены тампоны, выведенные через верхний угол лапаротомной раны. В дальнейшем, в течение 14 суток больная находилась в отделении ОРИТ, тампоны удалены на 6-е сутки, дренажи из брюшной полости – на 7-е сутки после второй операции. На 9-е сутки наложены ранние вторичные швы на рану передней брюшной стенки после удаления тампонов. На 16-е сутки больная переведена в хирургическое отделение. При КТ с ангиоконтрастированием выявлена гематома до 5-6 см в диаметре в правой доле печени, наличие до 800 мл жидкости в правой плевральной полости. Явления правостороннего выпотного плеврита на фоне антибактериальной терапии, плевральных пункций полностью купированы. Роста внутripеченочной гематомы при контрольном УЗИ не отмечено. Больная выписана на 26-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Данное наблюдение свидетельствует о возможности и необходимости применения тактики ЗМХЛ при тяжелых травмах, особенно в условиях травмоцентров II и III уровней (городские и районные больницы средних и малых городов России).

*Бесаев Г.М., Тулупов А.Н., Тания С.Ш., Багдасарьянц В.Г.,  
Куршакова И.Н., Ермаков М.А.*

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОГО ПОСОБИЯ  
У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ ТАЗА**

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

В структуре травматизма пациенты с повреждениями таза составляют не более 10%. Однако подавляющее большинство пострадавших с механической травмой таза справедливо относят к категории наиболее сложных. Тяжесть состояния пациентов с травмой таза усугубляется тем, что она, как правило, сопровождается повреждениями других важнейших систем организма, нередко требующих неотложных реанимационных мероприятий, в том числе и экстренных оперативных вмешательств.

Под нашим наблюдением находились 138 пострадавших с повреждениями различных отделов таза, из них 134 пациента с сочетанной травмой и лишь 4 с изолированным повреждением костей таза. У 97 пострадавших переломы костей таза и разрывы связочного аппарата носили множественный характер с нестабильностью тазового кольца, а у 16 из них травма сопровождалась повреждениями органов малого таза.

При нестабильных повреждениях тазового кольца внеочаговая фиксация таза является составной частью комплекса противошоковой терапии и по общему признанию не имеет альтернативы.

Хирургическая тактика, основанная на объективных критериях тяжести шока, разработанная в СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, позволила значительно увеличить оперативную активность в остром периоде травматической болезни. Так, у пациентов с шоком III степени внеочаговый остеосинтез костей таза в первые часы поступления в стационар выполнен в 2010 году в 33,0%, в 2011 г. – в 62,9%, а в 2012 г. – в 75,0%; с шоком II степени – в 25,0%, 33,3% и 100%, соответственно.

По истечении острого периода травмы и стабилизации основных показателей гомеостаза в зависимости от характера повреждений различных отделов таза производилась модульная трансформация аппарата внешней фиксации или полный демонтаж с последующим открытым вмешательством и остеосинтезом соответствующих сегментов погружными конструкциями.

Внедрение усовершенствованного лечебно-тактического алгоритма лечения пострадавших с сочетанной травмой таза позволило уменьшить летальность среди данного контингента пострадавших на 15,5% (с 45,9% до 30,4%); частота развития осложнений острого периода травматической болезни уменьшилась на 19,6% (с 76,3% до 56,7%), осложнений позднего периода – на 22,6% (с 54,8% до 32,2%). Расширение режима осуществлялось через 10-14 суток, против 6 недель при консервативном лечении. В результате койко-день сократился с 44,7 до 36,8.

*Бидерман Ф.М., Михайлов Ю.М.*

### **НОРАДРЕНАЛИН – ЗАБЫТЫЙ ПРЕПАРАТ ВОЗВРАЩАЕТСЯ**

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

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

С начала 2000-х годов применение норадреналина (норэпинефрин) на догоспитальном этапе практически прекратилось, стал использоваться допамин. К сожалению, в рекомендациях, издающихся в последние годы, норадреналин почти перестали упоминать. При отсутствии эффекта инфузионной терапии по стабилизации артериального давления и улучшения перфузии органов необходимо немедленное применение адренергических средств, выполняющих жизненно важную роль в лечении, особенно шока. Препаратами выбора вполне могут быть норадреналин и допамин, причем норадреналин более эффективен особенно при септическом шоке.



Норадреналин – это истинный агонист  $\alpha_1$  и  $\alpha_2$  адренергических рецепторов. Он слабо возбуждает  $\beta_1$ - и практически не влияет на  $\beta_2$ -адренорецепторы. Благодаря этому, норадреналин, влияя на крупные сосуды, оказывает мощное сосудосуживающее действие и приводит к повышению артериального давления. Мы считаем, что НОРАДРЕНАЛИНУ АГЕТАН (норэпинефрину) должно быть найдено место в стандартах для догоспитального этапа при шоке с выраженным снижением общего периферического сопротивления (ОПС) и невозможности поддержать систолическое АД на уровне 65-70 мм рт. ст. Норадреналин имеет следующие преимущества по сравнению с допамином:

1. Допамин оказывает  $\alpha$ -стимулирующий эффект только в большой дозе.
2. Норадреналин более предсказуем.
3. Допамин вызывает ишемию миокарда, тахикардию и нарушения ритма.
4. Норадреналин больше увеличивает церебральное перфузионное давление.
5. Допамин чаще вызывает некрозы периферических тканей.

Споры о том, какое из веществ более эффективно, не прекращаются. На догоспитальном этапе возможно проводить инфузию норадреналина (норэпинефрина) при септическом шоке, даже у пожилых пациентов. Норадреналин эффективен и безопасен в коррекции вазоплегии ятрогенного генеза, его можно использовать также для коррекции кратковременных сосудистых реакций. Сейчас Норадреналин Агетан (норэпинефрин) стали выпускать в ампулах по 4 мл и 8 мл (2 мг/мл). Для инфузии необходимо развести 2 мг в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводить медленно внутривенно капельно со скоростью 0,02-2 мкг/кг/мин., под контролем АД. При появлении симптомов сердечной аритмии необходимо уменьшение скорости введения препарата или его отмена.

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

### **ДИСТАНТНАЯ ФИКСАЦИЯ ВЕРТИКАЛЬНО НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

Нестабильные переломы костей таза сопровождаются высоким уровнем летальности (до 50%) и инвалидности (30-60%). Как правило, повреждения тазового кольца являются компонентом тяжелой сочетанной травмы, сопровождаются развитием продолжающегося внутритазового кровотечения и требуют применения концепции многоэтапного хирургического лечения. На первом этапе стабилизация тазового кольца осуществляется наложением противошоковой тазовой повязки, С-образной рамы, аппаратов внешней фиксации. В качестве окончательной погружной фиксации повреждений заднего полукольца используются пластины, илеосакральные канюлированные винты, болты-стяжки. Однако, по данным ряда стендовых и клинических исследований и на основании собственного опыта – прочность фиксации данными имплантатами недостаточна. Это проявляется миграцией винтов, переломом пластин и вторичным смещением отломков.

С целью увеличения прочности фиксации разработан метод остеосинтеза вертикально-нестабильных переломов транспедикулярными системами. Данный способ применен у пяти пострадавших (2 женщины, 3 мужчины) со средним возрастом 26,8 лет (от 19 до 42 лет). У всех пострадавших имелась тяжелая сочетанная травма с вертикально нестабильными переломами костей таза (ВПХ-П(МТ) –  $8,4 \pm 2,6$  балла. Средний срок внешней фиксации до применения погружных конструкций составил  $6,4 \pm 4,6$  суток. На этапе планирования выполнялась СКТ таза и поясничного отдела позвоночника с 3D реконструкцией и определением типа переломов костей таза в соответствии с классификациями AO, Denis, Isler, Roy-Samille. Неврологический дефицит в виде нарушения чувствительности, функции тазовых органов, малоберцового нерва выявлен у 3 пострадавших, что потребовало выполнения ламинэктомии на уровне крестца в связи с компрессией корешков конского хвоста. Транспедикулярные винты вводились в тела 4 и 5 поясничных позвонков по методике, рекомендованной производителем имплантов, 1 винт вводился в задненижнюю ость подвздошной кости. В головках винтов фиксировался отмоделированный титановый стержень необходимой длины. В 2-х случаях при переломах крестца с обеих сторон произведена двусторонняя фиксация по описанной методике, при этом системы соединялись поперечным коннектором.

Результаты лечения: длительность операции составила в среднем  $86 \pm 12$  минут. Инфекционное осложнение в области хирургического вмешательства возникло в одном случае, что потребовало повторной операции. При этом достигнуто заживление раны без удаления металлоконструкций. Функции тазовых органов восстановились во всех случаях, однако у 2 пациентов сохраняется неврологический дефицит в виде пареза малоберцового нерва и нарушений чувствительности. Вертикализация пациентов проводилась на 3-7 сутки с нагрузкой на поврежденную сторону 50% и более от массы тела. На контрольных рентгенограммах через 14 и 30 суток дополнительного смещения отломков, винтов не выявлено.

**Выводы:** дистантная транспедикулярная фиксация вертикально-нестабильных переломов костей таза биомеханически оправдана и обеспечивает необходимый уровень стабильности, что позволяет проводить раннюю активизацию и реабилитацию пациентов.

*Бородина М.А., Шляпников С.А., Насер Н.Р., Рожавская Е.Г.*

**ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ  
ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ,  
НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**

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

**Актуальность.** Ежегодно во всем мире растет число больных, страдающих хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии, нуждающихся в длительном (часто – пожизненном) проведении гемодиализа. По данным регистра Российского диализного общества, за прошедшие 10 лет число больных,

требующих проведения программного гемодиализа, увеличилось в 2,5 раза, при этом ежегодный прирост числа данной категории больных составляет 10,5%. Известно, что у больных с хронической почечной недостаточностью снижена иммунореактивность, иммунная недостаточность, что объясняет высокую частоту развития инфекционно-воспалительных заболеваний.

Учитывая актуальность проблемы инфекционно-воспалительных заболеваний, с целью определения эффективного режима антибактериальной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний мы провели исследование, задачами которого явилось установление частоты развития инфекционно-воспалительных заболеваний у больных на постоянном гемодиализе, изучение микробного спектра возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний и его динамики в процессе лечения, выявление особенностей клинической картины последних.

**Результаты исследований.** На основе проведенного ретроспективного анализа 12 историй болезни больных с терминальной стадией хронической болезни почек (впервые выявленной) с установленным перманентным венозным катетером, мы получили следующие результаты: на этапе начала развития инфекционно-воспалительных заболеваний у больных наблюдалась нормотермия, либо субфебрильная лихорадка, что затрудняло раннюю диагностику развития инфекции. Помимо этого, уремия, сопровождающая терминальную стадию хронической болезни почек, вызывала угнетение всех кроветворных ростков, вследствие чего у больных наблюдалась лейкопения при развитии инфекции, что также затрудняло их диагностику. При подозрении на наличие у больных инфекционно-воспалительных заболеваний им проводился прокальцитониновый тест, который подтверждал диагноз.

Этиологическая структура инфекционно-воспалительных заболеваний у данной категории больных была представлена грамположительной (клинически подтвержденный коагулазонегативный стафилококк) и грамотрицательной (*Pseudomonas spp.*, *E. coli*) флорой, штаммы которых были выделены из мочи.

При анализе антибиотикочувствительности микроорганизмов было установлено: все штаммы коагулазонегативного стафилококка были чувствительны к метициллину; штаммы *Pseudomonas spp.* чувствительны к антисинегнойным цефалоспорином и фторхинолонам; *E. coli* – чувствительны к фторхинолонам.

Исследуемые больные получали комбинированную этиотропную антибактериальную терапию, состоящую из цефазолина, пефлоксацина и метрогила, на фоне которой явления острой воспалительной реакции купировались. В связи с наличием хронической почечной недостаточности у больных дозирование антибиотиков проводилось индивидуально с учетом клиренса креатинина.

**Выводы.** Больные с терминальной стадией хронической болезни почек являются сложной категорией пациентов, у которых отмечается нетипичное течение инфекционного заболевания и осложнений, что значительно затрудняет раннюю диагностику и своевременное назначение адекватной антибиотикотерапии. Любой показатель, оцениваемый при определении степени тяжести сепсиса, не может быть специфичным для диагностики генерализованных инфекций у этой категории пациентов, так как каждый из них может быть проявлением основного заболевания. Прокальцитониновый тест оказался наиболее достоверным признаком развития инфекционно-воспалительных заболеваний. Наиболее часто у таких

больных первичным источником является инфекция мочевыводящих путей, и необходимы своевременная их диагностика и антибактериальная терапия инфекционно-воспалительных заболеваний. На основании проведенного нами исследования мы рекомендуем при появлении симптомов развития инфекционно-воспалительного заболевания у данной категории пациентов начать диагностический поиск именно с мочевыводящей системы и при подтверждении диагноза использовать антимикробную схему, включающую в себя антисинегнойный цефалоспориин и фторхинолон. Дозирование препаратов должно проводиться индивидуально с учетом клиренса креатинина.

*Бортулёв С.А., Александров М.В., Васильев С.А.*

**ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ АВТОМАТИЗМА МИОКАРДА  
ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПРОДУКТАМИ ГОРЕНИЯ**

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

Пролечены и обследованы 20 пациентов (14 мужчин, 6 женщин в возрасте 21-40 лет) с острыми тяжелыми отравлениями продуктами горения в результате пожара. Содержание карбоксигемоглобина в крови составило в среднем  $41,2 \pm 2,5\%$ . В группу сравнения вошли больные (12 мужчин, 4 женщины в возрасте 22-38 лет) с острыми тяжелыми отравлениями опиатами. В исследование не включали пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и постоянными формами нарушения ритма сердца. Основу исследования составило суточное электрокардиографическое мониторирование (по Холтеру).

В первые сутки с момента отравления желудочковые экстрасистолии (ЖЭ) высоких функциональных классов (по Rayan) были зарегистрированы в 60% случаев в группе больных с отравлением угарным газом. В группе с отравлениями опиатами распространенность ЖЭ не превышала 30%. Анализ параметров газотранспортной функции крови на момент поступления у больных с коматозной формой отравления продуктами горения и при опиатной коме отражал выраженную гипоксию, ацидоз. К исходу 1-2 суток параметры кислородного баланса нормализовались. Исследование уровня маркеров повреждения миокарда показало, что для острых отравлений угарным газом было характерно определение креатининфосфокиназы (КФК) и ее фракций в сверхвысоких концентрациях. Высокое содержание МВ-фракции является несомненным маркером повреждения миокарда. Это, по-видимому, позволяет говорить не только о гипоксическом, но и специфическом поражении миокарда оксидом углерода как основного компонента продуктов горения.

Обращала на себя внимание разнонаправленная динамика ЖЭ при отравлениях опиатами и угарным газом: на 3-4 сутки с момента отравления опиатами ЖЭ высоких классов были выявлены лишь у одного больного, а в группе с отравлениями продуктами горения число больных с выраженными ЖЭ не уменьшилось, у 4 больных вырос уровень функционального класса ЖЭ. На момент выписки из стационара (12-14 сут) у трети больных, перенесших тяжелое отравление продуктами горения, сохранялись ЖЭ высоких функциональных классов.

Таким образом, острые тяжелые (коматозные) отравления продуктами горения характеризуются поражением миокарда, которое в основном проявляется формированием желудочковых экстрасистолий высоких функциональных классов. Желудочковая экстрасистолия относительно стойко сохраняется, регистрируясь спустя 12-14 сут с момента отравления.

*Бражин А.В.*

**ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ПОВЫШЕНИЯ 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

Данные единичных регистров ИМ, проведенные в нашей стране, свидетельствуют о высокой смертности больных на догоспитальном этапе. Отсутствие статистических показателей смертности населения от ИМ на догоспитальном этапе не дает целостного представления о тактике лечения больных на этом этапе, в то время как догоспитальный этап является чрезвычайно важным для начала лечения больных острым ИМ в целях предупреждения его тяжелых осложнений. Высокая частота развития повторных ИМ в РФ свидетельствует о неадекватном лечении больных после перенесенного первичного ИМ, а высокая смертность от повторного ИМ – о более тяжелом его течении.

Для ретроспективного анализа была проведена выборка и многоступенчатый анализ судьбы 83 пациентов с ИБС, которым на догоспитальном этапе проводилась сердечно-легочная реанимация (СЛР) бригадами скорой медицинской помощи г. Тюмени. Информация, изучаемая в исследовании, была собрана в течение 2007-2009 гг. В основную группу исследования вошли 33 пациента, у которых сердечно-легочная реанимация на догоспитальном этапе завершилась восстановлением сердечной и дыхательной деятельности, в контрольную группу – 50 пациентов, у которых в ходе проведения сердечно легочной реанимации не было достигнуто восстановления сердечной и дыхательной деятельности.

В ходе анализа изучали влияние следующих факторов: пол пациентов, возраст, диагноз, анамнез жизни, заболевания, время начала сердечно-легочной реанимации от момента наступления клинической смерти, время проведения электродефибриляции (ЭДФ) или прекардиального удара, при невозможности быстрого проведения ЭДФ, использования интубации, различных рекомендуемых схем проведения медикаментозной терапии, время от начала проведения СЛР до доставки в стационар.

Влияние каждого фактора на успешность реанимационных мероприятий оценивалось по следующим критериям:

- 1) уровень сознания на момент доставки в стационар;
- 2) наличие постреанимационной болезни (ПБ) (да, нет);
- 3) выживаемость пациентов.

В ходе исследования было выяснено, что первостепенную важность имеет раннее начало базовой сердечно-легочной реанимации, проведение ранней ЭДФ, интубация.

*Бузанов Д.В., Вахрушев А.Е., Чарторижский Е.В.*  
**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АВТОМАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ  
НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА «LUCAS-2»  
В БЛОКЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ  
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

Александровская больница, Санкт-Петербург, Россия

Александровская больница Санкт-Петербурга стала первым в городе стационаром, где прошла апробация автоматической системы непрямого массажа «Lucas-2» при оказании реанимационной помощи пациентам Блока критических состояний (БКС).

За это время (февраль-март 2013 года) она использовалась у 14 пациентов, находившихся в состоянии клинической смерти (от 40 до 90 минут). У всех пациентов отмечалась ее высокая эффективность, что находило отражение в наличии пульсовой волны не только на магистральных, но и на периферических артериях, в удовлетворительном уровне SatO<sub>2</sub> (более 90%), в сужении расширенных зрачков, в наличии диуреза.

Особенно незаменимой автоматическая система непрямого массажа сердца «Lucas» оказалась при проведении длительного массажа сердца у пациентов в состоянии тяжелой гипотермии, при которой время пребывания в состоянии клинической смерти удлиняется на неопределенное время. Известно, что остановка сердца при гипотермии плохо поддается лечению, а фибрилляция желудочков чрезвычайно устойчива к ЭИТ, которая становится эффективной только после согревания.

В качестве примера можно привести следующее клиническое наблюдение.

Больная П., 59 лет, доставлена в приемный покой больницы в состоянии клинической смерти на фоне резистентной фибрилляции желудочков и глубокой гипотермии (внутренняя t составила +25,4°C). В БКС ей была наложена система «Lucas-2».

Попытки дефибрилляции и восстановления сердечного ритма в течение 3 часов 50 минут были неэффективны. В это время непрямым массажем сердца осуществлялся с помощью «Lucas-2» и проводилось активное внутреннее согревание (инфузия теплых растворов, ИВЛ с подогревом дыхательной смеси, экстракорпоральное согревание крови по артерио-венозному контуру). Эффективную дефибрилляцию удалось произвести при достижении внутренней температуры +27,4°C.

Спустя 1 час после восстановления сердечной деятельности больная была переведена на самостоятельное дыхание, а через 2,5 часа экстубирована. Через 9 часов больная была в ясном сознании, свободно общалась с медперсоналом.

Проведенная в первые 12 часов после реанимации Эхо-КГ не выявила каких-либо патологических изменений миокарда, клапанного аппарата и внутрисердечной гемодинамики. Фракция выброса составила 57%. Рентгенологическое исследование

дование органов грудной клетки не выявило каких-либо костно-травматических повреждений.

Пациентка выписана из больницы в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки.

Успешная СЛР и хорошее восстановление в раннем послереанимационном периоде свидетельствуют о достаточно эффективном уровне кровообращения, обеспеченным системой «Lucas-2» в жизненно важных органах в условиях гипометаболизма на фоне тяжелой общей гипотермии организма.

Использование автоматических систем массажа сердца позволит гарантировать качественное оказание реанимационной помощи в соответствии со стандартами СЛР.

*Бурганова А.Н., Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р.,  
Валишин Д.А., Галиева А.Т.*

### **НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Уфа, Россия

В последние годы менингококковая инфекция (МИ) занимает значительное место в инфекционной патологии взрослых и детей. Характерной особенностью МИ являются подъемы заболеваемости каждые 10-15 лет. Периодические волны повышения заболеваемости наблюдались в ряде районов республики Башкортостан и чаще регистрировались в городах. В 2012 году было зарегистрировано 18 больных с генерализованной формой менингококковой инфекции.

Госпитализация больных в Республике Башкортостан с МИ осуществляется только в ГБУЗ ИКБ №4. Больные поступают, в основном, на 1-2 сутки от начала заболевания и по тяжести состояния госпитализация – в реанимационное отделение. У 4 больных с генерализованной формой с явлениями инфекционно-токсического шока клинические проявления характеризовались: острым началом болезни, быстрым развитием интоксикации, гипертермией с ознобом до 39-40°C. Типичная геморрагическая звездчатая сыпь появлялась в течение первых 6-24 часов у всех заболевших, распространялась не только на туловище и конечности, но и на лицо и веки. Нарушения периферической гемодинамики проявлялись бледностью кожных покровов, периоральным цианозом, акроцианозом и холодными конечностями. Нарушение сознания регистрировалось у 1 больного, при поступлении в клинику отмечалось коматозное состояние и менингеальные знаки не определялись. Одним из ярких внешних выражений менингококцемии с ДВС синдромом является появление геморрагий на коже туловища и конечностей с участками некроза. В среднем эти больные находились в отделении реанимации 7-9 дней. После выведения из неотложных состояний и стабилизации жизненно важных функции, их переводили в боксовое отделение для дальнейшего лечения.

Ярко выраженная клиническая картина заболевания не вызывала затруднений в постановке диагноза – это наличие типичной геморрагической сыпи на фоне ИТШ, выраженный менингеальный симптомокомплекс на фоне энцефалитической

реакции. Диагноз менингита был подтвержден ликворологическим исследованием, и во всех случаях был выявлен гнойный менингит. Также у всех больных в ОАК отмечались гиперлейкоцитоз (до  $30 \cdot 10^9/\text{л}$ ), ускоренное СОЭ. Все больные наблюдались сотрудниками кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО, неврологами и ЛОР-врачом. Традиционно в лечении была использована этиотропная терапия – назначался цефтриаксон, а при наличии ИТШ – левомецитина сукцинат, курс терапии продолжался 10 дней.

Показанием для отмены антибактериальной терапии являлось удовлетворительное состояние больного, отсутствие клинических симптомов и контрольное исследование ликвора. Для выведения больных из инфекционно-токсического шока применялись: инфузионная терапия (кристаллоиды и коллоиды); гормонотерапия – большие дозы (20-30 мг/кг) преднизолона и дексаметазона короткими курсами; при наличии менингита проводилась дегидратационная терапия (манит, лазикс) в режиме форсированного диуреза; лечение ДВС-синдрома проводилось: восполнением ОЦК, назначались дезагреганты, ингибиторы протеаз, свежезамороженная плазма. Исход у всех больных был благоприятный. Выписка из стационара проводилась по клиническому выздоровлению, при нормализации ОАК, санации ликвора.

Сохранение высокого уровня заболеваемости МИ и особенности современного течения инфекционного процесса (большое число тяжелых форм и значительная летальность) определяют актуальность ее изучения в различных аспектах.

*Вагнер Д.О., Шлык И.В., Вербицкий В.Г.*

### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**

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

Цель исследования состояла в оценке факторов риска кровотечений из острых язв желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных. Для реализации поставленной цели были изучены результаты лечения 390 пострадавших с тяжелой термической травмой, госпитализированных в отделение ожоговой реанимации и интенсивной терапии НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2001, 2009 и 2012 годах. Среди всех проанализированных случаев течение ожоговой болезни осложнилось развитием желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) у 44 (11,3%) пациентов в период с 1 по 59-е сутки, причем у 11 (2,8%) пострадавших они были диагностированы в первые двое суток от момента получения ожога.

С целью уточнения показаний к проведению профилактики ЖКК в ранние сроки после получения травмы была предпринята попытка формирования «группы риска» по развитию эрозивно-язвенных кровотечений у пациентов с тяжелой термической травмой.

В качестве факторов риска ЖКК были рассмотрены следующие критерии: площадь ожога, термический фактор, пол, возраст, алкогольное опьянение и отравление угарным газом, степень тяжести ожогового шока и ингаляционной травмы. Статистически значимыми факторами риска явились только площадь



ожога, алкогольное опьянение и молодой возраст пострадавших. Основываясь на этом, пациенты старше 25 лет с площадью ожогового поражения кожного покрова более 20% поверхности тела при условии алкогольного опьянения на момент получения ожога были отнесены в «группу риска», в которую вошло 108 пострадавших. В сформированной группе диагностировано 24 (22,2%) ЖКК, из них в 8 (7,4%) случаях кровотечение развилось в первые двое суток с момента получения термической травмы.

Анализ информативности различных показателей для прогнозирования ЖКК у пациентов с термической травмой был проведен с помощью программы SPSS 20.0 for Windows путем построения таблицы сопряженности и подсчета критерия согласия  $\chi^2$  Пирсона. Полученные результаты подтверждают, что у пациентов, отнесенных в группу риска существенно возрастает вероятность развития кровотечения:  $\chi^2_{(1)} = 17,381$  (поправка Йейтса = 16,381,  $p < 0,001$ ). Оценка отношения шансов также свидетельствует о статистически значимом повышении вероятности развития кровотечений: OR = 3,743; 95% CI = 1,969 – 7,114.

Таким образом, оценка всего трех показателей (возраст, площадь ожога, наличие алкогольного опьянения) позволяет уже в ранние сроки выделить пострадавших с повышенным риском развития ЖКК, что предоставляет возможность оптимизировать проведение профилактической антисекреторной терапии.

*Валеев З.Г., Беляков В.Г.*

### **АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ГБСМП №1 Г. КАЗАНИ)**

Государственное автономное учреждение здравоохранения городская больница скорой  
медицинской помощи №1,  
г. Казань, Республика Татарстан, Россия

В настоящее время в больницах скорой медицинской помощи наблюдается более высокая летальность по сравнению с другими стационарами. Изучение причин летальности с целью оптимизации оказания помощи и снижения потерь является важной государственной и научно-практической задачей.

**Цель.** Выявление недостатков в организации оказания своевременной и адекватной медицинской помощи при приеме экстренного пациента и последующей профильной госпитализации и лечении больного.

**Материалы и методы.** Материалом для данной работы послужили медицинские документы 1328 больных, умерших в ГБСМП № 1 г. Казани в период с 1 января 2009 года по 31 декабря 2011 года, изученные методом ретроспективного анализа.

Самые высокие уровни госпитальной летальности: 1) первые 72 часа после поступления и 2) через трое суток и более. Причиной смерти в раннем периоде является непосредственно само заболевание или травма. Современные подходы в лечении позволяют повысить выживаемость пациентов в фазу гемодинамических нарушений, или в первую фазу, однако приводят к существенному росту летальности от гнойно-септических осложнений во вторую фазу. За счет своевременного прибытия хорошо оснащенных бригад скорой медицинской помощи,

успевающих доставить пациентов с несовместимыми с жизнью травмами или incurable больных, отмечается рост летальности в первые 72 часа и снижение летальности в группе пациентов, умерших после 72 часов пребывания в стационаре.

Именно потери среди пациентов, умерших после 72 часов пребывания в стационаре, наиболее точно показывают проблемы в качестве оказания медицинской помощи в клинике скорой помощи. В отделениях реанимации к категории непредотвратимых отнесены 89,5% случаев, а в профильных – только 57,1%. Своевременный перевод пациентов в реанимационное отделение, передача части конечного фонда профильных отделений в отделения реанимации является лечебно-организационным резервом снижения летальности в больницах скорой помощи.

*Валиев Э.Ю., Каримов Б.Р.*

### **ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И КОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

В настоящее время отмечается постоянный рост числа пострадавших с сочетанной травмой, у которых диагностируются множественные переломы ребер, грудины и костей верхних конечностей, а также повреждение внутренних органов грудной клетки. По сводным данным, частота переломов ребер при сочетанной травме груди колеблется от 35 до 92%, переломы костей плечевого пояса встречаются у 12,5%.

Несмотря на совершенствование методов лечения политравм, количество осложнений, показатели инвалидности и летальности не имеют тенденции к снижению. При сочетанных травмах груди число плевро-легочных осложнений возрастает еще больше, достигая 12-86,4%, а инвалидность наступает у 4,3-47% пострадавших.

В отделении травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2005-2011 гг. под нашим наблюдением находились 118 пострадавших с сочетанной травмой груди и костей плечевого пояса, из них 77 (67,7%) мужчин и 41 (33,3%) женщина. Наиболее частой причиной этих травм были дорожно-транспортные происшествия (ДТП) у 69 (57,1%) пациентов, падения с высоты у 28 (22,6%), при криминальных обстоятельствах травму получили 12 (8,3%) пострадавших, бытовые травмы были у 9 (7,1%). Множественные и двухсторонние переломы ребер отмечались у 38 (31,0%) пациентов, полифокальные повреждения костей плечевого пояса и верхних конечностей в сочетании с повреждениями груди – у 39 (38,1%).

В раннем периоде травматической болезни мы придерживались активной хирургической тактики стабилизации костных отломков.

Все больные были разделены на 3 группы. В 1-я группу вошли 32 больных с сочетанными травмами грудной клетки, осложненными пневмогемотораксом, а также переломами ключицы, которым сразу при поступлении выполнялись операции в связи с повреждениями внутренних органов. Остеосинтез осуществлен в пер-

вые сутки, по завершению операций по поводу доминирующей патологии. Во 2-ю группу включены 46 пациентов, оперированных в отсроченном порядке, спустя трое суток, с переломами ребер без плевроролечных осложнений. 3-ю группу составили 40 больных, лечение которых заключалось в наложении облепченных гипсовых и косыночных повязок.

Для установления влияния повреждений плечевого пояса на дыхание и оценки эффективности лечебных мероприятий, включая оперативное пособие, для оценки функции внешнего дыхания выполняли спирографию Chest HI 101 учетом антропометрических (рост, массы тела, пола) данных. Исследовали жизненную емкость легких (ЖЕЛ), форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1), отношение ОФВ1 к ФЖЕЛ, т.е. ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Тиффно).

Для изучения эффективности лечения пострадавших с сочетанной травмой груди мы изучили влияние (в зависимости от времени проведения) остеосинтеза костей плечевого пояса (ключицы) на показатели функции внешнего дыхания.

Исследование показало, что при сочетанной травме грудной клетки преобладает рестриктивный тип нарушения дыхания. Поскольку при рестриктивной патологии лёгких ЖЕЛ прогрессивно снижается, этот показатель в сочетании с диффузионной ёмкостью помогает следить за течением болезни и эффективностью лечения у данных больных.

Полученные данные показали, что ранний остеосинтез ключицы при сочетанной травме груди и плечевого пояса способствует более быстрой нормализации показателей функции внешнего дыхания (более чем на 20%) в раннем периоде травматической болезни.

Установлено, что оперативное вмешательство у больных с сочетанной травмой груди и костей плечевого пояса, верхней конечности, срочная репозиция и фиксация костных отломков ключицы и плеча ведут к благоприятным условиям для расширения двигательной активности пациентов, повышения эффективности кашлевой деятельности, увеличения амплитуды дыхательных экскурсий, проведения дыхательной гимнастики.

*Василенко А.В., Липатова Л.В., Лобзин С.В.*

### **ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПОЖИЛЫХ**

ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт  
имени В.М. Бехтерева,  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из основных причин возникновения эпилептических припадков у лиц пожилого возраста. Согласно литературным данным в дебюте острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) в 20-25% случаев встречаются серийные эпилептические припадки и эпилептический статус (ЭС). Причем количество ежегодно регистрируемых случаев ЭС катастрофически возрастает у лиц старше 60 лет. Трудности своевременной

диагностики, нередко связанные с бессудорожным течением, и высокая летальность (до 25% и выше) делают данную категорию пациентов особенно уязвимой.

Целью нашей работы являлось изучение клинических и диагностических особенностей эпилептического статуса у лиц пожилого возраста.

Комплексное клиническое, ЭЭГ и нейровизуализационное обследование выполнено у 27 больных с ЭС старше 60 лет на фоне хронических сосудистых заболеваний головного мозга (14 с последствиями ОНМК, 2 с последствиями нетравматического субарахноидального кровоизлияния и 11 с дисциркуляторной энцефалопатией, сочетанной с эпилепсией), находившихся на лечении в клиниках неврологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова и ВМедА им. С.М. Кирова, а также на отделении эпилепсии НИПНИ им. В.М. Бехтерева с 2007 по 2013 гг.

Клиническая феноменология эпилептических припадков в 66,7% случаев характеризовалась сочетанием нескольких разновидностей приступов, которые в 44,4% проявлялись бессудорожными и в 55,6% – судорожными пароксизмами. Общая частота встречаемости неврологической симптоматики во всех группах обследуемых больных составила 100,0%, причем наиболее часто она была представлена церебрально-очаговым, ликвородинамическим, вегетативно-дистоническим, астеническим и психоорганическим синдромами. При ЭЭГ у больных с ЭС локальная эпилептиформная активность наблюдалась в 74,1% случаев, в то же время парциальный компонент в структуре припадков отмечался в 81,5% наблюдений. По данным КТ-исследования у больных с ЭС структурно-морфологические изменения головного мозга выявлены в 96,3% наблюдений, и были представлены, в основном, локальными атрофиями, очагами лейкоарайозиса, внутримозговыми и арахноидальными кистами. Расширение внутренних ликворных пространств и наружная гидроцефалия отмечены в 55,6% и 37,0% случаев. У трети обследованных обнаруживались диффузные структурные изменения вещества головного мозга.

Терапевтические особенности ведения пожилых пациентов с ЭС согласно Европейскому Протоколу лечения ЭС позволяют применять в качестве первой и/или второй линии в/в вальпроаты (Конвулекс) в дозе 25 мг/кг со скоростью введения 3-6 мг/кг/мин или бензодиазепины, фенитоин. Конвулекс у наших пациентов с ЭС продемонстрировал лучшую переносимость, чем бензодиазепины и фенитоин. Серьезных побочных явлений отмечено не было ни в одном случае, а эффективность достигала 90% наблюдений.

Таким образом, острая и/или хроническая сосудистая недостаточность головного мозга у лиц пожилого возраста является предиктором появления серийных эпилептических припадков и формирования сосудистой эпилепсии, что нередко сопровождается развитием эпилептического статуса. Особенности эпилептического статуса у пожилых являются значительный церебральный морфологический дефект и нередко бессудорожное течение, что затрудняет не только диагностику, но и своевременное начало лечения. В этом отношении вальпроат (Конвулекс) демонстрирует у пожилых пациентов с ЭС сочетание более благоприятных показателей фармакологического профиля, чем традиционно применяемые препараты.

*Василова Л.А., Белоконева Н.П., Полонская И.И.*

**КОМПЕТЕНТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ  
В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ МОДУЛЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

Санкт-Петербургское государственное бюджетное образовательное учреждение  
среднего профессионального образования «Фельдшерский колледж»,  
Санкт-Петербург, Россия

Работа фельдшера скорой помощи начинается с контакта с человеком и его окружением. Очень важно научить будущего фельдшера диагностическому процессу с учётом особенностей места пребывания пациента и окружающей его обстановки, где часто приходится одновременно проводить оценку состояния, обследование и оказывать неотложную помощь. Причём очень часто ошибки в диагностике связаны не с отсутствием необходимого лечебно-диагностического оборудования или лекарственных средств, а недостатком теоретической, практической и психологической готовности медперсонала к оказанию помощи. Поэтому, так важно, уже с младших курсов подготовки фельдшеров уделять внимание особенностям обследования пациентов в условиях скорой и неотложной помощи. Внедрению в обучение модульных программ, основанных на компетенциях, способствует отработка умений в машинах скорой помощи, оснащенных современной аппаратурой в учебно-практическом комплексе колледжа. В соответствии с Федеральным государственным стандартом среднего профессионального образования по специальности «Лечебное дело» в «Диагностическом модуле» введён междисциплинарный курс «Пропедевтика клинических дисциплин», который включает в себя традиционное изучение обследования пациента и учебную практику, где студенты должны продемонстрировать профессиональные компетенции по обследованию больного и диагностике острых и хронических заболеваний. Оценка деятельности проводится у постели больного, где в наибольшей степени удаётся оценить уровень подготовленности студента, его когнитивные и интеллектуальные умения, необходимые для постановки диагноза в условиях скорой и неотложной помощи.

В начале изучения модуля студентов информируют о методах и критериях оценки профессиональных компетенций. Для фиксирования результатов нами разработана контрольно-оценочная ведомость, которая является обязательной составляющей портфолио студента. В оценке компетенций используется рейтинговая система, как наиболее объективная форма оценки заданий. Контрольно-оценочная ведомость включает в себя следующие блоки компетенций: сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни; общий осмотр; осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация в зависимости от обследуемой системы организма; выявление и обоснование ведущего синдрома; формулировки и обоснования предварительного диагноза в соответствии с МКБ-10; составления плана дополнительного обследования пациента для подтверждения диагноза. Баллы начисляются в зависимости от значимости отдельных методов обследования в условиях скорой и неотложной помощи. Максимально студент может набрать 100 баллов. Ещё одним критерием профессионального усвоения навыков является время, отведённое на полное обследование пациента. В учебных условиях это составляет 30 минут. Сумма 80 и более баллов свидетельствует об освоении студентом дан-

ного модуля. При меньшем количестве баллов преподаватель даёт рекомендации о необходимости дополнительного изучения определённого блока компетенций. Для максимальной объективности и исключения субъективного подхода преподавателя оценка компетенций осуществляется в присутствии студентов-контролёров, которые выбираются из числа наиболее успевающих. Мы надеемся, что данный подход будет способствовать подготовке квалифицированных кадров.

*Васильев С.А., Баранов Д.В., Андрианов А.Ю., Батоцыренов Б.В.*

**ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ  
ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТАДОНОМ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

Количество доставляемых тяжелых больных с отравлениями метадоном и высокая летальность в этой группе больных диктует необходимость совершенствования интенсивной терапии. Следует отметить, что антидотная терапия налоксоном чревата усугублением тяжести постгипоксических расстройств: отека-набухания головного мозга, отека легких и усугубления гемодинамических нарушений.

Цель настоящей работы – изучение особенностей клинического течения и оценка результатов использования реамберина в комплексе интенсивной терапии тяжелых форм острых отравлений метадоном.

Исследование проводилось в процессе лечения 68 больных с острыми отравлениями метадоном в крайне тяжелом состоянии.

В процессе исследования было установлено, что для тяжелых отравлений метадоном характерно развитие коматозного состояния с грубыми нарушениями функции внешнего дыхания в виде апноэ. Основными причинами ОДН при отравлениях метадоном служили центральные нарушения дыхания вследствие токсического действия яда и отека-набухания головного мозга, а также аспирационно-обтурационные осложнения.

Интенсивная терапия тяжелых форм данных отравлений должна включать в себя следующий комплекс мер: 1) обязательное восстановление функции внешнего дыхания путем проведения ИВЛ; 2) инфузионную терапию, направленную на увеличение ОЦК, улучшение микроциркуляции, коррекции водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, уменьшения проявлений экзо- и эндотоксикоза; 3) использование в интенсивной терапии препаратов, уменьшающих глубину и тяжесть метаболических расстройств, связанных с развитием гипоксии.

В настоящем исследовании было установлено, что использование реамберина, как препарата, участвующего в нормализации метаболических процессов и положительно влияющего на поврежденные звенья энергетического статуса, существенно улучшает клиническое течение химической травмы и зачастую определяет исходы острых отравлений метадоном. Это связано с его антигипоксантами механизмами действия путем нормализации усвоения кислорода тканями в постгипоксическом периоде.

Использование реамберина приводило к уменьшению длительности коматозного состояния от  $51,8 \pm 13,2$  часа во II группе до  $34,3 \pm 4,8$  часа у больных I группы. Также были выявлены отличия во времени нахождения больных в отделении реанимации, составившее  $58,4 \pm 9,5$  часа в I группе и  $88,4 \pm 11,8$  часа во II группе. В исследуемой группе умерли 3 человека из 35, в группе сравнения – 6 больных из 33.

*Вафин А.Ю., Исаева И.В., Чалая Л.Л.*

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПОСТРАДАВШИМ В ДТП ПУТЕМ РАЗРАБОТКИ  
НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННО-ТАКТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ**

Республиканский центр медицины катастроф,  
ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» Министерства здравоохранения Республики Татарстан,  
г. Казань, Россия

На материалах республики установлены закономерности уровня и структуры санитарных потерь, характера повреждений и причины летальности у пострадавших при ДТП; впервые предложен наиболее эффективный подход оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП на догоспитальном этапе; разработана новая организационно-функциональная модель оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП, которая позволяет решить проблему полноты и качества оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

Проведена оценка эффективности использования новой организационно-функциональной модели оказания медицинской помощи пострадавшим как на догоспитальном, так и на госпитальном этапе, с 2009 года внедрена в практическую деятельность Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

По результатам исследования подготовлены проекты нормативных актов, которые были утверждены органами исполнительной власти республики.

Перестройка работы здравоохранения на догоспитальном этапе включает нормативное закрепление зон ответственности вне зависимости от территориальных границ районов с четким разграничением километража дорог и времени доезда бригад СМП, не превышающего 20 минут.

Для минимизации времени определения состояния тяжести пострадавших и начала оказания экстренной медицинской помощи на месте ДТП была разработана балльная шкала оценки тяжести состояния пострадавших при ДТП и внедрена приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 31.12.2009 № 1825. За период с 2009 по 2011 гг. в системе здравоохранения республики разработана и внедрена централизация управления системой лечебно-эвакуационных мероприятий пострадавших в ДТП. Предложена перестройка работы здравоохранения на госпитальном этапе – технология работы травмоцентров I-III уровней с маршрутизацией пострадавших. В 2012 году полностью обновлен парк автомобилей СМП. Координация действий дежурно-диспетчерских служб медицины катастроф и скорой помощи позволила сократить время прибытия бригад СМП на место ДТП, которое по итогам 2012 года составило 14,1 мин. В 25% случаев бригады скорой помощи на трассах прибывают на место аварии раньше сотрудников

ГИБДД. Пострадавшие, которые ранее погибали на месте аварии, стали эвакуироваться в травмоцентры.

Представленные данные свидетельствуют о положительной динамике результатов мероприятий организационного характера.

*Вербицкий В.Г.*

**НЕОАДЪЮВАНТНАЯ И АДЪЮВАНТНАЯ  
АНТИФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ  
НЕВАРИКОЗНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

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

Состав и режим проведения неoadъювантной (до фиброгастродуоденоскопии, ФГДС) и адъювантной (после лечебно-диагностической ФГДС) терапии при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях (НВЖКК) широко обсуждаются в литературе. Интерес к неoadъювантной терапии за рубежом связан с допустимыми согласно международным рекомендациям (2010 г.) сроками выполнения первичной ФГДС до 24 часов. Так, в Великобритании в терапию «первой линии» (до ФГДС) включены лансопразол и транексамовая кислота.

Адекватное консервативное лечение НВЖКК должно включать: коррекцию постгеморрагических нарушений гомеостаза после тяжелой кровопотери, комбинированное применение современных методик лечебной эндоскопии и противорецидивную терапию с использованием антисекреторных и гемостатических препаратов. К числу последних относится транексамовая кислота, выпускаемая в Российской Федерации ООО «Мир-Фарм» с 2008 года.

Патогенетической основой для применения транексамовой кислоты у больных с НВЖКК является нарушение тромбообразования и повышение фибринолиза в условиях повышенной кислотности желудочного содержимого. Кроме того, нарушения в системе гемостаза при тяжелой кровопотере характеризуются не только гипокоагуляцией, но и значительной активацией фибринолиза.

**Цель исследования** состояла в изучении клинической эффективности, переносимости и безопасности отечественного препарата Транексам в качестве средства для предупреждения рецидива кровотечения из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

В исследование включены 47 пациентов, поступившие в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе по поводу тяжелого язвенного кровотечения. Больные были рандомизированно распределены в 2 группы: контрольную (n=25), которой проводилась базисная консервативная терапия, и основную (n=22) группу пациентов, получавших, кроме базисного лечения, транексам. Транексам вводили внутривенно по 750 мг (10 мг/кг) на 200 мл физиологического раствора 3 раза в сутки в течение 1-3 суток и через желудочный зонд – 750 мг препарата в 50 мл физиологического раствора – 3 раза в первые сутки.



Раствор для зондового введения готовили из таблетированной формы транексама непосредственно перед введением (immediate-release TXA solution).

В исследование включались больные с клинико-эндоскопическими признаками продолжающегося (F I a, b) или состоявшегося кровотечения с высоким риском рецидива (F II a, b), тяжесть состояния по шкале APACHE II составляла 14-16 баллов.

Повторную лечебную эндоскопию чаще выполняли в контрольной группе (32% больных) по сравнению с основной (18%). Применение транексама в комплексном консервативном лечении массивных язвенных кровотечений позволило уменьшить частоту рецидивов с 20% в контрольной группе до 10% и соответственно снизить оперативную активность с 16% до 10%. В результате нами отмечена тенденция к снижению общей летальности с 12% до 6%.

В ходе настоящего исследования нами отмечена тенденция к снижению потребности в объеме трансфузионной терапии в группе больных с тяжелым язвенным кровотечением, получавших транексам.

По данным зарубежных и отечественных авторов, опыт применения транексама при язвенных кровотечениях свидетельствует о целесообразности включения препарата в противорецидивную консервативную терапию НВЖКК с тяжелой степенью кровопотери и высоким риском операции. При стабильном состоянии больного и отсутствии клиники продолжающегося кровотечения оправдано применение транексама в комплексе препаратов 1-й линии до ФГДС в случае задержки лечебно-диагностической эндоскопии, а также в процессе длительной транспортировки к лечебному учреждению.

*Вербицкий В.Г.<sup>1 2</sup>, Синенченко Г.И.<sup>1 3</sup>*

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ  
КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ И ПРОТОКОЛОВ  
ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖИВОТА  
(НА ПРИМЕРЕ НЕВАРИКОЗНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ)**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи

им. И.И. Джанелидзе»<sup>1</sup>,

Санкт-Петербургский государственный университет<sup>2</sup>,

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова<sup>3</sup>,

Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время в России нет национальных рекомендаций по лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Это важно, в первую очередь, в отношении таких нозологических форм, как острый панкреатит, осложнения язвенной болезни (кровотечение и перфорация), острая кишечная непроходимость и острый холецистит. В 2001 году ассоциацией хирургов СПб (по инициативе профессоров И.А. Ерюхина и А.Е. Борисова) были разработаны и приняты региональные (Санкт-Петербургские) рекомендации по лечению острых форм живота, которые были уточнены и оформлены в виде Протоколов в 2006 г. По сути они предназначались для упрощения подготовки внутрибольничных (-госпитальных) протоколов, которые должны создаваться с учетом особенностей оказания помощи в различных стационарах города.

Зачем это надо? В первую очередь – для обеспечения надлежащего качества медицинской помощи, которая должна соответствовать современным достижениям медицинской науки и оказываться конкретному пациенту исключительно индивидуально, с учетом клинического опыта хирурга.

Кроме этого, национальные рекомендации (протоколы) необходимы для обеспечения их реализации в клинической практике. Именно на их основе должна была создаваться материальная база для надлежащего качества медицинской помощи в виде медико-экономических стандартов (МЭС), в частности, по профилю «острые хирургические заболевания живота». Существующие в настоящее время МЭСы далеки не только от интересов современной клинической практики, но через тарифную политику и от законов рынка в условиях страховой медицины. При этом проблема не в увеличении финансирования, а в разумном перераспределении (ре-структуризации) имеющихся материальных ресурсов здравоохранения.

Как создать необходимые общероссийские рекомендации? Существующие международные и зарубежные национальные рекомендации приняты на основе многочисленных рандомизированных клинических исследований и мультицентрового метаанализа, процедура их принятия сложна и трудоемка. Инициировали их разработку и обеспечивали неограниченное негосударственное финансирование зарубежные профессиональные сообщества, институты здоровья и т.д. Представляется целесообразным воспользоваться международным опытом с учетом достижений отечественной медицинской науки и социально-экономических возможностей. Организационный комитет по созданию мультидисциплинарной группы и разработке обсуждаемых рекомендаций разумно создать с привлечением ведущих специалистов Московского и Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи.

*Воевода М.И., Ярохно Н.Н., Балабушевич А.В., Большакова И.А.,  
Новикова М.С., Николаев К.Ю.*

**ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА  
БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

**Цель** исследования – оценить эффективность применения новой медицинской технологии – экспресс-теста «КардиоБСЖК», как метода ранней диагностики острого инфаркта миокарда (ОИМ) на догоспитальном этапе у больных с подозрением на острый коронарный синдром (ОКС) без подъема сегмента ST (ОКС БПST). Экспресс-тест «КардиоБСЖК» достоверно определяет в крови ранний маркер некроза миокардиоцитов – сердечный белок, связывающий жирные кислоты (сБСЖК), его характеристики изучены в российских исследованиях 2009-2012 гг., преимущественно в условиях стационаров.

В исследование включены две группы больных с подозрением на ОКСБПST, которым была оказана скорая медицинская помощь: в первую исследуемую группу включены 442 больных, которым проводилось определение сБСЖК, во вторую, контрольную, группу – 491 больной без определения сБСЖК.

**Материалы и методы.** Всем больным первой группы производилась постановка экспресс-теста «КардиоБСЖК», определяющего диагностически значимый уровень БСЖК в цельной венозной крови, с чувствительностью 15 нг/мл, во временном интервале после 1 час и до 12 часов от начала приступа ангинозных болей. В обеих группах оценивался процент расхождения диагнозов – соотношение разницы между первичным и окончательным клиническим диагнозом к общему количеству случаев данной нозологии, умноженное на сто процентов. Время обслуживания вызова – временной интервал с момента прибытия бригады СМП до начала транспортировки больного в стационар. Для оценки эффективности теста «КардиоБСЖК» вычисляли чувствительность – долю истинно положительных, а также специфичность – долю истинно отрицательных результатов тестов среди больных без ОИМ.

**Результаты и их обсуждение.** Первичный диагноз ОИМ выставлен 52 больным в группе исследования и 64 больным в контрольной группе. Анализ расхождений первичного и окончательного клинических диагнозов в контрольной группе показал, что диагноз ОИМ верифицирован у 39 больных, в исследуемой группе – у 45. Процент расхождений по диагнозу ОИМ составил 39,1% в контрольной и 13,5% в исследуемой группах. По результатам исследования эффективности экспресс-теста «КардиоБСЖК» чувствительность метода составила 84%, а специфичность – 93%. Время обслуживания вызова практически одинаково в обеих группах и составило, в среднем, 38 минут.

**Вывод.** Показаны высокая чувствительность и специфичность «КардиоБСЖК» в интервале 1-12 часов от начала болевого синдрома, что позволяет считать «КардиоБСЖК» эффективным инструментом дифференциальной диагностики ОКСБПСТ на догоспитальном этапе в условиях скорой медицинской помощи.

*Воробьев И.И., Струк Ю.В., Склярова Т.П.,  
Якушева О.А., Шамаев Е.М.*

### **ИССЛЕДОВАНИЕ АДАПТАЦИИ ОРДИНАТОРОВ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ**

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»  
Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Профессиональная деятельность анестезиолога-реаниматолога осуществляется в условиях хронической стрессовой ситуации. При чрезмерном психоэмоциональном напряжении адаптивная стресс-реакция переходит в патогенную, проявляющуюся в дезорганизации психосоциальных и психобиологических функций индивидуума.

**Цель:** изучить особенности адаптации ординаторов анестезиологов-реаниматологов.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе психофизиологической лаборатории учебно-методического отдела КУЗ ВО «Воронежского территориального клинического центра медицины катастроф». Использованы многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина, тест Люшера, опросник Плутчика–Келлермана–Конте, структурированная бе-

седа, модифицированный расчет адаптационного потенциала системы кровообращения по Р.М. Баевскому. В исследование включены 39 ординаторов анестезиологов-реаниматологов, из них 22 мужчины и 17 женщин, в возрасте от 23 до 34 лет, не имеющих стажа работы по данной специальности.

**Результаты.** Лица с достаточными функциональными возможностями организма составили 56,3%. В 43,7% случаев выявлено состояние напряжения адаптационных возможностей. Основные механизмы психологической защиты у исследуемых: проекция (66%), рационализация (34%), вытеснение (22%), компенсация (16%). По степени приспособления к меняющимся условиям социальной среды и профессиональной деятельности выделены 3 группы. В группу высокой адаптации (15,7%) вошли лица, которые легко и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывают стратегию своего поведения, не конфликтны, обладают высокой эмоциональной устойчивостью. Группа удовлетворительной адаптации (46,8%) представлена лицами с низкой психо-эмоциональной устойчивостью, у которых возможны срывы, проявление агрессии и конфликтности в экстремальных ситуациях. Лица, составившие группу низкой адаптации (37,5%), обладают низкой нервно-психической устойчивостью, в стрессовых ситуациях не сдержаны и конфликтны, возможны нервно-психические срывы. При этом у них отмечается высокий уровень функциональных резервов в 58,4% случаев.

**Выводы.** У большинства обследованных выявлены достаточный уровень адаптации и высокие функциональные резервы. Ведущими механизмами психологической защиты является проекция, рационализация, вытеснение и компенсация. В целях профилактики синдрома эмоционального выгорания и психической дезадаптации группы лиц с низкой адаптацией целесообразно проведение психокоррекционных мероприятий с последующим повторным психофизиологическим обследованием.

*Воскресенский О.А., Абакумов М.М.*

## **ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ И ОТКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ**

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

Расширение показаний к хирургическому лечению повреждений груди с применением современных миниинвазивных методов способствует сокращению длительности стационарного лечения и более быстрой реабилитации.

Видеоторакоскопия (ВТС) была применена у 373 пострадавших: при проникающих ранениях груди (ПРГ) – у 63,3% пациентов (236), при осложнениях традиционных методов хирургического лечения ранений груди – у 13,9% пострадавших (52), при осложнениях закрытой травмы груди (ЗТГ) – у 22,8% пострадавших (85). Показаниями к ВТС при ПРГ явились: низкая локализация ран груди при отсутствии очевидных признаков торакоабдоминального ранения (ТАР) с целью исключения сквозных ран диафрагмы; множественные раны груди с признаками ПРГ при отсутствии абсолютных показаний к торакотомии (ТТ); большой и средний гемоторакс, не купирующийся пневмоторакс у пациентов со стабильными показателями гемодинамики. В ходе ВТС выполняли остановку внутриплеврального кровотечения, ушивали раны лёгкого, диафрагмы. У пострадавших с осложнениями

ранений и ЗТГ эвакуировали остаточный и свернувшийся гемоторакс (СГ), устраняли источники персистирующего пневмоторакса, стабилизировали флотирующие переломы рёбер, удаляли инородные тела из лёгкого и плевральной полости, выполняли адекватную санацию и дренирование плевральной полости. Внутривидеальное кровотечение из ран грудной стенки различной интенсивности было выявлено у 49,2% пострадавших, а остановка кровотечения была произведена у 79,5% из них. Конверсия ВТС при кровотечении из грудной стенки потребовалась у 8,5% пострадавших. Раны лёгких были диагностированы у 46,2% пострадавших с ПРГ. Герметизация ран была выполнена у 69,6% из них, конверсия в ТТ потребовалась у 9,1% пострадавших. При левосторонних ТАР для ревизии брюшной полости и забрюшинного пространства выполняли лапаротомию или лапароскопию и ушивали диафрагму в ходе абдоминального этапа операции. При правосторонних ТАР и отсутствии показаний к лапаротомии, раны диафрагмы ушивали при ВТС. В лечении плевральных осложнений проникающих ранений и ЗТГ ВТС применяли всегда, когда можно было избежать торакотомии. Среди показаний к операции превалировали свернувшийся гемоторакс (СГ), персистирующий пневмоторакс, флотирующие переломы рёбер, эмпиема плевры (ЭП).

Раннее применение ВТС после развития СГ позволило избежать развития гнойных плевральных осложнений. Применение ВТС в лечении острой ЭП позволило сократить длительность её лечения в 2 раза по сравнению с традиционными методами. Летальность после ВТС колебалась от 1,3% при ПРГ и до 5,9% при лечении осложнений ЗТГ.

Таким образом, ВТС является эффективным хирургическим методом лечения пострадавших с травмой груди. Для достижения оптимальных результатов необходимо соблюдение критериев отбора пациентов: гемодинамическая стабильность, переносимость раздельной вентиляции и раннее выполнение ВТС при внутривидеальных осложнениях.

*Габдулхаков Р.М., Гатауллина Л.М., Садритдинов М.А., Мустафина Г.Т.,  
Сакаев Э.М., Плакс И.А.*

### **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ НА ИСХОДЫ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
ГКБ №21, г. Уфа, Россия

От своевременности оказания скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях, падениях с высоты, умышленных травмах зависит общий уровень летальности на догоспитальном этапе.

**Цель исследования.** Провести оценку влияния догоспитального времени на тяжесть состояния при поступлении и исходы при тяжелой сочетанной травме.

**Материалы и методы.** Данная работа выполнена по результатам исследования 347 больных, экстренно госпитализированных в отделение анестезиологии и реаниматологии ГКБ №21 г. Уфы с тяжелой сочетанной травмой. Пациенты стратифицированы по продолжительности догоспитального времени: до 30 минут; 30-60 минут и более 60 минут. Статистическая обработка полученных данных

проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программ SPSS 11.0, «Med Calc».

Прогностическую значимость факторов риска летального исхода оценивали с помощью логистического регрессионного анализа. Относительную силу взаимосвязи между факторами риска и исходом болезни определяли как отношение шансов (ОШ) и отношение рисков (ОР).

**Результаты и их обсуждение.** Проведенные нами исследования в группе больных с ISS= 15-29 баллов (n=178) показали, что догоспитальное время достоверно значимо не влияет на летальность ( $p>0,05$ ).

Однако исследования среди пострадавших с ISS  $\geq 30$  баллов (n=169) показали, что у больных, госпитализированных в первые 30 минут, тяжесть состояния по APACHE II на 19,0% ( $p<0,05$ ), SAPS II – 20,5% ( $p<0,05$ ), выраженность органических дисфункций по LODS на 36,8% ( $F=8,34$ ;  $p<0,01$ ), MODS на 35% ( $p<0,01$ ) меньше, летальность на 40% ( $\chi^2=9,70$ ;  $p=0,0027$ ; ОШ=7,92; 95%ДИ=1,90-38,03; ОР=4,33) ниже в сравнении с пострадавшими, госпитализированными спустя 1 час после травмы.

**Выводы.** Важнейшим фактором, определившим исход при тяжелой сочетанной травме, является догоспитальное время. Сокращение догоспитального времени до 30 минут у пострадавших с ISS  $\geq 30$  баллов позволяет снизить относительный риск смерти в 4,33 раза в сравнении с пострадавшими, госпитализированными через 60 минут после травмы.

*Вальтер Габер*

**АВАРИЙНЫЙ И КРИЗИСНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ  
В АЭРОПОРТУ ФРАНКФУРТ НА МАЙНЕ**

АО Фрапорт /Fraport AG, Франкфурт-на-Майне, Германия

**Законные (юридические) основания**

Все внутренние и международные аэропорты подчиняются национальным (федеральным) и интернациональным правилам и нормам, как например ICAO (International Civil Aviation Organisation).

Эти нормы и требования к аэропортам на национальном и международном уровнях (ICAO) сокращаются до наличия «аптечки» и «врача по вызову».

**Особенности большого международного аэропорта Фрапорт (Fraport)**

Основную ответственность за принятие организационных, персональных и материальных мер в случае возникновения чрезвычайных происшествий в аэропорту несет АО Фрапорт в соответствии с полномочиями, отведенными ему органами власти. Основную ответственность за проведение спасательных работ, а также за оказание скорой медицинской помощи несет муниципалитет города Франкфурта-на-Майне. Несмотря на это, на случай возникновения особо тяжелых чрезвычайных ситуаций в аэропорту всегда в готовности находятся квалифицированные врачи (ведущие врачи скорой помощи), ассистенты-спасатели и необходимое медицинское оборудование.

Все врачи клиники Фрапорта (работают 24 часа в сутки, 365 дней в году) квалифицированы как ведущие врачи скорой помощи. Все ассистенты-спасатели относятся к руководящему составу.

В 3-сменном режиме находятся в готовности 4-4-2 машины скорой помощи в сопровождении 1-9 врачей скорой помощи и до 8 ассистентов-спасателей, работающих регулярно в клинике аэропорта, которые могут в течение 5 минут после оповещения о тревоге через мобильную связь «Свиссфон» приступить к работам.

Кроме того, медицинское обеспечение усилено сотрудничеством с медицинской службой Люфтганзы (Lufthansa) и полицией.

С 2001 года в распоряжении медицинской службы находится так называемый «Disaster Truck» – грузовик с полным приводом, в котором находится медицинский материал для обеспечения до 180 пациентов, 2 надуваемые палатки и автономное свето- и электрообеспечение.

С имеющимися персональными ресурсами в первой фазе (0 до 30 минут) необходимо распоряжаться целенаправленно (в зависимости от времени суток) и определять приоритет.

### **Приоритеты медицинской службы Фрапорта**

С медицинской точки зрения, особое значение для врачей Фрапорта при наступлении чрезвычайного происшествия с большим количеством пострадавших (до прибытия городских и прочих спасательных служб) имеют следующие аспекты:

- Скорейшее медицинское обеспечение на месте происшествия и впоследствии в больницах, для избежания распространения паники, как, например, в случае Рамштайн (Ramstein Disaster).
- Скорейшее налаживание медицинской инфраструктуры для прибывающих медиков и спасательных служб.
- Осмотр и сортировка пострадавших по степени тяжести и последующего обеспечения их квалифицированной скорой медицинской помощью.

При обсуждении темы «Крушение воздушного» судна всегда возникают вопросы:

*1. Достаточно ли противопожарного и спасательного оснащения, находящегося в распоряжении Фрапорта?*

В рамках тесного сотрудничества с органами власти и другими партнерами Фрапорт разработал так называемый план действий при наступлении чрезвычайных ситуаций («BANOT» или Аварийный план), который дифференцирует (определяет) различные чрезвычайные происшествия.

Кроме того, в составе противопожарной и спасательной служб Фрапорта находятся квалифицированные специалисты и высокомодернизированное оснащение.

*2. Существуют ли планы на случай катастрофы?*

Аварийный план «BANOT» является обязательным к исполнению для всех подразделений Фрапорта и для всех фирм и предприятий, находящихся на территории аэропорта.

За пределами территории аэропорта ответственность лежит на городских и муниципальных властях.

*3. Что случится, если на терминал 1 или 2 обрушится крупное воздушное судно?*

В этом случае вступает в силу аварийный план BANOT. Это значит, высшая степень тревоги также и для окружных спасательных сил. Однако руководство берет на себя противопожарная служба города Франкфурт.

*4. Что случится, если крупное воздушное судно обрушится на автобан?*

Это происшествие находится в полномочии соответствующих городских и муниципальных властей. Фрапорт всегда оказывает поддержку в зависимости от наличия собственных ресурсов.

**Вывод.** С точки зрения медицинского обеспечения АО Фрапорт наилучшим образом подготовлено к чрезвычайным происшествиям различного характера.

Но, несмотря на это необходимо, чтобы все ответственные лица и органы (органы контроля, политики, федеральные общества и т.д.) понимали, что не Фрапорт и не другие вспомогательные структуры или организации не могут действовать и справляться в одиночку при особо тяжелых происшествиях, как например, авиакатастрофа с 200 и более потерпевшими.

АО Фрапорт, как и прежде, готово безвозмездно предоставлять в распоряжение свой ноу-хау (Know How) по этой теме по запросу.

*Гатауллина Л.М., Габдулхаков Р.М., Садритдинов М.А., Мустафина Г.Т.,  
Сакаев Э.М., Плакс И.А.*

**ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛЯ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
НА ИСХОДЫ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
ГКБ №21, г. Уфа, Россия

От качества оказания скорой медицинской помощи пациентам с тяжелой сочетанной травмой зависит общий уровень летальности на догоспитальном этапе. Примером могут служить развитые страны Запада, где улучшение скорой медицинской помощи позволило в разы снизить летальность от дорожно-транспортных травм.

**Цель исследования.** Оценить влияние профиля бригад скорой медицинской помощи на тяжесть состояния при поступлении и исходы при тяжелой сочетанной травме.

**Материалы и методы.** Работа выполнена по результатам исследования 264 пострадавших с ISS=15-45 баллов, экстренно госпитализированных в отделение анестезиологии и реаниматологии ГКБ №21 г. Уфы и проживших более 3 часов. Средний возраст пострадавших составил  $45,8 \pm 17,9$  лет, мужчин – 58,3%, женщин – 41,7%.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием пакета программ SPSS 11.0 «Med Calc».

**Результаты и их обсуждение.** Среди пострадавших 37,1% догоспитальную помощь оказали реанимационные бригады, 59,8% – линейные бригады и 3,0% доставлены попутным транспортом.

Исследования показали, что при одинаковой степени тяжести травмы по шкалам AIS и ISS тяжесть состояния при поступлении в стационар по системам APACHE II на 17,7% ( $p < 0,05$ ), SAPS II на 18,2% ( $p < 0,05$ ), выраженность органных дисфункций по LODS на 25,4% ( $p < 0,05$ ), MODS- 23% ( $p < 0,05$ ) были выше в группах, где догоспитальную помощь оказывали линейные бригады. Летальность также на 12,6% оказалась выше в группах, где догоспитальную помощь оказывали



линейные бригады СМП. Значимость различий по числу летальных исходов с помощью критерия  $\chi^2$  была статистически достоверна:  $\chi^2 = 4,37$ ;  $p=0,037$ ; чувствительность=0,43; специфичность=0,73.

**Выводы.** Обеспечение догоспитальной помощи реанимационными бригадами позволяет сгладить выраженность органических дисфункций к моменту госпитализации в стационар, снизить летальность ( $p<0,05$ ).

*Геращенко Е.В.<sup>1</sup>, Колодкин А.А.<sup>2</sup>*

### **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА В ТУАПСИНСКОМ РАЙОНЕ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

МБУЗ «Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»<sup>1</sup>,  
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России<sup>2</sup>,  
г. Краснодар, Россия

Последняя чрезвычайная ситуация (ЧС) природного характера произошла в Туапсинском районе в августе 2012 г., когда затоплению подверглись пос. Тенгинка, Лермонтово и Новомихайловский. В 1:18 22.08.12 г. уровень воды в реках стал увеличиваться и, например, в р. Нечепсухо поднялся до 2,1-2,5 м. К 4:00 часам утра дождь прекратился и вода спала. Затоплению подверглись жилые дома и социальные объекты (1 больница, 1 школа и 1 детский сад).

В Туапсинской районной больнице № 2 пос. Новомихайловский оказался подтопленным 1-й этаж, на котором расположено реанимационное отделение. Электроснабжение в больнице и расположенной на ее территории подстанции скорой медицинской помощи (СМП) прекратилось. Начиная с 5:00 часов утра бригадами Станции СМП г. Туапсе началась эвакуация больных из подтопленной больницы. В это же время в район выдвинулись бригады СМП из других районов (первыми прибыли бригады из г. Горячий Ключ и Геленджик).

Для решения первоочередных вопросов и с учетом опыта работы в Крымском районе в зоне ЧС под руководством глав сельских поселений были развернуты штабы, выставлены круглосуточные посты, в основном, за счет прибывших бригад СМП. Медицинские работники СМП осуществляли несвойственные им функции. Подстанция СМП в пос. Новомихайловском на 2 выездные бригады в первые сутки ЧС обслужила 24 вызова. Их число возросло в дальнейшем вдвое и в оказании СМП уже были задействованы прибывавшие бригады. Более активно в оказании медицинской помощи были задействованы сотрудники СМП Туапсинского района, принимавшие участие в ликвидации последствия ЧС в Крымском районе. Имеющийся опыт позволил сразу оснастить эти бригады таблетированными препаратами, мазями, растворами антисептиков и перевязочным материалом. Организация всей деятельности СМП при ликвидации ЧС осуществлялась непрерывно через Центральную диспетчерскую службу Станции СМП, расположенной в г. Туапсе.

В дальнейшем, необходимо предусмотреть примерный перечень лекарственных препаратов, используемых при ликвидации подобной и иных по природе ЧС, как и утверждение первичной документации, удобной при приеме большого числа

пациентов с одновременным подсчетом статистических данных различного характера. В зависимости от масштабов ЧС и географического района возможно усиление бригад СМП, как наиболее мобильных формирований, врачами других специальностей (хирургами, травматологами и др.).

*Гибадулин Н.В., Трофименко А.В., Бояринцев В.В.*

### **СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ОСТАНОВКИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Клиническая больница №1»,  
Москва, Россия

Остановка массивных кровотечений является актуальной проблемой в практике врача (фельдшера) скорой медицинской помощи.

В настоящее время основными средствами остановки наружных кровотечений, находящихся на табельном оснащении врачебно-фельдшерских бригад, являются жгут и давящая повязка, имеющие, в свою очередь, целый ряд недостатков, вызывая осложнения, как на местном, так и системном уровнях (повреждение нервов, мышц, кожных покровов, ишемические и механические некрозы, блок микроциркуляции, микротромбозы, повреждение крупных сосудов, реперфузионный синдром).

С целью уменьшения числа осложнений ведётся постоянный поиск и разработка различных средств медицинского назначения (моделей жгутов), а также альтернативных методов гемостаза (давящие повязки, местные гемостатические средства и др.).

Одним из таких средств местного применения является гемостатическое средство, разработанное на основе модифицированного активированного синтетического цеолита, обладающего заданными целевыми свойствами. Быстрая остановка кровотечения осуществляется за счет интенсивного поглощения воды цеолитом. При его контакте с кровью местно поглощается большое количество воды, превышающее массу и объем препарата, что приводит к повышенной местной концентрации клеточных и крупных белковых компонентов крови (включая факторы свертывания). В итоге происходит ускоренное формирование кровяного сгустка. Кроме того, поверхностный потенциал цеолита NaCaAX благоприятствует активации XII фактора свертываемости крови и тромбоцитов. Содержащийся в препарате кальций является, кроме всего прочего, кофактором во многих звеньях процесса коагуляции.

Преимущества перед жгутами:

- Не вызывает ишемию конечности (не ограничивает по времени эвакуацию!).
- Эффективен при ранениях шеи, паха, ягодичной области.
- Может применяться при ранах различной площади и рельефа.
- Останавливает артериальные, венозные и капиллярные кровотечения.

Эффективность при наружном кровотечении – 100%.

**Вывод:** на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций средством выбора для временной остановки массивного наружного кровотечения является использование препарата на основе синтетического цеолита с доказанной клинической эффективностью.

*Голубятников В.Б., Мухаметзянов А.М., Хунафин С.Н., Ижбульдина Г.И.*  
**ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ В МБУЗ ГКБ №18 Г. УФЫ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Уфа, Россия

Первичное сосудистое отделение для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на базе МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы было организовано 1 января 2009 года.

Отделение состоит из 12 коек блока интенсивной терапии (БИТ) и 48 коек ранней реабилитации. В отделении работают мультидисциплинарные бригады, организованы кабинеты физиотерапии и функциональной диагностики и осуществляется двухступенчатая система лечения больных с ОНМК: БИТ и палаты ранней реабилитации. Производится 100%-ная госпитализация больных с ОНМК. Оснащение, лечебно-диагностические алгоритмы, проводимое лечение соответствуют современным требованиям и стандартам. Все пациенты идут по заранее разработанному маршруту, включающему скрининговое исследование головного мозга на 16-срезовом компьютерном томографе и в 97,3% – методом интра- и экстракраниальной доплерографии, что позволило достоверно верифицировать патогенетический подтип инсульта. Все больные госпитализируются, минуя приемный покой, в БИТ вне зависимости от выраженности неврологического дефицита.

Всего в отделении пролечено в 2009-2012 гг. 5423 пациента.

В структуре заболевания преобладают больные с ишемическими инсультами – 63,7% от всех пролеченных больных, 13,7% с геморрагическими инсультами, а пациенты с транзиторными ишемическими атаками – 22,6%.

Среднее пребывание выписанных больных с нетравматической внутримозговой гематомой составило 10,6 койко-дня, с субарахноидальным кровоизлиянием – 7,8 койко-дней, с транзиторной ишемической атакой – 15,6 койко-дня, с ишемическим инсультом – 16,8 койко-дня.

Увеличилось число пациентов, переведенных в региональный сосудистый центр для оказания высокотехнологичной медицинской помощи: в 2012 г. – 84 чел., в 2011 г. – 102, в 2010 г. – 76, в 2009 г. – 41. Число пациентов, независимых в повседневной жизни, составило в 2012 г. – 877 чел., в 2011 г. – 796, в 2010 г. – 761, а в 2009 г. – 781 (68% от всех пролеченных больных). Все больные с геморрагическим инсультом в течение 1-х суток осматриваются нейрохирургом для решения вопроса об оперативном удалении гематомы.

Таким образом, мероприятия, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи больным с церебральным инсультом в РБ, включающие создание первичного сосудистого отделения на базе МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы, позволили снизить летальность от острого церебрального инсульта на 2,1%, и число пациентов, независимых в повседневной жизни, к концу стационарного лечения составило 68%.

*Гончаров Н.И., Гончаров К.Н., Старков А.В.*

## **БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ОСНОВА СНИЖЕНИЯ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЯЖЁЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Компетентность людей в мире опасностей и способах защиты от них – необходимое условие безопасности жизнедеятельности (БЖД). Это достижимо только в результате обучения и приобретения опыта на всех этапах образования и практической деятельности человека. Сейчас всё больше возрастает значение подготовки специалистов с высшим образованием для решения проблем как личной безопасности, так и по защите персонала объекта экономики. Необходимо повышать ответственность за соблюдение неукоснительных требований и контроля таких мероприятий, как:

- обеспечение охраны труда и соблюдение здорового образа жизни;
- снижение риска возникновения техногенных и природных катастроф;
- приобретение нового взгляда на роль и значение человеческого фактора.

В этой связи возрастает роль и ответственность системы образования за подготовку профессиональных специалистов.

В учебных заведениях данная подготовка ведётся путём изучения дисциплины «Безопасность жизнедеятельности», предназначенной для:

- 1) формирования у студентов сознательного и ответственного отношения к вопросам личной безопасности и безопасности окружающих;
- 2) привития основополагающих знаний и умения распознавать и оценивать опасные ситуации и вредные факторы среды обитания человека в условиях чрезвычайных ситуаций;
- 3) определения способов защиты от них, а также умения ликвидировать последствия и оказывать само- и взаимопомощь в случае проявления любых опасностей.

Большая роль при этом отводится оказанию медицинской помощи пострадавшим ещё на догоспитальном этапе.

Таким образом, основная задача изучения дисциплины «БЖД» в медицинском вузе – это вооружение студентов теоретическими знаниями и практическими навыками, необходимыми для удовлетворения потребностей современного общества в оказании профессиональной медицинской помощи.

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

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
г. Минск, Республика Беларусь

Сочетанная травма в Республике Беларусь является основной причиной инвалидизации и смерти у детей и лиц до 35 лет. В городской клинической больнице

скорой медицинской помощи г. Минска пациенты с травматическими повреждениями составляют до 25% от всех госпитализируемых.

Перед врачом скорой помощи при лечении пациента с сочетанной травмой стоят следующие задачи:

1. Лечение острой дыхательной недостаточности (интубация трахеи или установка ЛМ). Именно гипоксия служит причиной летального исхода у 30% пациентов с сочетанной травмой.

2. Инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов для стабилизации гемодинамики. Стартовым раствором будет, очевидно, кристаллоид в дозе не менее 20 мл/кг быстро в/венно капельно за 20-30 минут.

3. Введение симпатомиметиков методом постоянной инфузии.

4. 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 2011-2012 гг. В 2011 г. всего было пролечено 1696 пациентов, умерло 76, летальность составила 4,5%. В 2012 г. было пролечено 1916 пациентов, умерло 47, летальность составила 2,5%. Оценивались время доставки пациентов в стационар, наличие и качество респираторной поддержки и иммобилизации, объем инфузионной терапии, обезболивание на догоспитальном этапе.

Основные проблемы: отсутствие респираторной поддержки (до 65%) или малая ее эффективность. Недостаточное применение трубки комбинированной, ларингеальной маски, интубации трахеи. Вводимые объемы слишком малы, в 38% случаев составляют до 0,5 литра. Отрадным фактом является устойчивый рост использования шейного воротника (31,9%). Иммобилизация на щите применяется недостаточно (только у 10,6% больных). Недостаточно используются фентанил и НПВС (суммарно только у 6,7% пациентов). Неоправданно широко применяется аналгин (14,8%). Подавляющее большинство пациентов были доставлены 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».

Сочетанная травма (СТ) – основная причина инвалидизации и гибели лиц трудоспособного возраста в РБ. Адекватная диагностика и терапия СТ на догоспитальном этапе – основа успеха в снижении летальности. Обязательным условием подготовки пациента к транспортировке является проведение комплекса мероприятий интенсивной терапии на месте происшествия.

*Гребнев А.Р., Борисов М.Б., Денисенко В.В., Петров А.В., Самохвалов И.М.*

### **ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ КАНЮЛИРОВАННЫМИ ВИНТАМИ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

В клинике военно-полевой хирургии апробирована методика чрескожного остеосинтеза переломов вертлужной впадины канюлированными винтами. Мето-

дика применялась у 16 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой. Во всех случаях наблюдалось сочетание переломов вертлужной впадины с переломами тазового кольца. У 14 пострадавших произведена первичная фиксация нестабильных переломов костей таза в аппарате КСТ при поступлении в клинику. Уточнение диагноза и предоперационное планирование производились после СКТ таза с 3D реконструкцией.

Показанием к применению методики считали: переломы без смещения или со смещением до 2-3 мм, престарелый возраст, тяжелую сопутствующую патологию, противопоказания к выполнению стандартных операций.

Введение винтов осуществлялось по направляющей спице через проколы кожи под полипозиционным рентгенконтролем электронно-оптическим преобразователем. С применением данной методики фиксировано 9 переломов передней колонны, 2 перелома задней колонны, 5 поперечных и Т-образных переломов вертлужной впадины.

**Результаты.** Длительность оперативного пособия составила в среднем 25 мин. Во всех случаях послеоперационные раны зажили без осложнений. В послеоперационном периоде скелетное вытяжение не использовалось, вертикализация пациентов проводилась без нагрузки на поврежденную конечность. При контрольном рентгеноскопическом исследовании дополнительного смещения отломков не выявлено.

**Заключение.** Малоинвазивная фиксация переломов вертлужной впадины может стать методом выбора в ряде клинических ситуаций. Недостатками метода являются: невозможность точной репозиции, лучевая нагрузка, необходимость наличия дорогостоящего оборудования.

*Данилов В.А., Усатов А.В., Еремينا О.В.*

## **ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. ВОЛЖСКОГО В УСЛОВИЯХ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПО СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи»,  
г. Волжский Волгоградской области, Россия

Согласно Федеральному закону от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 1 января 2013 г. учреждения, оказывающие скорую медицинскую помощь (СМП), стали работать в системе обязательного медицинского страхования.

Станция скорой медицинской помощи г. Волжского за такой небольшой промежуток времени столкнулась с проблемами, оказывающими влияние на всю работу службы СМП:

1. Ранее предусматривалось, что 2013 и 2014 годы будут переходными, и финансирование учреждений будет формироваться и обеспечиваться по подушевому принципу, но не менее уровня 2012 года. Станции скорой медицинской помощи будут передавать отчеты и счета в ОМС только для анализа числа вызовов, корректировки сумм, контроля оказания медицинской помощи и др. Однако, по факту, мы имеем ежемесячные проверки экспертами страховых медицинских

организаций, перечень оснований для отказов в оплате медицинской помощи и применение штрафных санкций, в том числе от 50 до 100% за увеличение сроков ожидания скорой медицинской помощи, но при этом никто не учитывает тот факт, что вызова обслуживаются по типу экстренности.

2. В нашем регионе передачи данных обслуженных пациентов в Территориальный фонд ОМС производится повторно ручным способом, хотя в оперативном отделе учреждения с 2003 года установлен программный комплекс диспетчерской административной и статистической службы «АДИС». Это программный продукт, поддерживающий в полном объеме весь процесс обработки вызовов на станции скорой медицинской помощи, начиная от приема вызова диспетчером «03» до статистической обработки данных, накопленных в результате их обслуживания.

3. Появились изменения в работе врачей и фельдшеров выездных бригад СМП, обусловленные необходимостью в заполнении введенного в работу приложения к карте вызова, содержащем информацию для оформления документов в фонд ОМС (Ф.И.О. пациента, данные паспорта, полиса ОМС, СНИЛС, дата и место рождения, место регистрации и место проживания). Увеличилась нагрузка для работников скорой медицинской помощи по подготовке этих документов. Как следствие, это отразилось на увеличении времени обслуживания вызова. Врачи и фельдшеры стали больше думать не об оказании необходимой медицинской помощи больному, а о необходимости правильного заполнения приложения к карте вызова.

4. Появилась тенденция к снижению удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи, обусловленной необходимостью предоставления требуемых документов бригадами СМП и информации.

5. Плановое количество выездов на 2013 год, предоставленное ТФОМС, рассчитано только на застрахованное население и не отражает реалии повседневной работы службы скорой медицинской помощи в условиях обращаемости, значительно превышающей норматив 0,318 на 1 жителя.

В заключение следует отметить, что не важно, в какой системе работает наша служба, скорая медицинская помощь должна оказываться населению бесплатно, безотлагательно и безотказно. И это должно оставаться исключительной особенностью нашей работы, поскольку экстренная медицинская помощь человеку – это самое главное и первоочередное.

*Дергачева Ю.Е., Жиляев Е.В., Теблов К.И.*

**ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА РИСК  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ  
С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ  
СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова», Москва, Россия

**Цель исследования.** Изучение влияния лечебных вмешательств на риск сердечно-сосудистой смерти пациентов с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий в условиях когортного исследования.

**Материалы и методы.** Критерии включения: стабильная стенокардия напряжения; гемодинамически значимый стеноз  $\geq 70\%$  диаметра, как минимум, одной коронарной артерии; жители Москвы и Московской области. Критерии исключения: острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, смертельный исход во время первичной госпитализации. Пациенты для исследования отбирались по журналу коронароангиографий Главного клинического госпиталя МВД РФ, начиная с 1 января 2000 года. Запланированный объем исследования – 150 пациентов. Конечная точка – сердечно-сосудистая смерть. Потенциальные предикторы, оцениваемые в когорте: пол, возраст, индекс курения, рост, вес, имеющиеся заболевания, данные лабораторных методов обследования, эхокардиографии (ЭхоКГ), коронароангиографии. Влияние медикаментозного и хирургического лечения на исходы оценивали с поправкой на выявленные достоверные взаимонезависимые предикторы риска смерти от сердечно-сосудистой причины в исследуемой группе. Воздействие лекарственных средств оценивали по времени, в течение которого пациент принимал препараты каждого из классов, и по общей принятой дозе препаратов класса, отнесенной к длительности наблюдения. Статистическую обработку данных производили с помощью пакета статистических программ SPSS 17.0.

**Результаты.** Прослежены 150 пациентов до 2011 года или до наступления смерти. Средняя длительность наблюдения составила  $6,28 \pm 4,08$  года. За время наблюдения у 26 пациентов наступила сердечно-сосудистая смерть. Взаимонезависимыми факторами риска сердечно-сосудистой смерти являются: ФВ ЛЖ (прирост риска на 9,3% на каждый процент снижения), семикратное увеличение риска при наличии нарушений сократимости базального заднебокового сегмента, трехкратный рост риска при увеличении количества выкуриваемых сигарет на 1 пачку в день, рост риска на 3,5% при снижении уровня гемоглобина на 1 г/л. Связи лечебных вмешательств с наступлением смерти от сердечно-сосудистой причины оценены с поправкой на четыре вышеуказанных независимых предиктора данного исхода. Прием антирениновых средств (блокаторы рецепторов ангиотензина II и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), статинов и триметазида достоверно ассоциируется со снижением риска смерти от сердечно-сосудистых причин в исследуемой когорте.

*Джурко Б.И., Крылов М.К., Мазуркевич Г.С., Крецер И.В., Кузнецова Л.А.*

#### **СПОСОБ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА**

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

Способ позволяет определить способность клеток утилизировать кислород (жизнеспособность) на основе одновременной регистрации в артериальной и венозной крови концентрации двух газов, проходящих одинаковым путём через кровеносные сосуды, межклеточное пространство и клетки, один из которых (кислород) утилизируется клетками, а другой – нет и полностью выводится из организма (водород). Способ реализован с помощью метода водородного клиренса. Жизнеспособность клеток (ЖК) рассчитывалась следующим образом:



$$ABPO_2 = \frac{KФК.К.ЖК}{ОСК},$$

где:  $ABPO_2$  – артерио-венозная разница в кислороде,  $K$  – концентрация газа в артериальной крови, объёмная скорость капиллярного кровотока –  $ОСК$ .

$$ABPH_2 = \frac{KФК.К}{ОСК},$$

где  $ABPH_2$  – артериовенозная разница в водороде.

$$\frac{ABPH_2}{ABPO_2} = \frac{1}{ЖК'}, \quad ЖК = \frac{ABPO_2}{ABPH_2}$$

Приведенные формулы являлись алгоритмом математической обработки. Информацию о способности клеток утилизировать кислород получали после обработки компьютером аналоговых сигналов по специальной программе и сравнения с экспонентами известных параметров.

Способ отработывали на модели газообмена в ткани, позволившей установить зависимость выведения кислорода из тканей от каждого из следующих факторов в отдельности, и в совокупности: величины потока жидкости (кровотока), количества функционирующих капилляров и активности поглощения кислорода из капилляров раствором сернистого натрия. Газообменник представлял собой герметичный резервуар с раствором поглотителя кислорода (2 г  $Na_2SO_3$  и 2 л воды) и проходящую через резервуар сменную трубку диаметром 1 мм с отверстиями стандартного диаметра, количеством которых регулировалась интенсивность газообмена. Парциальное давление кислорода на выходе из системы определяли на газоанализаторе.

*Дмитриенко О.Д., Плинк М.Ю., Сотников А.Д.*

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

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

СПб ГУТ им. проф. М.А. Бонч-Бруевича, Санкт-Петербург, Россия

НИИ скорой помощи им И.И. Джанелидзе является ведущим учреждением по оказанию экстренной медицинской помощи на СЗ РФ и головным медицинским учреждением города по оказанию помощи при чрезвычайных ситуациях (ЧС). Приоритетным направлением работы Балтийского центра телемедицины (БЦТМ) является медицина катастроф. С 2010 года БЦТМ сотрудничает с ВЦМК «Защита» МЗ РФ в рамках проекта «Создание интегрированной платформы для оказания помощи при спасении пострадавших при ЧС». С 2010 года в подразделениях НИИ СП, ответственных за оказание помощи при ЧС, функционируют системы видеоконференцсвязи, что позволяет осуществлять видеоконференции через

наземные и спутниковые каналы связи с МЗ РФ, 10 центрами экстренной телемедицинской консультативной помощи федерального уровня, с 47 территориальными центрами медицины катастроф в 8 федеральных округах.

С 2011 года БЦТМ принимает участие в апробации и внедрении системы межведомственного взаимодействия в рамках Городской службы видеоконференцсвязи СПб. Проводится отработка оперативного реагирования и тактического взаимодействия в режиме видеоконференцсвязи при возникновении ЧС с органами государственной власти различных уровней, МЧС, ГУВД, ГИБДД и другими оперативными подразделениями и учреждениями здравоохранения.

Проводимые исследования обеспечивают готовность института к оказанию помощи пострадавшим при ЧС и оказанию круглосуточной экстренной и высококвалифицированной консультативной помощи на основе ТМ систем.

Основной научной целью деятельности является исследование взаимодействия и взаимного влияния информационных и технологических (диагностических, лечебных и др.) процессов.

Научная новизна проводимых работ заключается в выявлении проблемных участков при передаче информации в неоднородных сетях, что позволит сформулировать конкретные требования к характеристикам сетевой среды со стороны пользователей – подразделений и служб экстренной помощи; в обеспечении согласованности территориальных (стационары и т.п.) информационных подсистем с системами экстренной медицинской помощи и внутриклиническими информационными системами; в исследовании механизмов интеллектуального взаимодействия информационных систем служб экстренной медицинской помощи с городскими службами дорожного движения, пожарной, полицейской и службами безопасности с целью комплексного решения проблемы оказания помощи в условиях ЧС.

*Добровольская А.Е.<sup>1,2</sup>, Софронов А.Г.<sup>1,2</sup>, Пашковский В.Э.<sup>1,2</sup>,  
Тявокина Е.Ю.<sup>1</sup>, Прокопович Г.А.<sup>1</sup>.*

### **АНАЛИЗ ПОСТУПЛЕНИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ И НАРКОТИКАМИ В СОМАТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе»<sup>1</sup>,

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова»<sup>2</sup>, Санкт-Петербург, Россия

**Цели и задачи исследования:** мониторинг причин поступления больных шизофренией, коморбидной с наркологической патологией в соматопсихиатрическое и токсикологическое отделения многопрофильного стационара, изучение социально-демографических характеристик этих пациентов. Оценка влияния коморбидных с шизофренией наркологических расстройств на течение и исход соматической патологии.

**Материалы и методы исследования.** Сплошным методом обследованы больные шизофренией, злоупотребляющие психоактивными веществами (ПАВ), поступившие в токсикологическое (n=228 чел.) и соматопсихиатрическое

(n=212 чел.) отделения НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. На каждого пациента с коморбидной патологией заполнялась формализованная карта.

**Результаты исследования.** Среди больных с коморбидной патологией преобладали мужчины (64,1%), средний возраст которых составил  $37,7 \pm 5,2$  года, со средним или средним специальным образованием (81,1%), неработающие (85,1%), имеющие группу инвалидности по психическому заболеванию (75,2%), не состоящие в браке (71%). Наибольшую группу составили больные шизофренией, злоупотребляющие алкоголем (65,2%), вторую по численности группу образовали полинаркотизирующиеся пациенты с расстройствами шизофренического круга (27,8%), и 7% больных шизофренией страдали монозависимостью от других ПАВ (преимущественно опийного ряда). Примерно с одинаковой частотой, показанием для госпитализации в токсикологическое отделение являлись отравления в результате передозировки (50,1%) или с суицидальной целью (43,9%). В 6,0% случаев отмечаются отравления в результате несчастного случая. При передозировке, в качестве основных токсикантов выступают алкоголь (42%) и препараты опийной группы – метадон (25,7%), реже героин (16,3%). В 9,1% случаев причинами отравления являются передозировки барбитуратов, оксибутирата натрия и других видов ПАВ. Коморбидные больные поступают в соматопсихиатрическое отделение после совершения суицида (45,1%) и с эндоформными обострениями (41,3%). Реже наблюдается поступление с экзоформным психозом (13,6%). У коморбидных больных, помимо ургентной соматической патологии, в 78,4% случаев регистрировались хронические заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем и желудочно-кишечного тракта, а также болезни обмена в состоянии субкомпенсации или нестойкой ремиссии. Коморбидные больные достоверно дольше находились на лечении в стационаре по сравнению с больными шизофренией без сопутствующего наркологического расстройства (средн. койко/день 12,1 против 7,2;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Ведущими причинами поступления коморбидных пациентов в токсикологическое отделение являются случаи передозировки ПАВ и самоотравления с целью суицида. В соматопсихиатрическое отделение поступления обусловлены развитием эндоформного обострения и суицидальным поведением. Основной контингент составляют мужчины с низким уровнем социального функционирования. Злоупотребление ПАВ усиливает общеклиническую тяжесть состояния, ухудшает течение и исход соматической патологии у больных шизофренией.

*Додонова И.В., Петрова Н.Г., Кириллова Н.В., Погосян С.Г.*

### **О РЕЗУЛЬТАТАХ АНКЕТИРОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Работа в службе скорой помощи предъявляет особые требования к сотрудникам, включая высокий профессионализм, готовность и умение быстро принимать решения в нестандартной ситуации, умение работать в «команде», полную самоотдачу. В формировании этих навыков (или в их развитии) важную роль играют руководители, одной из задач которых является формирование соответ-

ствующих мотивационных установок и механизмов. Для того чтобы они носили обоснованный и целевой характер, необходим постоянный мониторинг, включающий (среди прочего) изучение мнения сотрудников.

Нами было проведено анкетирование работников одной из городских подстанций скорой помощи. Было установлено, что основным мотивирующим к хорошей работе фактором является материальное стимулирование (так считал каждый второй респондент). В то же время сохраняют свою значимость и факторы обратной (отрицательной) стимуляции. Каждый четвертый (25%) респондент полагал действенными меры дисциплинарных взысканий. Определенное значение имеет возможность профессионального самовыражения и мнение коллектива (на что указали по 7,5% респондентов).

Важным, на наш взгляд, являлся и вопрос о том, что мешает сотрудникам качественно выполнять их работу. Для 40% респондентов такой причиной являлась недостаточная профессиональная подготовка, что не может не настораживать и требует принятия срочных мер, направленных на повышение уровня квалификации персонала. Для 20% опрошенных важной «помехой» являлось практически отсутствие взаимодействия с коллегами (они считали, что им мешают сотрудники, с которыми приходится работать). Безусловно, данная ситуация также требует коррекции с участием социальных психологов. Следующие два ответа взаимосвязаны между собой. 15% респондентов в качестве причины, не позволяющей им трудиться с полной самоотдачей и высокой эффективностью, назвали плохое здоровье, а 7% – критический возраст.

Интересно, что, несмотря на перечисленное выше, отвечая на вопрос о том, какие задачи требуют приоритетного решения для повышения качества работы бригад скорой помощи, 36% респондентов назвали необходимость улучшения оснащения бригад (аппаратурой и медикаментами), а 25% – полного укомплектования штатов.

Полученные результаты должны быть учтены руководителями служб скорой медицинской помощи при разработке управленческих решений, направленных на повышение ее качества.

*Дубров В.Э., Колтович А.П., Палтышев И.А.*

### **ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ**

Главный военный клинический госпиталь внутренних войск  
Министерства внутренних войск Российской Федерации,  
г. Балашиха Московская обл., Россия

Преобладающим видом комбинированной травмы являются термомеханические повреждения, которые в общей структуре составляют 5-10%.

**Методы и материалы.** В исследовании проанализированы результаты лечения 93 раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями (КТМП).

Минно-взрывные ранения у всех пострадавших были множественными и сочетанными. Среди ранений и травм у раненых с КТМП чаще всего встречались

повреждения головы – 67 (72%) раненых, верхних конечностей – 44 (47,3%) раненых, нижних конечностей – 50 (53,8%) раненых. Реже были выявлены ранения шеи – 8 (8,6%) раненых, таза – 5 (5,4%) раненых и магистральных сосудов – 7 (7,5%) раненых.

При повреждениях головы чаще всего встречались непроникающие ранения – 46 (68,6%) раненых и ранения мягких тканей – 28 (41,8%) раненых. У 8 (11,9%) диагностированы проникающие ранения черепа.

Поверхностные повреждения шеи диагностировали у 7 (77,8) пострадавших. У 1 (11,1%) раненого повреждение сонной артерии.

Ранения груди были диагностированы у 21 (22,6%) раненого. Чаще выявляли непроникающие ранения мягких тканей груди – 14 (66,7%) раненых. Самыми тяжелыми в прогностическом и лечебном плане были огнестрельные ранения груди, сопровождаемые термоингаляционными поражениями, которые были диагностированы у 8 (8,6%) пострадавших. Ожог дыхательных путей подтвердился, как клинически, так и инструментально, во время лечебно-диагностической бронхоскопии.

С повреждениями живота и таза в сочетании с ожогами поступили 18 (19,4%) человек. Ранения мягких тканей – 13 (72,3%) пострадавших. Проникающие ранения живота выявлены у 8 (44,4%) раненых. У 3 (16,7%) из них было повреждение тонкой и толстой кишок, у 1 (5,6%) – ранение двенадцатиперстной кишки и ушиб почки, еще у 2 (11,1%) ранение печени.

При повреждениях таза у 9 (50,0%) пострадавших отмечались ранения половых органов и у 1 (5,6%) переломы костей таза.

У 67 (72,0%) человек диагностированы повреждения опорно-двигательного аппарата. Повреждения нижних конечностей 50 (53,8%) случаев, из них ранения мягких тканей – 38 (56,7%) человек и огнестрельные переломы костей бедра и голени – 19 (28,4%), отрывы стоп – 11 (16,4%) человек.

**Вывод.** Среди ранений и травм у раненых с КТМП чаще всего выявляли повреждения головы и конечностей (в обеих группах по 67 (72%) раненых).

*Ермолова И.В., Абакумов М.М., Погодина А.Н., Владимирова Е.С.,  
Береснева Э.А., Трофимова Е.Ю., Шарифуллин Ф.А., Картавенко В.И.*

### **ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И ЖИВОТА (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)**

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

**Цель:** совершенствование методов диагностики и лечения пострадавших с повреждениями диафрагмы при сочетанной травме.

**Материалы и методы.** За период с 1980 по 2012 гг. в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского мы наблюдали 252 пострадавших с разрывами диафрагмы в возрасте от 10 до 81 года. Мужчин было 211 (83,7%), женщин – 41 (16,3%). Преобладали пациенты в возрасте от 21 до 50 лет. Наиболее частой причиной повреждений диафрагмы в 201 наблюдениях были дорожно-транспортные происшествия (79,8%). Разрыв диафрагмы выявлен у 217 пациентов: слева – у 159 (73,2%), справа – у 50 (23%), с двух сторон – у 8 (3,8%). Множественные

повреждения диафрагмы отмечены у 4, сквозные разрывы – у 205 (94,5%), несквозные – у 12 (5,5%) пострадавших. Повреждения диафрагмы ребром выявлены у 35 пациентов (слева – 21, справа – 14), из них множественные – у 6 пациентов, сквозные дефекты – у 28, несквозные – у 7.

Для диагностики повреждений диафрагмы применяли лучевые методы (рентген, УЗИ, КТ), торакоскопию.

**Результаты.** У большинства пострадавших выявлена тяжелая сочетанная травма с повреждением трех-пяти анатомических областей. Чувствительность рентгенологического метода составила 93%, ультразвукового – 83%, а компьютерной томографии – 73%. Торакоскопия применена нами у 6 пациентов. 209 пациентов оперированы в различные сроки после поступления. В 103 (48,8%) наблюдениях разрывы диафрагмы были диагностированы во время экстренной операции, показанием к которой были повреждения груди и живота, осложненные кровотечением в брюшную или плевральную полости. 101 пострадавший оперирован с установленным диагнозом разрыва диафрагмы. При разрыве диафрагмы справа выполняли торакотомия в седьмом межреберье, слева в первые 14 суток методом выбора считали лапаротомия, а в более поздние сроки – боковую торакотомия. Соотношение лапаротомий и торакотомий при разрывах диафрагмы составило 5:1, а при повреждении диафрагмы ребром – 1,2:1. Дефект диафрагмы ушивали отдельными узловыми швами нерассасывающейся нитью или двухрядным швом нитью ПДС. Несостоятельности швов диафрагмы не наблюдали. У пациентов с повреждением диафрагмы ребром послеоперационная и общая летальность оказались выше, чем у пострадавших с разрывами диафрагмы. Так, при разрывах диафрагмы послеоперационная летальность составила 26% (умерли 48 из 186), а при повреждениях диафрагмы ребром – 30,4% (умерли 7 из 23). Общая летальность у пострадавших с разрывами диафрагмы – 36,4% (умерли 79 из 217), а у пострадавших с повреждением диафрагмы ребром – 48,6% (умерли 17 из 35).

*Ерофеев В.В., Евдокимов Е.А., Маковой В.И., Власенко В.А., Болякина Г.К.*

### **РЕАЛИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННЫХ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ В НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ПО ДТП**

Российская медицинская академия последипломного образования,  
Москва, Россия

В России по причине дорожно-транспортных происшествий (ДТП) экономические потери составляют 363 млрд руб./год, в результате гибели и ранения людей – 227,7 млрд руб./год. В связи с этим, Правительство Российской Федерации приняло Постановление от 20 февраля 2006 года №100 «О Федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2006 -2012 годах».

Целью данной программы было сокращение числа лиц, погибших или получивших инвалидность в результате дорожно-транспортных происшествий.

Выполнение Федеральной целевой программы осуществлялось нами в период с 2009 по 2012 гг. В РМАПО проводились циклы тематического усовершенствования «Организация медицинской помощи пострадавшим при ДТП». На кафедре анестезиологии и неотложной медицины за 4 года прошли обучение более

400 слушателей из 9 курируемых регионов РФ. Основной упор на данных циклах делался на симуляционное обучение: образовательная методика технологии оказания неотложной помощи, основанная на приобретении навыков выполнения различных манипуляций, уверенности в собственных силах и работе в команде, согласно отработанному алгоритму. Система обучения была построена на методе получения знаний от простого к сложному: начиная от простых манипуляций, заканчивая отработкой действий в имитированных клинических ситуациях. Мы осуществляли трехступенчатую модель обучения: теоретическое введение, практическая отработка навыков, работа на симуляторах пациента.

**Уровень I. Базовый.** Проводилась отработка специализированных практических навыков: сердечно-легочная реанимация, проведение электрической дефибрилляции сердца, различные виды интубации трахеи, в том числе, ретроградная, при помощи ларингеальных масок; катетеризация центральных вен, дренирование плевральной полости, перикарда.

**Уровень II. Комплексный.** Сочетание теории и практики. Врач должен был поставить клинический диагноз и провести ряд лечебных мероприятий. Этот уровень осваивался при помощи компьютерных манекенов-имитаторов.

**Уровень III. Клинический.** Отрабатывался в виртуальной среде. Обучение велось на виртуальном пациенте Sim Man. Моделировался весь комплекс реанимационных мероприятий с момента получения травмы до стабилизации состояния пострадавшего. В ходе занятий осуществлялось вовлечение испытуемых в реалистичный клинический сценарий в условиях, приближенных к настоящей неотложной ситуации. Многократное моделирование различных вариантов неотложных состояний повышало квалификацию врачей, алгоритм их действий отрабатывался до автоматизма. Преимущества симуляционного обучения: отсутствие риска для пациента и обучающегося, координация действий обучающихся, неограниченное количество тренингов и их повторов, возможность объективной оценки уровня и качества практической подготовки врача, анализ «человеческого фактора», влияющего на количество ошибок.

*Ершова И.Н., Бойков А.А., Ханин А.З., Попова Н.В.*

**М.А. МЕССЕЛЬ И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛЕНИНГРАДЕ**

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

Официальной датой создания скорой медицинской помощи (СМП) в Санкт-Петербурге считается 7 марта 1899 г., когда в торжественной обстановке были открыты 5 станций СМП. Это событие было подготовлено трудами профессоров Н.А. Вельяминова, Г.И. Турнера, И.И. Грекова.

С началом Февральской революции (27.02.1917 г.) принято Постановление об организации оказания СМП раненым в боях с полицией силами добровольческого отряда, включавшего 18 студентов-медиков и 3 фельдшеров. В апреле 1918 года он был реорганизован в СМП. В 1918-1922 гг. главным врачом СМП Петрограда был П.Б. Хавкин, с 1922 года – М.А. Мессель.

Меер Абрамович Мессель (1893-1977) в 1917 году с отличием окончил Юрьевский Университет, в 1918-1923 гг. служил в Красной Армии, затем до 1952 года занимал должность главного врача станции СМП Ленинграда.

М.А. Мессель внес существенный вклад в развитие СМП города. Он разработал стандарты санитарной машины и ее оборудования, оснащения бригад СМП, впервые ввел принцип участкового обслуживания населения, обосновал штатную структуру СМП, распорядок рабочего дня и алгоритмы действия врача на вызове, нормы врачебной и транспортной нагрузки. Его работы были одобрены Всероссийским совещанием по СМП, а в 1938 году – НКЗ СССР и вошли в «Положение о скорой медицинской помощи в СССР».

М.А. Мессель был первым директором Ленинградского научно-практического института скорой помощи, основанного 01.02.1932 г., и проработал в институте до 1935 года, оставаясь в должности главного врача СМП города.

В 1937 году в Ленинграде проведена первая Всесоюзная конференция по организации и оказанию СМП. В своей работе М.А. Мессель всегда чувствовал поддержку коллектива института и научного руководителя профессора И.И. Джанелидзе, с 1937 года он – постоянный член Совета по неотложной хирургии, созданного по инициативе И.И. Джанелидзе.

Во время советско-финской войны М.А. Мессель организовал эвакуационный пункт для больницы им. И.И. Мечникова и железнодорожную ветку для приема санитарных поездов с фронта. В период Великой Отечественной войны он оставался главным врачом СМП, был начальником медико-санитарной службы ПВО, обеспечивал медицинскую помощь на Ладожской трассе «Дорога жизни».

В самый тяжелый период ВОВ (1943 г.) защитил кандидатскую диссертацию – «Основные принципы организации скорой медицинской помощи». Он – автор 56 научных работ и 3 монографий.

Заслуженный врач РСФСР М.А. Мессель награжден орденами «Знак Почета» и «Отечественной войны» I степени, 3 медалями. Он внес неоценимый вклад в становление и развитие службы СМП в Ленинграде.

*Жиганов И.В.*

### **ОСТРАЯ ОБТУРАЦИЯ ПИЩЕВОДА**

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

С 1992 г. по 2012 г. в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского на лечении находились 902 больных с острой обтурацией пищевода в возрасте от 14 до 96 лет. Мужчин было 512, женщин – 390.

Комплекс методов диагностики, включающий рентгенологический, эндоскопический, компьютерно-томографический методы, позволяет выявить обтурацию пищевода и характер его патологии, осложнения, возникшие при попытке как самостоятельного устранения обтурации, так и при инструментальном пособии.

Обтурация неизмененного пищевода возникла у 429 пациентов (47,6%), у остальных 473 (52,4%) диагностированы различные заболевания: постожоговые рубцовые сужения пищевода – 379 наблюдений (42%), пептические стриктуры –



42 (4,7%), нейромышечные заболевания пищевода, эзофагоспазм и кардиоспазм – 16 (1,8%), рак пищевода – 3 больных (0,3%).

Инфузионная, спазмолитическая терапия, местное применение протеолитических ферментов обеспечили устранение обтурации пищевода у 832 больных. Фиброэзофагоскопия с целью устранения обтурации пищевода выполнена при наличии твердых инородных тел, а также при обтурации мягким инородным телом и неэффективности консервативной терапии в течение 12 часов 38 больным.

С травмой пищевода поступили 32 больных, у 18 был диагностирован гидравлический разрыв пищевода. В ходе эзофагоскопии для устранения обтурации (5 – жесткая эзофагоскопия, 5 – фиброэзофагоскопия) у 10 больных возникла инструментальная травма пищевода. Четверо пациентов при возникшей у них обтурации пищевода предприняли попытки самостоятельного ее устранения бужами, черенками столовых приборов, кусками проволоки, прутьями, что привело к разрыву пищевода.

Все больные были прооперированы. Дренирующие операции были выполнены в 18 случаях. Четырнадцати больным произведена резекция пищевода с последующим выполнением реконструктивной операции в отдаленном периоде.

Непроходимость пищевода при его обтурации мягким инородным телом является показанием к проведению консервативной терапии. При неэффективности консервативной терапии в течение 6-12 часов, а также при обтурация пищевода твердыми инородными телами показано эндоскопическое устранение обтурации. Хирургическое лечение показано при развитии осложнений (разрывов и перфораций пищевода), при выявленных заболеваниях пищевода (рак, кардио- и эзофагоспазм, пептическая стриктура, рубцовые изменения пищевода, дивертикулы).

*Зарипова З.А., Глущенко В.А., Куличков П.М., Раевский А.А.*  
**СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ И ОТБОРА КАНДИДАТОВ В ОРДИНАТУРУ  
В МЕДИЦИНЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ**

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

«Каким образом осуществлять отбор кандидатов для послевузовского обучения в ординатуре в медицине критических состояний?» – вовсе не риторический вопрос, поскольку данная специальность «не терпит случайных людей». Специалист по неотложным состояниям испытывает колоссальные нагрузки физического и психологического характера. Надо учитывать, что профессия потребует серьезной отдачи и, помимо здоровья, будет отнимать много времени, поскольку неукомплектованность кадрами заставляет работать сверх нормы (более чем на ставку). В этой ситуации высоких нагрузок и временного дефицита достаточно быстро наступает синдром профессионального выгорания.

Одним из факторов его быстрого наступления является недостаток знаний, получение которых требует отрыва от основной работы. Объем информации, которую должен получить ординатор в период послевузовского образования, несоизмерим со временем обучения. За 2 года подготовить высококлассного специалиста практически невозможно.

Одним из вариантов решения этой проблемы может служить система предварительной подготовки с последующим отбором претендентов в ординатуру, то есть введение так называемой преординатуры (субординатуры), что увеличивает общие сроки обучения с 2 до 4-5 лет. Все новое – это хорошо забытое старое, что справедливо и в этом случае! Сама идея субординатуры с прослушиванием курса тематических лекций не нова, а вот балльно-рейтинговая система учета практических навыков и знаний, продуманная система отбора кандидатов с грамотной профориентацией, профотбор, основанный на базовых показателях здоровья, – это новая веха развития. Основным отличием подобного дополнительного образования будет являться его цикличность (ежегодная повторяемость), доступность (бесплатность для всех желающих), информативность. Кроме того, преподаваемый материал будет являться базовой выборкой, рекомендуемой профессорско-преподавательским составом и достаточной для формирования фундамента знаний по неотложным состояниям. К тому же обучение смогут проходить не только студенты ВУЗа, но и врачи первичного звена, которые после обязательного трехгодичного периода работы в поликлинике (по новому положению) будут на равных условиях претендовать на бюджетные места в ординатуре.

Таким образом, этап «ожидания» места в ординатуре, как для студентов, так и для врачей, может быть эффективно использован для получения качественного профильного образования, что, в свою очередь, повысит качество оказания медицинской помощи населению.

*Захаренко А.А., Бабков О.В., Суров Д.А, Безмозгин Б.Г.,  
Трушин А.А., Тен О.А., Кодолов Д.В.*

**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ  
ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

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

Наиболее частым осложнением злокачественных опухолей левой половины толстой кишки является острая кишечная непроходимость (ОКН), которая в настоящем исследовании развилась у 39% больных.

При поступлении больного с ОКН с признаками органных дисфункций и/или перитонита (1 группа) показаны обследование и предоперационная подготовка в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии с последующей экстренной операцией (не позднее 2 часов после госпитализации).

Пациентам с диагностированной декомпенсированной формой ОКН (2 группа) показаны кратковременная предоперационная подготовка и срочная операция – не позднее 6 часов после госпитализации. Определяющим звеном дооперационной диагностики степени ОКН является экстренная фиброколоноскопия.

При суб- или компенсированном характере ОКН (3 группа) показаны консервативная терапия, дооперационное обследование и отсроченная или плановая операция, по возможности в специализированном лечебном учреждении.

Применительно к вопросам тактики хирургического лечения обозначенных групп больных показано выполнение следующих оперативных пособий.

1 группа. Выполняется симптоматическая операция (наложение двустольного противоестественного заднего прохода или обходного илиотрансверзоанастомоза) с обязательной интраоперационной декомпрессией и санацией тонкой и толстой кишок.

2 группа. Выполняется интраоперационная декомпрессия и санация тонкой и толстой кишок и радикальная резекция толстой кишки. При опухолях прямой кишки выполняется симптоматическая операция – выведение двустольного противоестественного заднего прохода (сигмостомия, трансверзостомия).

3 группа. Выполняются одноэтапные оперативные вмешательства в объёме радикальных резекций в комбинациях с расширенными лимфодиссекциями при наличии показаний.

В зависимости от применения разработанных лечебно-диагностических алгоритмов (ЛДА) образовалось 2 группы больных: контрольная – 106 пациентов, которым не применялись разработанные ЛДА, и основная – 104 пациента, лечение которых осуществлялось по разработанным ЛДА.

Благодаря разработанной хирургической тактике удалось увеличить долю радикальных вмешательств с 43,4% до 62,5% ( $p < 0,05$ ) и снизить количество симптоматических операций с 32,1% до 22,1% ( $p < 0,05$ ). Число одноэтапных радикальных вмешательств возросло с 26,4% до 38,5% ( $p < 0,05$ ).

Несмотря на увеличение хирургической активности, предложенные ЛДР позволили снизить уровень послеоперационных осложнений с 28,3% до 18,3% ( $p < 0,05$ ), а послеоперационную летальность – с 20,8% до 12,5% ( $p < 0,05$ ).

В основной группе больных уровень общей 2-летней выживаемости достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем в контрольной (75,4% и 64,2%), что говорит об актуальности соблюдения принципов онкологического радикализма в неотложной хирургии.

*Захидов А.Я.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ПО ЭКСТРЕННЫМ И НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

Каротидная эндартерэктомия (КЭ) является стандартным методом первичной или вторичной профилактики ишемического инсульта (ИИ). Вместе с тем, до настоящего времени нет общего консенсуса относительно сроков выполнения КЭ. Большинство авторов считают, что КЭ следует выполнить по истечении острого периода ИИ. Вместе с тем, существует контингент больных, нуждающихся в проведении КЭ по экстренным и неотложным показаниям.

**Цель исследования.** Оценить эффективность КЭ по экстренным и неотложным показаниям в острой стадии ИИ.

**Материал и методы.** Обследовано 54 больных с острым нарушением мозгового кровообращения, развившимся на фоне окклюзионно-стенотических поражений сонных артерий. Мужчин – 45 (83,3%), женщин – 9 (16,78%). Средний возраст

больных составил  $60,7 \pm 2,6$  лет. Время от начала ишемических расстройств до проведения операции – от 2-х до 18 суток. КЭ проведена при наличии гемодинамически значимого стеноза сонных артерий с эмбологенно опасными атеросклеротическими бляшками. Показанием к КЭ явились: малый ИИ, нарастающие транзиторные ишемические атаки (ТИА) (crescendo ТИА), «инсульт в ходу» или персистирующая прогрессия инсульта, флотирующий тромб. После комплексного обследования у 36 (66,7%) пациентов установлен малый ИИ, у 11 (20,4%) – «инсульт в ходу» или персистирующая прогрессия инсульта, у 4 (7,4%) – нарастающие транзиторные ишемические атаки (crescendo ТИА), у 3 (5,6%) – флотирующий тромб. 37 больным (68,5%) произведена классическая КЭ с закрытием артериотомического отверстия заплатой из протеза Gore-Tex, Vascutek, 17 (31,5%) – эверсионная КЭ.

**Результаты.** В послеоперационном периоде регресс неврологического дефицита в течение 2-3 суток наблюдали у 48 (88,9%) пациентов, причем у 36 (66,7%) из них отмечалось полное восстановление неврологических функций. Полученные результаты свидетельствуют о пользе КЭ в острой стадии ИИ при наличии экстренных и неотложных показаний. Лучшие, клинически значимые результаты получены при проведении КЭ на этапах обратимых ишемических неврологических нарушений (ТИА, «малый инсульт»).

**Вывод:** 1. При выявлении гемодинамически значимых стенозирующих поражений экстракраниальных сосудов у больных острым ИИ с целью профилактики стойких необратимых повреждений, возможно проведение хирургической коррекции сосудов уже в ранние (первые 2-3 недели) сроки после острых цереброваскулярных расстройств. 2. Лучшие, клинически значимые результаты достигаются при проведении оперативного лечения на этапах обратимых ишемических неврологических нарушений (ТИА, «малый инсульт»), чем у больных с завершённым инсультом.

*Зуев С.Г., Кузьмин А.Г., Савин Я.А.*

## **СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМЕ**

БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница», г. Вологда, Россия

Основной задачей совершенствования системы оказания медицинской помощи пострадавшим с тяжёлой шокогенной травмой является снижение уровня летальности в данной группе пациентов.

Проведён анализ летальности пациентов травматологического центра областной клинической больницы г. Вологды за период с 2010 по 2012 годы. Общее число умерших пациентов – 21, что составляет 3,82% от общего числа пациентов, госпитализированных в отделение реанимации травмоцентра. В 9 (42,8%) случаях травма получена в результате ДТП. Средний возраст пациентов составил 38 лет (медиана – 33), а средний койко-день – 7,8 (медиана – 5,5). Досуточная летальность составляет 33% (7 чел.) от общего числа умерших. В этиологической структуре погибших пациентов превалирует тяжёлая сочетанная травма – 11 (52,3%), далее идёт изолированная нейротравма – 8 (38%), термическая травма – 1 (4%) и ножевые ранения – 1 (4%). Изолированная нейротравма в трёх случаях представ-

лена повреждением спинного мозга на уровне шейного отдела и в пяти случаях тяжёлым повреждением головного мозга. Необходимо отметить, что в группе пациентов с сочетанной травмой, тяжёлая черепно-мозговая травма отмечена у 7 пациентов (64%). В 5 (45%) случаях отмечено сочетание тяжёлых повреждений головного мозга, органов грудной клетки, брюшной полости и скелетной травмы. В группе пациентов с тяжёлой сочетанной травмой пострадавших с открытой черепно-мозговой травмой – 4 (36%), с травмой грудной клетки, сопровождаемой гемопневмотораксом и массивными очагами ушибов лёгочной ткани – 5 (45%), множественными переломами костей таза – 5 (45%). В структуре повреждений органов брюшной полости особого внимания заслуживает травма поджелудочной железы. Данный вид повреждений встречается редко, но крайне опасен формированием обширных забрюшинных гематом с последующим их ферментативным воспалением, приводящим к полиорганной недостаточности.

В целом летальный исход пострадавших в первые часы после травмы (n=7) был обусловлен тяжёлым травматическим шоком и массивной острой кровопотерей (n=6), отёком и дислокацией головного мозга (n=1). Причиной гибели пациентов (n=9) в период до 7 суток явились: отёк и дислокация головного мозга (n=5), полиорганная недостаточность на фоне сепсиса, ДВС-синдрома (n=3), восходящий отёк спинного мозга (n=1). В сроки с 8 по 30 сутки смертность пациентов (n=5) обусловлена восходящим отёком спинного мозга (n=2), двусторонней пневмонией (n=2), отёком и дислокацией головного мозга (n=1).

Анализ работы травмоцентра за трёхлетний период в целом определил тенденцию снижения госпитальной смертности, а структурно – увеличение процента летальности в результате травм, несовместимых с жизнью.

*Иванова М.П., Конкаев А.К.*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**

НИИ травматологии и ортопедии

Астана, Казахстан

**Цель** настоящего исследования – изучение влияния различных видов обезболивания на интенсивность болевого синдрома пострадавших с сочетанной травмой в ранний посттравматический период.

**Материалы и методы.** Нами исследованы 78 пострадавших с тяжелыми травмами, поступившие в РГП «НИИ травматологии и ортопедии» г. Астаны за период 2012-2013 гг. По принципу обезболивания пациенты были разделены на две группы: I группа – внутримышечное введение промедола 2% – 1,0-2,0 мл (n=36), II группа – 42 чел., которым проводили катетеризацию эпидурального пространства на уровнях Th<sub>10-11</sub>-L<sub>4</sub> и вводили бупивакаин 0,25% – 20,0 мл и морфина гидрохлорида 3-5 мг. Обезболивание проводили в приемном отделении при поступлении. Возраст пациентов с сочетанной травмой от 24 до 42 лет. Мужчин было в I группе – 27, во II – 30, женщин в I группе – 9, во II – 12. Все пациенты получили повреждения в результате ДТП. Степень повреждения у пострадавших с сочетанной травмой оценивали по шкале ISS (Injury Severity Score): в I группе –

33,2±2,1 баллов, во II группе – 34,7±1,1 баллов ( $p>0,05$ ), что соответствовало тяжелой степени повреждения. Уровень сознания по шкале ком Глазго 10-15 баллов. Для изучения интенсивности болевого синдрома использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). Всем пациентам проводилась комплексная интенсивная терапия по принципам «damage control». Группы обследованных были сопоставимы по полу, возрасту, характеру повреждений, величине кровопотери и продолжительности времени от момента травмы (0,9±0,3 часа).

**Результаты и выводы.** При поступлении в приемном отделении выраженность болевых ощущений по ВАШ составляла в состоянии покоя 5,05±1,2 баллов, при движении болевые ощущения – 7,1±0,5 баллов. В I группе болевые ощущения в покое через 1 час составили 2,8±1,0 баллов, при движении – 5,0±1,1 баллов и аналгезия сохранялась 2,4±1,2 часа. В состоянии покоя уровень боли снижался на 45% от исходного показателя ( $p<0,05$ ), при движении – на 30% от первоначальных данных. Во II группе болевые ощущения уменьшились в покое до 2,0±0,7 баллов (на 60,3%), при движении – 3,95±0,2 баллов (на 45%), аналгезия/анестезия сохранялась 5,4±1,6 часов. Анализ полученных данных показал, что обезболивание во II группе было более эффективное и аналгетический эффект более длительный, чем в I группе.

*Ижбульдина Г.И.*

**ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА  
У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**  
МБУЗ ГKB №18, г. Уфа, Россия

В первичном сосудистом отделении МБУЗ ГKB № 18 г. Уфы с 1 января по 1 ноября 2010 г. поступило 679 больных с ишемическим инсультом (ИИ), средний возраст 67,9±11,6 лет. Инсульт был первичным у 521 (76,7%) больного, повторным – у 158 (23,3%) больных. У 624 (92,2%) больных ИИ в анамнезе была гипертоническая болезнь. Длительность артериальной гипертензии (АГ) варьировала от 2 до 26 лет и в среднем составила 8,7±3,3 лет. В целом преобладали пациенты с АГ III степени (54,1%), АГ I степени отмечалась в 12,7% случаев.

В дебюте инсульта средние уровни систолического АД составили 177,2±31,56 мм рт. ст., диастолического АД – 102,1±12,76 мм рт. ст. При поступлении в стационар степень неврологического дефицита была легкой у 194 (28,6%) больных, средней – у 309 (45,5%), тяжелой – у 176 (25,9%) больных.

На догоспитальном этапе гипотензивная терапия проводилась бригадами врачей скорой медицинской помощи во всех случаях повышения АД. На госпитальном этапе все больные получали в качестве базисной терапии ИИ нейропротекторы, дезагреганты, витамины группы В. Антигипертензивные препараты назначались на 10-е сутки заболевания. Уровни АД более 180/110 мм рт. ст. в первые 36-48 часов служили основанием для старта антигипертензивной терапии в более ранние сроки.

В группе больных с артериальной гипотензией в дебюте ИИ установлена более высокая частота тяжелого течения заболевания (73,3%), тогда как у пациен-

тов с нормальными или повышенными показателями АД доля тяжелого инсульта была достоверно ниже и в среднем составила 24,8% ( $\chi^2 = 25,5$ ,  $p < 0,01$ ). Анализ клинического исхода к 21 суткам ИИ показал наиболее высокий процент летальности (60,0%) у пациентов с АД при развитии инсульта ниже 120/80 мм рт. ст. При этом у 8 из 9 умерших пациентов в анамнезе отмечалась АГ III степени. Среди пациентов с исходно повышенным АД смертность оказалась существенно ниже, чем у больных с низкими уровнями АД (на 48,6%,  $\chi^2 = 10,8$ ,  $p < 0,01$ ).

Среди больных с АД более 180/110 мм рт. ст. в дебюте ИИ частота тяжелой степени неврологического дефицита и раннего летального исхода не превышала показатели у пациентов с менее выраженным повышением АД. Следует отметить, что у 179 (56,3%) больных данной группы на догоспитальном этапе происходило снижение АД до умеренной гипертензии: САД – в среднем на 14,7%, ДАД – на 9,1%.

**Выводы.** Повышенное АД при развитии ИИ имеет место у большинства (93,2%) больных. Артериальная гипотензия в дебюте ИИ сопряжена с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом заболевания.

*Имангулов А.М., Алимов Рам.Р.*

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

«Станция скорой медицинской помощи г. Ульяновска»,  
г. Ульяновск, Россия

На догоспитальном этапе врач скорой помощи, оказывая помощь больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, не имеет возможности проведения лабораторной диагностики и поэтому вынужден применять исключительно клинические критерии при оценке волевых нарушений, определении показаний для их коррекции, что далеко не всегда позволяет выбрать правильно тактику догоспитального лечения. Между тем, потеря нескольких десятков минут во время транспортировки у больного с грубыми гиповолемическими нарушениями приводит к необратимым нарушениям функции органов, развитию рефрактерности к последующему лечению. Современные методы определения вязкости и гематокрита являются инвазивными, что не позволяет использовать их на догоспитальном этапе.

Изучена диагностика и лечение 505 больных бригадами СМП Станции СМП г. Ульяновска, которых затем доставили в приемное отделение Центральной городской клинической больницы (ЦГКБ) г. Ульяновска с диагнозом острого хирургического заболевания органов брюшной полости. Из них по экстренным и срочным показаниям был прооперирован 261 (51,7%) пациент. Оперированных больных разделили на группы в соответствии с клиническими проявлениями гиповолемии на догоспитальном этапе. Предложена оригинальная модель (портативное устройство неинвазивного мониторинга вязкости крови и гематокрита – патент РФ № 110947) оценки взаимосвязи параметров пульсовой волны с вязкостью крови и гематокритом.

**Заключение.** Сравнительная оценка выраженности гиповолемических нарушений у больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, клинически и с помощью лабораторных методов показала, что расхождение полученных результатов достигает 30,4%, что свидетельствует о необходимости внедрения методов, позволяющих контролировать показатели волемического статуса организма.

Применение неинвазивного мониторинга вязкости крови и гематокрита в комплексе мер догоспитальной коррекции гиповолемии у больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости позволяет оптимизировать схему волемического возмещения, что обеспечивает существенное сокращение предоперационного периода в 1,8 раза, улучшение результатов хирургического лечения за счет снижения числа осложнений и летальности, сокращение сроков лечения более чем в 1,3 раза.

*Карагулян Р.Р.*

**ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БРИГАДОЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

МБУЗ «Химкинская станция скорой медицинской помощи»,  
г. Химки, Россия

Специализированные бригады «Скорой помощи» оснащены всем необходимым для оказания первой специализированной медицинской помощи больным с инфарктом миокарда. Проводятся необходимые исследования (регистрация электрокардиограммы, измерение кровяного давления, исследование количества лейкоцитов, СОЭ, протромбинового индекса, времени свертывания крови, а в ряде случаев и ферментов сыворотки крови) с целью диагностики, реанимационные и неотложные мероприятия. Основой организации специализированной медицинской помощи больным инфарктом миокарда послужили следующие основные факторы:

1. При инфаркте миокарда часто наступает внезапная или быстрая смерть (до 70-80% случаев).

2. Наибольшая летальность наблюдается в первые часы (до 50-60% и более) и первые сутки (до 80-90%) заболевания.

3. Наиболее частые причины смерти: фибрилляция желудочков, асистолия, нарушения ритма сердца, кардиогенный шок, острая сердечная недостаточность, тромбоэмболии и разрывы сердца.

4. Ранняя диагностика инфаркта миокарда и проведение интенсивной терапии могут предотвратить опасные для жизни осложнения.

5. Ранняя диагностика осложнений инфаркта миокарда и своевременные реанимация и интенсивная терапия могут предотвратить смертельный исход.

6. Для реанимации больных инфарктом миокарда, диагностики заболевания и его осложнений, оказания неотложной помощи и проведения интенсивной терапии, необходимы специальное инструментальное и лабораторное оснащение и обслуживание, а также высококвалифицированная подготовка врачебного и вспомогательного персонала.



7. Лечение больных инфарктом миокарда подразделено на этапы: догоспитальный (медицинская помощь на дому), госпитальный (в отделении или блоке интенсивного контроля и лечения, инфарктном отделении, отделении ранней реабилитации) и санаторный (поздняя реабилитация). На каждом из этапов организационные мероприятия, диагностика и лечение имеют свои особенности (специализацию).

Специализированная бригада «Скорой Помощи» осуществляет:

- раннюю и квалифицированную диагностику инфаркта миокарда, его осложнения;
- устранение болевого синдрома;
- борьбу с осложнениями вплоть до проведения реанимационных мероприятий;
- профилактику нарушений ритма сердца;
- начальную антикоагулянтную терапию гепарином;
- срочную госпитализацию больного в специализированное кардиологическое отделение с блоком интенсивного наблюдения и лечения или в отделение интенсивного наблюдения и лечения (при крупных кардиологических центрах);
- ведение специальной документации для преемственности в лечении больного на дальнейших этапах.

В настоящее время, в связи с данными о часто развивающейся у больных инфарктом миокарда внезапной смерти, очень важно организовать на догоспитальном этапе специализированную помощь в наиболее короткие сроки от начала заболевания. Лучше всего, уже на самом первом этапе, направлять к больному инфарктом миокарда специализированную бригаду «Скорой помощи». Однако инфаркт миокарда не всегда протекает типично, и не только родственники больного или сам больной, но даже врач (участковый, кабинета неотложной помощи или линейной бригады «Скорой помощи»), прибывший в первые минуты заболевания, не могут точно решить, имеется ли у больного инфаркт миокарда, обычный приступ стенокардии или другое заболевание.

К причинам несвоевременного оказания медицинской, в том числе специализированной помощи больным инфарктом миокарда относятся:

- 1) несвоевременное посещение больным врача или вызов врача при появлении болевого синдрома;
- 2) своевременный вызов больным участкового терапевта, но несвоевременное прибытие последних;
- 3) быстрое прибытие врача, но несвоевременная диагностика из-за отсутствия возможности немедленной регистрации ЭКГ и ее расшифровки;
- 4) быстрый вызов бригады «Скорой помощи», но несвоевременное её прибытие;
- 5) быстрое прибытие бригады «Скорой помощи», но промедление на месте, включая запоздалую диагностику из-за невозможности немедленной регистрации ЭКГ и ее расшифровки, проведения необходимых анализов;
- 6) быстрый вызов врачом линейной бригады «Скорой помощи» специализированной бригады, но несвоевременное её прибытие;
- 7) промедление транспортировки в специализированное кардиологическое отделение (отдаленное расстояние и др.).

Случаи позднего оказания медицинской помощи при инфаркте миокарда наблюдаются сравнительно редко. Большинство больных инфарктом миокарда с самого начала обслуживаются специализированными бригадами «Скорой помощи» и госпитализируются ими в кардиологические отделения не позже чем через 1-2 ч после начала заболевания.

С целью предотвращения внезапной смерти при инфаркте миокарда на почве аритмий актуален вопрос об оказании первой помощи родственниками, так как врач и специализированная бригада не всегда могут прибыть достаточно быстро, а главное вовремя для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии.

Успех лечения больного инфарктом миокарда зависит от своевременной оценки его состояния, рационального выбора, оптимального дозирования лекарственных средств и т. д. В связи с этим, одним из обязательных организационных принципов лечения такого рода больных, является преемственность на разных этапах. Медицинский работник, начавший лечить больного, обязан лично передать его врачу специализированной бригады, который, в свою очередь, передает его дежурному врачу стационара. В обоих случаях составляется письменно перечень всех лечебных мероприятий, приводятся результаты основных лабораторных и гемодинамических показателей, возникших осложнений с точным указанием времени.

*Картавенко В.И., Погодина А.Н., Леманев В.Л.*

### **ПОВРЕЖДЕНИЯ АОРТЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ**

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

Травма аорты относится к редким, но наиболее тяжелым видам повреждений, сопровождающихся высокой летальностью.

С 1980 по 2012 гг. в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского на лечении находились 58 пациентов с тяжелой сочетанной травмой и разрывом аорты. Основными причинами травмы аорты были дорожно-транспортные происшествия: автотравма (26), падение с высоты (22), поездная и мотоциклетная травмы (10). Из 58 пациентов при жизни диагноз разрыва аорты установлен у 36 пациентов, у 22 пострадавших – посмертно. Из 58 пострадавших выжили 9 больных, умерли 50. В большинстве случаев смерть наступила в первые часы с момента травмы.

При рентгенологическом исследовании у всех 58 пациентов наблюдалось расширение тени средостения. Затенение легочных полей выявлено у 48 больных. Однако в 65% случаев интерпретация данных рентгенологического исследования была неполной, что не позволило диагностировать травму аорты. По данным ультразвукового исследования у 32 пациентов выявлено разобщение листков плевры. В связи с подозрением на разрыв аорты 12 больным произведена аортография, при которой у всех пострадавших подтвержден разрыв аорты в типичном месте. При СКТ признаки повреждения аорты и наличие гематомы средостения выявлены у всех 16 обследованных пациентов.

Из 36 пострадавших 8 оперировано: ушивание разрыва произведено 6 пациентам, протезирование – 2. Из 8 оперированных больных выжили 3. Причиной

смерти 4 пострадавших было кровотечение в ходе операции, приведшее к смерти на операционном столе. У 1 больной после протезирования аорты развился гнойный медиастинит с пищеводно-аортальным свищем (вследствие прошивания пищевода в ходе операции) и профузным кровотечением из аорты.

Стентирование выполнено 6 пациентам, при этом у 1 из этих больных произошла миграция стента, что потребовало оперативного вмешательства. Выполнено успешное протезирование. Все 6 больных выжили.

Таким образом, за последние годы изменилась тактика диагностики и лечения разрыва аорты при закрытой травме груди. Методом выбора диагностики травмы аорты при закрытых повреждениях стала СКТ. Хорошие результаты получены при эндоваскулярном стентировании по сравнению с оперативным лечением.

*Каськов А.Ю., Афончиков В.С., Афанасьев А.А., Побережнюк Е.А.*

**СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ  
КОЛЛОИДНЫХ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЕЙ  
НА ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ ФИБРИНА  
(IN VITRO ИССЛЕДОВАНИЕ)**

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

В настоящее время для лечения травматического и геморрагического шока широко используются синтетические коллоидные плазмозаменители: декстраны, модифицированные желатины, гидроксипропилированные крахмалы. Обладая сопоставимым волевым эффектом, эти растворы по-разному влияют на систему гемостаза. Одним из возможных механизмов влияния синтетических коллоидных плазмозаменителей на процесс свертывания крови является их взаимодействие с фибриногеном в стадии его полимеризации, т.е. на процесс образования фибрина.

Для выявления влияния синтетических коллоидных плазмозаменителей на процесс полимеризации фибриногена, 30 проб обедненной тромбоцитами стабилизированной цитратом натрия плазмы, полученной от доноров-добровольцев, были дилутированы на 50% (соотношение 1:1) растворами декстрана-40, декстрана-70, HES-450/0,7, HES-200/0,5 HES-130/0,4, гелофузина и (в качестве контрольного образца) – 0,9% р-ра NaCl 0,9%. Процесс полимеризации фибриногена в полученных образцах оценивали методом тромбоэластографии; параллельно определяли содержание фибриногена в приготовленных пробах по методам Рутберг и Klaus. Во всех случаях проводили сравнение полученных результатов с показателями цельной (недилутированной) плазмы.

**Полученные результаты.** При оценке содержания фибриногена по Klaus его концентрация в исследованных пробах снижалась в 2 раза, и не было достоверной разницы между пробами. При оценке содержания фибриногена по Рутберг, основанной на определении массы образовавшегося фибрина, выявлены достоверные различия: при среднем содержании фибриногена в плазме  $3,4 \pm 0,36$  г/л его концентрация в дилутированных пробах составила: для декстра-

на-40  $1,04 \pm 0,76$  г/л, для HES-130/0,4  $1,2 \pm 0,52$  г/л, для NaCl 0,9%  $1,87 \pm 0,49$  г/л и для гелофузина  $1,5 \pm 0,28$  г/л.

Аналогичные закономерности выявлены и для показателей тромбоэластограммы: угол  $\alpha$ , отражающий скорость образования полимера фибрина, составил: для пробы с дилуцией NaCl 0,9%  $35,4 \pm 4,3^\circ$ , для HES-130/0,4  $12,1 \pm 2,3^\circ$ , для гелофузина  $28,0 \pm 2,9^\circ$ .

**Выводы:**

1. Дилуция натрийсодержащими кристаллоидными растворами минимально влияет на процесс полимеризации фибриногена.
2. Максимальное влияние на процесс полимеризации фибриногена оказывают растворы среднемолекулярных декстранов (декстран-40).
3. Среди синтетических коллоидных плазмозаменителей минимальное влияние на процесс полимеризации фибриногена оказывают растворы модифицированного желатина.

*Кешишян Р.А., Амчеславский В.Г., Исхаков О.С.,  
Янюшкина О.Г., Незаметдинов Р.И., Селютин Н.С.*

**ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ:  
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Острота проблемы детского травматизма определяется высоким уровнем детской смертности в результате тяжелой механической травмы (ТМТ). Анализ основных показателей детского травматизма не позволяет в ближайшее время прогнозировать снижение как частоты тяжелых травм, так и числа смертельных исходов.

Настоящее сообщение основано на результатах экспертных заключений по 218 детям, погибшим в результате ТМТ, полученной в г. Москве в период 2008-2012 гг.

Основными причинами травм у погибших являлись в 54,6% случаев падения с высоты, в 33,1% – ДТП и в 11,5% – другие, в том числе огнестрельные ранения.

У абсолютного большинства детей (78,7%) смерть наступила в результате политравмы и только у 21,3% пострадавших – от изолированной травмы. На догоспитальном этапе погибло 150 (68,8%) детей, в т.ч. 5 (3,3%) из них умерли в присутствии бригады СМП; в различных стационарах города умерло 68 (31,2%) детей, из них у 49,8% смерть наступила в первые сутки после травмы. В абсолютном большинстве (91,2%) случаев в стационар дети доставлялись бригадами СМП, при этом 23 (37,1%) пострадавших первоначально были госпитализированы в непрофильные стационары. После «стабилизации» состояния, 10 (43,5%) детей были переведены в детские стационары.

Шок и массивная кровопотеря, как ведущая причина смерти, определены в 53,5% наблюдений, тяжелая черепно-мозговая травма – в 21,7%, разрушения внутренних органов – в 12,7% и другие – в 12,1%.

При комиссионной оценке объема и полноты медицинского обеспечения пострадавших на догоспитальном этапе, установлено, что медицинская помощь была оказана в полном объеме 62,3% погибших детей. Также при анализе у каждого третьего (31,1%) оперированного ребенка были определены различного рода организационно-методические, диагностические, тактические и оперативно-технические ошибки.

Для эффективного решения многофакторной проблемы «смертельного» детского травматизма и снижения тяжести медицинских последствий ТМТ необходима реорганизация сложившейся системы лечебно-диагностического обеспечения пострадавших на всех этапах оказания медицинской помощи, для бригад СМП – своевременная госпитализация пострадавшего в специализированный стационар при полном объеме оказания медицинской помощи на месте происшествия и во время транспортировки. На госпитальном этапе – определение приоритетного круга специализированных многопрофильных стационаров, отвечающих всем современным требованиям оказания медицинской помощи детям с ТМТ с учетом их оснащения в полном объеме современной диагностической и лечебной аппаратурой и кадрами.

*Койиров А.К.*

### **ДОГОСПИТАЛЬНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

Сегодня в нашей Республике успешно реализуется очередной этап реформирования здравоохранения (Указ Президента Республики Узбекистан № 1114 от 21 мая 2009 г.), совершенствуется система скорой неотложной медицинской помощи. Продолжается оснащение учреждений скорой неотложной медицинской помощи современным диагностическим и лечебным оборудованием, отмечается тенденция к улучшению службы скорой медицинской помощи (СМП). Удовлетворительная оснащенность этой службы позволяет оказывать специализированную помощь на догоспитальном этапе.

Общая смертность больных с острой сердечной недостаточностью (ОСН), возникшая на фоне острого инфаркта миокарда, составляет около 40%. Около 8% больных с ОСН погибают на догоспитальном этапе. ОСН всегда осложняется кардиогенным отеком легких и острой дыхательной недостаточностью (ОДН), которая требует немедленной респираторной терапии. Для улучшения качества респираторной поддержки на догоспитальном этапе целесообразно использовать такие современные методы респираторной терапии, как неинвазивную вентиляцию (НВЛ).

Сейчас все подстанции СМП нашей Республики располагают реанимобилями, оснащенными аппаратами искусственной вентиляции легких (ИВЛ), которые имеют принудительный и вспомогательный режимы вентиляции. Но врачи СМП не очень информированы о новых режимах вспомогательной вентиляции, таких

как НВЛ. Не созданы критерии проведения НВЛ у больных с дыхательной недостаточностью (ДН) на догоспитальном этапе.

Использование НВЛ не требует проведения медикаментозной седации, снижает риск инфекционных осложнений, связанных с интубацией трахеи. Метод НВЛ сохраняет пациенту возможность общения, активного откашливания, повышает внутригрудное давление, увеличивает функциональную емкость легких, уменьшает артериовенозное шунтирование, улучшает артериальную оксигенацию и показатели механики дыхания.

Обычно используют два режима НВЛ: режим постоянного положительного давления в дыхательных путях (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP) и режим с двумя уровнями положительного давления в дыхательных путях (Bi-level Positive Airway Pressure – BiPAP).

Маска должна прилегать комфортно и без чрезмерных утечек. Очень важен правильный подбор размера маски. Необходимо уделять внимание положению больного в процессе проведения НВЛ: рекомендуется приподнимать головной конец на 45°. В процессе проведения НВЛ должен осуществляться мониторинг следующих клинических параметров: субъективный ответ пациента (диспноэ, комфорт, уровень сознания), объективные данные пациента (частота дыхания, частота сердечных сокращений, использование вспомогательных дыхательных мышц) и возможные осложнения.

**Вывод.** Использование НВЛ снижает риск прогрессирования острой дыхательной недостаточности и позволяет своевременно оказать специализированную скорую медицинскую помощь больным с ДН кардиогенного генеза на догоспитальном этапе.

*Колочков Д.В., Барсукова И.М.*

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩЕНИЙ, НАПРАВЛЯЕМЫХ  
НА РАССМОТРЕНИЕ ГЛАВНОМУ ВНЕШТАТНОМУ СПЕЦИАЛИСТУ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Одно из важных направлений работы Главного внештатного специалиста Минздрава России по скорой медицинской помощи (далее – СМП) – работа с обращениями граждан и организаций. Нормативно-правовой основой этой деятельности являются следующие документы: Приказ Минздрава России № 444 от 25 октября 2012 г. «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации», Федеральный Закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ (ред. от 27.07.2010) «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказ Минздравсоцразвития России № 179 от 01 ноября 2004 г. «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи».

Авторами проанализирована структура обращений, направленных на рассмотрение Главному внештатному специалисту Минздрава России по СМП в

2011-2013 гг. в соответствии с п.7 Положения о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Всего проанализировано 124 обращения, из них: 1) обращений от организаций – 18 (14,5%), в том числе от медицинских организаций – 11 (8,9%) и от прочих организаций – 7 (5,6%); 2) обращений от граждан – 106 (85,5%).

Обращения от организаций касались вопросов организации СМП, первой помощи, комплектования различных аптечек и упаковок. Среди обращений граждан количество индивидуальных обращений составило 101 (81,5%), коллективных – 5 (4%), обращений от медицинских работников – 15 (12%). Данные обращения касались в основном вопросов организации оказания СМП, обязанностей и прав медицинских работников СМП, медицинской эвакуации, перехода СМП на финансирование в системе ОМС.

Необходимо отметить, что 12 (9,7%) направленных обращений не относились к компетенции Главного внештатного специалиста Минздрава России по СМП (вопросы по оплате труда и пенсионному обеспечению медицинских работников, вопросы, касающиеся деятельности других министерств и ведомств). Данные обращения были направлены для рассмотрения в соответствующие ведомства.

Эта важная деятельность позволяет вести разъяснительную работу, иметь обратную связь с регионами, изучать проблемы на местах, охватывая все обширное пространство Российской Федерации.

*Колтович А.П., Дубров В.Э., Палтышев И.А.*

### **ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЖОГОВ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ РАНАМ У РАНЕНЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ**

Главный военный клинический госпиталь внутренних войск  
Министерства внутренних войск Российской Федерации,  
г. Балашиха, Россия

Для современной минно-взрывной травмы типичным является высокая степень тяжести повреждений, множественный, сочетанный и комбинированный характер поражений. Преобладающим видом комбинированной травмы являются термомеханические повреждения, которые в общей структуре составляют 5-10%.

**Методы и материалы.** В исследовании проанализированы результаты лечения 93 раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями.

У всех пострадавших были ожоги I-IV степени на общей площади от 1 до 95% поверхности тела. Поверхностные ожоги I-II степени – у 76 (82,6%) пострадавших, IIIa степени – у 30 (32,6%). У 20 (21,7%) человек было выявлено глубокое повреждение кожного покрова IIIb степени и у 11 (11,8%) – IV степени.

У многих раненых ожоговые раны были локализованы на нескольких областях тела: у 30 (32,2%) раненых поражен один сегмент, у 26 (28%) раненых пострадало два сегмента, у 19 (20,4%) – три и у 18 (19,3%) раненых – четыре и более.

У 61 (65,6%) раненого ожоги локализовались в области огнестрельных ран: при ранении головы у 47 (77,2%), шеи у 1 (1,6%), груди у 8 (13,1%), живота у 2 (3,3%), верхних и нижних конечностей по 20 (32,8%).

У 32 (34,4%) раненых ожоги диагностировали вне области огнестрельных ран: при ранении головы у 8 (25,0%), шеи у 7 (21,9%), груди у 13 (40,6%), живота у 11 (34,4%), верхних конечностей у 30 (93,8%) и нижних – у 23 (71,9%).

**Выводы.** Анализ показывает, что наиболее часто диагностировали ожоги и огнестрельные ранения одной локализации – 61 (65,6%) пострадавший. В большинстве случаев это были термические поражения в сочетании с ранениями головы – у 47 (77,2%).

*Комиссаров В.М., Цекот Д.Ю.*

### **ОПЫТ РАБОТЫ АСУ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТНОЙ ССМП**

ГУЗ «Липецкая областная станция скорой медицинской помощи»,  
г. Липецк, Россия

Начиная с 1998 года, в ГУЗ ЛО ССМП введена в эксплуатацию система автоматизированного управления скорой помощи (АСУ ССМП). С учетом накопленного опыта в 2004 году при переходе на централизованный прием вызовов, организации оперативного отдела введена в строй новая версия комплексной АСУ ССМП, которая работает по настоящее время. Построена территориально-распределенная сеть службы ССМП, соединяющая центральную диспетчерскую с подстанциями в 4 зонах г. Липецка по высокоскоростным каналам телефонной связи. Автоматизированная система ССМП обеспечивает весь комплекс функций, связанных с работой Станции скорой медицинской помощи. За 12 лет эксплуатации организовано 14 типов рабочих мест. С декабря 2012 года ГУЗ ЛОССМП перешла на одноканальное финансирование через систему ОМС. Идентификация пациентов происходит в автоматическом режиме по Ф.И.О. и дате рождения, используется только карта вызова скорой медицинской помощи. Процент определения жителей региона, попадающих под критерии ОМС, составляет 93%. Начиная с 2009 года, используется спутниковый мониторинг санитарного автотранспорта. Хотелось бы поделиться своим опытом в вопросах эксплуатации подобных комплексов:

1. При внедрении АСУ ССМП необходимо в первую очередь обеспечить отказоустойчивость системы. Обязательно наличие резервного источника питания, на каждое рабочее место установить ИБП с возможностью работы не менее 20 мин, резервирование каналов связи.
2. Создать сетевое хранилище для автоматической архивации базы данных.
3. При функциональном наполнении комплекса необходимо уделить особое внимание созданию «черных ящиков» работы скорой помощи. Это позволяет видеть хронограмму работы всей станции в целом и каждой бригады в отдельности за любой промежуток времени, а также протоколировать действия всех пользователей комплексной АСУ ССМП.
4. Внедрение АСУ ССМП не дает «фантастических результатов работы скорой помощи в виде 30% ускорений и т.п.», главным ускорителем процессов были и остаются кадры и их количество.
5. Автоматизация процесса обработки оперативной и статистической информации позволяет максимально высвободить персонал от рутинной бумаж-



ной работы по ведению книг, журналов, промежуточных документов, увеличить оперативность взаимодействия подразделений ССМП и установить полный контроль над подстанциями в режиме реального времени. Дает возможность объективно оценить работу ССМП, подготовить соответствующие отчеты, предоставлять достоверные сведения в вышестоящие организации. Отдельно следует выделить возможность интеграции с системой ОМС.

*Коннов В.А., Шаповалов К.Г.*

### **АЛГОРИТМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ**

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», г. Чита, Россия

Скорая медицинская помощь при ожоговой травме имеет важное прогностическое значение для последующего течения ожоговой болезни. Дефицит времени и отсутствие комфортных условий при оказании первой помощи требуют создания оперативных клинических рекомендаций. Нами предлагается порядок действий на догоспитальном этапе, основанный на данных доказательных исследований и 43-летнем опыте работы Забайкальского ожогового центра.

Первая помощь начинается с прекращения температурного воздействия! С первых секунд телефонного обращения пострадавших на СМП диспетчеру необходимо требовать от позвонивших (по убыванию интенсивности): обливания холодной водой или погружения в неё поражённых участков тела, использования естественного холода в зимнее время или морозильных камер, обёртывания влажной простыней вплоть до приезда бригады СМП. При химическом ожоге следует провести промывание проточной водой не меньше 20 минут. При травме кистей снимаются все кольца, браслеты.

Помимо этого, следует объяснять о недопустимости нанесения на ожоговую поверхность популярных у населения «средств помощи», таких как растительное масло, жир животных, мыло, картофельные очистки, зубная паста и др.

По прибытию фельдшера (врача) СМП, МЧС мероприятия догоспитального этапа включают:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей.
2. Оценку адекватности кровообращения (измерение артериального давления).
3. Определение площади и глубины ожога (показания к госпитализации).
4. Оценку уровня сознания по шкале Глазго и вероятности отравления угарным газом и(или) алкогольного опьянения.
5. Диагностику и терапию термоингаляционной травмы (ТИТ):
  - сбор анамнеза (пожар в закрытом помещении, сгоревшая одежда, необходимо выяснить время нахождения, была ли утрата сознания при пожаре), глубокий ожог на лице, жалобы на осиплость голоса, кашель с копотью в мокроте, одышку, стридор,  $SpO_2 < 95\%$ ;
  - респираторную поддержку при выявлении ТИТ;
  - введение преднизолона 90-100 мг (детям – 2 мг/кг) в/в или в/м при выявлении ТИТ.

6. Обезболивание – как один из важнейших этапов первой помощи, вследствие того, что болевой синдром наиболее выражен в первые 20 мин – 2 часа с момента получения травмы. Тем не менее, необходимо оценить риск депрессии дыхания наркотическими анальгетиками у пострадавших с нарушением сознания. Варианты:
- Фентанил 0,005% – 2-4 мл в/в;
  - Морфин 1% – 1 мл в/в;
  - Промедол 2% – 1 мл в/в (у детей 2% раствор – 0,05 мл/год жизни);
  - Кеторолак 1 мл в/м (кроме детей);
  - Трамадол 2 мл в/в (у детей – 0,04 мл/кг массы тела, кроме детей до 1 года);
  - Анальгин 50% – 2 мл в/в (у детей 50% раствор – 0,2 мл на каждые 10 кг массы тела).
- При отсутствии венозного доступа допустимо внутримышечное введение препаратов.
7. Купирование возбуждения, проводимое с учётом вероятности угнетения защитных рефлексов у пациентов с негерметичными дыхательными путями. Варианты:
- диазепам до 0,3 мг/кг массы тела в/в (у детей – до 0,5 мг/кг);
  - пропофол по 40-80 мг в/в (кроме детей).
8. Инфузионную терапию, при планируемом времени транспортировки больше 15-20 мин:
- Стерофундин изотонический, Йоностерил, Плазмалит (при их отсутствии – раствор Рингера, Дисоль, Натрия хлорида 0,9%) со скоростью 10-20 мл/кг/час в 1-й час;
  - препараты на основе гидроксиэтилкрахмала, желатина переливать только при отсутствии вышеперечисленных растворов;
  - растворы декстранов не вводить!
9. Покрытие раневой поверхности стерильной (чистой) простыней. При этом возможно не накладывать перевязочный материал. Не наносить мази и эмульсии!

Включение других лекарственных препаратов в терапию ожоговой травмы на догоспитальном этапе малообоснованно и неэффективно.

*Костеников А.Н., Савелло В.Е., Морозов А.Н.*

### **КТ-ПЕРФУЗИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АВТОРЕГУЛЯЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

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

Целью нашего исследования было изучить возможности КТ-перфузии в оценке авторегуляции церебрального кровотока при черепно-мозговой травме и установить связь полученных данных с тяжестью состояния пациентов.

Мы исследовали 40 пациентов, поступивших в НИИ СП с изолированной черепно-мозговой травмой, которым выполняли нативную СКТ и КТ-перфузию го-

ловного мозга в первые сутки от момента получения травмы и повторно, в случае выявления патологии при первичном исследовании (28 человек). При этом оценивали степень нарушения сознания по шкале Глазго. Пациенты без патологических изменений на первичном исследовании (12 человек) были отнесены к контрольной группе. На картах перфузии CBF, CBV и MTT выполнялись измерения в пределах серого вещества долей большого мозга без контузионных очагов, эпидуральных и субдуральных гематом.

В результате исследования у 12 человек с неизменным церебральным кровотоком показатели перфузии при первичном и повторных исследованиях достоверно не отличались от контрольной группы. Уровень сознания при поступлении составлял 8-13 баллов (Me 10.5), а на 2-3 сутки – 10-15 баллов (Me 12.4). По совокупности патологических изменений на нативной СКТ 3 из них относились к среднетяжелой и 9 – к тяжелой ЧМТ. У 9 человек с адекватной сосудистой авторегуляцией показатели перфузии при поступлении были достоверно выше контрольных, уровень сознания составлял 7-12 баллов (Me 9.5), у 5 из них перфузия вещества мозга на 2-3 сутки соответствовала контрольной группе, а уровень сознания – 9-13 баллам (Me 11.3). Из них 2 пациента относились к среднетяжелой и 7 – к тяжелой ЧМТ. У 7 человек показатели перфузии при первичном и повторном исследованиях оказались достоверно ниже контрольных и достигали их уровня не ранее 10 суток. Эти изменения мы оценили как нарушение авторегуляции церебрального кровотока и неадекватную сосудистую реакцию. Уровень сознания при поступлении составлял 5-8 баллов (Me 6.1), а на 2-3 сутки – 5-9 баллов (Me 6.8). Все пациенты в этой группе имели тяжелую ЧМТ.

Таким образом, КТ-перфузионная оценка состоятельности механизмов авторегуляции церебрального кровотока позволяет объяснить и прогнозировать динамику тяжести состояния у пациентов с черепно-мозговой травмой.

*Костенко В.А., Скородумова Е.А., Александров М.В., Повзун А.С.,  
Мажара Ю.П., Федоров А.Н.*

### **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОКАЛЬНОГО РЕГИСТРА ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

По данным Минздравсоцразвития РФ, каждая пятая смерть в нашей стране происходит вследствие ишемической болезни сердца, в том числе острого инфаркта миокарда (ОИМ). Одним из путей улучшения ситуации является использование регистров, являющихся объективным инструментом оценки организации и качества медицинской помощи больным острым коронарным синдромом (ОКС). Проведение регистров, согласно руководству Европейского общества кардиологов, должно осуществляться регулярно в лечебных учреждениях, занимающихся данной проблемой.

Целью работы является изучение догоспитального этапа лечения с точки зрения оценки сроков госпитализации пациентов с ОИМ от начала болей до поступления в стационар, являющегося определяющим в современном стандарте лечения ОИМ.

Разработано за 2009 г., 2011 г. (год организации регионального сосудистого центра в НИИ СП) и 2012 г. 879, 748, 752 историй болезни пациентов с ОИМ, из них 662, 474, 537 ОИМ с подъемом сегмента ST; 217, 274, 215 с ОИМ без подъема сегмента ST.

Число больных, поступивших в 0-3 часа от начала болевого синдрома, в 2009 г. составило 331 (37,6%), в 2011 г. – 285 (37,9%), в 2012 г. – 294 (39,1%); в 3-6 часов – 174 (19,8%), 169 (22,6%), 204 (27,1%); в 6-12 часов 104 (11,8%), 86 (11,5%), 94 (12,5%); в 12-24 часа 81 (9,2%), 60 (8,0%), 32 (4,2%); после 24 часов – 188 (21,4%), 148 (19,8%) и 128 (17,0%) соответственно. Таким образом, в терапевтическое окно попало 57,4% (505 пациентов) в 2009 г., 63,4% (454 пациентов) в 2011 г. и 66,2% (498 пациентов) в 2012 г. больных ОИМ. Остается высоким процент больных, хотя и снижающийся, поступивших в стационар после 24 часов от начала болей.

В 2009 г. госпитализирован 231 больной с повторным ОИМ. Все пациенты поступили в первые 6 часов заболевания, из них в первые 3 часа – 148 (64,1%). В 2011 г. госпитализированы 233 пациента с повторным ОИМ. Все пациенты поступили в первые 6 часов заболевания, из них в первые 3 часа – 161 (69,1%). Такая же картина наблюдалась и в 2012 году: все пациенты с повторным ОИМ поступают в стационар в первые 6 часов.

По нашим данным, скорая помощь во Фрунзенском районе Санкт-Петербурга доставляет пациентов с ОИМ в стационар в среднем через 1 час после поступления вызова при отсутствии осложнений и через 2 часа при наличии осложнений.

Исследование показало, что организация регионального сосудистого центра мало повлияла на скорость доставки пациента с ОИМ в стационар, что является решающим фактором в снижении летальности. Достоверная тенденция ( $p < 0,05$ ) появилась только на втором году существования центра. Основная причина, в том числе и по данным литературы, это позднее обращение за медицинской помощью. На низкую информированность населения указывают также сроки госпитализации пациентов с повторными ОИМ, когда пациент уже осведомлен о заболевании.

Таким образом, изменение ситуации лежит, прежде всего, в области улучшения просветительской работы среди населения.

*Кошевой А.А., Захаренко А.А., Бабков О.В., Суров Д.А., Безмозгин Б.Г.,  
Трушин А.А., Тен О.А., Кодолов Д.В.*

**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ  
ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ С КАРЦИНОМАТОЗНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ  
И НАПРЯЖЁННЫМ АСЦИТОМ**

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

Карциноматоз брюшины – частый вариант прогрессирования КРР, сопровождается двумя наиболее частыми осложнениями – карциноматозной кишечной непроходимостью, которая является причиной летальных исходов большого чис-

ла пациентов с КРР, и напряжённым асцитом. В нашем исследовании доля таких больных составила почти 15%.

В рамках предложенного алгоритма была разработана патогенетически обоснованная комплексная консервативная терапия карциноматозной кишечной непроходимости (ККН), обязательным компонентом которой являются глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные средства и современные антисекреторные препараты, позволившая разрешить консервативно 56% случаев ККН, тогда как общепринятая тактика позволила это сделать только в 27,2% ( $p < 0,05$ ). Уровень послеоперационных осложнений в контрольной и основной группах составил 68,8% и 54,6%, а послеоперационной летальности – 45,5% и 24% соответственно ( $p < 0,05$ ).

В основе ЛДА по лечению напряжённого асцита лежит определение степени абдоминальной гипертензии. При отсутствии признаков полиорганной недостаточности и 1-2 степеней внутрибрюшной гипертензии возможно амбулаторное лечение больных. Решение о необходимости эвакуации жидкости принимается по выраженности клинической картины.

Выявление 3-4 степеней и абдоминальной гипертензии без признаков органических дисфункций является показанием к госпитализации и экстренной (в течение 2 часов) эвакуации асцита.

Признаки органических дисфункций при повышенном внутрибрюшном давлении, при исключении других причин (острая сердечно-сосудистая недостаточность, желудочно-кишечное кровотечение и др.), позволяют заподозрить развитие синдрома абдоминальной гипертензии. Больных этой группы показано госпитализировать в отделение реанимации с проведением комплекса лечебных мероприятий.

Наиболее подходящим методом для эвакуации асцита, на наш взгляд, является пункция и катетеризация брюшной полости по Сельдингеру наборами для постановки центральных вен. Жидкость необходимо эвакуировать медленно, при тяжёлом состоянии больного – в несколько этапов.

Основу медикаментозной терапии должны составлять коллоидные растворы, позволяющие удерживать внутрисосудистую жидкость и предотвратить её реаккумуляцию. Наибольшую эффективность показали растворы на основе гидроксиэтиленкрахмала (6-ГЭК, стабизол, рефортан). Монотерапия кристаллоидными растворами приводит к увеличению скорости накопления асцитической жидкости.

Предлагаемая тактика проста и доступна к исполнению в стационарах любого уровня. Она значительно повышает качество жизни больных с напряжённым карциноматозным асцитом и позволяет снизить госпитальные осложнения и летальность почти в 2 раза. Уровень послеоперационных осложнений в контрольной и основной группах составил 76% и 12%, а послеоперационной летальности – 20% и 11,1% соответственно ( $p < 0,05$ ).

*Круглова И.А., Гилязева Р.Н., Алакаева Д.Р.*

## **АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ**

МБУЗ ГKB № 18, г. Уфа, Россия

Врач и фельдшер скорой медицинской помощи в своей работе встречаются с большим количеством нозологий. Их диагностика на догоспитальном этапе нередко представляет значительные трудности. В большинстве случаев основными поводами для вызова скорой помощи при острых гинекологических заболеваниях являются внезапное появление боли внизу живота и/или кровотечения из половых путей, которые могут быть обусловлены самыми различными заболеваниями. В случаях, требующих оказания неотложной медицинской помощи, исход заболевания напрямую зависит от точности диагностики и своевременности госпитализации в стационар.

В ряде случаев неверный ход начинается со сбора анамнеза заболевания пациентки. Не всегда обстановка является благоприятной для постановки правильного диагноза: присутствие родственников, выраженный болевой синдром. Для того чтобы уменьшить количество ошибок, необходимо проводить осмотр пациентки, который будет включать пальпацию, перкуссию, аускультацию. Зачастую врачи и фельдшера скорой медицинской помощи пренебрегают данными методами, ориентируясь на субъективные жалобы пациенток.

Нами был проведен анализ часто встречающихся диагностических ошибок, допущенных врачами на догоспитальном этапе. За период 2010-2012 гг. в гинекологическое отделение № 1 МБУЗ ГKB №18 обратилось 9250 женщин, из них 6945 (75%) госпитализированы, в том числе 3901 (56%) – по экстренным показаниям. В госпитализации было отказано 2305 (44%) женщинам, из них 1260 были доставлены ССМП. Следует отметить, что каждая вторая женщина, которой отказали в госпитализации, была доставлена бригадами СМП, что свидетельствует о слабом знании сотрудниками службы СМП гинекологической патологии.

В большинстве случаев причиной отказа в госпитализации было отсутствие показаний в экстренной госпитализации.

Наибольшее количество расхождений диагнозов отмечалось при воспалительных гинекологических заболеваниях, внематочной беременности и апоплексии яичника, дисфункциональных маточных кровотечениях и угрозе прерывания беременности, которые составляют основную массу экстренно госпитализируемых женщин в гинекологические стационары.

**Выводы.** В своевременной постановке клинического диагноза у женщин с гинекологическими заболеваниями и организации стационарного лечения ведущее место занимают работа преимущественно врачей скорой медицинской помощи и приемных отделений и регулярное повышение их квалификации.

*Крылов М.К., Джурко Б.И., Мазуркевич Г.С., Крецер И.В., Кузнецова Л.А.*

## **СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА**

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

Данный способ основан на методике водородного клиренса, в отличие от которой предполагает установку не одного, а двух датчиков (электродов) полярографа на сосуде, подводящем кровь к органу (региону), и на сосуде, отводящем кровь от него. Различие изменений концентрации водорода при его прохождении в этих сосудах, регистрируемое на самописце в виде кривых, обуславливается количеством газа, прошедшего через длинные пути (артериола–капилляр–межклеточное пространство–капилляр–венула) и короткие (артериола–артериоло-венулярный анастомоз–венула). Теоретически прохождение водорода только по коротким путям выразилось бы в максимальном совпадении изменений концентрации газа на «входе» и «выходе» из региона, а прохождение по длинным путям характеризовалось бы максимальным различием этих изменений.

Зависимость различий концентрации водорода при прохождении его через вход и выход из региона от количества функционирующих капилляров и А-В анастомозов (шунтов) определена на модели системы кровообращения. Модель состояла из последовательно и параллельно соединённых полимерных трубок, имитировавших систему кровеносных сосудов, включая капилляры, длинные и короткие шунты, а также из насоса барабанно-гидравлического типа, создававшего пульсирующий поток жидкости с различной объёмной скоростью, камер для введения водорода и смешивания его с жидкостью, двух резервуаров для жидкости.

Информативность способа оценена в экспериментах на кошках. Увеличение количества функционирующих капилляров (ФК) у кошек под влиянием папаверина приводило к увеличению времени прохождения водорода через бассейн бедренной артерии, что выражалось в снижении высоты и удлинении кривой изменений его концентрации. Значительное уменьшение их количества после введения микросфер сопровождалось относительным увеличением доли шунтируемого кровотока и выражалось в увеличении высоты и укорочении кривой.

Величина капиллярного кровотока определялась компьютером с помощью математической модели путём сопоставления кривых, записанных датчиками на кровеносных сосудах, с аналогичными кривыми известных параметров, записанных на модели кровообращения.

*Кузубаев Ж.М., Махкамов К.Э.*

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОБОЛОЧЕЧНЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ**

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

Проблема сдавления головного мозга травматическими оболочечными внутричерепными гематомами (ВЧГ) постоянно находится в центре внимания исследователей не только потому, что число неблагоприятных исходов до сих пор

остаётся высоким, но и благодаря появлению новых методов диагностики, хирургического и консервативного лечения. Исход больных с травматическими оболочечными ВЧГ в послеоперационном периоде в значительной степени зависит от того, насколько удастся прогнозировать исход лечения и предупредить неблагоприятные результаты.

Целью исследования являлось изучение результатов хирургического лечения травматических оболочечных ВЧГ и определение прогностических значений различных факторов.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ данных, полученных при клинико-инструментальном обследовании, и исходов хирургического лечения 612 больных, оперированных по поводу травматических оболочечных ВЧГ с 01.01.2010 г. по 31.12.2012 г. в Республиканском Научном Центре экстренной медицинской помощи Узбекистана. Возраст больных варьировал от 16 до 72 лет, в среднем составил  $38,2 \pm 1,2$  года. В данной выборке мужчины составили 59,9%, женщины – 40,1%. Среднее время с момента травмы до госпитализации –  $4,6 \pm 1,2$  ч. По данным КТ головного мозга у 397 больных (64,8%) были выявлены субдуральные гематомы, у 215 (35,2%) – эпидуральные гематомы. Объем субдуральных гематом составил в среднем  $73,4 \pm 14,1$  см<sup>3</sup>, эпидуральных гематом –  $48,3 \pm 8,5$  см<sup>3</sup>. Смещение срединных структур –  $6,4 \pm 1,1$  мм при субдуральных гематомах и  $8,7 \pm 1,3$  мм при эпидуральных гематомах.

**Результаты и их обсуждение.** При эпидуральных гематомах отличные функциональные исходы после операций отмечены у 69 (32,1%) больных, умеренная инвалидизация – у 34 (15,8%), тяжелая инвалидизация – у 15 (6,9%), вегетативное состояние – у 3 (1,3%) больных. Послеоперационная летальность составила 43,7% (94 больных). При субдуральных гематомах хорошее восстановление наблюдалось у 163 (41,1%) больных, умеренная инвалидизация – у 83 (20,9%), тяжелая инвалидизация – у 10 (2,5%), вегетативное состояние – у 7 (1,7%) больных. У 134 (33,7%) больных исход оказался летальным.

В нашем наблюдении летальность у больных с ВЧГ в ясном сознании и оглушении составила 11,5%, с уровнем угнетения бодрствования до сопора – 18,1%, до умеренной комы – 56,8% и до глубокой комы – 89,4%. Наибольшее количество неблагоприятных исходов отмечено у больных с гематомой в височной области – 58,4%, а также у больных с субтенториальной локализацией гематомы – 59,4%. В нашей работе отмечено, что с увеличением выраженности дислокации срединных структур мозга увеличивалось количество неблагоприятных исходов. У больных со смещением срединных структур мозга меньше 3 мм летальность составила 12,4%, от 3 до 5 мм – 17,4%, от 5 до 10 мм – 56,4%. Наиболее высокий процент летальных исходов отмечен у больных с дислокацией срединных структур мозга больше 10 мм – 87,3%. Отмечено, что у пострадавших с малыми объемами гематом (до 50 см<sup>3</sup>) летальность была минимальной – 14,7%. При объеме гематомы больше от 50 до 100 см<sup>3</sup> количество неблагоприятных исходов составило 54,3%. Наибольшая летальность отмечена у пострадавших с объемом гематом свыше 100 см<sup>3</sup> – 78,7%.

Таким образом, прогностически неблагоприятными критериями хирургического лечения травматических оболочечных внутримозговых гематом являются угнетение сознания больных до комы, височная и субтенториальная локализация ге-



матомы, смешение срединных структур мозга больше 5 мм и большой объем гематомы (свыше 50 см<sup>3</sup>).

*Куличков П.М., Раевский А.А., Кривошеин А.М., Зарипова З.А.*

**ВОСПОЛНЕНИЕ ДЕФИЦИТА ЗНАНИЙ  
НА ПУТИ РЕШЕНИЯ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА  
В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

В связи с острым кадровым «голодом» для привлечения врачей в поликлиники на должности терапевтов и педиатров Минздрав РФ оправдывает отмену послевузовской специализации. Однако такой же (если не больший) дефицит испытывают еще две отрасли медицины: анестезиология и реаниматология, и скорая медицинская помощь. Для этих специальностей невозможно внести отмену ординатуры по ряду причин, одной из которых является отсутствие в рамках додипломного образования дисциплины «скорая медицинская помощь» и недостаток часов по предмету «анестезиология, реанимация, интенсивная терапия». Таким образом, обе специальности находятся в «патовом» положении: есть необходимость длительного обучения (и тогда ожидаемый «кадровый провал» может составить от 3 до 5 лет), но без этого обучения не обойтись!

Каковы же пути выхода из создавшегося положения? Поскольку эти две специальности очень близки и касаются терапии urgentных состояний, то и подход к решению кадровой проблемы может быть единым. По нашему мнению, поможет унификация программы подготовки специалиста неотложных состояний (с неизбежным увеличением часов) и поэтапное прохождение всех ступеней послевузовского образования с возможностью получения **сразу двух** сертификатов. На первом этапе ординатор изучает urgentные состояния и помощь на догоспитальном этапе с обязательной практической направленностью и отработкой навыков в выездной бригаде. Вторым этапом образования служит работа в «шоковой» палате приемного отделения клиники. Третьей ступенью служит реанимационное отделение с тактической подготовкой врача-«интенсивиста» стационара. Последней ступенью будет операционная с участием ординатора в анестезиологическом обеспечении хирургического лечения пациента.

Такая этапность подготовки обусловлена необходимостью преемственности работы служб догоспитального и госпитального звеньев. По окончании обучения по этой унифицированной программе у врача (специалиста неотложных состояний) в первые 3 года будет возможность работать только в выездной бригаде или в шоковой палате. В последующем будет возможна работа сначала в отделении реанимации (еще на 3 года), а потом и в операционной. Накопление опыта и столь широкая квалификация обеспечит возможность ротации, а такое «принудительное» распределение позволит не только решить проблему количества специалистов, но и их качества.

*Кунафин М.С., Хунафин С.Н., Тимербулатов Ф.Д., Зареева Р.Ф.*  
**К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»,  
МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» ГО, г. Уфа, Россия

Уровень дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и количество травм среди населения остаются значительными. Большие расстояния, неразвитость связи, отдаленность медицинских учреждений от дорог федерального значения, плохие оснащенность и подготовленность по оказанию первой помощи немедицинского персонала, участвующего в обеспечении безопасности дорожного движения, отсутствие системы оперативного оповещения между службами здравоохранения, ГИБДД, транспортными и дорожными организациями – все это сегодня приводит к большим санитарным потерям при ДТП.

Анализ летальности при ДТП показал, что наибольший процент летальных случаев происходит на месте ДТП (51-53%), на втором месте летальность в отделениях стационаров (37-39%). Очень незначительная летальность в процессе транспортировки бригадами СМП (2-3%) и в приемных отделениях стационаров (5-6%).

В 2011-2012 гг. в г. Уфе бригады скорой медицинской помощи выезжали на 3523 ДТП. Количество пострадавших составило 3577. Основное количество дорожно-транспортных происшествий приходится на г. Уфу (39,6%). Анализ выездов бригад СМП на ДТП показал, что в 69% выезжали специализированные бригады и в 31,0% – линейные. Анализ ДТП по географическим районам г. Уфы показал, что 29,7% ДТП произошло в южной части, 39,7% – в центральной и 30,6% – в северной частях города.

С нашей точки зрения, при организации медицинской помощи при ДТП необходимо исходить из следующих основных положений:

1. Все организации и лица, на которых возлагается оказание медицинской помощи, должны находиться в постоянной готовности и располагать всем необходимым.

2. Первая помощь должна оказываться быстро и в короткие сроки, а время от момента травмы до оказания первой помощи сократить до минимума.

3. После оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе особое значение приобретают быстрое направление пострадавшего в соответствующий специализированный центр и правильная транспортировка.

4. Быстрое и комплексное обследование пострадавшего дежурной бригадой специализированного центра, правильная оценка тяжести и оказание полноценной помощи, в том числе хирургической, включая различные методы стабилизации костных отломков, в первые часы поступления пострадавшего в стационар.

Таким образом, рост количества и тяжесть медицинских последствий ДТП диктует необходимость принятия более решительных организационных мер для улучшения оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП.

*Куршакова И.В., Бумай А.О., Тулупов А.Н.*  
**СТРУКТУРА ТРАВМАТИЗМА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ  
(ПО ДАННЫМ СПб НИИ СП ИМ. И.И.ДЖАНЕЛИДЗЕ)**

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

Проблема травматизма, являющегося одной из основных причин смерти граждан РФ, в условиях мегаполиса еще более усугубляется.

Целью данного исследования было уточнение структуры травматизма в мегаполисе и эффективности работы соответствующих медицинских служб.

В 2012 г. в отделение экстренной медицинской помощи (ОЭМП) СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе поступило 13201 человек с механическими травмами и их последствиями (20,1% от всех, поступавших в ОЭМП), среди которых было 5586 (42,3%) женщин и 7615 (57,7%) мужчин. Средний возраст пострадавших составил 37,4±6,8 лет. Поступили в тяжелом состоянии 925 пострадавших (7,0%), у 442 из которых был диагностирован шок различной тяжести; в состоянии средней тяжести – 2643 (20,0%); в удовлетворительном – 6990 (60,1%). У 1703 человек (12,9%) оценка тяжести состояния была затруднена из-за алкогольного, наркотического опьянения или психической неадекватности.

В ДТП пострадал 1531 человек, что составило 11,6% от всех поступивших. При этом причиной шокогенных травм ДТП явились в 38,6%.

Прочие причины травм распределились следующим образом: бытовые – 10940 (82,8%); производственные – 275 (2,1%); спортивные – 77 (0,6%); криминальные – 378 (2,9).

Пострадавшие были доставлены в НИИ СП линейными бригадами скорой помощи в 7981 случае (60,5%); специализированными РХБ – в 1397 (10,6%). Поступили по направлениям поликлиник и травмпунктов 2034 (15,4%); обратились в ОЭМП самостоятельно 1446 (10,9%), переведены из других стационаров 48 (0,4%), прочее – 291 человек (2,2%). На момент госпитализации 390 пострадавших не имели полиса ОМС (12,2%), из них 162 – лица БОМЖ и 228 – граждане СНГ. Среди этой категории больше всего было криминальных травм – 242 (65,0%).

Наиболее частыми были травмы головы – 4117 (31,2%) и конечностей – 4843 (36,7%). С травмами позвоночника было 733 (5,6%), груди – 538 (4,1%), живота – 208 (1,6%), таза – 65 (0,5%), шеи – 28 (0,2%), наружных половых органов – 8 (0,1%) пострадавших. Сочетанные травмы составляли 2240 (17,0%), комбинированные – 279 (2,1%) случаев. 142 (1,4%) человека имели последствия травм.

1140 (8,6%) пострадавших нуждались в экстренной хирургической либо реанимационно-анестезиологической помощи. Было отпущено на амбулаторное лечение 8564 пациента – 64,9%. При этом наибольшее число амбулаторных пациентов было среди лиц, доставленных линейными бригадами СМП – 72,4%. Из пострадавших, не нуждавшихся в госпитализации, менее 2 часов находились в приемном отделении 5496 (64,2%) человек, получив за это время все необходимые консультации, лабораторные и инструментальные обследования, включая высокотехнологичные лучевые (более 80%), что свидетельствует о высокой интенсив-

ности работы ОЭМП. В то же время у 740 (8,6%) пострадавших этой категории до выписки прошло более 6 часов.

Выводы:

1. Травматизм занимает существенное место в структуре ОЭМП многопрофильного стационара – более 20%. Наиболее часто встречаются изолированные повреждения головы (31,2%) и конечностей (36,7%). Сочетанные травмы составляют 17,0%, а комбинированные – 2,1%.

2. Из лиц, поступающих в ОЭМП, большая часть не имеет показаний для госпитализации, что свидетельствует о необходимости обоснования критериев для лечения пациентов с травмами в различных медицинских учреждениях амбулаторного и госпитального типа.

*Кучеев И.О., Кашанский Ю.Б., Халилов Р.Г., Алекперов У.К.*

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНЫХ КОСТЕЙ  
У ПОСТРАДАВШИХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**

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

Переломы пяточных костей чаще всего встречаются у пострадавших трудоспособного возраста и составляют до 10% от всех переломов нижних конечностей. Проблема их лечения до настоящего времени не потеряла своей актуальности. Большинство исследователей оптимальным методом лечения переломов пяточных костей признан оперативный. Наиболее популярным способом оперативного лечения на сегодняшний день является открытая репозиция с накостной фиксацией отломков. Тем не менее, в литературе появились сообщения о недостатках и осложнениях этого способа. Среди них отмечают сложность полной репозиции при одностороннем доступе и достаточно частое развитие гнойно-некротических осложнений.

Цель исследования – улучшить результаты лечения пострадавших с переломами пяточных костей при тяжелой механической травме путем оптимизации их хирургического лечения.

Мы провели анализ хирургического лечения 143 пострадавших с переломами пяточной кости, находившихся на лечении в НИИ СП с 2000 г. по 2010 г. У 40 пациентов (48 переломов) был предпринят остеосинтез пластинами по методике АО. 103 пациента (125 переломов пяточных костей) получили лечение разработанным нами методом чрескостного остеосинтеза. Суть метода заключается в репозиции и фиксации перелома по оригинальной методике (Патент РФ № 2379001 от 20.01.2010 г.). Вначале две перекрещивающиеся спицы проводятся в нижней трети голени под углом 45° к фронтальной плоскости. Третья спица проводится под углом 15° к сагиттальной плоскости через бугор пяточной кости. Спицы фиксируются в кольце и дуге аппарата Илизарова, которые соединяются резьбовыми стержнями. Дистракция на стержнях приводит к возникновению усилий на пяточный бугор и на другие фрагменты за счет лигаментотаксиса. В результате этого происходит репозиция перелома пяточной кости.

Предложенный способ технически прост, менее травматичен, чем погружная фиксация, что особенно важно при лечении пострадавших с множественной и сочетанной травмой. Ближайшие и отдаленные результаты лечения в обеих группах оценивали по общепринятым критериям. Хорошие ближайшие результаты в группе накостного остеосинтеза достигнуты у 62%, при чрескостном остеосинтезе – у 75%, отдаленные – у 60% и 69% пострадавших соответственно.

Таким образом, предложенный способ позволяет достичь сопоставимой с накостным остеосинтезом степени репозиции отломков и осколков, но избежать возможных после открытой операции осложнений, как в раннем, так и отдаленном периодах лечения.

*Лобжанидзе А.А., Эргашев О.Н.*  
**РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ,  
НАПРАВЛЕННЫХ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ  
ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ  
В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Комитет по здравоохранению Правительства Ленинградской области  
Санкт-Петербург, Россия

Условия, в которых происходят дорожно-транспортные происшествия (ДТП) в Ленинградской области, отличаются от других регионов России: низкой плотностью населения (20 чел. на 1 кв. км.), большим количеством скоростных автомобильных дорог, в том числе и федеральных, большой скоростью, при которой происходят ДТП, что увеличивает тяжесть последствий травм.

В Ленинградской области в 2012 г. по сравнению с 2011 г. достигнуто снижение числа ДТП и людей, погибших в результате этого. Всего произошло 3576 ДТП, в сравнении с 2011 г. – 3770 случаев. При этом общее число пострадавших в ДТП имеет динамику к росту: 4380 в 2010 г., 5350 в 2011 г. и 5464 в 2012 г., причем в дорожно-транспортных происшествиях погибли 627 (11,4%) человек в 2012 г., по сравнению с 641 (11,9%) – в 2011 г.

Тяжесть последствий ДТП составила 11,4% в 2012 г. по сравнению с 14,0% в 2011 году. Снижение этого показателя, очевидно, объясняется проведенной работой ГИБДД по контролю скорости на трассах Ленинградской области, при которой участники движения попадают в ДТП.

В 2012 г. в медицинские организации Ленинградской области госпитализировано 2208 пострадавших при ДТП (в 2011 г. – 2812), в травматологические центры с тяжелыми сочетанными травмами госпитализировано 651 чел. (в 2011 г. – 653).

В 2012 г. в медицинских организациях Ленинградской области умерло от последствий травм, полученных в ДТП, 86 чел. (2011 г. – 118 чел.), уменьшилось на 11,9%, в том числе в первые сутки – 37 чел. (2011 г. – 50 чел.).

Снижение госпитальной летальности с 124 человек в 2010 г. до 100 в 2011 г. и 86 в 2012 г. связано, на наш взгляд, с обучением оказания помощи пострадавшим с шоком врачей хирургов, травматологов, реаниматологов области, с внедрением в последние 3 года в ЛПУ Ленинградской области новых методов лечения

тяжелой сочетанной травмы, закупкой комплектов аппаратов сочетанной травмы КСТ-1 всеми больницами области, с использованием многоэтапной тактики хирургического лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Необходимость создания травмосистемы обусловлена тем, что тяжелые сочетанные травмы занимают 3-е место среди причин смертности, у лиц моложе 40 лет – 1 место, у людей до 20 лет являются преобладающей причиной смерти.

В Ленинградской области идет создание этапной помощи пострадавшим в ДТП с системой травматологических центров 1, 2, 3 уровня, с четкой маршрутизацией пострадавших, на основе единой доктрины лечения тяжелой сочетанной травмы и единой шкалы оценки тяжести состояния и повреждений, а также на основе внедрения современной тактики многоэтапного хирургического лечения у пострадавших в ДТП с изолированной, множественной и сочетанной травмами, сопровождающимися шоком.

На сегодняшний момент, в Ленинградской области помощь трех уровней позволяет оказывать различные объемы: 3 уровень (районный) – реанимационная помощь и неотложная хирургическая помощь; 2 уровень (межрайонный) – реанимационная помощь, неотложная хирургическая, травматологическая помощь и интенсивная терапия, 1 уровень – полный объем специализированной помощи.

Выводы:

1. В Ленинградской области создается система помощи при травме, представляющая собой организованный подход к лечению пострадавших для обеспечения им оптимальной помощи на основе современных технологий.

2. Результаты лечения политравмы лучше тогда, когда пострадавшие сразу после оказания помощи на месте происшествия доставляются в травматологический центр первого или второго уровня.

*Логинов И.В., Скворцов А.Е., Ананьев А.Н., Ульянкина И.В., Тутин А.П.,  
Резник А.О., Кузьмин Д.О., Кутенков А.А, Резник О.Н.*

### **СВЯЗЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОНОРСКИХ ПРОГРАММ И УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Дефицит донорских органов является главным сдерживающим фактором в развитии трансплантологии, и причины его требуют тщательного изучения. Наиболее остро нехватка доноров органов ощущается в Российской Федерации. На сегодняшний день в России отсутствует единая национальная система организации посмертного органного донорства, не определен порядок функционирования и финансирования учреждений здравоохранения, в которых осуществляются работы по обеспечению органного донорства.

Основное место в структуре донорства занимают доноры, причиной смерти которых стали травмы ЦНС, составляющие в последние 4 года в среднем 60% от эффективных доноров. Необходимо отметить связь эффективности донорских программ и уровня оказания скорой медицинской помощи, проявляющуюся общим повышением качества данного вида помощи на всех этапах транспортировки по-

страдавшего в стационар, вследствие чего количество пациентов с травмой ЦНС неуклонно снижается, что необратимо ведет к снижению пула доноров данной категории. Тем временем количество погибших от сосудистых заболеваний ЦНС продолжает расти из года в год, таким образом, основной неиспользуемый ресурс органного донорства в Санкт-Петербурге, как, вероятно, и во всей РФ, заключается в использовании таких пациентов.

Особенностью трансплантации является прямая ее зависимость от уровня профессионального образования. Выяснено, что неудовлетворительная подготовка неврологов по вопросам диагностики смерти мозга является одной из причин дефицита посмертных доноров среди умерших от сосудистых заболеваний ЦНС.

Непременным фактором организации донорства является аудит смертности в донорских стационарах на основе метрических коэффициентов, позволяющих объективизировать неэффективное использование доноров и определить донорский потенциал стационара.

Медико-экономические проблемы являются наиболее важными составляющими дефицита доноров органов. Отсутствие адекватного финансирования вынуждает учреждения в большинстве случаев прекращать участие в донорских программах, начиная с момента гибели пациента.

Донорство органов является отдельным от трансплантации видом медицинской деятельности, реализуется через трансплантационную координацию и выполняется не трансплантологами, а персоналом донорских стационаров.

Таким образом, нами установлено, что эффективное донорство органов напрямую зависит от комплекса образовательных, организационных и экономических факторов и общего уровня оказания медицинской помощи.

*Мадай Д.Ю., Головкин К.П., Сокирко Е.Л., Мадай О.Д.*

### **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ И ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ**

Санкт-Петербургский государственный университет,  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

Проблема оперативных доступов в лечении повреждений верхней и средней зоны лица имеет особое значение из-за косметических и функциональных проблем челюстно-лицевой области. Решить эти проблемы можно с использованием таких технических инноваций, как эндовидеохирургия (ЭВХ) и малоинвазивный остеосинтез поврежденных костных структур.

Цель исследования – разработка и внедрение в клиническую практику лечения черепно-лицевых повреждений эндовидеохирургических технологий и малоинвазивных методов внеочагового остеосинтеза.

При выполнении первичной хирургической обработки огнестрельных ранений и обширных повреждений лица ЭВХ позволила: избирательно реализовать гемостаз и удалить участки первичного некроза; восстановить целостность поврежденных структур и выполнить этапную пневмофиксацию скулоорбитального ком-

плекса; оптимизировать дренирование раны и впоследствии использовать дренажи для видеомониторинга.

Второй проблемой, требующей своего решения при лечении черепно-лицевых повреждений, является отсутствие современных методик внеочагового остеосинтеза переломов костей средней зоны лица. Нами предложены два способа внеочагового остеосинтеза. Способ внеочагового-стержневого остеосинтеза при переломах верхней челюсти по типу Лефора-Герена (Патент на полезную модель (РФ) №105151 зарег. 10.06.2011г. по заявке №2009148550 от 22.12.2009 г.) и способ внеочагового-стержневого остеосинтеза при переломах верхней челюсти по типу Лефор-II средний и комплект для его осуществления (Патент на изобретение (РФ) №2430698 зарег. 10.10.2011г. по заявке №2009148548 от 22.12.2009 г.). Данные варианты остеосинтеза являются окончательными, а разработанная методика обеспечивает жесткую управляемую фиксацию отломков средней зоны лицевого скелета.

В заключение следует отметить, что эндовидеохирургия и малоинвазивный внеочаговый остеосинтез в комплексном лечении пострадавших с тяжелыми черепно-лицевыми повреждениями доказывают свою эффективность за счет снижения частоты развития инфекционных осложнений и уменьшения летальности, позволяют предотвратить посттравматические деформации, улучшить функциональные и косметические результаты лечения.

*Мазуркевич Г.С., Крецер И.В., Кузнецова Л.А., Джурко Б.И.*

### **СПОСОБ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

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

Сущность способа заключается в одновременном определении величины кровотока в легочной артерии и задней полый вене методом термодиллюции или электромагнитной флоуметрии. Известно, что кровоток по задней полый вене характеризует отток крови от нежизненно важных органов (мышцы, кожа, кости, желудочно-кишечный тракт, почки и др.), а по лёгочной артерии – от всех органов и тканей, включая сердце. Разность величин кровотока в этих сосудах характеризует отток крови от жизненно важных органов (мозг, сердце, дыхательная мускулатура, лёгкие – бронхиальный кровоток).

На основании величин кровотока в лёгочной артерии (Q) и задней полый вене (q) рассчитывается коэффициент централизации кровообращения (КЦК):

$$\text{КЦК} = \frac{Q - q}{Q}$$

С целью верификации КЦК в экспериментах на кошках вызывали перераспределения кровотока (путём пережатия крупных сосудов), соответствующие реакциям централизации и децентрализации кровообращения. Для этого препарировали сонные артерии и участок брюшной аорты ниже отхождения чревных стволов, затем под сосуды подводили лигатуры, с помощью которых останавливали кровоток.



Принудительную централизацию кровообращения вызывали также введением в кровеносное русло микросфер. В зависимости от места введения и количества микросфер, можно было ограничить кровоток или практически полностью исключить из системной циркуляции отдельные органы или регионы тела. Используя длинный катетер, введенный через бедренную артерию в брюшной отдел аорты, производилось последовательное или полное выключение кровотока с помощью микросфер из норакрила диаметром от 10 до 50 мкм в спланхническом регионе и бассейне подвздошных артерий. При этом с помощью электромагнитного расходомера определялось распределение сердечного выброса между органами, расположенными выше и ниже диафрагмы. Таким образом постепенное увеличение централизации кровообращения регистрировали количественно.

*Максудова Л.Б., Гафуров Б.Г.*

### **СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ**

Республиканский Научный центр экстренной медицинской помощи

г. Ташкент, Узбекистан

**Актуальность.** Артериовенозные мальформации (АВМ) являются одной из наиболее частых сосудистых патологий головного мозга. Одним из первых проявлений АВМ является эпилептический припадок.

Клиническая вариабельность эпилептических припадков определяется как индивидуальными свойствами мозговой биоэлектрической активности, функциональным состоянием головного мозга, так и структурно-анатомическими характеристиками АВМ.

Целью исследования явилось определение факторов, в большей мере определяющих вид и характер судорог при АВМ.

**Материалы и методы.** Исследование основано на анализе 60 пациентов с судорожным синдромом, у которых было выявлено наличие АВМ. Среди них 25 больных – женщины, 35 – мужчины. Средний возраст больных составил  $25 \pm 6,8$  лет. Всем больным была произведена МСКТ головного мозга, 25 – контрастная ангиография головного мозга, 13 больным – эндоваскулярная эмболизация АВМ. В 10 случаях диагностированы неконвекситальные АВМ: базального расположения – 6 (60%) больных и задней черепной ямки – 4 (40%). Причем из указанных 10 пациентов судороги отмечались только в 3 случаях.

**Результаты и обсуждение:** диагностическое обследование показало, что базальное расположение АВМ в значительно меньшей степени проявляется судорожным синдромом, что выражается в урежении частоты эпилептических припадков и их длительности. Напротив, конвекситальное расположение АВМ практически всегда сопровождается судорогами. Лобно-теменная локализация АВМ левого полушария приводит к судорогам в 100% случаев и проявляется чаще генерализованными тонико-клоническими эпилептическими припадками. У женщин судороги отмечались у 13 (52%), у мужчин – 22 (63%). Средний размер АВМ составил  $3,6 \times 3,2 \times 2,5$  см. Локализация АВМ больших размеров  $7 \times 8$  см встречалась чаще всего в левом полушарии височной доли, что составило у женщин 7 (28%), у мужчин 12 (34%). Частотный анализ эпилептических припадков показал, что чаще всего эпилептические

припадки отмечались у лиц с левополушарной локализацией – 45 (75%) больных, особенно при височной, височно-лобной локализации АВМ.

**Выводы:** 1. АВМ головного мозга, сопровождающиеся судорожным синдромом, чаще располагаются в левом полушарии, преимущественно в лобно-теменной и височной областях. 2. АВМ головного мозга базального расположения и АВМ ЗЧЯ реже проявляются судорогами. 3. Эмболизация (даже субтотальная) АВМ снижает частоту эпилептических приступов.

*Мануковский В.А., Борисов М.Б., Кажанов И.В., Самохвалов И.М.*

**ВНЕБРЮШИННАЯ ТАМПОНАДА ТАЗА  
КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ ВНУТРИТАЗОВОГО  
КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ТРАВМАХ ТАЗА**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

Выполнение адекватной тугой тампонады ограниченных клетчаточно-фасциальных пространств таза, особенно зоны прохождения ветвей пресакрального венозного сплетения, создает надежную компрессию поврежденных венозных сосудов. Проведен анализ двух групп пострадавших с нестабильной травмой таза, которым выполнялась внебрюшинная тампонада таза (ВТТ) – 5 наблюдений, чрезбрюшинная – 4 наблюдения. В ходе анализа 9 собственных наблюдений при сравнении двух способов тампонирования таза выделены их преимущества и недостатки. При выполнении чрезбрюшинной тампонады отмечались следующие недостатки: высокий риск развития абдоминального компартмент-синдрома; дополнительная интраоперационная кровопотеря; необходимость удаления тампонов в сроки 24-48 часов и выполнения для этого повторной лапаротомии; наличие высокого риска развития повторного жизнеугрожающего неконтролируемого внутритазового кровотечения.

В свою очередь, поскольку техника внебрюшинной тампонады проста и легко выполняема, она обеспечивала минимальную интраоперационную кровопотерю, снижала риск развития абдоминального компартмент-синдрома и повторного жизнеугрожающего неконтролируемого внутритазового кровотечения, была возможность удаления тампонов спустя 72 часа после операции.

В качестве обязательных условий перехода на тампонаду забрюшинного пространства таза были определены: продолжающееся внутритазовое кровотечение, которое проявлялось нестабильной гемодинамикой в течение 30 мин, несмотря на стабилизацию поврежденного таза в АВФ или рамой Ганца, при условии отсутствия других возможных источников кровотечения; наличие трудноустраняемого источника кровотечения в забрюшинном пространстве таза; потеря эффекта биологической тампонады; наличие экстравазации контрастного вещества при СКТ, указывающее на продолжающееся внутритазовое кровотечение в случае невозможности выполнения ангиографии и эмболизации; нарастание забрюшинной гематомы во время лапаротомии при сочетанном повреждении органов брюшной полости (большие забрюшинные гематомы) или при клиническом обследовании областей вероятного распространения гематом.

Также для включения в лечебную тактику ВТТ необходимо использовать оригинальную шкалу прогноза летальности при нестабильной травме таза. При значении индекса 15 баллов и более вероятность летального исхода превышает 50%, у всех пострадавших имеются признаки гемодинамической нестабильности, поэтому целесообразно применять активную хирургическую тактику, направленную на остановку продолжающегося внутритазового кровотечения путем тугой ВТТ.

*Мануковский В.А., Мадай Д. Ю., Бумай А.О., Гурин А.В.*

### **МНОГОЭТАПНАЯ ЗАПРОГРАММИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА**

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

Актуальность – решение задач оказания эффективной специализированной помощи раненым и пострадавшим на уровне современной диагностики, запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (ЗМХТЛ) с использованием современных эндовидеохирургических технологий.

**Цель.** Доказать, что данная тактика может решать задачи стабилизации общего состояния (остановка кровотечения, предупреждение воспалительных осложнений) раненых и пострадавших, а также может быть применена при хирургической санации верхнечелюстных пазух, лечения переломов средней зоны лица (скуловая кость, верхняя челюсть) с дефектами костных стенок верхнечелюстных синусов.

**Материал и методы.** На основании 10-летнего опыта и более чем 200 клинических наблюдений можно с уверенностью сказать, что для адекватной санации и ревизии верхнечелюстных пазух необходимы 2 трепанационных окна: в передней стенке верхнечелюстных пазух, соустье с нижним носовым ходом / или через естественное соустье, с обязательной эндовидеоподдержкой выполнения всех оперативных действий. Это позволяет избежать «слепых зон» и, как следствие, неадекватной хирургической обработки.

Данная тактика впервые применена в качестве «пневматической подушки» фоллеевского катетера у пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами. После ревизии и хирургической обработки через соустье с носовым ходом проводится двойная лигатура, которой фиксируют катетер и выводят через переднюю стенку верхнечелюстных пазух. С помощью 1-2 мл физ. раствора раздувается рабочая часть. Рабочая часть катетера возвращается в пазуху и раздувается физ. раствором до полного заполнения верхнечелюстных пазух.

Катетер убирается на 3-и сутки, если он выполняет опорную функцию для костных стенок верхнечелюстных пазух – на 5-14-е сутки.

**Выводы.** Данная тактика проанализирована у более 30 больных и пострадавших, находившихся под нашим наблюдением в 2012-2013 гг. Отмечены положительные отдаленные результаты.

*Махкамов И.Х., Валиев Э.Ю., Мирджалилов Ф.Х.*

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И КОСТЕЙ ТАЗА**

Республиканский Научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

Лечение переломов костей таза, сочетающихся с переломами других сегментов скелета, является одной из актуальных проблем современной травматологии. Значимость её обусловлена неуклонным ростом сочетанных и множественных травм в общей структуре травматизма и высоким удельным весом повреждений костей конечностей и таза.

В 2006-2012 гг. в отделении травматологии РНЦЭМП была оказана помощь 112 пострадавшим с сочетанными переломами бедра и повреждениями таза. Основными причинами травм у этих пострадавших были дорожно-транспортные происшествия и кататрамвы. Переломы костей таза и конечностей в сочетании с повреждениями внутрисуставных органов выявлены у 25 (22,32%) пострадавших.

При распределении больных по характеру повреждения таза мы придерживались классификации в модификации группы АО (Muller, M. и др., 1990). Все больные с повреждением тазового кольца были разделены на три группы: тип А – 46 (41,07%), тип В – 36 (32,14%), тип С – 30 (26,78%).

При поступлении пострадавших с сочетанной и множественной травмой и наличии повреждений таза и бедренной кости с учетом тяжести состояния, больные в обязательном порядке были госпитализированы в противошоковую палату приемного отделения, где начинали проведение противошоковых мероприятий. Больные обследованы согласно клинко-диагностическим стандартам, отработанным в клинике.

После устранения доминирующего повреждения со стороны органов брюшной и грудной полостей и черепа, стабилизации гемодинамических показателей вставал вопрос о стабилизации повреждений таза и бедра. В отношении нестабильных переломов костей таза в раннем периоде травматической болезни мы придерживаемся активной хирургической тактики с использованием малоинвазивных методов остеосинтеза. Применялись разработанные в клинике стержневые аппараты наружной фиксации двух модификаций. Для стабилизации переломов таза типа В и С предложен стержневой аппарат для таза и спице-стержневой аппарат «таз-бедро» для остеосинтеза переломов вертлужной впадины. У 63 (56,25%) больных в срок от 3 до 12 часов с момента поступления нам удалось выполнить оперативную стабилизацию повреждений тазового кольца, при этом как окончательный метод лечения у 22 (19,64%) больных с повреждениями типа В и у 39 (34,82%) – с тяжелыми нестабильными переломами типа С.

Нами также была разработана тактика лечения повреждений бедер при их сочетании с переломами костей таза, которая базировалась на тяжести состояния (особенно) и тяжести повреждения бедренного сегмента.

У 82 (73,2%) больных использован метод интрамедуллярного остеосинтеза штифтами, причем у 23 из них под ЭОП контролем выполнен закрытый интрамедуллярный остеосинтез без рассверливания костномозгового канала. У 24 (21,42%) пациентов с закрытыми переломами бедра на уровне нижней трети про-

изведен на костный остеосинтез пластинами. У 28 (25%) пострадавших с тяжелыми разрушениями костной ткани применен метод чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации, разработанным в клинике, «таз-бедро».

Проведенное нами исследование показало, что активная тактика малоинвазивных методов лечения переломов бедренной кости в сочетании с переломами костей таза выглядит достаточно обоснованной. В пользу ранней стабилизации переломов выдвинуты следующие веские аргументы: возможность ранней активизации больного, предупреждение грозных гипостатических осложнений.

*Милосердов М.А.<sup>1</sup>, Маслова Н.Н.<sup>2</sup>*

### **ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНСУЛЬТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. СМОЛЕНСКЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕВРОЛОГОВ СТАЦИОНАРА**

ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи»<sup>1</sup>,

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России<sup>2</sup>,  
г. Смоленск, Россия

Острые цереброваскулярные заболевания остаются актуальной проблемой ургентной медицины во всем мире. Исходы их лечения во многом определяются качеством оказания скорой медицинской помощи.

**Цель исследования** – изучить мнение неврологов стационара о качестве оказания помощи на догоспитальном этапе (ДГЭ) пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в г. Смоленске.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 26 неврологов стационара, расчеты выполнены в MS Excel.

**Результаты.** В среднем качество диагностических мероприятий по 5-балльной шкале оценено на 2,62 ( $M_o=3$ ,  $M_e=3$ ,  $\sigma = 0,49$ ), качество неотложной помощи – на 3,31 балла ( $M_o=4$ ,  $M_e=3$ ,  $\sigma = 0,84$ ). Наиболее важным критерием качества работы СМП 54% неврологов считают частоту расхождения диагнозов «скорой» с диагнозами стационара, 38% – время ожидания бригады, 8% – качество оформления документации. Положительными моментами в работе СМП 46% неврологов считают качественную посиндромную терапию, 23% – широкое применение нейропротекторов, 23% – стремление «показать больного» узкому специалисту при малейших сомнениях. Наиболее частой ошибкой ДГЭ, которую отметили 62% неврологов, является резкое снижение АД, 54% указали на высокую частоту гипердиагностики инсульта, которая, на их взгляд, составляет в среднем 35% ( $\sigma 16,24$ ). Причинами недостатков в работе СМП врачи стационара считают совокупность следующих факторов: высокая нагрузка на бригады – 100%; дефицит времени при работе с пациентом – 54%; невозможность использовать дополнительные методы исследования – 31%; недостаточный уровень подготовки в вопросах неврологии – 46%. Стратегической задачей СМП при выезде к больному с инсультом 46% неврологов считают немедленную доставку в стационар, по 23% – топическую диагностику и введение нейропротекторов, 8% – коррекцию АД.

**Выводы.** Таким образом, по мнению неврологов стационара, при оказании помощи пациентам с ОНМК на ДГЭ в г. Смоленске, качество диагностических ме-

роприятий является неудовлетворительным, имеет место высокая частота гипердиагностики инсультов. Качество оказания неотложной помощи является удовлетворительным, широко применяются нейропротекторы, качественно проводится посиндромная терапия, однако нередки случаи избыточного снижения уровня АД. Большинство неврологов считают, что низкое качество работы скорой помощи обусловлено объективными причинами, около 50% видят проблему в совокупности с низким уровнем подготовки персонала СМП в вопросах неврологии.

*Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р., Рухляда Н.О.,  
Барсукова И.М., Кисельгоф О.Г.*

**ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ  
РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ**

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

Утверждение в 2010 году приказа Минздравсоцразвития РФ от 2 августа 2010 г. N 586н «О внесении изменений в порядок оказания скорой медицинской помощи, утвержденный Минздравсоцразвития РФ от 1 ноября 2004 г. N 179» позволило инициировать процесс формирования коек СМП (суточного динамического наблюдения и краткосрочного лечения в течение 3 суток) стационарного отделения скорой медицинской помощи многопрофильного стационара (СтОСМП) – СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. В связи с этим оценка экономической целесообразности работы подобных отделений является крайне актуальной.

В работе исследованы финансовые результаты (доход, расход по себестоимости, баланс по себестоимости), число койко-дней оказания помощи в двух группах больных: I гр. – с обострением хронического панкреатита легкой степени тяжести (ХП) (348 пациентов), II гр. – с острым панкреатитом тяжелой степени тяжести (ТП) (82 пациента), проходивших лечение в 2012 г. в СтОСМП (I гр. – 256 чел., II гр. – 7) и в специализированном хирургическом отделении (далее – СХО) (I гр. – 92 пациента, II гр. – 75).

В результате исследования выяснено, что значения баланса по средней себестоимости лечения больных в группе ХП на СХО составили в пересчете на один КД -328,16р., т.е. «убыточно», рентабельность составила -13,26%. В то время как в СтОСМП – 666,55р., т.е. «прибыльно», рентабельность составила 55,25%. Такие результаты объясняются тем, что расходы СХО при оказании помощи этой группе больных (средний расход по себестоимости 1 КД= 2475,07 р.) больше на 51,26%, чем СтОСМП (1206,40 р.), что, вероятнее всего, связано с использованием врачебного штата специалистов более высокого уровня. Поиск дополнительных резервов получения более высоких экономических результатов СХО потребовал изучения «упущенной выгоды» СХО, вследствие необоснованной госпитализации больных ХП, требующих только краткосрочного лечения в СтОСМП. Известно, что средний доход 1 КД лечения ТП в СХО, равный 4 569,66 р., на 53,02% выше, чем 1 КД ХП, равный 2 146,91 р. Общий КД больных с ХП в СХО (92 чел.) составил 301 КД, общий доход – 646 219,73 р. Выполнен расчет возможного дохода при

использовании 301 КД для лечения больных ТП. Прогнозируемый доход при лечении ТП на 301 КД был равен 1 375 467,66 р., что на 53,02% выше полученного (646 219,73 р.), «упущенная выгода» СХО при лечении ХП – 729 247,93 р.

**Заключение.** Лечение больных ХП экономически целесообразно выполнять в СтОСМП по сравнению со СХО, где для повышения доходности отделения экономически целесообразно оказывать помощь при ТП. Оценка качества лечения в рассматриваемых группах и структурных подразделениях требует отдельного изучения.

*Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М., Алимов Р.Р.*

### **ПЕРВЫЙ ОПЫТ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОМС**

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

К полномочиям Российской Федерации (далее – РФ) в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС), переданным для осуществления органам государственной власти субъектов РФ, относится организация ОМС на территориях субъектов РФ. Федеральный закон № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» дал 2 года до реального старта работы в новых экономических условиях: проведения организационно-методических, финансово-экономических и других мероприятий по переходу скорой медицинской помощи (далее – СМП) в систему ОМС. Насколько эффективным был этот период показывают результаты работы первых месяцев 2013 года и проблемы этого периода.

Дефекты нормативно-правового обеспечения и подготовительной работы с медицинскими организациями СМП на уровне субъектов РФ, отсутствие опыта работы в ОМС службы СМП на подавляющей территории страны имели ряд негативных явлений – на 01.01.2013 года значительная часть медицинских организаций СМП догоспитального этапа оказалась не готова работать в новых условиях финансирования.

Сам по себе переход скорой медицинской помощи к финансированию в системе ОМС не ведет к принципиальным структурным изменениям службы СМП в РФ, а влечет за собой изменения системы учета и контроля организации СМП (в связи с изменением источника финансирования), что направлено на повышение оперативности и качества ее работы. Вместе с тем, он поднимает вопросы целевого использования средств ОМС, вопросы оптимального использования ресурсов СМП, задачи совершенствования функционирования организаций СМП, повышения эффективности их работы.

Несмотря на ряд проблем, скорая медицинская помощь Российской Федерации продолжает выполнять свои задачи, текущие вопросы решаются в рабочем порядке, сбоев в работе нет. В целях совершенствования работы медицинских организаций СМП проведены мероприятия, направленные на оптимизацию работы в новых финансовых условиях. К ним относятся закупка компьютерной техники, установка программного обеспечения, организация дополнительных автоматизированных рабочих мест (АРМ), обучение сотрудников, организация абонентских пунктов защищенного обмена информацией с территориальным фондом ОМС.

Изменения штатного расписания медицинских организаций скорой медицинской помощи были связаны с введением дополнительных должностей персонала (экономистов по финансовой работе, операторов ЭВМ, медицинских статистиков, заместителей главного врача по контролю качества медицинской помощи, врачей-экспертов, специалистов сектора ОМС оргметодотдела и др.).

СМП учится работать в системе ОМС, набирает опыт. Время позволит оценить эффективность новых финансово-экономических механизмов в системе СМП.

*Михайлов Ю.М., Тулупов А.Н., Озеров В.Ф.*  
**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ  
В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ**

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

В результате дорожно-транспортных происшествий сочетанную травму получают 77% пациентов травматологических центров Санкт-Петербурга. По данным различных исследователей, при такой травме до поступления в стационар погибают от 2/3 до 4/5 всех умерших, поэтому проблема догоспитального обследования и лечения пострадавших в ДТП в настоящее время стоит очень остро.

Основными принципами оказания медицинской помощи при тяжелой сочетанной травме на догоспитальном этапе являются синдромальная диагностика неотложных состояний и тяжелых повреждений, установление степени травматического шока, проведение неотложной медицинской помощи в оптимальном объеме и в минимальные сроки с целью устранения угрожающих жизни состояний на месте, реаниматологическая поддержка во время транспортировки, быстрая доставка пострадавшего с шоком непосредственно в противошоковую операционную травматологического центра с предварительным оповещением дежурной бригады, соблюдение правила «золотого часа», необходимость использования реанимационно-хирургических бригад скорой помощи. При сочетанной травме перед бригадой скорой помощи стоит задача установления не точного топического диагноза, а угрожающего жизни синдрома и доминирующего или конкурирующего повреждения. Одинаково грубой ошибкой является как увлечение обстоятельным и длительным лечением на месте происшествия, так и примитивная доставка пострадавшего в стационар без попыток устранения критической гипотонии и/или дыхательной недостаточности.

Для упрощения диагностики шока на догоспитальном этапе нами предложены анатомические критерии. Так, шок I степени устанавливается при закрытом или открытом переломе костей обеих голеней, закрытом или открытом переломе плеча, закрытом переломе бедра, отрыве кисти или части стопы, обширной ране мягких тканей. Наличие шока II степени констатируют при сочетании двух признаков, соответствующих шоку I степени, множественном переломе костей таза, открытом переломе бедра, множественных переломах ребер, сопровождающихся развитием гемопневмоторакса либо нарушениями центральной гемодинамики, закрытой травме живота, сопровождающейся гемоперитонеумом либо нарушениями



гемодинамики, отрыве голени или предплечья. Шок III степени диагностируется при сочетании двух признаков, соответствующих шоку II степени, сочетании трёх признаков, соответствующих шоку I степени, отрыве бедра.

До настоящего времени не потеряла своей актуальности трехстепенная классификация тяжести шока по N.M. Keith, M.Allgöwer и C.Burri. Протокол оказания помощи пострадавшим с травматическим шоком включает временную остановку наружного кровотечения, инфузионно-трансфузионную терапию, респираторную поддержку, обезболивание, транспортную иммобилизацию. Целью инфузионной терапии на догоспитальном этапе при травматическом шоке является улучшение перфузии тканей для поддержания нормального транспорта кислорода. Увеличение концентрации кислорода во вдыхаемой или вдуваемой газовой смеси – универсальный способ коррекции артериальной гипоксемии. У пациентов с шоком I-II степени только одной оксигенотерапии, как правило, достаточно для того, чтобы нормализовать или повысить SpO<sub>2</sub>. В то же время не следует забывать, что беспричинной гипоксемии не бывает. Кислородотерапия ликвидирует гипоксемию, но не её обусловившую причину. Всем пациентам с шоком III степени на догоспитальном этапе необходима ИВЛ. Ключевым моментом совершенствования оказания медицинской помощи при сочетанной травме, полученной в ДТП, является минимизация привлечения линейных и необходимость повсеместного более широкого использования хорошо подготовленных реанимационно-хирургических бригад скорой помощи.

*Мишина Т.П., Семкичев В.А., Марусанов В.Е., Божко В.А., Петрова Н.В.*

### **ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОЦЕССЕ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Очевидно, что успех реанимации определяется как незамедлительными и согласованными действиями всех участников неотложной помощи, так и методически верным выполнением всех этапов сердечно-легочной реанимации (СЛР).

**Целью исследования** явилась оценка подготовки врачей скорой медицинской помощи (СМП) к выполнению СЛР и анализ проблем, возникающих при демонстрации неотложной помощи на манекенах.

**Материал и методы.** Проводилось предварительное тестирование. Оценка выполнения реанимационных мероприятий выполняли в группе из 52 врачей СМП, обучающихся на цикле повышения квалификации, до (I группа) и после (II группа) проведения практических занятий. А также в группе 10 молодых специалистов по специальности СМП (III группа) после обучающего курса СЛР. Контроль навыков осуществляли на манекенах для СЛР: ANNA-97 фирмы «AMBU CPR» (Англия) и «Laerdal Medical» (Норвегия), программное обеспечение которых позволяло определять основные параметры непрямого массажа сердца (НМС) и искусственной вентиляции (ИВЛ), а также решать ситуационные задачи различного уровня сложности.

**Результаты.** Теоретические знания положительно оценены в 46,15% (24 человека) и 60% (6 человек) опрошенных соответственно в I и III группах. Контроль проведения СЛР на манекене в I группе показал, что 30,76% (16 человек) не справились с заданием. Основными дефектами при проведении НМС были недостаточная глубина компрессий и продолжительные паузы между компрессиями. Повторный контроль (II группа) показал неудовлетворительные оценки у 6 человек (11,5%). Неудовлетворительная оценка была в решении ситуационных задач (время диагностики фатального ритма и оценка состояния превышали допустимые 15 сек, длительность интубации (установка ЛТ) составляла более 30 с, ранняя дефибрилляция после диагностирования фибрилляции выполнена более чем через 1 мин и т.д.). В III группе молодые специалисты после предварительного обучающего курса показали неудовлетворительные результаты в 50% случаев. Были дефекты выполнения НМС и ИВЛ. Возникали затруднения при оценке ритма сердца и скорости принятия решения. Гарантированный венозный доступ не обеспечен более чем в 60%, своевременная подготовка оборудования для ИВЛ и дефибриллятора выполнена в 30% наблюдений.

**Заключение.** Результаты показали, что теоретическая подготовка в обеих группах была недостаточная. Опыт работы имел значение при демонстрации практических навыков. После короткого обучающего курса результаты практических навыков и решения ситуационных задач были значительно лучше у врачей СМП по сравнению с молодыми специалистами.

*Мкртчян М.А. \*, Куликова М.А., \* Вознюк И.А.*

**К ВОПРОСУ О КОРРЕЛЯЦИИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ  
И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ  
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе»,  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова\*,  
Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить влияние антикоагулянтной, антигипертензивной терапии на динамику параметров мозгового кровотока и темпы восстановления у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

**Материалы и методы:** обследовано 28 пациентов, проходивших обследование и лечение в клинике нервных болезней Военно-медицинской академии с диагнозом: «Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу». Всем пациентам выполнено комплексное клиническое обследование, включавшее в себя изучение жалоб, анамнеза, объективного неврологического статуса, полного спектра лабораторных исследований, инструментальные методы обследования. В рамках исследования оценивались четыре критерия: динамика нарушений свертываемости крови; динамика колебания артериального давления; динамика баллов по шкале NIHSS; оценка параметров ультразвуковой доплерографии сосудов шеи и головы. Регистрация данных проводилась в день поступления пациента, на 5, 10 и 15 сутки лечения.

**Результаты исследования:** в наше исследование включались больные с первично выявленным острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу, у которых происходило снижение реактивности церебральных сосудов по данным ультразвуковой доплерографии.

Выявлено, что при назначении антикоагулянтной терапии, ведущей к установлению референтных показателей свертывающей системы крови в совокупности с антигипертензивными препаратами, понижающими артериальное давление более чем на 10% от «привычного» анамнестически, происходит замедление процесса восстановления и реабилитации. Выявлено, что в 73,3% случаев нормализация артериального давления до «целевых значений» – 120-130/80-90 мм рт. ст. (более чем на 10% от исходного «анамнестического») в совокупности с показателями гематокрита более 40% ведут к снижению результатов динамического обследования пациента по шкале NIHSS, а также снижению реактивности церебральных сосудов, что ведет к снижению перфузии мозговой ткани и, как следствие, изменения динамики восстановления.

**Выводы:** отсутствие контроля динамики параметров артериального давления и реопозитивных свойств крови ведет к снижению кровотока в церебральных артериях и перфузии мозговой ткани в целом, одним из важных следствий которого является снижение темпов реабилитации.

*Мозговой Р.В., Мелихов Е.А., Терешичев А.А.*

### **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЕГО ВНУТРИБРЮШИНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ**

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

Поиск малоинвазивных методов дренирования мочевого пузыря при его внутрибрюшинных повреждениях до сих пор остается актуальной проблемой в ургентной урологии. На сегодняшний день применяется дренирование полости мочевого пузыря уретральным катетером, традиционной надлобковой цистостомией, пункционным и малоинвазивным методами. Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером, безусловно, является наименее травматичным методом. В ситуациях, когда показана цистостомия, выполняется дополнительный хирургический разрез в надлобковой области длиной 5-7 см. При пункционных и малоинвазивных методах дренирование осуществляется из прокола не более 1,5 см.

В отделении урологии НИИ СП им. Джанелидзе за период с 2007 по 2013 гг. 41 больному выполняли установку надлобковой цистостомии малоинвазивными способами. Среди них 39 (95,1%) больным цистостомию установили в ходе выполнения лапаротомии, а 2 (4,9%) – во время лапароскопии. При проведении лапаротомии применялись 2 малоинвазивных способа установки цистостомии – антеградный 26 (63,4%) больным и троакарный 13 (31,7%). Антеградный способ заключался в проведении из брюшной полости через разрыв мочевого пузыря зажима корнцанга. Браншами зажима корнцанга изнутри перфорировали переднюю стенку мочевого пузыря и апоневроз. Кожа в надлобковой области над браншами зажима прокалывалась скальпелем. Затем из раны выдвигались бранши зажима,

которыми захватывался мочевого катетер и низводился в полость мочевого пузыря. Разрыв мочевого пузыря ушивался наглухо.

Другой способ установки надлобковой цистостомии при лапаротомии заключался в ушивании разрыва мочевого пузыря. Затем через уретральный катетер, установленный в мочеиспускательный канал, наполнялся мочевой пузырь 300 мл раствора фурациллина. В надлобковой области троакаром прокалывали переднюю стенку живота и мочевого пузыря. Через тубус троакара в полость мочевого пузыря устанавливали мочевого катетер.

При лапароскопии, у двух пациентов с изолированными внутрибрюшинными травмами мочевого пузыря также использовалась троакарная цистостомия. Вначале лапароскопически ушивался разрыв мочевого пузыря. Затем через уретральный катетер мочевой пузырь наполнялся раствором фурациллина. Под визуальным эндоскопическим контролем со стороны брюшной полости, троакаром внебрюшинно прокалывалась передняя стенка мочевого пузыря. Через тубус троакара в мочевой пузырь устанавливался катетер Фолея, который фиксировался раздутием баллона.

Таким образом, все применяемые малоинвазивные способы установки цистостомии выполнялись через прокол передней брюшной стенки, не требуя дополнительных хирургических разрезов, и сопровождались незначительной кровопотерей не более 10-20 мл.

*Морозов А.Н., Савелло В.Е., Костеников А.Н., Семелев А.Н.*

**СРАВНЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ  
КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И ОБЫЧНЫХ РЕНТГЕНОГРАММ  
В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ПОСЛЕ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА  
ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА**

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

Цель исследования – изучить возможности МСКТ и обычных рентгенограмм в оценке положения винтов после транспедикулярного остеосинтеза.

Нами обследовано 126 пациентов с травматическими изменениями позвоночника после транспедикулярного остеосинтеза.

Для выявления повреждений костных структур и контроля положения винтов выполнялась рентгенография аппаратами АРЦ и КРЦ «ОКО» в стандартных прямой и боковой проекциях и МСКТ на томографе «Aquilion-16» (фирма Тошиба).

Для оценки состояния повреждения мягкотканых, костных структур и положения металлоконструкций использовался пакет программ постпроцессорной обработки изображений (MPR, VRT).

Установлено, что наиболее частым осложнением после транспедикулярной фиксации позвоночника является неправильное положение винтов. Перфорация медиальной стенки ножки позвонка выявлена у 1 (1%) пациента на рентгенограммах и у 14 (11%) пациентов на томограммах. Перфорация передней грани позвонка (неправильная длина винта) отмечалась на рентгенограммах у 18 (14%) паци-

ентов, при МСКТ у 24 (19%) человек. Перфорация винтом верхней/нижней замыкательной пластинки позвонка выявлена при рентгенографии у 3 (2%) человек, при МСКТ у 5 (4%) человек. Также субъективно отмечается недостаточное качество большинства рентгеновских снимков для адекватной оценки положения винтов.

Учитывая большое количество ложноотрицательных результатов рентгенографии, при диагностике осложнений транспедикулярного остеосинтеза необходимо дополнять его и, по возможности, заменять компьютерной томографией, которая позволяет объективно оценить состояние и положение металлоконструкции, мягкотканых и костных структур.

*Морозов С.Н.<sup>1</sup>, Майкова Н.Ю.<sup>2</sup>, Никишов И.В.<sup>3</sup>, Голубев И.С.<sup>4</sup>*  
**СПОСОБЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ  
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ  
СЕГМЕНТА ST ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА  
В НЕКОТОРЫХ КРУПНЫХ ГОРОДАХ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО  
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия<sup>1</sup>,

ГБУ Станция скорой медицинской помощи г. Комсомольск-на-Амуре,  
г. Комсомольск-на-Амуре, Россия<sup>2</sup>,

ГБУ Станция скорой медицинской помощи г. Благовещенск, г. Благовещенск, Россия<sup>3</sup>,  
ООО Медспасс, Санкт-Петербург, Россия<sup>4</sup>

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКСпST) при использовании догоспитального тромболизиса в некоторых крупных городах Дальневосточного Федерального округа Российской Федерации (ДФО), выявить его осложнения и способы их прогнозирования.

**Материалы и методы.** Изучена эффективность догоспитального тромболизиса у 123 пациентов в сравнении с группой 112 пациентов, которым по различным причинам тромболизис не проводили. Проанализированы причины летальности в исследуемых группах на 7-10 сутки наблюдения. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 19. Использованы методы описательной статистики, частотного анализа, проанализированы таблицы сопряженности качественных признаков, вычислены отношения шансов наступления исходов в группе исследования. Изучена закономерность динамических изменений клинических показателей во времени. Для оценки различий частот использовался классический критерий Хи-квадрат Пирсона с уровнем значимости. При исследовании динамических изменений использовался парный критерий для зависимых групп Уилкоксона, а при наличии нескольких групп – непараметрический дисперсионный анализ Фридмана. Сравнение средних значений количественных признаков сравниваемых групп проводилось с помощью непараметрического рангового критерия Манна-Уитни.

**Результаты.** Среди причин летальности в группах главным был кардиогенный шок, в группе пациентов, у которых проведен догоспитальный тромболитический, выявлено увеличение удельного веса летальности от непрямых разрывов сердца (НРС) до 25%, против 4,7% в группе, где тромболитический не проводился. Установлена связь НРС с геморрагическими осложнениями, связанными с проведением догоспитального тромболитического. Предложен способ прогнозирования осложнений тромболитического по шкале TIMI на догоспитальном этапе, по которой: 1-4 балла свидетельствуют о полной безопасности проведения тромболитического; при 4-5 баллах вероятность развития НРС составляет 11,6%, а при 6 баллах и выше целесообразно рассмотреть возможности ведения больного без догоспитального тромболитического с выбором механической реперфузионной стратегии в стационаре.

**Заключение.** Летальность среди пациентов с ОКСпST составила 17,8%, причем при проведении догоспитального тромболитического шанс летального исхода уменьшается в 2,2 раза. Морфологический анализ аутопсий в этой группе показал наличие геморрагической трансформации инфарктцированного миокарда, что способствует увеличению НРС до 25%.

У пациентов, имеющих в анамнезе артериальную гипертензию, с длительностью от дебюта острого коронарного синдрома 2-3 часа необходимо прогнозировать НРС, используя шкалу TIMI, что в дальнейшем поможет определить вероятность осложнений системного тромболитического на догоспитальном этапе и выбрать оптимальную реперфузионную стратегию.

*Мубараков Ш.Р., Захидов А.Я.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРА-АРТЕРИАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ СТРЕПТОКИНАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

Достигнутые за последние годы успехи в уточнении патогенетических механизмов развития ишемического инсульта (ИИ) позволили определить основную стратегию патогенетической терапии в острейшем периоде болезни – улучшение перфузии ткани мозга путем ранней реканализации окклюзированного сосуда. Интра-артериальная тромболитическая терапия (ИАТТ) препаратом Стрептокиназы, по данным большинства авторов, имеет следующие преимущества: 1. Высокая степень реканализации окклюзированного сосуда (до 80%). 2. ИАТТ более эффективна при окклюзии артерии крупного калибра. 3. ИАТТ осуществляется введением значительно меньшего количества тромболитического препарата, что в конечном итоге приводит к уменьшению геморрагических осложнений, возникающих при СТТ.

**Материалы и методы.** Обследовано 22 больных с ИИ, 12 мужчин и 10 женщин в возрасте от 22 до 75 лет, средний возраст составил  $64 \pm 6,8$  лет. Все больные доставлены в клинику в пределах 6-часового «терапевтического окна». Всем больным в момент поступления проведена мультисрезовая компьютерная томография (МСКТ), транскраниальная доплерография (ТКДГ), эхокардиография

(ЭхоКГ), церебральная ангиография. ИАТТ проводилась препаратом стрептокиназа в дозировке от 50 000 до 300 000ед.

**Результаты исследования.** Клинически анализ эффективности ИАТТ оценивался по шкалам Glasgow, NIHSS, Rankin. Среднестатистические показатели по шкале Glasgow после ИАТТ улучшились с 11,45 до 13,0, по шкале NIHSS отмечалось улучшение с 14,45 баллов до 8,86, по шкале Rankin также улучшение с 4,36 баллов до 2,86 баллов. Полный регресс неврологической симптоматики наблюдался у 5 (22,7%), частичный регресс – 11 (50%), отсутствие эффекта – у 6 (27,2%) пациентов. Степень реканализации составила 72,7%. Геморрагическая трансформация ишемического очага наблюдалась у 3 (13,6%) пациентов. Все 3 случая были представлены в виде асимптомных геморрагических трансформаций, что явилось признаком реперфузионного синдрома.

**Вывод.** Проведенные исследования показали, что ИАТТ с применением стрептокиназы является эффективным и безопасным методом реканализации окклюзированного сосуда у больных с ишемическим инсультом. ИАТТ эффективна и безопасна при проведении в пределах 6-часового «терапевтического окна», однако наибольшая эффективность отмечается в 3-часовом диапазоне. Асимптомная геморрагическая трансформация ишемического очага является маркером успешной реканализации окклюзированного сосуда.

*Мухаметзянов А.М., Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Ялалова Г.И.*

### **ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**

МБУЗ ГКБ №18,

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Уфа, Россия

В Республике Башкортостан 80 ожоговых коек развернуто в МБУЗ ГКБ №18 (г. Уфа) и 40 коек в МБУЗ ГКБ №1 (г. Стерлитамаке). В ожоговом отделении МБУЗ ГКБ №18 за 2011-2012 гг. всего обратилось за помощью 5177 больных, из них 1702 ребенка. Госпитализировано 7196 пострадавших с ожоговой травмой и ее последствиями, из них 2554 ребенка. Из ЛПУ пострадавшие доставляются в ожоговый центр по линии санавиации и санитарным транспортом ЛПУ. Скорой медицинской помощью доставлены 41% взрослых и 56% детей. При транспортировке пострадавших с тяжелой ожоговой травмой бригадами скорой помощи типичной ошибкой является неправильное определение площади и глубины ожогов, внутримышечное введение обезболивающих средств, крайне редко проводится инфузионная терапия.

При доставке пострадавших из ЛПУ республики допускаются следующие ошибки:

- Длительное лечение больных с обширными ожогами без консультации с комбустиологами и без согласования с ними лечебных мероприятий.
- Неправильный расчет площади ожоговой поверхности, как следствие этого – недооценка тяжести состояния пострадавших. В связи с этим, проти-

вошковая инфузионная терапия проводилась либо не в полном объеме, либо с существенным опозданием.

- Неадекватный объем противошоковой инфузионной терапии.
- Неадекватная антибактериальная терапия.
- Несогласованные переводы пострадавших, находящихся в состоянии декомпенсации, в непригодном автомобиле без сопровождения медперсонала.
- Длительное консервативное лечение глубоких ожоговых ран.
- Недооценка тяжести циркулярных глубоких ожогов конечностей, шеи, грудной клетки, как следствие, позднее проведение некрэктомии.

Выводы:

1. Для успешного лечения пострадавших с ожоговой травмой и ее последствиями, особенно детского возраста, необходимо повышение квалификации врачей скорой медицинской помощи и врачей других специальностей, которые оказывают неотложную помощь обожженным.

2. Дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи обожженным связано с улучшением преемственности работы врачей скорой медицинской помощи и общей лечебной сети.

*Нарышкин А.Г.<sup>1,2</sup>, Горелик А.Л.<sup>1,2</sup>, Скоромец Т.А.<sup>1</sup>*

**ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ  
КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

<sup>1</sup>ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева Минздрава России,

<sup>2</sup>ФГБУН Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова РАН, Санкт-Петербург, Россия

В рамках изучения возможностей метода транскраниальной микрополяризации (ТКМП) в плане лечения очаговых поражений и их последствий проведено исследование эффективности данного метода в качестве дополнительного при лечении больных с ишемическими и геморрагическими инсультами в острой и острой стадиях. Обследованы и пролечены 37 больных разных возрастов, из них с ишемическим инсультом – 11, с геморрагическим – 26 (8 оперированы). На фоне общепринятого протокола проводилось курсовое лечение методом ТКМП, заключающееся в направленном транскутанном воздействии сверхслабым постоянным током на проекцию очага поражения. У всех больных осуществлялся нейровизуализационный контроль до и после лечения, а также ЭЭГ-контроль, включавший в себя углубленный нейрофизиологический анализ в виде исследования динамики интрацентральных взаимодействий по данным пространственной организации ЭЭГ, полученным с помощью когерентного анализа нативной ЭЭГ.

Результаты сравнивались с аналогичными группами больных, получавшими лечение только по общепринятому протоколу. Было показано существенное превышение клинического эффекта по сравнению с общепринятым. Так, сроки регресса общемозговой симптоматики снизились в 3,1 раза, средние сроки госпита-



лизации – в 1,2 раза, процент оперированных больных в группе геморрагического инсульта – в 1,9 раза. При этом отмечена существенно ускоренная благоприятная нейровизуализационная динамика, показавшая, что разрешение очага поражения под влиянием ТКМП происходит непосредственно путем резорбции, без формирования «гиподенсной дорожки», что определяет быструю ликвидацию перифокальной зоны.

Исследование пространственной организации ЭЭГ показало, что под влиянием ТКМП происходит быстрое и интенсивное включение в межкорковые взаимодействия основных передних и задних ассоциативных зон коры ГМ, что значительно ускоряет восстановительный и компенсаторный процессы, не позволяя при этом сформироваться устойчивому патологическому состоянию, которое, как правило, препятствует дальнейшей эффективной реабилитации. Полученные данные позволяют рекомендовать направленную ТКМП в качестве дополнительного метода в остром и острейшем периодах течения мозговых инсультов.

Насер Н.Р., Шляпников С.А., Попенко Л.Н.

### СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

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

**Актуальность.** Проблема представителей семейства энтеробактерий – кишечной палочки, клебсиеллы, энтеробактера (*E. coli*, *Kl. pneumoniae*, *Enterobacter ssp.*) – приобретение способности к продукции ферментов – БЛРС (бета-лактамаз расширенного спектра действия), разрушающих все цефалоспорины 3-го поколения. Как правило, способность к продукции энтеробактериями БЛРС отмечается параллельно со способностью инактивировать антибактериальные препараты группы аминогликозидов и фторхинолонов. На практике в отношении таких штаммов сохраняют активность только карбапенемы. В недавнем прошлом подобные штаммы энтеробактерий были характерны только для госпитальных инфекций. В настоящее время остро встает вопрос выделения проблемных возбудителей от пациентов с внебольничными инфекциями.

**Цель исследования** – на основе изучения современного состояния антибиотикочувствительности возбудителей внебольничных интраабдоминальных инфекций, на примере острого аппендицита, оптимизировать эмпирическую антибактериальную терапию данной патологии.

**Материалы и методы:** с использованием программы WHONET проанализирована структура и антибиотикочувствительность возбудителей острого аппендицита за 2012 год.

**Результаты.** За 2012 год выявлено 38 случаев острого аппендицита с положительными результатами микробиологического исследования. В этиологической структуре, по-прежнему, доминирует грамотрицательная флора – представители семейства энтеробактерий и неферментирующие микроорганизмы. Основной возбудитель – кишечная палочка (*E.coli*) – 53%, далее по частоте – синегнойная палочка (*Ps.aeruginosa*) – 16%, клебсиелла (*Kl.pneumoniae*) – 8%, энтеробактер (*En-*

*terobacter spp.*) – 8%, энтерококки (*Enterococcus spp.*) – 8%. При анализе антибиотикочувствительности основного возбудителя кишечной палочки были получены следующие данные: 15% штаммов обладают способностью к продукции БЛРС, т.е. являются устойчивыми ко всем цефалоспорином; 10% штаммов – устойчивы к фторхинолонам (оценка по ципрофлоксацину). К амикацину и цефоперазону/сульбактаму отмечается чувствительность 100% штаммов *E.coli*. Выделенные штаммы синегнойной палочки и клебсиеллы были чувствительны ко всем тестируемым антибиотикам. Для сравнения: в 2009 году при остром аппендиците доля выделенных *E.coli*, вырабатывающих бета-лактамазы расширенного спектра, составляла менее 5%, а к ципрофлоксацину были чувствительны все выделенные штаммы.

**Выводы.** 1. Проблема антибиотикорезистентности становится уделом не только госпитальных, но и внебольничных инфекций. 2. Доля выделения проблемных штаммов *E.coli*, продуцирующих БЛРС, высока и равна 15%, что необходимо учитывать при эмпирической антибактериальной терапии внебольничных интраабдоминальных инфекций, особенно осложненных. В случае высокого риска значимости в этиологии внебольничных интраабдоминальных инфекций *E.coli*, продуцирующих БЛРС, рекомендовано применять аминогликозиды, фторхинолоны или карбапенемы без антисинегнойной активности.

*Насимов С.Т., Махкамов К.Э.*

## **ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель** исследования – выработка критериев для определения срока и вида хирургических вмешательств при геморрагических инсультах (ГИ) у детей раннего грудного возраста в состоянии гипокоагуляции.

**Материалы и методы.** Работа основана на анализе 133 больных детей раннего грудного возраста с ГИ, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии детского возраста Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2008 по 2013 год. Среди больных преобладали мальчики – 99 (74,4%), девочек было 34 (25,6%). Распределение больных по возрасту показало, что в группе исследуемых больных преобладали дети от 28 до 55 дней от родов. Больные поступали в клинику сроком от нескольких часов до 5 суток от начала заболевания. По результатам проведенных КТ исследований, часто встречались субдуральные кровоизлияния (42% случаев), паренхиматозные кровоизлияния – 25%, субарахноидальные кровоизлияния – 13%, паренхиматозные кровоизлияния с прорывом крови в желудочковую систему – 12%, в 8% случаев – внутрижелудочковые кровоизлияния.

**Результаты и обсуждения.** Во всех случаях при поступлении у детей с ГИ, кроме компримирующего фактора головного мозга различных локализаций, имело место нарушение свертывающих факторов крови в виде гипокоагуляции. Перинатальный анамнез у всех пациентов был отягощен внутриутробной инфекцией, гипотрофией плода, гипоксически-ишемической энцефалопатией. У пациентов по-

являлись признаки нарушения гемостаза: нарастала анемия, кровоподтеки на коже от незначительного давления, возникало длительное кровотечение из мест инъекций. Наряду с этим, при наличии внутричерепного кровоизлияния развивались явления внутричерепной гипертензии: нарушения сознания, безэмоциональный крик, судороги тонико-клонического характера, срыгивания, рвота, напряжение большого родничка и расхождение швов черепа. Через короткий промежуток времени присоединялись симптомы дислокации головного мозга: тахикардия, которая сменялась брадикардией, анизокория, двигательные расстройства, нарушение дыхания.

Для данной группы больных с коагулопатией зачастую отмечается противопоказание к проведению экстренного хирургического вмешательства. В группе исследуемых больных в 121 (90,9%) случаях имело место выраженное нарушение свертываемости крови в виде снижения показателей коагулограммы. 24 (18,04%) детям с выраженной дислокацией головного мозга и грубым неврологическим дефицитом проведена декомпрессивная трепанация черепа с устранением компрессирующего фактора. У 73 (54,88%) больных детей с ГИ имели место минимальный неврологический дефицит и невыраженная дислокация головного мозга, которые позволили проведение активного наблюдения с динамическими КТ исследованиями в течение 8-10 суток. Это тот срок, когда излившаяся кровь (гематома) приобретает более жидкую (лизированную) консистенцию. Данное обстоятельство позволило нам достичь более полноценного удаления лизированной внутричерепной гематомы с малоинвазивным вмешательством (наружное дренирование гематомы через фрезевое отверстие или большой родничок). Смертность среди всех видов ГИ составила 13,75%.

#### **Выводы:**

1. При появлении симптоматики острой внутричерепной гипертензии у детей в раннем грудном возрасте, имеющихотягощенный перинатальный анамнез, необходимо исключить внутричерепную геморрагию.

2. Применение дифференцированной хирургической тактики лечения ГИ у детей раннего грудного возраста дает возможность более полноценной санации кровоизлияний и, в большинстве случаев, выздоровлению ребенка с минимализацией неврологического дефицита.

*Нигмедзянов Р.А., Глазников Л.А.*

### **ИННОВАЦИОННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ МЕНЕДЖМЕНТА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ**

Торгпредство РФ в США

Непрекращающиеся техногенные катастрофы и природные бедствия, террористические акты, локальные вооруженные конфликты последних лет по людским потерям сравнимы с глобальными разрушительными процессами в природе, сопровождающимися огромным количеством человеческих жертв и пострадавшими с приобретенными ПТСР (PTSD), которые в последующем частично или полностью теряют трудоспособность, тем самым создавая социальную напряженность в обществе.

Основываясь на практическом и научном опыте, достигнутом в различных странах мира по оказанию помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях, нами разработана концепция и создана Международная организация World Medical Rehabilitation Center (WMRC), которая, развивая международную сеть своих унифицированных медицинских центров, филиалов и представительств в различных странах мира, позволит своевременно и эффективно организовать восстановительную и реабилитационную помощь пострадавшему населению непосредственно в зоне бедствия, а в последующем окажет содействие в восстановлении инфраструктуры здравоохранения и организации в стране национальной службы по оказанию названных услуг путем развития международной кооперации, использования современных достижений науки и техники, внедрения унифицированных методов диагностики и лечения, аккумулируя и внедряя в практику опыт различных стран. При этом совместно с экспертами WHO, ICDO будет разработана и внедрена унифицированная программа подготовки специалистов по обеспечению медицинских реабилитационных услуг населению, пострадавшему в чрезвычайных ситуациях.

Для решения задач, изложенных в концепции WMRC, нами, в составе международной группы экспертов, проводится работа по созданию проектов унифицированного типового медицинского многопрофильного комплекса и универсального полевого госпиталя с одноименным брендом WMRC. В рамках государственного и частного партнерства наш международный проект перешел в фазу практической реализации, что позволит в значительной степени усовершенствовать менеджмент ПТСД и обеспечить возврат к полноценной жизни пострадавших в чрезвычайных ситуациях различного происхождения.

*Нигмедзянов Р.А., Глазников Л.А., Бахтин М.Ю.*

**ИННОВАЦИОННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ  
ПО РАЗВИТИЮ ПОЛЕВЫХ ГОСПИТАЛЕЙ**

Торгпредство РФ в США

Полевые мобильные госпитали имеют стратегическое значение для обеспечения медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. По данным ООН, количество стихийных крупномасштабных бедствий на нашей планете за последние 10 лет возросло в 7-8 раз. Техногенные катастрофы, локальные вооруженные конфликты, террористические акты приводят к значительным людским потерям. Наиболее типичные проблемы, которые необходимо решать в зоне крупномасштабного бедствия: организация своевременной и эффективной медицинской помощи пострадавшим по жизненным показаниям, рациональное использование имеющихся и поступающих в виде гуманитарной помощи сил и средств, скорейшее восстановление вышедших из строя медицинских учреждений. Вместе с тем, более 70% пострадавших в зоне бедствия по объективным причинам не могут получить какой-либо медицинской помощи. В последующем более 25% пострадавших приобретают посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) и нуждаются в систематическом лечении.

Наши предложения исходят из объективной необходимости использования современных технологий с целью раннего начала оказания и максимального

охвата медицинской помощью пострадавших в зоне бедствия и последующего сокращения количества пострадавших с ПТСР.

Международный творческий коллектив российских и американских ученых совместно с создателями и производителями полевых госпиталей разработали проект унифицированного модуля для лечения ПТСР в зоне бедствия, в качестве дополнительного звена полевого госпиталя. Представляемый нами модуль размещается в 20-футовом контейнере, трансформируемом в стационарное помещение, по площади, превышающей в 8-12 раз объем контейнера, с наличием средств для автономного жизнеобеспечения (электричество, вода, тепло-холод, утилизация отходов). Медицинское оснащение и управление – с использованием IT технологий, компактное, многофункциональное, с системой обратной связи с пациентом, позволяет в течение 1 часа принять 60 пациентов, провести экспресс-диагностику и лечение, с последующим продолжением лечения на этапе специализированной медицинской помощи. При этом обеспечивается преемственность лечения и высокая его эффективность.

*Нигмедзянов Р.А., Глазников Л.А., Г. Бикбау*

### **МОБИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР**

Торгпредство РФ в США

Мобильные медицинские модули разрабатываются и производятся отечественными и зарубежными производителями, активно используются в чрезвычайных ситуациях для решения отдельных повседневных задач службы здравоохранения. Вместе с тем, требуется дальнейшее совершенствование и наиболее эффективное использование мобильных медицинских модулей, в связи с чем предлагается формирование Мобильных медицинских центров (ММЦ), которые в мирных условиях способствуют реализации федеральных и региональных программ здравоохранения, в чрезвычайных ситуациях незамедлительно привлекаются к оказанию помощи пострадавшим непосредственно в зонах бедствия.

Совместно российскими и американскими специалистами разработана концепция и в настоящее время производятся отдельные модули для комплектации ММЦ.

Цель создания ММЦ – совершенствование медицинских услуг в труднодоступных территориальных местах, максимальный охват населения современными высокотехнологичными медицинскими услугами, профилактика и ранняя диагностика заболеваний, требующих неотложного лечения, а также обеспечение квалифицированной и специализированной медицинской помощью населения непосредственно в местах проживания; обеспечение необходимыми медицинскими препаратами, расходными материалами, обучение населения знаниям в области профилактики заболеваний, оказания первой медицинской помощи и взаимопомощи в чрезвычайных ситуациях.

ММЦ располагаются в региональных медицинских учреждениях или как самостоятельное медицинское учреждение на условиях государственного – частного партнерства, согласуют маршруты и объем помощи населению с региональными службами здравоохранения.

В условиях мирной жизни ММЦ обеспечивают следующие виды услуг: всеобщая диспансеризация населения, что соответствует федеральным и республиканским программам; обеспечение здорового образа жизни; предоставление высокотехнологичных медицинских услуг; профилактика инфекционных заболеваний; профилактика наркомании и алкоголизма, особенно детского возраста; профилактика ранней беременности у подростков; обеспечение населения медикаментами и иными медицинскими материалами; профилактика профессиональных заболеваний у работников крупных предприятий; обеспечение медицинскими услугами населения в условиях массовых мероприятий; обучение населения навыкам в области профилактической медицины, оказанию первой медицинской помощи; содействие решению проблем социального обеспечения различных слоев населения, нуждающихся в вышеуказанных услугах, но не имеющих возможности по состоянию здоровья посещать соответствующие медицинские учреждения. В чрезвычайных ситуациях – участие в программах по своевременному обеспечению медицинскими услугами пострадавшее население непосредственно в зонах бедствия.

Штат ММЦ – не менее 10 врачей различного профиля, 10 среднего медицинского состава; 20 административных и технических работников. Специалисты: стоматолог (терапия и протезирование); офтальмолог (профилактика и лечение); оториноларинголог (профилактика и лечение); гинеколог (профилактика и лечение); педиатр (профилактика и лечение); нарколог (профилактика); терапевт (широкого профиля); эндокринолог; диагност (функциональная, включая лучевую); лабораторный диагност.

Оборудование ММЦ – 6 модулей американского производства, установленных на базе шасси КАМАЗ (с возможностью расширения сферы деятельности, увеличения количества модулей, а также специалистов, в зависимости от поставленных задач). Помещения ММЦ включают в себя: центр управления и планирования, который согласовывает с региональной службой здравоохранения или его ведомством программы и маршруты, а также формирует заказы населения на поставку медикаментов, расходных материалов; кабинеты для размещения штатных сотрудников; сервисный центр для технического обслуживания имеющегося оборудования и модулей, шасси автомобиля, медицинского оборудования. Складское помещение для хранения и распределения расходных материалов, медикаментов.

Комплексное решение организационных вопросов и объем предоставляемых ММЦ услуг в мирное время и в чрезвычайных ситуациях будет способствовать своевременному обеспечению населения современными медицинскими услугами, возвращению к полноценной жизни наибольшего количества пациентов.

*Николаева Е.Б.*

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛЕГКОГО**

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

Проникающие ранения груди являются тяжелым видом повреждений и сопровождаются большим количеством осложнений и высокой летальностью. Частота повреждений легких при проникающих ранениях груди достигает 80%,

диагностические и тактические ошибки встречаются в 20-25% наблюдений. Внедрение видеоторакоскопии способствовало улучшению диагностики ранений легкого и снижению частоты посттравматических и послеоперационных осложнений.

За последние 18 лет в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского находились на лечении 2065 пострадавших с ранениями легких, из них 1865 (90,3%) – с колото-резаными ранениями, а 200 (9,7%) – с огнестрельными. В экстренном и экстренно-отсроченном порядке 1999 больным (96,8%) была выполнена торакотомия, 62 (3%) – видеоторакоскопия, при которых и осуществлена оценка состояния легочной ткани. У 4 пострадавших с колото-резаными ранениями было произведено только дренирование плевральной полости и хирургическая обработка раны грудной стенки без ревизии плевральной полости и легкого, а диагноз ранения легкого был установлен в ходе лечения на основании данных инструментальных методов исследования и характера развившихся осложнений.

Пострадавшим с поверхностными ранами легкого (1685) выполнено их ушивание, в том числе при видеоторакоскопии (у 44 пациентов), а также коагуляция раны легкого (у 27 пациентов).

При наличии глубоких раневых каналов в легком, направлении их в сторону корня легкого и значительном повреждении паренхимы у 160 пострадавших произведено только ушивание ран, а у 161 пациента вмешательство на легком заключалось в хирургической обработке раны легкого: рассечении раневого канала, гемостазе, аэростазе и послойном ушивании дефекта паренхимы. Необходимость выполнения резекции легкого или пневмонэктомии возникла у 47 пострадавших (2,3%), им произведены: краевая резекция – 31 наблюдение, сегментарная резекция – 13, лобэктомия – 2, пневмонэктомия – 1.

Среди пострадавших с глубокими ранениями легкого и ранениями корня легкого летальный исход зафиксирован у 44 пациентов, летальность составила 11,7%.

Применение дифференцированной хирургической тактики у пострадавших с ранениями легкого позволило снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность в 3-5 раз.

*Никонова И.В., Козырев О.А.*

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
г. Смоленск, Россия

**Цель исследования:** изучение вариабельности сердечного ритма с помощью комплекса «Биомышь» у женщин с хронической сердечной недостаточностью и измененной функцией щитовидной железы.

**Материалы и методы исследования.** В исследование были включены 150 женщин в возрасте от 32 до 62 лет, из них 110 – с клиническими симптомами I-III функционального класса хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA) и измененной функцией

левого желудочка миокарда. Первую группу составили 40 здоровых женщин, вторую – 30 человек с гиперфункцией щитовидной железы и ХСН, третья – 40 пациенток с гипофункцией щитовидной железы и ХСН, четвертая – 40 человек с ХСН без нарушения функции щитовидной железы. Во всех четырех группах определялся объем щитовидной железы и базальный уровень тиреотропного гормона, свободного тироксина и свободного трийодтиронина в крови. Для измерения вариабельности сердечного ритма (ВСР) применяли прибор «Биомышь» компании «НейроЛаб», Москва. Статистическую обработку результатов исследования проводили согласно общепринятым методам статистики. Статистически достоверными считали различия, соответствующие  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Исследование вариабельности сердечного ритма у женщин с хронической сердечной недостаточностью, гипо- и гиперфункцией щитовидной железы выявило признаки нейрогуморальной активации в виде увеличения мощности VLF – показателя симпатической активности. Доля мощности VLF была выше, как у женщин с хронической сердечной недостаточностью без нарушения функции щитовидной железы, так и у женщин с гипофункцией щитовидной железы на фоне ХСН. В группах с ХСН и нарушенной функцией щитовидной железы RMSSD – показатель отражал тяжесть состояния при ХСН, что проявлялось в нарастании симпатического тонуса и снижении парасимпатической активности.

**Выводы.** Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что у женщин с хронической сердечной недостаточностью и измененной функцией щитовидной железы происходило нарастание симпатического тонуса и снижение парасимпатической активности. Программный комплекс «Биомышь» компании «НейроЛаб» позволил выявить изменения вариабельности сердечного ритма, как на приеме в поликлинике, так и в кардиологическом отделении. В дальнейшем предполагается использовать выявления данных изменений вариабельности сердечного ритма в клинической практике для улучшения диагностики и лечения заболеваний сердца.

*Новиков Е.И., Силаева Е.А., Горбакова Л.Ш., Миннуллин Р.И.*

### **ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ЕЁ ПРИДАТКОВ**

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,

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

Проблема гнойно-воспалительных заболеваний матки и ее придатков (ГВЗМП) является главной причиной возникновения бесплодия, эктопической беременности, хронических тазовых болей, снижения трудоспособности женщин. В настоящее время у большинства больных наблюдается стертость клинических проявлений заболевания и окончательный диагноз можно установить только с использованием дополнительных методов исследования – УЗИ, МРТ, лапароскопии и др.

Существуют и другие, как инвазивные, так и неинвазивные методы диагностики гнойно-воспалительных заболеваний матки и её придатков.



Проведенное нами исследование призвано выявить оптимальный алгоритм диагностического поиска у больных с ГВЗМП. Его задачами явилось выявление основных жалоб и симптомов, возникающих при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и её придатков, определение их диагностической значимости, а также изучение чувствительности и специфичности основных методов диагностики и их сочетаний при ГВЗМП.

Для реализации поставленных задач был проведен ретроспективный анализ 223 историй болезни пациенток, лечившихся по поводу гнойно-воспалительных заболеваний матки и её придатков.

В ходе сравнительного анализа данных индивидуальных карт и историй болезни нами были изучены диагнозы, предъявляемые при поступлении жалобы, анамнестические данные, результаты общего и гинекологического обследования пациенток.

Установлено, что боли носили, как правило, тянущий и схваткообразный характер. В 182 (81,6%) случаях больные жаловались на боли в низу живота, в 16 (7,2%) случаях – на боли в мезогастрии и в 5 (2,2%) случаях – на боли в эпигастррии. В 20 случаях (8,9%) больные не могли точно указать локализацию болей и описывали их как «разлитые». Бели наблюдались в 23,3% случаев и носили в основном кровянистый (19,7%) и гнойный характер (3,6%). На дизурические явления жаловались 3,6% больных. Лихорадка наблюдалась у 58,7% больных (до субфебрильных цифр температура тела поднималась у 41,7%, до фебрильных – у 17%). Тошноту и рвоту испытывали 7,2% пациенток. На слабость и головокружение предъявляли жалобы 14,3%.

При физикальном обследовании органов брюшной полости нами были выявлены перитонеальные симптомы и «дефанс» передней брюшной стенки в 118 (52,9%) случаях, из них перитонеальные симптомы определялись по всему животу в 30 (13,4%) случаях и в 88 (39,5%) случаях – только в нижних отделах живота. Осмотр был затруднён из-за резкой болезненности при пальпации, напряжения мышц брюшной стенки, вздутия живота в 11 (4,9%) случаях, а у 10 (4,5%) пациенток – малоинформативен из-за выраженного слоя подкожной жировой клетчатки в области передней брюшной стенки. Наконец, у 18 (8%) больных женщин с ГВЗМП вообще не удалось пропальпировать придатки матки. При анализе историй болезни этих пациенток нам удалось выяснить о состоянии придатков только то, что «в области их проекции передняя брюшная стенка болезненна при пальпации». В 6 (2,7%) случаях при гинекологическом исследовании патологии выявлено не было.

Таким образом, при объективном обследовании классическая картина ГВЗМП (постепенно появившаяся и нарастающая боль внизу живота, лихорадка, увеличенные болезненные придатки или наличие объемных образований в области придатков, бели) была выявлена лишь у 152 пациенток, что составило 68% случаев ГВЗМП.

Данные клинические признаки (боль в животе, наличие лихорадки и увеличенные, болезненные придатки или объемные образования в их области по данным УЗИ), несомненно, наиболее часто выявляются при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и её придатков. Последующий активный диагностический поиск с привлечением дополнительных инструментальных и лабораторных методов

диагностики у данной категории больных позволяет распознавать осложненные форм ГВЗМП (пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальный абсцесс).

При анализе диагностической чувствительности различных методов диагностики ГВЗМП нами установлено, что бимануальное исследование позволяет выявить наличие ГВЗМП с чувствительностью 0,68, однако оно не всегда может ответить на вопрос о форме воспалительного процесса, наличии осложнений, а ультразвуковое исследование позволяет установить точный диагноз с чувствительностью 0,7. При этом трансвагинальное УЗИ обладает большей чувствительностью, чем трансабдоминальное (0,75 и 0,65 соответственно).

Кульдоцентез как самостоятельный метод диагностики ГВЗМП использоваться не может, он может быть применен для выяснения вопроса о наличии и характере скопившейся жидкости в позадиматочном пространстве на этапе дифференциальной диагностики.

Сочетание таких методов, как бимануальное исследование и трансвагинальная сонография, показало чувствительность 0,85.

Среди инвазивных методов диагностики ГВЗМП, не осложненных перитонитом, наибольшей чувствительностью обладает, несомненно, диагностическая лапароскопия (ДЛС) – 0,96. Однако применение этого метода у больных с ГВЗМП может быть ограничено выраженным спаечным процессом органов малого таза.

Выводы:

1. Основными симптомами при гнойно-воспалительных заболеваниях матки и её придатков являются боли внизу живота, часто с иррадиацией в поясничный отдел, задний проход, а также лихорадка и бели. Однако все перечисленные признаки не являются специфичными и встречаются как изолированно, так и в комплексе при различных гинекологических заболеваниях.

2. Анализ жалоб и данных физикального обследования показал, что классическая клиническая картина гнойно-воспалительных заболеваний матки и её придатков встречается лишь в 68% случаев, а в 32% они протекают атипично.

3. Наибольшей чувствительностью по отношению к гнойно-воспалительным заболеваниям матки и её придатков среди неинвазивных методов диагностики обладает сочетание трансвагинальной сонографии и бимануального исследования (0,85). Среди инвазивных методов диагностики наибольшей чувствительностью обладает диагностическая лапароскопия (0,96) при условии отсутствия выраженного спаечно-инфильтративного процесса и/или вздутия петель тонкой кишки.

4. Оптимальным диагностическим алгоритмом в отношении гнойно-воспалительных заболеваний матки и её придатков является применение диагностического комплекса, состоящего из бимануального исследования и трансвагинальной сонографии. В ситуациях, требующих экстренного принятия решения, методом выбора является диагностическая лапароскопия.

*Орлова Н.Ю., Танчук М.И., Старков А.В.*

### **СОВЕШЕНСТВОВАНИЕ СРЕДСТВА ИЗВЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ ИЗ ТРУДНОДОСТУПНЫХ МЕСТ**

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный политехнический университет»,  
Военная академия связи имени маршала Советского Союза С.М. Буденного,  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Извлечение раненых из труднодоступных мест – сложное и ответственное дело, требующее не только определенных навыков, но и особой осторожности, понимания характера ранения и состояния раненого. Зачастую малые размеры внутреннего свободного объема, из которого приходится эвакуировать раненого, практически исключают возможность проникновения туда санитаров.

Недостатки существующих средств эвакуации послужили предпосылкой для разработки нового образца спасения раненых из труднодоступных мест. Разработанное средство спасения менее травматично по отношению к раненым в сравнении с существующими образцами. Кроме того, оно позволяет извлекать раненых, потерявших сознание, через люк в строго вертикальном положении.

В 2010 году были проведены натурные испытания разработанного нами средства эвакуации из труднодоступных мест. В нашем случае в качестве труднодоступного места был выбран вертикальный люк танка и самоходной артиллерийской установки.

Разработанное средство позволяет, в отличие от существующих, сократить время эвакуации раненых из машины в несколько раз, а также избежать дополнительного травмирования раненых, удерживает голову раненого при потере сознания. Предлагаемое средство является универсальным, поэтому его применение возможно на кораблях и судах, при извлечении пострадавших из железнодорожных цистерн, топливных цистерн, загазованных колодцев и других ёмкостей.

*Орлова О.В., Крылов П.К., Козулин И.Д., Шлык И.В., Попенко Л.Н.*

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**

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

По данным различных авторов, инфекция кожи и мягких тканей занимает одно из ведущих мест в структуре хирургической заболеваемости. Особую значимость эта проблема имеет у пострадавших с термической травмой. Большую тревогу вызывает широкое распространение возбудителей раневой инфекции, резистентных не только к антибактериальным средствам, но и к антисептикам, применяемым для местного лечения.

Цель исследования: изучение эффективности препаратов для местного лечения раневой инфекции у ожоженных.

В ходе проспективного исследования наблюдались 20 пострадавших в возрасте от 18 до 60 лет с ожогами I-II-IIIa ст. на площади до 15% поверхности тела.

Пациенты были разделены на 2 группы: основную (10 обожженных) составили пострадавшие, местное лечение которых включало ежедневные перевязки с 1% раствором диоксидина, и контрольную (10 человек) – с использованием в процессе ведения локусов поражения 0,1% раствора лавасепта.

Ежедневное обследование включало оценку жалоб пациента, физикальных данных и динамики раневого процесса. Клинико-инструментальное обследование: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, микробиологическое исследование раневого отделяемого с оценкой чувствительности выделенных микроорганизмов к диоксидину и лавасепту проводились на 1,3,5,7,14 и 21 сутки.

На первом этапе было проведено микробиологическое исследование раневого отделяемого с последующей оценкой чувствительности выделенных штаммов микроорганизмов к основным классам антибиотиков, а также диоксидину и лавасепту диск-диффузионным методом. Всего было выделено 33 штамма грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Микст-инфекция наблюдалась у 40% обследованных.

Анализ чувствительности выделенных микроорганизмов показал высокий уровень чувствительности к диоксидину. Так, из 15 выделенных штаммов *S. aureus* оказались устойчивы к диоксидину только 2, к лавасепту – 8 ( $\chi^2=3,8$   $p=0,05$ ). В то же время все выделенные штаммы ванкомицин-чувствительных *Enterococcus* spp. ( $n=8$ ) оказались резистентными и к диоксидину, и к лавасепту. Оценка чувствительности бактерий рода *Enterobacteriaceae* показала 100% чувствительность к диоксидину и низкую (25%) – к лавасепту ( $\chi^2=6,6$ ,  $p=0,009$ ).

Системная антибактериальная терапия пациентам назначалась при наличии более двух критериев синдрома системной воспалительной реакции на момент включения в исследование, либо при их регистрации в ходе лечения. Следует отметить, что в основной группе развитие SIRS, потребовавшее включения в схему лечения системных антибактериальных препаратов, в процессе курации отмечено у 1 пострадавшего (10%) с термической травмой, тогда как в контрольной – у 4 пациентов (40%), что подтверждает клиническую эффективность применения 1% раствора диоксидина.

Развития реакций непереносимости используемых препаратов в процессе изучения не наблюдалось.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало высокую чувствительность к диоксидину «in vitro» большинства штаммов возбудителей раневой инфекции у обожженных, а также клиническую эффективность местного лечения с его использованием, что позволяет рекомендовать препарат как средство для эмпирического назначения, в том числе на догоспитальном этапе.

*Осипов А.В., Якушев И.Д*

**ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ИНТЕГРИРОВАННОЙ  
СИСТЕМЫ УЧЕТА ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В ОСМП ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК**

СПб ГБУЗ Городская поликлиника №21, СПб ГБУЗ Городская поликлиника №51,  
Санкт-Петербург, Россия

С 1 января 2013 года финансовое обеспечение скорой медицинской помощи в России осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования. Изменение источника финансирования неизбежно повлекло за собой преобразования и в организации, в том числе возникла необходимость в программном обеспечении службы скорой медицинской помощи.

В Московском районе Санкт-Петербурга совместно с коллективом сотрудников городских поликлиник №21 и №51 компанией ООО «Виста» на базе программы Виста-Мед была разработана и внедрена информационная система учета вызовов скорой медицинской помощи.

Главными преимуществами нового программного обеспечения являются автоматическая синхронизация введенных данных с ЕИС ТФОМС, отсутствие необходимости привлечения дополнительного персонала для обработки карт вызовов, наличие модуля учета медикаментов и расходных материалов. Благодаря взаимодействию с базой данных пациентов закрепленного района (более 240 тыс. человек) идентификация больного стала возможна по упрощенным данным, позволяя тем самым значительно (на 43%) снизить число неизвестных лиц, которым оказывалась помощь.

С 1 января 2013 года в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №21» и СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №51» имеется опыт обработки 12600 вызовов скорой медицинской помощи с помощью нового программного обеспечения.

Сравнительный анализ экспертизы качества в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №21» показал, что применение программного обеспечения учета вызовов скорой медицинской помощи позволило сократить количество карт вызовов с допущенными ошибками в персональных данных пациентов на 17,2%, тем самым снижая долю отказов в оплате счетов ТФОМС.

Следующим этапом внедрения информационной системы на ПО «Виста-скорая помощь» является ведение электронных карт пациента бригадами с использованием мобильных компьютеров, с доступом к базам паспортных и медицинских данных пациентов, в т.ч. анализ показателей инструментальной диагностики (ЭКГ, глюкометрия).

Таким образом, в условиях отсутствия единого информационного поля, возрастающих требований к оснащенности и оперативности работы службы скорой медицинской помощи, использование современной информационной системы учета параметров деятельности бригад ОСМП позволит повысить качество ведения документации, оперативность взаимодействия с ТФОМС и сократить затраты на статистическую обработку данных.

*Остроумова Л.А., Ярков И.В.*

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ  
КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ  
ДЛЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

ГБУЗ ТО «Станция скорой медицинской помощи»

г. Тюмень, Россия

Методологический подход к формированию клинических рекомендаций по диагностике и лечению неотложных состояний на догоспитальном этапе должен быть основан на доказательной базе и содержать рекомендации не только для бригады скорой медицинской помощи, но и для оперативного отдела по выполнению необходимых действий пациентами до прибытия бригады скорой медицинской помощи.

Подготовка клинических рекомендаций по неотложной кардиологии имеет особую актуальность, поскольку смертность от этих состояний занимает ведущее место в структуре причин смерти на догоспитальном этапе.

В исследование включены 2948 пациентов с ОИМ, стратифицированных на группы в зависимости от назначения или не назначения комбинации препаратов базовой терапии (морфин+нитроглицерин+аспирин), или каждого из препаратов. Для расчета относительного риска летального исхода на догоспитальном этапе использована методика многофакторного анализа с вычислением отношения шансов.

Результаты исследования показали, что в случае невыполнения базового стандарта оказания СМП пациентам с ОИМ, шансы их смерти на догоспитальном этапе были в 8,5 раза выше, чем у тех пациентов, помощь которым была оказана в полном объеме. Среди трех препаратов, используемых в базовой терапии ОИМ, ключевую роль в увеличении шансов нежелательного клинического исхода играет отсутствие назначения аспирина. Следующим в ранговом ряду важности является нитроглицерин. Морфин, по сравнению с аспирином и нитроглицерином, играет меньшую роль в возникновении фатального исхода ОИМ на догоспитальном этапе СМП.

В отличие от других препаратов, аспирин в нагрузочной дозе доступен для применения на догоспитальном этапе до прибытия бригады скорой медицинской помощи и должен быть рекомендован пациенту уже при приеме вызова. Включение данной рекомендации в алгоритм принятия решения в автоматизированных системах приема и обработки вызовов скорой медицинской помощи позволит обеспечить ее стандартное выполнение при отсутствии противопоказаний.

*Павленкова Л.Н.<sup>1</sup>, Милосердов М.А.<sup>1</sup>, Маслова Н.Н.<sup>2</sup>*  
**ДИСПЕТЧЕР СКОРОЙ ПОМОЩИ – ПЕРВОЕ ЗВЕНО  
В ЦЕПИ ВЫЖИВАНИЯ БОЛЬНОГО С ИНСУЛЬТОМ**

<sup>1</sup> ОГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи»,

<sup>2</sup> БОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
г. Смоленск, Россия

Скорая медицинская помощь (СМП) – первая веха в судьбе больного с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Первично на СМП обращаются до 80% больных, у которых развивается инсульт, и звонок диспетчеру «03» является первым звеном в цепочке оказания помощи этим пациентам.

Основными задачами диспетчеров по приему и передаче вызовов являются:

1. Идентификация обращений с высокой вероятностью ОНМК.
2. Минимизация времени от момента обращения на СМП до получения пациентом патогенетической терапии, путем своевременной передачи вызова бригаде.
3. Определение профиля отправляемой бригады соответственно поводу к вызову для минимизации случаев диагностических ошибок и двухэтапного оказания скорой помощи (при вызове спецбригады «на себя»).

**Цель** исследования – оценить работу диспетчеров «03» ОГБУЗ ССМП г. Смоленска при обработке вызовов к пациентам с ОНМК.

**Материалы и методы.** Проведен анализ данных электронного архива ПК «АДИС», анкетирование диспетчеров по приему вызовов. Расчеты выполнены в MS Excel.

**Результаты.** Частота правильного выявления диспетчерами пациентов с ОНМК составляет 63,2%. При этом в своей текущей работе для активного выявления пациентов с возможным инсультом «FAST»-тест используют 29% диспетчеров, 57% задают вопросы, по сути близкие к данному тесту, 14% не знают, как активно выявить признаки инсульта по телефону. Оперативность работы диспетчерской характеризуется временем ожидания передачи вызова бригаде от момента его поступления. В течение первых 4 минут передается 58,9% вызовов, от 4 до 15 минут – 18,1%, позже 15 минут – 23%.

**Выводы.** Работа диспетчеров «03» при обработке вызовов к пациентам с ОНМК характеризуется удовлетворительным качеством. Однако с целью увеличения частоты совпадения повода к вызову «скорой» и диагноза, необходимо проведение целенаправленных образовательных программ, для совершенствования навыков распознавания симптомов инсульта по телефону с использованием общепризнанного алгоритма «FAST»-теста. Низкие показатели оперативности диспетчерской обусловлены объективными причинами – несоответствием числа поступающих вызовов фактическому количеству работающих бригад, а также снижением оперативности выездных бригад, на которые диспетчер непосредственно повлиять не может.

*Палтышев И.А., Дубров В.Э., Колтович А.П.*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ DAMAGE CONTROL  
У РАНЕНЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ  
ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ**

Главный военный клинический госпиталь внутренних войск  
Министерства внутренних войск Российской Федерации,  
г. Балашиха, Россия

Преобладающим видом комбинированной травмы являются термомеханические повреждения, которые в общей структуре составляют 5-10%.

В исследовании проанализированы результаты лечения 93 раненых с комбинированными термомеханическими повреждениями (КТМП).

Для оценки эффективности дифференцированной хирургической тактики (Damage Control Surgery и Early Total Care) был проведен анализ продолжительности предоперационной подготовки, хирургической операции, клинических показателей после хирургических вмешательств.

Первую группу составили 59 (63,4%) раненых с КТМП. Им был выполнен весь объем хирургической помощи одновременно. Преобладали раненые, поступавшие в тяжелом и среднетяжелом состоянии – 20 (33,9%) и 23 (38,9%), соответственно. Во второй группе 34 (36,6%) раненым проводили этапное устранение повреждений. Данную тактику чаще применяли раненым, поступавшим в крайне тяжелом состоянии – 16 (47,1%) пострадавших.

Продолжительность предоперационной подготовки в обеих группах достоверно не различалась и составила при применении традиционной тактики  $49,8 \pm 7,6$  мин, при тактике этапной хирургической помощи –  $45,4 \pm 6,3$  мин. Дифференцированный подход к хирургическому лечению раненых позволил сократить время хирургической операции с  $125,2 \pm 18,0$  мин (традиционная тактика) до  $71,4 \pm 14,0$  мин (DCS). При продолжительности хирургической операции более 2 часов летальность в послеоперационном периоде возрастает с 3% до 6,8%. Это связано с феноменом «второго удара», декомпенсацией систем организма на фоне дополнительной интраоперационной травмы.

Интраоперационная кровопотеря у раненых в группе с исчерпывающей хирургической тактикой была  $840,4 \pm 36,8$  мл. В группе с использованием тактики DCS она была в 2 раза меньше и составляла  $476,6 \pm 27,6$  мл.

Различий в средних значениях сроков эвакуации не выявлено, они составляли  $2,7 \pm 0,7$  и  $2,5 \pm 0,8$  суток.

Таким образом, применение DCS на этапе оказания КМП у раненых с КТМП позволило уменьшить продолжительность предоперационной подготовки, длительность первой (экстренной) операции, уменьшить кровопотерю и, как следствие, снизить тяжесть интраоперационной травмы.



*Пасечник И.Н.*

## **ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА: ЧТО НОВОГО?**

ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва

Число больных с циррозом печени (ЦП) на протяжении последних лет остается стабильно высоким. Основными причинами смерти пациентов с декомпенсированным ЦП являются кровотечения из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода, энцефалопатия, инфекционные осложнения и гепаторенальный синдром. В основе кровотечений из ВРВ пищевода лежит портальная гипертензия. При возникновении такого кровотечения интенсивная терапия на догоспитальном этапе включает коррекцию гемодинамических нарушений, связанных с гиповолемией. Временная остановка кровотечения может быть достигнута при баллонной тампонаде с помощью зонда-обтуратора Блекмора. Применение баллонной тампонады, по современным меркам, считается оправданным при невозможности использования других методов лечения.

В настоящий момент в клинической практике для остановки кровотечений из ВРВ пищевода стал применяться терлипрессин (N-триглицил-8-лизин-вазопрессин) – синтетический аналог гормона задней доли гипофиза – вазопрессина. От вазопрессина терлипрессин отличается тремя дополнительными глициновыми остатками, соединенными с N-концом молекулы и замещением в восьмой позиции аргинина лизином. Фармакологическое действие терлипрессина проявляется сосудосуживающим эффектом артериол, венул и вен висцеральных органов, что приводит к уменьшению портального кровотока и снижению портального давления. Изменение химической структуры вазопрессина привело к увеличению длительности действия препарата и уменьшению побочных эффектов. Это позволяет вводить его болюсно, а не в виде длительной внутривенной инфузии. В России терлипрессин зарегистрирован в 2012 году под торговым названием реместип (Ferring pharmaceuticals).

Эффективность терлипрессина была доказана в многочисленных клинических исследованиях. Установлено, что однократное введение препарата в дозе 1 мг приводит к снижению давления в портальной вене в течение 4 часов. Кроме того, после остановки кровотечения назначение терлипрессина по 1 мг каждые 4 часа в течение 5 дней достоверно снижало риск рецидива. При этом летальность в сравнении с плацебо снижалась на 34%.

Анализ современных методов остановки кровотечения из ВРВ позволил J. Bosch с соавт. сделать вывод, что терлипрессин является препаратом выбора, т.к. это единственное лекарственное средство, которое приводит к повышению выживаемости при этой патологии.

Также доказана эффективность назначения терлипрессина на догоспитальном этапе с целью остановки кровотечения из ВРВ пищевода.

Таким образом, в арсенале врача скорой медицинской помощи появился еще один высокоэффективный препарат, позволяющий оптимизировать результаты лечения больных с декомпенсированным ЦП и кровотечением из ВРВ пищевода.

*Пасько В.Г., Бояринцев В.В., Макаров Р.В., Кутепов Д.Е.*

## **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

ФГБУ «Клиническая больница № 1 УДП РФ», Москва, Россия

Частота гемолитических гемотрансфузионных осложнений (ГГО), как в России, так и за рубежом, составляет 2-10% от всех случаев гемотрансфузии крови и её компонентов. В России летальность в результате ГГО составляет 1:3,6, в Великобритании – 1:10, в США – 1:18. По данным Л.С. Бирюковой (2001), гемолитические гемотрансфузионные реакции выявляются у 10% больных, на 1-е сутки – у 25% больных, на 2-е сутки и позже – у 65% больных.

Нами накоплен опыт интенсивной терапии ГГО с положительными результатами.

Основой развития патологии при ГГО является реакция между IgM (анти-А и анти-В агглютинами) и антигенами эритроцитов доноров, приводящая к внутрисосудистому и внесосудистому гемолизу. Далее наступает расстройство кровообращения, развивается шок, полиорганная недостаточность. В крови быстро возрастает концентрация свободного гемоглобина, гистаминов, брадикининов, катехоламинов с уменьшением буферных оснований на 40-60% и изменением рН крови в кислую сторону на 0,15-0,25 и более. В кислой среде в канальцах почек образуется соляно-кислый гематин, что обуславливает развитие острой почечной недостаточности вследствие канальцевого нефронекроза.

Патогенетической основой интенсивной терапии (ИТ) ГГО служит ощелачивание мочи и удаление иммунных комплексов из плазмы.

После установления гемолитического конфликта:

- определяли рН мочи и проводили ощелачивание организма путём внутривенного и прямокишечного введения 5% раствора Na гидрокарбоната. Критерием адекватности ощелачивания служила слабощелочная реакция мочи;

- по показаниям больным выполняли респираторную поддержку в режиме умеренной гипервентиляции с  $FiO_2 = 60-70\%$ ;

- при развитии гипотонии от введения вазопрессоров воздерживались, поддерживали гемодинамику волемической терапией (10-20% раствора альбумина, желатиноля, свежезамороженной плазмы); исключали введение декстранов;

- одновременно с ощелачиванием выполняли плазмаферез в объеме 2500-3200 мл (1,5-2 объема циркулирующей плазмы) с замещением ее свежезамороженной одноклассовой плазмой и альбумином, повторный плазмаферез в том же объеме выполняли через 18-24 часа.

Поддерживающая терапия включала кортикостероиды (преднизолон 1000 мг болюсно и 1000 мг в течение 24 часов), антигистаминные препараты, при отсутствии хирургических противопоказаний – гепарин по 2500 ед. каждые 4 часа. Отмечено, что при адекватном ощелачивании, как правило, не требуется применения осмотических и петлевых диуретиков.

*Петрова Н.Г., Погосян С.Г., Смирнова Т.В.,  
Полюкова М.В., Прокопьева М.И.*

## **ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ОСНОВ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России,  
Санкт-Петербург, Россия

Как известно, с 2012 года в России внедрен новый образовательный стандарт подготовки специалистов с высшим медицинским образованием, в соответствии с которым в программу подготовки на первом курсе была введена учебная практика по основам ухода за больными терапевтического и хирургического профилей. Это было обусловлено как недостаточными знаниями выпускников медицинских вузов в области сестринского дела, так и существующей объективной необходимостью привлечения студентов после третьего курса к работе в медицинских учреждениях в качестве медицинских сестер. При всей важности данного элемента обучения следует отметить, что в его программу не входит подготовка в области экстренной медицины. Вместе с тем, и в практической работе, и в повседневной жизни медицинские сестры (студенты) сталкиваются с ситуацией, когда необходимо оказать экстренную помощь, а при отсутствии необходимых теоретических знаний и соответствующих практических навыков – это весьма проблематично.

С учетом этого в качестве регионального компонента учебной программы в СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова на втором курсе был введен предмет «Основы доврачебной неотложной помощи» в объеме 24 часов. Поскольку типовая программа по данной учебной дисциплине отсутствует, сотрудниками кафедры сестринского дела был разработан учебно-методический комплекс. В качестве основной цели дисциплины было определено следующее: овладение знаниями и умениями по неотложной доврачебной помощи, навыками выполнения типовых медицинских диагностических и лечебных процедур при неотложных состояниях для предупреждения возможных осложнений и облегчения страдания больного.

В рамках данной цели были выделены следующие задачи: изучение студентами теоретических основ неотложных и терминальных состояний; приобретение студентами практических умений по оказанию доврачебной помощи; формирование навыков работы в бригаде.

Подготовленная программа (с соответствующим научно-методическим обеспечением) направлена на освоение следующих (перечисленных в Стандарте) компетенций: способность своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания, остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия (ПК-14); способность осуществлять первую доврачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях, оказывать медицинскую помощь населению в экстремальных условиях, проводить лечебно-эвакуационные мероприятия в условиях чрезвычайной ситуации (ПК-15).

Двухлетний опыт преподавания свидетельствует о важности и эффективности данного модуля в подготовке студентов.

Повзун А.С.

## КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

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

Пациенты с ревматоидным артритом (РА) часто имеют широкий спектр сопутствующих заболеваний. Их лечение необходимо проводить с учетом перекрестного влияния различных заболеваний на состояние здоровья больного и особенностей взаимодействия множества лекарственных средств.

Цель работы – оценить встречаемость сопутствующих заболеваний при РА.

В исследование включено 769 больных РА, получавших стационарное лечение в ВМедА в период с 2002 по 2008 гг.

Оценивали наличие сопутствующей патологии при РА и ее распределение по группам сердечно-сосудистых заболеваний, болезней дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной и эндокринной систем.

Наличие стенокардии выявлено у 273 (35,5%), гипертонической болезни – у 382 (49,7%), различных аритмий – у 25 (3,2%) пациентов. Сочетание любых двух заболеваний сердечно-сосудистой системы установлено у 198 (25,7%), трех заболеваний – у 6 (0,7%) больных. Признаки недостаточности кровообращения присутствовали у 362 (47,1%) пациентов.

Среди заболеваний дыхательной системы бронхиальная астма диагностирована у 41 (5,3%), хронический бронхит – у 73 (9,5%) больных РА. Признаки дыхательной недостаточности выявлены у 71 (9,2%) пациентов.

Поражение желудочно-кишечного тракта отмечалось в виде гастродуоденита у 307 (39,9%), хронического холецистита – у 151 (19,6%), язвенной болезни желудка – у 65 (8,4%), язвенной болезни двенадцатиперстной кишки – у 21 (2,7%), хронического панкреатита – у 44 (5,7%) больных РА. Наличие антител к гепатиту В выявлено у 11 (1,4%) и антител к гепатиту С – у 14 (1,8%).

Хронический пиелонефрит отмечен у 126 (16,4%) больных, мочекаменная болезнь – у 29 (3,8%).

Поражение нервной системы с проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии выявлено у 57 (7,4%) больных РА. Признаки остеохондроза с корешковым синдромом отмечались у 279 (36,3%) пациентов.

Диффузно-токсический зоб встречался у 78 (10,1%) больных, аутоиммунный тиреоидит – у 62 (8,1%).

Таким образом, подавляющее большинство – 731 (95,1%) пациентов с РА имели сопутствующие заболевания. Наличие сопутствующей патологии необходимо учитывать при выборе лекарственной терапии на всех этапах оказания медицинской помощи.

*Повзун А.С.*

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ  
В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Острый суставной синдром (ОСС) – термин, обозначающий гетерогенную группу заболеваний, общим для которой является вовлечение в патологический процесс суставного аппарата. Вследствие выраженного болевого синдрома в области сустава, пациенты теряют трудоспособность и нуждаются в одновременной верификации диагноза и оказании неотложной медицинской помощи. Поскольку стационарное лечение ревматологических больных подразумевает плановую госпитализацию, ранее не существовало порядка оказания неотложной помощи больным с ОСС. Подобный порядок отсутствовал не только в Санкт-Петербурге, но и в других городах России. В условиях НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе с 2008 года организовано оказание специализированной неотложной помощи больным с ОСС.

Целью диагностических процедур при ОСС является верификация конкретной нозологической формы заболевания и своевременное начало патогенетической терапии. Нами разработан дифференциально-диагностический алгоритм, применяющийся в клинической практике в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Первый этап алгоритма – определение профиля пациента, поскольку ОСС может присутствовать при целом ряде заболеваний (неврологических, инфекционных, травматологических, онкологических и др.). Второй – дифференциальная диагностика заболеваний ревматологического профиля. На данном этапе первоначально выделяют больных с признаками воспалительной реакции и без них. Это позволяет на раннем этапе определить многочисленную группу пациентов с остеоартрозом. Далее выполняется рентгенологическое исследование с целью выявления патогномичных изменений и иммунологические пробы для верификации системных заболеваний соединительной ткани. Диагностический поиск при ОСС осуществляется одновременно с назначением НПВП, которые позволяют снизить выраженность воспалительной реакции и болевого синдрома. Применение специфической патогенетической терапии больным возможно после верификации основного заболевания.

Своевременное оказание медицинской помощи по неотложным показаниям позволяет при помощи проведения неспецифической терапии НПВП и специфической базисной терапии купировать ОСС, снизить выраженность воспалительной реакции, уменьшить прогрессирование заболевания и инвалидизацию больных. Концентрация больных с ОСС в многопрофильном стационаре скорой помощи с возможностью оказания специализированной ревматологической помощи позволяет верифицировать патологический процесс в ранние сроки, уменьшить период стационарного лечения и улучшить прогноз заболевания.

*Погодина А.Н., Рабаданов К.М.*

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННЫХ РАЗРЫВОВ ПИЩЕВОДА**

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

Спонтанный разрыв пищевода (СРП) – тяжелое заболевание, сопровождающееся быстрым развитием гнойных осложнений и высокой летальностью. Диагностика его основана на клинических, рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических, СКТ данных.

В НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского за период 1992-2012 г. находились на лечении 94 больных со спонтанным разрывом пищевода. Соотношение мужчин и женщин составило 4:1. Возраст больных колебался от 30 до 88 лет, средний возраст составил  $56,5 \pm 12,0$  лет. В течение первых 24 часов с момента разрыва пищевода госпитализировано 23 пациента, остальные – в сроки от 24 часов до 5 суток. Из 94 пациентов с СРП 79 (84%) переведены из других лечебных учреждений Москвы и Московской области.

Причиной возникновения спонтанного разрыва пищевода является резкое повышение внутрипищеводного давления, как правило, возникающее на фоне сопутствующих заболеваний. Из 94 больных у 88 (93,6%) выявлены: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, стеноз выходного отдела желудка, холецистит, панкреатит.

Острая боль явилась ведущим симптомом СРП и отмечена у всех больных с локализацией в эпигастральной области, за грудиной и в левой половине груди. В раннем периоде ни в одном лечебном учреждении не был диагностирован спонтанный разрыв пищевода. Основным первичным диагнозом были: инфаркт миокарда, острый панкреатит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, спонтанный пневмоторакс.

При СРП наиболее чувствительным диагностическим методом является рентгенконтрастное исследование пищевода с взвесью сульфата бария и УЗИ плевральных полостей.

Установлено, что у всех пациентов дефект пищевода имел продольное направление, при этом длина разрыва пищевода варьировала от 1 до 10 см. Дефект пищевода в большинстве наблюдений локализовался по левой стенке нижнегрудного отдела. Одномоментно с разрывом пищевода возник разрыв медиастинальной плевры у 87 (92,6%) пациентов.

Лечение СРП – комплексное, в основе которого лежит хирургическое вмешательство. Операцией выбора являлось ушивание дефекта стенки пищевода из лапаротомного доступа с фундопликацией по Ниссену, которая выполнена 53 (56,4%) пациентам, 14 (14,9%) пациентам – ушивание дефекта пищевода, дренирование средостения, 13 (13,8%) – дренирующая операция (дренирование плевральной полости, заднего средостения), 3 (3,2%) – торакотомия, ушивание дефекта пищевода. Резекция пищевода произведена 13 (13,8%) больным (трансплевральным и цервикоабдоминальным доступами).

Общая летальность составила 48,9% (46 наблюдений). Причинами летального исхода явились: сепсис, полиорганная недостаточность, пневмония, острая сердечная недостаточность, аррозийное кровотечение, тромбоз легочной

артерии, инфаркт миокарда. Прослеживается прямая зависимость уровня смертности от сроков поступления больных в клинику. Наименьший показатель смертности сопряжен с ранним лечением больных в сроки до 6 часов от момента разрыва.

Применение дезэскалационной схемы антибактериальной терапии, иммунотерапии, методов экстракорпоральной детоксикации наряду с хирургическим лечением позволяет снизить уровень летальности.

*Полушин А.Ю., Одинак М.М., Вознюк И.А., Янишевский С.Н.,  
Голохвастов С.Ю., Цыган Н.В.*

### **УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНЫЙ ДОППЛЕРОВСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ НА ФОНЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

Цель работы – определить необходимость и частоту выполнения ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) в остром периоде у пациентов с ишемическим инсультом на фоне легкой и умеренной форм гипергомоцистеинемии.

Обследовано 15 пациентов (средний возраст –  $65 \pm 5,3$  лет) с уровнем гомоцистеина крови от 15,4 до 40,9 мкмоль/л, поступивших в стационар в первые сутки заболевания. С первых суток госпитализации 10 пациентам проводилась коррекция синдрома гипергомоцистеинемии (фолиевая кислота 5 мг/сут.), остальным проводилась только антикоагулянтная терапия (гепарин по 15-20 тыс. ед/сут.). УЗДГ выполняли с частотой 1 раз в неделю в течение 30 суток от дебюта заболевания (после выписки пациентов вызывали в стационар).

По данным УЗДГ до 14 суток у всех пациентов отмечались признаки затрудненной перфузии в прецеребральных артериях, с последующим значимым снижением показателей сосудистого сопротивления и скоростных параметров кровотока. Разброс параметров скорости (систолической и средней) в 1-е и 14-е сутки, соответственно, составлял:  $42 \pm 2,1$  см/с;  $9 \pm 1,3$  см/с по общим сонным артериям и  $33,2 \pm 2,4$  см/с;  $11,1 \pm 0,7$  см/с по внутренним сонным артериям. К этому же периоду во всех случаях отмечалось simultанное возрастание линейной скорости кровотока в СМА с  $61 \pm 2,5$  –  $20,1 \pm 1,2$  см/с до  $72,3 \pm 3,1$  –  $24,2 \pm 1,1$  см/с соответственно. К 30-м суткам наблюдения в группе пациентов, принимавших фолиевую кислоту, отмечали полноценное восстановление всех параметров линейной скорости кровотока как на экстра-, так и на интракраниальном уровне в соответствии с возрастной нормой. В группе пациентов с гипергомоцистеинемией, получавших только антикоагулянтную терапию, была отмечена тенденция к возрастанию абсолютных значений линейной скорости кровотока по мозговым артериям, однако феномен частично затрудненного кровотока с измененными параметрами кровотока сохранялся в течение всего периода наблюдения.

Полученные данные подтверждают необходимость снижения уровня гомоцистеина для оптимизации реологических свойств крови у пациентов с церебральным инсультом в сочетании с синдромом гипергомоцистеинемии. Гемодинамический эффект этиопатогенетической терапии с использованием фолиевой кислоты в терапевтических дозах реализуется к началу 3-й недели заболевания. Протокол

ультразвукового мониторинга пациентам с «гемореологическим» подтипом ишемического инсульта должен включать динамическую оценку эффективности терапии в период со 2-й по 3-ю неделю от дебюта заболевания.

*Попов А.М., Лукьянюк П.П., Ромашкин-Тиманов М.В.*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ В НЕОТЛОЖНОЙ ГЕРНИОЛОГИИ**

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

Диагностическая лапароскопия позволяет установить диагноз ущемленной грыжи, точно классифицировать грыжевое выпячивание, определить степень изменения структур брюшной стенки и выбрать вариант оперативного лечения. Анализ литературных источников и собственный опыт эндовидеохирургических операций на органах брюшной полости позволяет говорить, что показаниями для применения диагностической лапароскопии при ущемленных грыжах являются:

1. Необходимость проведения дифференциальной диагностики ущемленных грыж с другой острой неотложной патологией брюшной полости.
2. Необходимость верификации ущемленного органа и определение его жизнеспособности.

Противопоказаниями к лапароскопии являются: тяжелая сопутствующая соматическая патология и наличие в анамнезе спаечной болезни, вследствие большого количества лапаротомных операций.

В 2012 году в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе наблюдали 3 случая лечения пациентов с ущемленной паховой грыжей с использованием эндовидеохирургического комплекса. Возраст больных колебался от 71 до 94 лет. У 2 пациентов ущемленным органом была тонкая кишка, у 1 – прядь большого сальника. После извлечения ущемленного участка, проводили ушивание внутреннего пахового кольца 3-4-узловыми швами. За время ушивания параллельно вели наблюдение за ущемленным органом. Во всех 3 случаях ущемленный орган был признан жизнеспособным.

Клиническая эффективность диагностической лапароскопии ущемленных грыж, по данным литературы, очень высока и составляет от 94,83% до 100%, а в сочетании с малой инвазивностью, слабовыраженным болевым синдромом, коротким послеоперационным периодом и сроком реабилитации, обеспечивает экономическую обоснованность, что позволяет рекомендовать использование данной методики при ущемленных грыжах.



*Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г.*

**КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ  
ПАЦИЕНТОВ С УМЫШЛЕННЫМ САМООТРАВЛЕНИЕМ,  
ПОСТУПИВШИХ ПО СКОРОЙ ПОМОЩИ  
В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР**

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

**Введение.** Суицидальные попытки отравления (СПО) представляют собой важную проблему современной суицидологии. 3-5% от общего числа вызовов, поступающих на станцию скорой медицинской помощи, обусловлены лекарственными отравлениями, из которых 30% случайные, а 70% преднамеренные.

**Цель** – выявить клинические и социально-демографические показатели пациентов, поступивших по скорой помощи в многопрофильный стационар.

**Материалы и методы.** Были изучены 970 историй болезни пациентов. Критериями включения были верифицированная суицидальная попытка, критериями исключения – несуйцидальное поведение. Исследование осуществлялось клинико-психопатологическим и клинико-архивным методами с помощью формализованной карты, состоящей из 25 пунктов. Диагностика осуществлялась согласно критериям МКБ-10 с использованием кодов X60-X84. Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета STATISTICA 6.0.

**Результаты исследования.** Среди поступивших в стационар было 320 (33,0%) мужчин и 650 (67,0%) женщин. Средний возраст – 40,4±16,5 лет. Наиболее частыми способами осуществления суицидных попыток явились самоотравления лекарственными средствами (845 чел., 87,1%). Выявлено, что наибольшей была доля невротических, связанных со стрессом расстройств – 328 (33,8%). Второй по значимости была доля психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя – 299 (30,8%). Алкоголь был обнаружен в крови 439 (45,2%) пациентов. Наибольшее количество пациентов 938 (96,7%) доставлены бригадой скорой помощи, 5 (0,5%) – пришли самостоятельно, 27 (2,8%) – прочими способами доставки (полиция и т.д.).

**Выводы.** Наибольшая группа больных с суицидальной попыткой трудоспособного возраста; основная доля приходится на самоотравления; существенна связь суицидального поведения с приемом алкоголя. Кроме того, необходимо учитывать, что в большинстве случаев первый контакт таких пациентов происходит с врачами скорой медицинской помощи, поэтому направление для совершенствования оказания суицидологической помощи видится в тесном взаимодействии врачей скорой помощи, стационара, психиатрических и наркологических служб.

*Рева В.А., Самохвалов И.М.*

## **АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ И РАЗРАБОТКА НОВЫХ МОДЕЛЕЙ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель** – анализ случаев догоспитального применения кровоостанавливающего жгута в мегаполисе и разработка новых направлений временного гемостаза.

**Материал и методы.** Изучены результаты лечения 35 пострадавших с повреждением магистральных сосудов, остановка кровотечения у которых на догоспитальном этапе осуществлялась при помощи жгута. Табельные устройства применялись у 27 пациентов: у 25 использовался резиновый ленточный жгут Эсмарха-Лангенбека, в 2 случаях – резиновый жгут «ЭЛВА». Восемью пациентам был наложен импровизированный жгут: различные резиновые ленты и трубки, ремни из разных материалов. Жгуты-закрутки не применялись.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $38,5 \pm 1,7$  лет, 87% были мужчины. Жгут в 21 случае накладывался на нижнюю конечность, в 13 – на верхнюю и 1 пациенту – на основание конечности. При отрывах и разрушениях жгут накладывался в 12 случаях. Средний срок экспозиции жгутов составил  $79,1 \pm 8$  мин, при этом у четверти раненых жгут находился на конечности более 100 минут. Наибольшая эффективность гемостаза отмечалась на нижней конечности – бедре и голени (65% и 75%, соответственно). У пациентов с экспозицией жгута более 1 часа местные инфекционные осложнения развивались чаще, чем в группе с кратковременным пребыванием жгута на конечности (27,8% против 5,9%,  $p > 0,05$ ). Глубокая инфекция развивалась исключительно при длительном сроке ишемии под жгутом. Случаев ампутации конечности, напрямую связанных с применением жгута, не отмечено. Ограничение функции конечности после лечения встречалось в 2 раза чаще в группе пациентов со жгутом (40% случаев,  $p > 0,05$ ). Общая продолжительность лечения в стационаре составила  $31,5 \pm 5$  суток в группе со жгутом и  $9,9 \pm 6$  суток – без жгута ( $p < 0,05$ ).

Совместно с ООО «Спецмедтехника» (СПб) создан опытный образец современного дозированного кровоостанавливающего турникета (патент на полезную модель 117797. МПК А61В17/12 от 18.10.11). Данный жгут выполнен из алюминиевого каркаса, состоящего из двух барабанов и содержащего ремень шириной 2,5 см. При повороте внешнего барабана ремень втягивается в него, тем самым уменьшая окружность и дозированно сдавливая конечность. Совместно с НПО «Медтехника» (СПб) разработан кровоостанавливающий электронно-пневматический жгут, способный нажатием одной кнопки автоматически в течение 20 с создать давление в контурной манжете шириной 8 см в 200 мм рт.ст. (для верхней конечности) или 300 мм рт.ст. (для нижней конечности). Идет работа над созданием принципиально новой автоматической системы распознавания, локализации и коагуляции поврежденных глубоких кровеносных сосудов, основанной на применении ультразвуковых колебаний.

Ромашкин-Тиманов М.В., Белоусов И.С., Лукьянюк П.П.

## **ПРЕВЕНТИВНАЯ ПРОТЕЗИРУЮЩАЯ АБДОМЕНОПЛАСТИКА У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЭВЕНТРАЦИИ**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», ЦБ Ломоносовского района Ленинградской области, Санкт-Петербург, Россия

Частота возникновения эвентраций после лапаротомий колеблется от 0,5% до 2%. Это одно из наиболее опасных осложнений в абдоминальной хирургии, при развитии которого летальность достигает 20-65%.

Ретроспективный анализ случаев развития указанного осложнения после лапаротомий в Санкт-Петербургском НИИ СП им. И.И. Джанелидзе и Центральной больнице Ломоносовского района с 2007 по 2011 гг. свидетельствует о наличии у каждого пациента с эвентрацией сочетания двух и более предрасполагающих или производящих факторов возникновения этого осложнения: дистрофия, анемия, сахарный диабет, интоксикация, гипоиммунные состояния, пожилой возраст, экстренный характер вмешательства, длительный послеоперационный парез кишечника и др.

С 2011 г. нами выполнена превентивная протезирующая абдоменоластика у 24 таких пациентов: 8 мужчин, 16 женщин. Из них 5 человек были оперированы в *плановом* порядке, 19 – по неотложным показаниям. В плановом порядке у 2 больных выполнена крурорафия с фундопликацией, у 2 – резекция сигмовидной кишки, у 1 – правосторонняя гемиколэктомия. В срочном порядке выполнено 11 холецистэктомий, 7 пациентов прооперировано по поводу осложненной язвы двенадцатиперстной кишки, 1 больному устранена повторная эвентрация, развившаяся на третьи сутки после устранения первой и на седьмые сутки после второй лапаротомии по поводу разлитого гнойного аппендикулярного перитонита.

У всех пациентов этой группы ушивание лапаротомной раны дополняли укреплением передней брюшной стенки полипропиленовым сетчатым имплантом. При ушивании раны край в край с укреплением ее зоны сеткой полностью восстанавливалась анатомическая целостность передней брюшной стенки. Во всех случаях операцию завершали активным дренированием подкожной клетчатки. С первого дня после операции применялся бандаж и антибактериальные препараты по схемам лечения основного заболевания. Нагноение послеоперационной раны зафиксировано у 3 пациентов. Все пациенты в удовлетворительном состоянии выписаны на 14-20 сутки после операции. Во всех случаях в послеоперационном периоде повторных эвентраций органов брюшной полости не выявлено. Летальных исходов не было.

Полученные нами предварительные результаты недостаточны для многофакторного статистического исследовательского анализа, однако первый положительный опыт позволяет считать выполнение превентивной протезирующей абдоменоластики у хирургических пациентов с высоким риском развития эвентрации целесообразной и обоснованной.

*Ромашкин-Тиманов М.В., Миннуллин И.П., Филиппов А.В., Барсукова И.М.*

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОДГОТОВКЕ  
СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

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

Дистанционное обучение (ДО) – совокупность технологий, методов и средств, обеспечивающая возможность обучения без посещения учебного заведения, но с регулярными консультациями у преподавателей учебного заведения. При данной системе обучения все или большая часть учебных процедур осуществляются с использованием современных информационных и телекоммуникационных технологий при территориальной разобщенности преподавателя и обучающихся.

В ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе», ведущего очное повышение квалификации врачей скорой медицинской помощи, возможно проведение сертификационного цикла повышения квалификации врачей скорой медицинской помощи по системе не только очного, но и заочного образования по модели дистанционного обучения.

Реализация курса возможна с учетом:

- 1) наличия специалистов по скорой медицинской помощи;
- 2) наличия разработанной коллективом авторов мультимедийного комплекса лекций по теме «Алгоритмы и стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим вследствие дорожно-транспортных происшествий»;
- 3) разработанных инструкций пользователя и образцов договоров для обучения на платной и бесплатной основе.

Таким образом, дистанционное обучение – одно из перспективных направлений совершенствования образования врачей скорой помощи.

*Руденко М.С., Рахимов Б.М., Кутепов Е.Н.,*

*Расщепкин А.Ю., Середин Л.В., Слугин А.Е., Козлов В.В.*

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ СТАБИЛИЗАЦИИ ГРУДНОГО КАРКАСА**

ГБУЗ Тольяттинская городская клиническая больница №5, г.о. Тольятти, Россия

Летальность при сочетанной травме в группе доминирующих повреждений груди достигает 34,9%. Лечебная тактика при тяжелой сочетанной травме груди с нарушением ее каркасности остается наиболее сложным и дискуссионным вопросом неотложной хирургии.

**Цель работы** – оптимизация показаний к выбору метода стабилизации каркаса грудной стенки.

**Материал и методы.** Ретроспективно анализу подвергнуты 1455 пострадавших с закрытой травмой груди различной степени тяжести: неосложненными переломами ребер и грудины – 608, с гемо- и/или пневмотораксом – 779, тяжелой сочетанной травмой с преобладанием травмы груди – 68, из них с нарушением каркасности грудной стенки – 25. При нарушении стабильности каркаса грудной

стенки применены следующие способы фиксации: продленная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) с положительным давлением на выдохе – 6, вытяжение на «балканской раме» с помощью резиновых тяг – 5, фиксация флотирующих реберных клапанов к нагрудной шине с использованием ключицы и костей таза в качестве опорной площадки – 2, нагрудная «накладная» шина – 4, открытая репозиция отломков грудины и ребер в сочетании с субфасциально проведенными спицами Киршнера – 4, фиксация флотирующих реберных клапанов перикостальными спицами Киршнера под контролем видеоторакографии – 4.

**Результаты.** Всего из группы умерло 8 человек: 4 пострадавших, леченных методом ИВЛ с положительным давлением на выдохе, 4 пациента, которым проводили фиксацию на «балканской раме». В остальных подгруппах летальных исходов не наблюдали, в 1 случае перикостальные спицы были удалены через 2 недели после операции в связи с нагноением.

**Выводы:**

1. Способ фиксации флотирующей груди зависит от особенностей повреждения грудной клетки, сопутствующих повреждений, оснащенности учреждения современными технологиями и квалификации сотрудников.

2. В показанных случаях фиксация флотирующих переломов ребер является противошоковым мероприятием, позволяющим сократить продолжительность ИВЛ, предотвратить нарастающую дыхательную недостаточность, улучшить результаты лечения пострадавших.

*Руксин В.В.<sup>1</sup>, Гришин О.В.<sup>1</sup>, Чирицо М.М.<sup>2</sup>*

**ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАНИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ  
ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», <sup>2</sup>Отделение скорой медицинской помощи поликлиники № 17, Санкт-Петербург, Россия

В 94% обращений за скорой медицинской помощью по поводу повышения АД неотложное состояние непосредственно не угрожает жизни пациента. В этих случаях основные антигипертензивные средства принято назначать внутрь или под язык, при этом возможность сочетания препаратов изучена недостаточно.

В исследование включены 356 пациентов в возрасте от 45 до 90 лет, обратившихся за скорой медицинской помощью по поводу повышения АД, не угрожающего жизни.

Артериальную гипертензию диагностировали в соответствии с рекомендациями ВНОК. До оказания СМП и в процессе лечения проводили традиционное клиническое обследование. АД измеряли методом Короткова каждые 10 минут в течение первых 30 минут, затем каждые 30 минут до 180 минут. Эффективным и безопасным считали снижение АД не менее чем на 15%, но не более чем на 25% от исходной величины при условии исчезновения или значительного уменьшения жалоб. У части больных регистрировали показатели вариабельности синусового ритма. Исследование осуществляли с помощью комплекса «Кардиометр-МТ» (сертификат соответствия № РОСС RU. ME 95B 26374 от 22.04.2010 г.).

Показатели вариабельности оценивали согласно отечественным рекомендациям и рекомендациям Европейского Кардиологического общества и Североамериканского общества стимуляции и электрофизиологии (1999) по 5-минутным записям кардиоинтервалов.

Антигипертензивные препараты и их сочетания назначали методом случайной выборки (конвертов). Все препараты назначали однократно сублингвально. Применяли каптоприл (капотен) в дозе 25 мг, моксонидин (физиотенз) в дозе 0,4 мг, комбинацию 25 мг каптоприла с 5 и 10 мг нифедипина (кордафлекс) и комбинацию 0,4 мг моксонидина с 5 и 10 мг нифедипина. В зависимости от назначенных антигипертензивных средств пациенты были разделены на 4 группы. Каждая группа была разделена на подгруппы пациентов с гиперсимпатикотонией и без нее.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows 8.0.550.

Основные результаты исследования.

При оказании скорой медицинской помощи пациентам с повышением АД и гиперсимпатикотонией в 90% случаев был эффективен моксонидин. У больных без гиперсимпатикотонии эффективность моксонидина составила лишь 56,9%, а при добавлении к моксонидину нифедипина – возросла до 95,2%.

При оказании скорой медицинской помощи пациентам с повышением АД без гиперсимпатикотонии в 80% случаев был эффективен каптоприл. У больных с гиперсимпатикотонией эффективность каптоприла была лишь 52,5% и при добавлении нифедипина к каптоприлу достоверно не возросла.

Добавление нифедипина к моксонидину уменьшало, а к каптоприлу – увеличивало частоту нежелательных явлений.

Таким образом, для оказания скорой медицинской помощи больным с повышением артериального давления, не угрожающим жизни, сочетание каптоприла с нифедипином нерационально, а сочетание моксонидина с нифедипином эффективно и безопасно вне зависимости от наличия или отсутствия гиперсимпатикотонии.

*Савелло В.Е., Сорочинский С.П., Шумакова Т.А.,  
Тихова К.Е., Мелентьева О.Н.*

### **ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

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

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

С целью изучения возможностей МРТ в диагностике осложнений черепно-мозговой травмы (ЧМТ) мы выполнили МРТ головного мозга 29 больным с осложнениями после ЧМТ. Средний возраст пациентов – 40±11,5 лет. В 93,1% случаев обследование пациентов сопровождалось искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). МРТ проводилась на аппарате «Signa HDi» (1.5 T, GE) с использованием

стандартного протокола со следующими последовательностями: T2, T1 FSE, FLAIR, T2 GRE, DWI, PROPELLER ИП, 3DTOF, 2DTOF. Всем больным МРТ выполняли с введением контрастного препарата (Оптимапк).

Во всех случаях проводили декомпрессионную КПТЧ и многократные санационные операции. У всех пациентов отмечено формирование менингоэнцефалоцеле.

Выявлены посттравматические изменения вещества мозга, в виде ушибов (93,1%), отека серого и белого веществ (17,2%), диффузного аксонального повреждения (27,6%), рубцовых изменений (10,3%), наличие геморрагического компонента (внутричерепных, субдуральных, эпидуральных гематом, САК) (86,2%). В большинстве случаев наблюдали сочетание представленных изменений головного мозга.

Выявлены следующие осложнения ЧМТ: инфекционные в 37,9% наблюдений (менингит – 9,1%, менингоэнцефалит – 54,5%, менингоэнцефаловентрикулит – 36,4%), сосудистые в 51,7% случаев (спазм артерий – 40%, ишемические изменения – 26,7%, отсроченные кровоизлияния – 20%, синус-тромбозы – 13,3%), ликвородинамические осложнения – окклюзионная гидроцефалия в 10,4% случаях.

При проведении контрольного МР-исследования в 55,1% случаев определяли отрицательную динамику (увеличение ишемии и распространенности инфекционного процесса, нарастание дислокации).

Таким образом, МРТ является высокоинформативным методом диагностики осложнений ЧМТ, позволяющим своевременно планировать адекватные лечебные мероприятия.

*Саидов Ф.Х., Акилов Х.А.*

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОЛИХОСИГМЫ У ДЕТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
г. Ташкент, Узбекистан

**Цель.** Улучшение результатов обследования и лечение больных детей с долихосигмой.

**Материалы и методы.** В отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП с 2006 по 2012 гг. под нашим наблюдением находились 32 ребенка с долихосигмой. При этом дети первоначально обращались в стационар с клиникой: острого аппендицита – 28 (87,5%) случаев, острой кишечной непроходимости – 3 (9,4%), болевого синдрома живота – 1 (3,1%). В ходе динамического наблюдения острая хирургическая патология исключалась, больным проводили инфузионную, спазмолитическую, симптоматическую терапию. После купирования болевого синдрома дети были обследованы для уточнения этиопатогенеза запоров.

Диагностика основывалась на данных анамнеза, общем и проктологическом осмотрах, лабораторных исследованиях, эндоскопических и рентгенконтрастных исследованиях ЖКТ (колонофиброскопия, ирригография, пассаж бария по ЖКТ,

мультиканальная компьютерная томография), исследовании кишечной микрофлоры, сократительной функции анальных мышц.

**Результаты и обсуждения.** Из 32 больных с долихосигмой нами было оперировано 7 (21,9%), из них 5 (15,6%) в декомпенсированной стадии и 2 (6,3%) в субкомпенсированной. К проведению хирургического вмешательства служили следующие показания: отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии, декомпенсированные формы хронического колостазы.

Резекция части сигмовидной кишки, т.е. неполное ее удаление при запорах, обусловленных долихосигмой, не может считаться радикальной операцией, так как при этом остается часть кишки с неполноценной иннервацией, которая в дальнейшем приводит к замедленному пассажу. В связи с чем, в 5 случаях больным с декомпенсированной формой была произведена левосторонняя гемиколэктомия и в 2 случаях с субкомпенсированной формой – резекция сигмовидной кишки.

Все больные, оперированные по поводу долихосигмы, осмотрены в отдаленные сроки. Жалоб у них нет, развиваются соответственно возрасту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, капростаза нет. Стул ежедневный самостоятельный.

**Вывод.** Таким образом, проблемы успешного лечения долихосигмы у детей могут быть решены только при ранней диагностике и своевременном лечении на догоспитальном этапе.

*Самохвалов И.М., Бадалов В.И., Головкин К.П., Суворов В.В.,  
Гончаров А.В., Рева В.А., Гребнев А.Р., Жабин А.В., Казначеев М.В., Розов А.И.*

### **«ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ» И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛОПОСТРАДАВШИМ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Зарубежные военные медики расценивают происходящие изменения в оказании догоспитальной помощи раненым и хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации как «военно-медицинскую революцию». Действительно, в США и других странах НАТО за 12 лет боевых действий в Афганистане и Ираке введены в действие новые концепции оказания хирургической помощи раненым (prehospital hypotensive resuscitation, combat damage control surgery, damage control resuscitation и др.); разработаны новые средства индивидуального медицинского оснащения, оборудование для мониторинга жизненно важных функций, для согревания раненых в ходе эвакуации и многое другое.

К перспективным технологиям оказания догоспитальной помощи относятся: высокотехнологичные средства спасения жизни раненого (жгуты-закрутки CAT и SOFTT, пневматический жгут EMT и др.; местные гемостатики Combat Gauze, Celox, HemCon, QuikClot; трубки для пережатия магистральных артерий у основания конечности Combat Ready Clamp (CRoC), Junctional Emergency Treatment Tool (JETT); одноразовая игла-троакар для устранения напряженного пневмоторакса и дренирования плевральной полости Mojo Dart Decompression Needle, клеевые повязки, закрывающие рану открытого пневмоторакса Hy Fin Chest Seal, Asherman Chest Seal; ларингеальная маска Suprim), а также специальные однора-



зовые наборы для устранения жизнеугрожающих последствий ранений и травм при оказании доврачебной и первой врачебной помощи.

Основным нововведением в военно-полевой хирургии последнего десятилетия является тактика многоэтапного хирургического лечения («combat damage control surgery»), которая предусматривает сокращение объема первого оперативного вмешательства и смещение окончательного восстановления поврежденных органов и структур до стабилизации жизненно важных функций организма. Для применения этой тактики в условиях скорой медицинской помощи необходима специальная подготовка врачей по технике сокращенных оперативных вмешательств, их анестезиологическому обеспечению и интенсивной терапии. Врачи-организаторы также должны хорошо ориентироваться в особенностях применения тактики многоэтапного хирургического лечения и учитывать их при принятии решений по оптимизации работы региональных травмосистем.

В совокупности, данные работы зарубежных специалистов (во многом учитывающие и достижения отечественных военно-полевых хирургов) изменили подходы к лечению раненых на войне и, безусловно, заслуживают серьезного внимания с точки зрения их использования при оказании скорой медицинской помощи тяжелопострадавшим мирного времени.

*Саттаров Х.И., Захидов А.Я.*

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИВЛ У БОЛЬНЫХ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, 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 этим, весьма перспективным представляется методика чрескожной дилатационной трахеостомии (ЧДТ).

**Целью** настоящего исследования явилось уточнение безопасности и преимуществ чрескожной дилатационной трахеостомии.

**Материал и методы.** В период с 2003 г. по 2013 г. в отделении терапевтической реанимации ЧДТ по методике W.M. Griggs установлена 500 больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), которые находились на пролонгированной ИВЛ в связи с острой дыхательной недостаточностью, с выраженными проявлениями бульбарного или псевдобульбарного глоссофаринголарингеального пареза, с нарушением дренажной функции легких. Для ЧДТ использовали набор фирмы «SIMS PORTEX Ltd» (Великобритания).

**Результаты.** С целью уточнения безопасности и преимуществ ЧДТ над традиционной трахеостомией проведен анализ различных интра- и послеоперационных осложнений при ЧДТ, которые возникали у больных. Небольшие кровотечения из мелких сосудов при выполнении ЧДТ возникли у 50 больных (10,0%). Эти кровотечения не представляли опасности и достаточно быстро были ликвидированы. Достаточно часто развивались воспалительные изменения в области трахеостомической трубки у 90 (18%) больных. Трахео-пищеводные свищи формировались у 7 (1,4%) больных. Следует особо отметить низкий процент такого достаточно частого осложнения при традиционной трахеостомии, как посттрахеостомический стеноз трахеи, который развился лишь у 5 (1%) больных, что было связано с развитием язвенно-некротического трахеита в области наддувной манжетки.

Резюмируя результаты проведенных исследований, можно заключить, что методика чрескожной дилатационной трахеостомии малоинвазивна, менее травматична и достаточно безопасна и накопленный опыт позволяет рекомендовать ее как альтернативу традиционной трахеостомии.

*Седлецкая Н.Н., Шишкин О.И., Тараканова Л.И.*

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ  
ГОРОДА ПЕТРОЗАВОДСКА ПРИ КРУПНОЙ АВИАКАТАСТРОФЕ**

Петрозаводский государственный университет,  
Станция скорой медицинской помощи,  
Территориальный Центр Медицины Катастроф,  
г. Петрозаводск, Россия

При крупных авариях станция скорой медицинской помощи (СМП) города тесно взаимодействует с территориальным центром медицины катастроф (ТЦМК) Республики Карелия.

20.06.2011 г. под Петрозаводском произошла авария самолета ТУ-134, в которой погибли 44 человека.

Первая информация об авиакатастрофе поступила в диспетчерскую службу станции (СМП) в 23 часа 45 мин. от очевидца падения самолета. Полученная информация была доведена до главного врача Территориального Центра Медицины Катастроф (ТЦМК). Сразу введен режим чрезвычайной ситуации на данной территории для всех подразделений Службы Медицины Катастроф, согласно плану ликвидации медико-санитарных последствий данного вида ЧС.

Место падения самолета находилось в 15 км от черты г. Петрозаводска на трассе Петрозаводск-Суоярви. Немедленно к месту катастрофы были направлены бригада ТЦМК, 14 бригад СМП (из 18 работавших в данную смену) и 2 врачебно-фельдшерских бригады из ближайших поселков Бесовец и Чална. До прибытия бригад СМП двое пораженных были отправлены на попутной машине в Республиканскую больницу. В 23 часа 57 мин. реанимационная бригада СМП прибыла на место аварии. В 0 часов 00 мин. – 0 часов 03 мин. прибывают на место еще три врачебные бригады СМП. Бригадами СМП и бригадой ТЦМК 6 пораженным оказана медицинская помощь в объеме первой врачебной помощи с элементами ква-

лифицированной с последующей эвакуацией в Республиканскую больницу. Общее число пораженных, оставшихся в живых, составило 8 человек. В большей части с тяжелой скелетной травмой в сочетании с ожогами большой глубины и площадью поражения. Все мероприятия по ликвидации медико-санитарных последствий авиакатастрофы проведены своевременно и в полном объеме.

21 июня 2011 г. в г. Петрозаводск прибыли специалисты из Всероссийского центра медицины катастроф «Защита», которые эвакуировали 5 тяжело пораженных в Москву для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Для совершенствования работы и взаимодействия всех служб, необходим последующий тщательный анализ и рассмотрение опыта их работы при каждой ЧС.

*Семкичев В.А., Мишина Т.П., Марусанов В.Е.*

### **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА**

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

В основе формирования анафилактического шока (АШ) лежит массивный выход медиаторов аллергических реакций в систему микроциркуляции. Установлено, что применение гипертонических растворов в смеси с декстранами приводит не только к эффекту прироста ОЦК и улучшению показателей центральной гемодинамики (ЦГ), но и обеспечивает иммуномодулирующее действие. Целью исследования стало определение эффективности применения метода «малообъемной реанимации» с использованием раствора «гемостабила» в комплексном лечении АШ.

**Материал и методы.** Обследовано 8 пациентов с лекарственным АШ. Средний возраст больных составил  $56 \pm 1,7$  лет. Исследованы показатели центральной гемодинамики методом интегральной реографии тела (ИРГТ) на аппарате «Диамант» (Санкт-Петербург); уровень цитокинов определялся набором реактивов для иммуноферментного анализа. Исследования выполнены до и через 0,5 часа после внутривенной инфузии раствора «Гемостабила».

**Результаты.** Состояние АШ характеризовалось классической клинической картиной, оцениваемой по схеме ABCDE, снижением сердечного выброса (СВ) и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), которые составляли соответственно 75,9%, 38,6% и 37,1% от нормы. Анализ уровня цитокинов в плазме крови выявил увеличение содержания интерлейкина  $1\beta$  (ИЛ- $1\beta$ ) в 8 раз, столь же высокий уровень рецепторного антагониста интерлейкина-1 человека (РАИЛ-1) – в 5,5 раза по сравнению с нормальными показателями и умеренное (в 2,6 раза) повышение противовоспалительного ИЛ-10.

Состояние больных нормализовалось через 15 минут. По данным ИРГТ через 30 мин. от начала введения гемостабила ударный выброс сердца увеличился более чем в 2 раза и приблизился к нормальным показателям. Сердечный выброс и ОПСС повысились в среднем на 45,9% и 52,8% соответственно, практически достигнув нормальной величины.

Уровень провоспалительного ИЛ-1 $\beta$  снизился в 4,3 раза, а содержание РАИЛ-1 возросло на 20%, уровень ИЛ-10 – на 50%. Значимых изменений уровня других исследованных цитокинов (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6) не было, но также отмечалось недостоверное их снижение.

**Выводы.** Впервые успешно использованный метод «малообъемной реанимации» при лечении АШ свидетельствует о высокой эффективности применения препарата «Гемостабил» и целесообразности его использования при анафилактическом шоке не только в стационаре, но и в условиях скорой и неотложной помощи. Высокий уровень провоспалительных цитокинов при АШ обуславливает, наряду с медиаторами аллергической реакции, повреждение жизненно важных органов и стойкий гипотензивный эффект, который успешно контролируется инфузией «Гемостабила».

*Сидоров А.А., Дохов М.А.*

**ОЦЕНКА ПРИЧИН ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
НА ПРЕДПРИЯТИЕ КАК ИНДИКАТОРА СКРЫТОЙ ПОТРЕБНОСТИ  
В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩИМ**

ГУП «Водоканал Санкт-Петербурга», филиал «Медицинский центр»,  
Санкт-Петербург, Россия

Заболеваемость является важнейшим показателем, характеризующим состояние здоровья организованных коллективов. Традиционно оценка заболеваемости проводится по данным медицинских осмотров (предварительных, периодических и углубленных). Профилактические медицинские осмотры, являясь наиболее информативным источником данных о состоянии здоровья работающих, тем не менее, обладают слабо поддающимися корректировке недостатками (неполное выявление острых заболеваний, хронических заболеваний в стадии ремиссии, зависимости результатов от состава врачебных комиссий, глубины лабораторно-диагностического обследования и т.д.). В настоящее время практически не проводится оценка заболеваемости трудоспособного населения, учитывающая показатели, характеризующие причины вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП) на предприятие.

Целью исследования является анализ причин вызовов скорой медицинской помощи на предприятие для выявления скрытой потребности работающих в медицинской помощи. Исследование проводилось на крупном предприятии жилищно-коммунального хозяйства – «Водоканал Санкт-Петербурга», с численностью сотрудников более 9 тысяч человек. Анализировались данные за 2007-2012 гг.

Анализ структуры заболеваемости, выявленной на периодических медицинских осмотрах (ПМО), показал, что на первом месте были заболевания органов кровообращения (27,7%), на втором – болезни глаз (23,3%) и на третьем – заболевания костно-мышечной системы (13,3%). В то же время структура обращаемости за экстренной медицинской помощью с выездом бригады СМП резко отличалась: на первом месте (28,4%) были заболевания органов пищеварения, на втором (18,6%) – заболевания органов кровообращения и на третьем – 17,6% травмы. Было установлено, что в младших возрастных группах (до 45 лет) заболева-

ния органов пищеварения были причиной 41,3% выездов бригад СМП, на втором месте – травмы (19,6%) и на третьем – заболевания мочеполовой системы (13,0%).

Таким образом, расхождения в структуре заболеваемости по данным медицинских осмотров и причин выезда бригад СМП на предприятие могут указывать на потребность в гастроэнтерологической медицинской помощи, особенно у лиц младших возрастных групп. Кроме того, полученные результаты свидетельствуют о важности информации об оказанной экстренной медицинской помощи в изучении состояния здоровья работающих и необходимости дальнейшего изучения этого вопроса.

*Скворцов А.Е., Логинов И.В., Ананьев А.Н., Ульянов И.В., Тутин А.П.,  
Резник А.О., Кузьмин Д.О., Кутенков А.А, Резник О.Н.*

**ПОЛУЧЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ У ДОНОРОВ  
ЧЕРЕЗ ЧАС ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ:  
ПРОТОКОЛ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

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

Дефицит донорских органов является ограничивающим фактором в развитии трансплантологии. Одним из способов решения данной проблемы является использование доноров с внезапной необратимой остановкой кровообращения (асистолические доноры почек – АСД), в том числе и на догоспитальном этапе. Получение донорских органов от данной категории доноров возможно только за счет применения экстракорпоральной нормотермической гемоперфузии *in situ*.

**Материал и методы.** В тезисах приводятся данные применения субнормотермической (27-32°C) аппаратной гемоперфузии абдоминального региона *in situ* с оксигенацией и удалением активированных лейкоцитов у 22 АСД почек (среднее время первичной тепловой ишемии – 61,4±4,5 минут) и ранние и отдаленные результаты пересадок у 44 реципиентов таких трансплантатов в сравнении с результатами трансплантации 87 почечных трансплантатов от 74 доноров со смертью мозга (ДСМ).

**Результаты.** Немедленная функция в исследуемой группе была у 21 (47,7%) реципиента из 44. Число кризов отторжения к концу первого года после операции составило 3 (9,1%) в исследуемой группе и 13 (14,2%) в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Годичная выживаемость трансплантатов составила 95,5% ( $n=42$ ), в отличие от 94,6% ( $n=87$ ) (ДСМ) ( $p > 0,05$ ). Уровень сывороточного креатинина в среднем у реципиентов почек от АСД –  $0,116 \pm 0,008$  ммоль/л и от ДСМ –  $0,115 \pm 0,004$  ммоль/л ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Применение нормотермической экстракорпоральной гемоперфузии в теле донора (*in situ*) является единственным способом восстановления и сохранения жизнеспособности органов у доноров с внезапной необратимой остановкой кровообращения с длительным временем тепловой ишемии, которые ранее не использовались. Портативность способа позволяет рассматривать его как возможный перспективный метод работы с донорами первой категории по

Маастрихтской классификации (смерть на догоспитальном этапе, во время транспортировки). Годичные результаты трансплантаций свидетельствуют о состоятельности предложенного способа, его эффективности, а также возможности получения с его помощью полноценных почечных трансплантатов и их последующей пересадки, что позволит отчасти решить проблему дефицита донорских органов.

*Скобелев Е.И., Пасечник И.Н.*

### **СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ**

ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва

В настоящее время практически на каждой конференции и съезде, посвященным проблемам интенсивной терапии и скорой медицинской помощи, присутствует тематика, связанная с вопросами обучения на базе симуляционных центров. С одной стороны, это связано с появлением в России симуляторов нового поколения, с другой – с изменениями в законодательстве. С недавнего времени пациент должен быть информирован и может отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. Новый закон вкупе с отсутствием положения о клинической больнице существенно затрудняет процесс обучения. Особенно остро проблема подготовки кадров стоит в специальностях со значимой мануальной составляющей.

На этом фоне отдельной проблемой является обучение методам сердечно-легочной и мозговой реанимации врачей всех специальностей, среднего медицинского персонала и парамедиков. Традиционно трудности в этом направлении связаны с невозможностью прогнозирования внезапной остановки сердца при высокой ответственности за оказание помощи. Возникает вопрос, а как проводилась подготовка специалистов до появления симуляционных клиник? Ответ содержится в опыте работы нашей кафедры.

В течение 40 лет мы с успехом проводили обучение методам сердечно-легочной реанимации на манекенах фирм Ambu и Laerdal. В связи с этим можно усомниться в целесообразности использования современных роботов-симуляторов с квазифизиологическим ответом. Наш двухгодичный опыт работы в симуляционном центре свидетельствует об обратном. Использование манекенов позволяет отработать лишь механические навыки оказания неотложной помощи (непрямой массаж сердца, обеспечение проходимости дыхательных путей и т.д.). К сожалению, на манекенах невозможно обеспечить реалистичность ситуации. Обучение на роботах-симуляторах в корне меняет представление курсантов о реанимации. При обучении на манекенах реанимационные мероприятия начинаются по команде преподавателя (принцип «или жив и не лечим, или клиническая смерть – реанимируем»). Работа с роботами-симуляторами подразумевает полную имитацию палаты отделения интенсивной терапии или внебольничных условий (место катастрофы). Течение болезни и осложнения моделируются компьютерной программой, робот управляется дистанционно, и у курсанта создается полное впечатление работы в реальных условиях один на один с пострадавшим. Важно отметить, что начало интенсивной терапии и реанимационных мероприя-

тий курсант определяет сам, а не по команде. Решение о вмешательстве принимается после комплексного обследования работа-больного и, если требуется, использования диагностической аппаратуры.

Наши результаты свидетельствуют о повышении эффективности обучения методам сердечно-легочной реанимации и интенсивной терапии на роботах-симуляторах благодаря реалистичности ситуации.

*Сорочинский С.П., Савелло В.Е.*

**ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ  
ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ  
В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ  
(НА ПРИМЕРЕ НИИ СП ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ)**

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

Цель исследования – определить оптимальный алгоритм лучевого обследования (УЗИ, полипозиционная цифровая рентгенография, МСКТ) пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Обследованы 365 пострадавших в возрасте от 25 до 45 лет с тяжелой сочетанной травмой, поступивших в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Исследование проводили на УЗ аппаратах экспертного класса, цифровом рентгеновском аппарате АРЦ-ОКО (Электрон), передвижных палатных аппаратах АРП-ОКО с последующей «оцифровкой» рентгенограмм, спиральных компьютерных томографах «Aquilion-16» (Тошиба) и «LightSpeed VCT Select 32» (General Electric).

По результатам исследования был определен оптимальный алгоритм обследования пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, заключающийся в следующем:

– при поступлении пострадавших с любой степенью шока протокол исследования должен включать выполнение УЗИ брюшной полости на предмет выявления разрывов паренхиматозных органов, осложненных продолжающимся кровотечением, цифровых рентгенограмм конечностей с целью диагностики переломов, МСКТ с одномоментным сканированием нескольких зон (голова, шея, грудь, поясничный отдел позвоночника, таз);

– при отсутствии шока необходимо выполнять УЗИ брюшной полости, МСКТ наиболее поврежденной по клиническим данным области, полипозиционную цифровую рентгенографию остальных поврежденных областей и при необходимости детализации – МСКТ этих зон.

Результаты оценивали с использованием пакета прикладных программ пост-процессорной обработки изображений (MPR, VRT, SSD). По клиническим показаниям проводили МСКТА.

Таким образом, определенный алгоритм обследования пострадавших при тяжелой сочетанной травме позволяет в полной мере оценить наличие всех повреждений в оптимально короткие сроки в условиях стационара скорой помощи, что имеет существенное значение для определения адекватной тактики лечения.

Софронов А.Г.<sup>1,2</sup>, Пашковский В.Э.<sup>1,2</sup>, Тявокина Е.Ю.<sup>1</sup>,  
Добровольская А.Е.<sup>1,2</sup>, Прокопович Г.А.<sup>1</sup>

## РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ УРГЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

<sup>1</sup> ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

**Цели и задачи исследования.** Определить распространенность и выраженность пагубного употребления алкоголя, а также алкогольной и наркотической зависимости среди больных многопрофильного стационара.

**Методика и дизайн исследования.** В течение 5 суток врачами психиатрами-наркологами проводился сплошной скрининг больных, поступивших в отделение экстренной медицинской помощи (приемное) НИИ Скорой Помощи им. И.И. Джанелидзе Санкт-Петербурга. После получения информированного согласия обследовали всех больных отделения с помощью клинических (структурированное клиническое интервью и скрининг-тест зависимости от алкоголя – AUDIT) инструментов. Кроме того, всем больным проводили биохимический анализ крови на ГГТ и этанол. Наркологические диагнозы выставлялись врачами-наркологами как по анамнестическим данным, так и в результате структурированного клинического интервью. Всего было обследовано 807 человек в возрасте от 18 до 96 лет ( $M \pm SE$  48,0 $\pm$ 19,4 лет), из них мужчин 48,1%, женщин 51,9%.

**Результаты исследования.** Проведенное исследование выявило высокий процент больных с наркологической патологией (24,4%) среди ургентных пациентов многопрофильного соматического стационара. При этом абсолютное большинство из них (82,7%) имеют диагнозы «пагубное употребление» или «синдром зависимости» (F10.1 и F10.2). Примерно такое же количество больных поступает в стационар в разной степени алкогольного опьянения. По данным биохимических исследований наличие этанола в организме обнаружено у 189 (23,4%) пациентов, а повышение ГГТ (биохимического маркера злоупотребления алкоголем) в 2 и более раза отмечено у 112 чел (13,9%), что подтверждает клинические и психометрические данные о высокой распространенности пагубного употребления алкоголя среди ургентных пациентов. Помимо злоупотребления алкоголем среди обследованных больных наиболее часто отмечалась никотиновая зависимость – 186 (23,0%) человек и злоупотребление каннабиноидами – 83 (10,3%). Зависимость от опиатов регистрировалась у 43 (5,3%) чел., злоупотребление стимуляторами у 36 (4,5%) чел. При этом лечение по поводу злоупотребления алкоголем получали только 59 (7,3%) человек, а состоят на наркологическом учете 26 (3,2%) пациентов. Обращает на себя внимание и достаточно высокий процент лиц, перенесших алкогольные психозы – 62 (7,7%) человека, что более чем в два раза превосходит число состоящих на учете в обследованной когорте.

**Обсуждение и выводы.** Доля больных, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью, среди ургентных пациентов многопрофильного стационара значительно превышает таковую в общей популяции. Среди больных, посту-



пающих в соматический стационар, «скрытый» контингент людей, имеющих алкогольные диагнозы, намного превышает «учтённый» (т.е. состоящих на наркологическом учете), причем большая часть этого скрытого контингента не обращается за наркологической помощью.

*Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М.*

### **ЭКОНОМИКА «СКОРОЙ» В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

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

Скорая медицинская помощь (далее – СМП) Российской Федерации (далее – РФ) вступила в новый период своего экономического развития: согласно Федеральному Закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» финансовое обеспечение СМП (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП) осуществляется за счет средств ОМС с 1 января 2013 года.

Особенности работы СМП регламентируют постановление Правительства РФ от 22 октября 2012 г. №1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (далее – ПГГ) и Письмо Минздрава России от 25 декабря 2012 г. № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

Органы государственной власти субъектов РФ в соответствии с ПГГ разрабатывают и утверждают территориальные ПГГ (далее ТПГГ), включая территориальную программу ОМС (далее ТП ОМС). В рамках ТПГГ финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет: а) средств ОМС; б) бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части медицинской помощи, не включенной в ТП ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в ТП ОМС).

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется финансовое обеспечение СМП не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС гражданам, а также санитарно-авиационная эвакуация.

Средний подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС включает для СМП расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, а также расходы на денежные выплаты врачам, фельдшерам и медицинским сестрам СМП. Средние нормативы объема СМП на 1 жителя, установленные ПГГ – 0,318 вызова (в ряде регионов – 0,330-0,360) на 1 застрахованное лицо. СМП в амбулаторных и стационарных условиях в системе ОМС включается в объем посещений и/или койко-дней по ТП ОМС.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад СМП осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

Предстоящий опыт работы позволит оценить эффективность новых финансово-экономических механизмов в системе СМП.

*Страхов И.В., Арискина О.Б., Сокорнов И.А., Пивоварова Л.П.,  
Лапшин В.Н., Малышев М.Е.*

### **ВЛИЯНИЕ РЕКСОДА НА АНТИОКСИДАНТНУЮ АКТИВНОСТЬ КРОВИ У ПОСТРАДАВШИХ С 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 шокогенными повреждениями в остром периоде травматической болезни.

Всего обследовано 22 пострадавших с травматическим шоком, которые разделили на две группы: первая – 11 пострадавших, которые получали базисную терапию, вторая – 11 пострадавших, которым к базисной терапии был добавлен препарат «Рексод» – ферментный антиоксидант, представляющий собой рекомбинантную супероксиддисмутазу.

Полученные данные по оксидантной и общей антиоксидантной активности крови пострадавших при поступлении в противошоковую палату сравнивали с результатами измерений этого показателя у контрольной группы пациентов, состоящей из 20 практически здоровых людей.

Для исследования оксидантной активности крови у пострадавших определяли уровень спонтанной и индуцированной хемилюминисценции крови при поступлении в противошоковую операционную 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 рекомбинантная супероксиддисмутаз (препарат «Рексод»).

Выраженность полиорганной дисфункции (шкала MODS), а значит и время пребывания в отделении хирургической реанимации пострадавших, получавших в составе комплексной терапии препарат «Рексод», по сравнению с пострадавшими, получавшими базисную терапию, сократилось почти в 2 раза. В связи с чем, представляется целесообразным его включение в состав комплексной интенсивной терапии пострадавших с тяжелым течением травматической болезни.

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

## ЛАРИНГЕАЛЬНАЯ МАСКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
г. Минск, Республика Беларусь

Потеря проходимости дыхательных путей остается актуальной проблемой, особенно в условиях оказания скорой помощи наиболее тяжелому контингенту пациентов. Учитывая недостаточный опыт применения ЛМ на догоспитальном этапе в нашей стране, приведенные данные основаны на собственном опыте применения ЛМ в условиях стационара.

*Показания для использования ЛМ:* 1. Пациент находится в бессознательном состоянии (7-9 б. GCS) и не реагируют на раздражители. 2. Не проявляет глоссофарингеальных рефлексов. 3. Имеет потребность в поддержании проходимости дыхательных путей.

Варианты использования ЛМ на догоспитальном этапе: 1. Спасательное устройство, применяется после неудачи интубации трахеи. 2. Первичное устройство для вентиляции с начала реанимационных мероприятий (с заменой на ЭТТ или без неё).

Неотложные состояния, при которых возможно применение ЛМ: остановка сердца, утопление, передозировка наркотиков и/или других лекарств, вдыхание дыма или токсичных газов, травма (включая серьёзную челюстно-лицевую), аварийная вентиляция после неудачи интубации, невозможность поддержания проходимости дыхательных путей, особенно в условиях потребности в постоянном контроле.

*Противопоказания к применению ЛМ:* высокий риск регургитации и аспирации (ожирение, беременность в последнем триместре), потребность в высоком давлении на вдохе (тяжёлая астма, низкая податливость лёгких), после приёма пищи (относительное), обструкция дыхательных путей на уровне гортани или ниже (т.е. травмы надгортанника, ожоги ДП, инородные тела).

Приведенные выше противопоказания носят относительный характер. Применение моделей масок ProSeal, Fastrach, i-gel, имеющих порт для дренирования желудка, делает возможным применение ЛМ при т.н. «полном желудке» и давлении на вдохе до 30 см водн. ст. В связи с этим, маска может быть использована в любых условиях, включая чрезвычайные ситуации и катастрофы.

Альтернативным устройством является появившаяся в последние годы т.н. ларингеальная трубка (Laryngeal Tube), представляющая собой дальнейшее развитие модели, известной в РБ как «трубка комбинированная» (Combi Tube). Данное устройство имеет ряд преимуществ перед традиционной комбинированной трубкой: возможность применения у детей, малая травматичность, простота применения.

Применение ЛМ на догоспитальном этапе представляет собой весьма перспективную альтернативу эндотрахеальной интубации как методу поддержания проходимости дыхательных путей. ЛМ имеет ряд преимуществ, связанных с отсутствием необходимости в специальном оборудовании для установки, простота техники введения и обучения персонала.

*Суров Д.А., Захаренко А.А., Бабков О.В., Безмозгин Б.Г.,  
Трушин А.А., Тен О.А., Кодолов Д.В.*

**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ  
РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

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

Кишечное кровотечение как осложнение колоректального рака отмечено у 26,8% больных.

В зависимости от применения разработанных лечебно-диагностических алгоритмов (ЛДА) образовали две группы больных: контрольная – 76 пациентов, проходившие лечение в 2007-2008 гг. и которым не применялись разработанные ЛДА, и основная – 68 пациентов, госпитализированных в 2009-2010 годах и лечение которых осуществлялось по разработанным ЛДА.

Результаты проведённого исследования показали, что больных с тяжёлым кишечным кровотечением и неэффективными консервативными мероприятиями, которым потребовалось выполнение экстренной операции, не было. Большую часть – 50 (66%) составили пациенты с анамнестическим кишечным кровотечением и лёгкой степенью кровопотери. После подтверждения диагноза и коррекции анемии, больные этой группы были направлены для планового лечения в специализированные онкологические стационары. Сдержанный подход к расширению оперативной активности обусловлен преобладанием рака прямой кишки в структуре локализации первичной опухоли – 36 (72%). Современный подход к лечению рака прямой кишки предполагает оказание высокоспециализированной медицинской помощи, которая недоступна большинству неотложных стационаров.

Показанием к операции должны являться рецидивы кровотечения в стационаре и эндоскопические признаки высокого риска кровотечения на фоне многократных анамнестических рецидивов и тяжёлой степени кровопотери при поступлении. В нашем исследовании таких больных оказалось 26 (34%). Все они были оперированы в отсроченном порядке после предоперационной подготовки, включающей разработанный комплекс гемостатических и инфузионно-трансфузионных мероприятий. Как в контрольной, так и в основной группах отмечен высокий процент радикальных вмешательств – 76,2% и 80,8% соответственно ( $p \geq 0,05$ ). Количество одноэтапных операций значительно увеличилось в основной группе больных и составило 84,6%, по сравнению с 59,5% в контрольной ( $p < 0,05$ ).

Высокий уровень осложнений и летальности, в которых ведущую роль занимает декомпенсация сердечно-сосудистой системы, связан с неадекватной консервативной терапией и предоперационной подготовкой. Несвоевременная коррекция постгеморрагической анемии у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжёлой сопутствующей патологией неизбежно приводит к гемической гипоксии и декомпенсации хронической сердечной недостаточности. Это подтверждают 6 (12%) летальных исходов у неоперированных больных, без признаков рецидива кровотечения.

Предложенный ЛДА позволил снизить уровень послеоперационных осложнений с 21,4% до 15,4%, а послеоперационную летальность с 19% до 11,5% ( $p < 0,05$ ).

Отдалённая выживаемость прослежена у пациентов обеих групп после радикальных оперативных вмешательств в течение 2 лет. В основной группе больных уровень общей 2-летней выживаемости оказался достоверно выше, чем в контрольной (73,6% и 59,2%) ( $p < 0,05$ ).

*Тания С.Ш., Тулупов А.Н., Бесаев Г.М., Куршакова И.В.,  
Багдасарьянц В.Г., Иванов А.В., Ашраф Н.Д., Ганин А.С.*

### **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ПРОГНОЗЕ ДЛЯ ЖИЗНИ**

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

Отрицательный прогноз для жизни имеют около 60% пациентов с сочетанной травмой, сопровождающейся шоком III степени. Особенности рассматриваемой категории пострадавших являются наибольшая тяжесть и множественность сочетанных повреждений с количеством баллов по шкале ISS более 35, массивная кровопотеря, необходимость применения хирургической тактики Damage Control, высокая частота повторных операций, неизбежность развития реперфузионного синдрома, вторичного иммунодефицита и не менее 3 системных и локальных гнойно-инфекционных осложнений (у отдельных пострадавших – до 10), а также значительная продолжительность лечения.

До недавнего времени при такой патологии в остром периоде травматической болезни (ТБ) производили только экстренные оперативные вмешательства по жизненным показаниям на внутренних органах груди и живота, голове, сосудах, а при переломах длинных трубчатых костей предпочтение отдавали консервативным методам лечения. Однако при таком подходе продолжительность и стоимость лечения были чрезвычайно велики, а эффективность низка.

Разработанная нами более совершенная стратегия оказания помощи пострадавшим с прогнозируемым летальным исходом ТБ включает следующие принципы:

1. Полноценность, перманентность и преемственность проводимых лечебно-диагностических мероприятий на всех этапах ведения пациентов: реанимационно-хирургическая бригада скорой помощи, противошоковая операционная, отделение хирургической реанимации, отделение сочетанной травмы, поликлиника, реабилитационный центр.

2. Проведение всех оперативных вмешательств в строгом соответствии со схемой лечебно-тактического прогнозирования их исходов по критерию  $\pm T$ . Вначале производятся неотложные операции для устранения доминирующих и конкурирующих угрожающих жизни повреждений и используются упрощенные методы фиксации переломов костей. После стабилизации витальных функций и расчета показателей динамического прогноза характер и объем вмешательств расширяются.

3. Широкое использование современных лучевых (УЗИ, СКТ, С-дуга) и малоинвазивных лечебно-диагностических (лапароцентез, видеолапароскопия, торакоцентез, дренирование плевральной полости, видеоторакоскопия, чрезкостный остеосинтез и др.) методов.

4. Превентивная терапия сепсиса с использованием комплекса антибиотиков и иммуномодулирующих препаратов, современная антибактериальная химиотерапия развившегося сепсиса.

5. Проведение ранних восстановительных операций на опорно-двигательном аппарате при благоприятном прогнозе через 24 часа после травмы, отсутствии необходимости инотропной поддержки, тяжести состояния по шкале SOFA – 0 баллов и прокальцитонинном тесте  $\leq 0,5$  нг/мл.

Данная стратегия использована при лечении более 300 чел. Повреждения головы и лица имели 79,2% пострадавших, конечностей – 58,5%, затем груди – 43,1%, живота – 21,9%, таза – 21,3%, позвоночника – 8,5%. У  $\frac{3}{4}$  пациентов выявлены различные доминирующие повреждения, у остальных – различные конкурирующие. Доминирующие и конкурирующие повреждения конечностей наблюдались в 56% случаев, груди – в 45%, живота – в 27%, головы и лица – в 26%, таза – в 13%, позвоночника – в 5,5%. На одного пострадавшего приходилось в среднем 2,3 повреждения. Прогноз определяли по способу Ю.Н. Цибина. Течение ТБ у таких пациентов неизбежно сопровождалось развитием различных осложнений: пневмонии – у 100%, тяжелого сепсиса – у 37%, энцефалопатии смешанного генеза – у 68%, гнойных осложнений в зоне повреждений и хирургических доступов – у 12%, и др.

Благодаря данной стратегии в последние годы частоту гнойных осложнений при проведении ранних восстановительных операций на опорно-двигательном аппарате удалось снизить с 23% до 5,6% ( $p < 0,001$ ), а общую летальность при сочетанной травме с отрицательным прогнозом – с 97,5% до 63% ( $p < 0,01$ ).

*Тараканов А.А., Тараканов А.В.*

### **ОБОСНОВАНИЕ И ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ДОРСОПАТИЯХ НА СКОРОЙ ПОМОЩИ**

Ростовский государственный медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия

Вертеброгенные пояснично-крестцовые дорсопатии (ВПКД) – заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани, их ведущим симптомокомплексом является боль в пояснично-крестцовой области невисцерального характера и один из самых частых поводов к вызову скорой помощи (СП).

Причины вертеброгенных дорсопатий – неспецифические дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника – остеохондроз, спондилёз, спондилолистез, пролапс и протрузия межпозвонковых дисков и другие. Небольшой процент приходится на специфические причины (опухоли, инфекция, травмы).

Клинически дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника проявляются в виде рефлекторного синдрома (мышечно-тонический синдром) в 90% случаев и только в 5-10% в виде компрессионного синдрома. Длительный болевой синдром при ВПКД приводит к развитию вегетативной дисфункции, отличающейся большим полиморфизмом клинических проявлений. Недостаточная эффективность обезболивания может быть фактором хронизации болевого синдрома.

Основным методом лечения вертеброгенных дорсопатий в условиях СП остается фармакотерапия нестероидными противовоспалительными средствами.

Миорелаксанты, хондропротекторы, анестетики и другие препараты в условиях СП, как правило, не применяются. В то же время патогенетически обоснованным и оправданным является купирование проявлений мышечно-тонического синдрома. Нами предложен метод чрескожной нейростимуляции с помощью прибора СКЭНАР (самоконтролируемый энергонеуроадаптивный регулятор), успешно купирующего мышечно-тонические симптомы

Цель исследования – изучить эффективность метода чрескожной электро-нейростимуляции при ВПКД на догоспитальном этапе медицинской помощи. Проведено пилотное исследование в 13 городах РФ в условиях СП по специально разработанному протоколу. Были сформированы 5 групп: 1 группа – СКЭНАР (метод разнесенных выносных электродов, n=31), расположение и передвижение электродов на коже по специальной схеме 10-15 – минут в области поясницы в модуляции 3:1, энергия раздражения – индивидуальна, 90 Гц; 2 группа – СКЭНАР (коаксиальный встроенный электрод прибора, n=70), обработка кожи спины в области поясницы и в проекции боли всего 15-20 минут, энергия раздражения – индивидуальна, 90 Гц; 3 группа (контроль) – баралгин – 5 мл (метамизол натрия – 2,5 г) в/м, (n=24); 4 группа (контроль) – кеторолака трометамин 2 мл (30 мг) в/м, (n=25); 5 группа (контроль) – кетопрофен 2 мл (100 мг) в/м, (n=54).

Оценка боли по визуальной аналоговой шкале до начала лечения составляла в группах в среднем 5-7 баллов. Оценивалась динамика клинических симптомов и выраженности анальгезии спустя 10, 20 и 30 минут после процедуры или введения анальгетиков. Через 30 минут отмечалось понижение уровня боли на 55-60% от исходного и значительный регресс клинической симптоматики (вегетативные проявления).

Анализ результатов позволил сделать выводы, что при болях в поясничном отделе позвоночника тенденцией к наибольшей эффективности обладает СКЭНАР-терапия разнесенными электродами; СКЭНАР-терапия двумя методами сопоставима с медикаментозными методами (метамизол натрия, кеторолак и кетопрофен в общепринятых дозах); обезболивание приводит к понижению артериального давления и урежению пульса во всех группах; СКЭНАР-терапия является адекватным и безопасным методом в условиях СП. Отсутствие адаптации к лечению и абсолютных противопоказаний, простота использования в любых условиях является, на наш взгляд, определяющим методом лечения в условиях СП.

*Тараканов А.В., Зазьян Г.А., Маркарян Э.Г., Климова Л.В.*

**Л-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТ НА СКОРОЙ ПОМОЩИ  
С ПОЗИЦИЙ КЛИНИЧЕСКОГО ФАРМАКОЛОГА**

Ростовский государственный медицинский университет,  
Городская больница скорой медицинской помощи, г. Ростов-на-Дону, Россия

Проблема лечения отека и набухания головного мозга в условиях скорой помощи (СП) чрезвычайно актуальна и требует новых подходов и препаратов. Среди последних выделяется L-лизина эсцинат – водорастворимая соль действующего вещества сапонина каштана конского (эсцин) и аминокислоты L-лизина. Основания для использования – доказанные фармакодинамические эффекты: эндоте-

лиотропное, вено- и лимфотоническое, противовоспалительное, умеренное противоболевое и антиагрегантное действие, улучшение микроциркуляции и трофики тканей. Уже при разовом применении в условиях СП препарат защищает от разрушения лизосомальными гидролазами гликозаминогликаны в стенках микрососудов и окружающей соединительной ткани. Это вызывает мембраностабилизирующий, антиэкссудативный и противоотечный эффекты, которые системны и проявляются в тканях, где отмечаются патологические явления отека и набухания. Имеются верифицированные показания: острая фаза посттравматического периода при закрытой черепно-мозговой травме (ЧМТ), повреждение спинного мозга; онкологические заболевания и закрытые травмы опорно-двигательного аппарата с отечно-болевым синдромом, заболевания венозной системы. Установлено, что препарат не влияет на общие гомеостатические функции, показатели крови. Его вводят в/в по 0,1% р-ра 10-25 мл/сутки в два приема.

До начала использования препарата на СП мы провели пилотное исследование применения L-лизина эсцинат у 8 пациентов в отделении нейрореанимации при отсутствии эффекта от маннитола; женщин – 2, возраст 48 и 52 года; мужчин – 6, возраст – 33-71 год. В 7 случаях из восьми проводилось оперативное вмешательство. Диагнозы: 3 – ЗЧМТ, 2 – ОНМК по ишемическому типу, 1 – закрытая позвоночно-спинномозговая травма, 1 – новообразование ЗЧЯ, гидроцефалия, 1 – аневризма правой СМА с субарахноидальным кровоизлиянием. Мониторинг внутричерепного давления проводился у 1 больного, который установил понижение ВЧД при использовании L-лизина эсцината при отсутствии эффекта при введении маннитола. На фоне терапии в течение 3-5 дней от начала приема улучшалось общее состояние больных с повышением количества баллов по шкале ком Глазго, уменьшалась ригидность мышц затылка, улучшались показатели смещения М-эхо сигнала. Из 8 пациентов 1 умер. Побочных эффектов выявлено не было.

Таким образом, L-лизина эсцинат отвечает многим требованиям лекарственных препаратов, используемых на СП: быть востребованным; как правило, проявлять эффективность «на игле»; патогенетически обоснованным с эффектом локального воздействия в зоне повреждения; простым в применении; не избыточно дорогим.

*Татарина Е.В., Погодина А.Н.*

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЦЕРВИКОТОРАКАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ**

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

За период с 1993 по 2013 гг. в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского на лечении находились 123 пострадавших с цервикоторакальными ранениями (ЦТР), из них 110 были мужского пола (89,4%). Средний возраст больных составил 33,5 года. С колото-резаными ранениями было 114 больных (92,7%), с огнестрельными – 9 (7,9%). Первично в НИИ СП доставлено 105 пострадавших (85,4%), 18 (14,6%) поступили переводом из других стационаров после выполненных там первичных вмешательств с неустановленными повреждениями глотки, пищевода, трахеи и развившимися гнойными осложнениями в виде флегмоны шеи, медиастинита.



Диагностика ЦТР основывалась на данных клинического осмотра пострадавших и результатах комплексного обследования. При осмотре больных оценивали общее состояние, локализацию и характер ран, выявляли клинические признаки глубоких ранений шеи, проникающих ранений груди (эмфизема шеи и грудной стенки, пневмоторакс, гемоторакс). Важнейшим моментом в диагностике повреждений груди и шеи являлось выявление признаков наружного и внутреннего кровотечения, а также наличия гематом шеи, средостения, грудной стенки. Цервикоторакальный характер ранения наиболее вероятен при повреждении первой зоны шеи и выявлен у 85 пациентов (69,1%), ранение второй зоны шеи было у 31 пострадавшего (27%), третьей зоны – у 7 (6,2%). Чресплевральные ЦТР диагностированы у 103 (90,3%) пострадавших, внеплевральные – у 20 (16,3%). Ранения трахеи и гортани выявлены у 18 пациентов, глотки и пищевода – у 22, артерий – у 28, вен – у 23, грудного протока – у 6, легкого – у 15, сердца – у 1, позвоночника и спинного мозга – у 6 пациентов. В качестве доступов использовали: коллотомию или чресшейную медиастинотомию (48), торакотомию и коллотомию (11), стернотомию (9), чресшейную медиастинотомию и видеоторакоскопию (6), коллотомию с пересечением ключицы (5). При повреждении магистральных сосудов их лигирование выполнено у 18 пациентов, боковой сосудистой шов – у 22, протезирование артерий в двух наблюдениях (общей сонной и подключичной артерий). Раны глотки, пищевода, гортани и трахеи ушивали. Для укрытия линии швов глотки и пищевода использовали порцию грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Из 123 больных с цервикоторакальными ранениями погибли 13, летальность составила 10,5%. В ходе оперативного вмешательства погибли 7 пациентов с множественными ранениями магистральных сосудов, органов шеи, груди и спинного мозга. Смерть 6 больных наступила в послеоперационном периоде от гнойной интоксикации при развитии медиастинита, эмпиемы плевры, абсцедирующей пневмонии.

*Тияков А.Б.*

### **ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

Доля высокоэнергетических травм, приводящих к множественным и сочетанным поражениям, постоянно возрастает в связи с повышением интенсивности техногенных факторов травматизма. Одними из ведущих повреждений при поли-травме являются переломы таза, встречающиеся в 10-40% случаев. При этом отмечается частое развитие осложнений (шок, тромбоэмболические осложнения, пневмонии, нейротрофические осложнения), обуславливающих высокий процент летальных исходов, – до 70% случаев.

За период с 2003 по 2012 гг. мы располагаем опытом лечения больных с тяжелыми нестабильными повреждениями таза 237 больных класса В3, С2, С3 по классификации ОТА/АО. Основную массу 180 (76%) больных, составили пострада-

давшие наиболее трудоспособного возраста 30-50 лет. Мужчин – 173, женщин – 64. В 158 (67%) случаев травма была получена в результате ДТП. У большинства пострадавших 168 (71%) травма имела сочетанный и множественный характер. Все пациенты с повреждениями класса С3 имели сопутствующие повреждения. 194 (82%) пострадавших доставлены в состоянии травматического шока различной степени тяжести. Средний срок от момента травмы до оперативного вмешательства составил от 3 до 260 часов.

Всего было выполнено 162 оперативных вмешательств. У большинства пациентов оперативное лечение проводилось с использованием чрескостного остеосинтеза – 57, накостного остеосинтеза передних отделов таза – 23, остеосинтез вертлужной впадины – 38, комбинированный остеосинтез – 44. В работе были использованы конструкции аппаратов внешней фиксации для лечения больных с переломами костей таза, разработанные в Республиканском центре экстренной медицинской помощи.

Оценивая качество репозиции и восстановление функции таза при его нестабильных переломах с применением различных вариантов хирургического лечения и комбинаций мы установили, что наиболее качественная репозиция и стабильная фиксация были достигнуты у больных с переломами типа В2 – 111 (47%) С2 – 73 (31%) больных, С3 – 52 (22%) больных, где осуществляли методы комбинированного чрескостного и накостного остеосинтеза.

Отдаленные результаты оперативного лечения больных с нестабильными переломами таза изучены у 134 больных в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Все больные оперированы в раннем посттравматическом периоде до 10 суток. Во всех случаях была полностью восстановлена стабильность тазового кольца, что было подтверждено рентгенологически нормальными взаимоотношениями в лонном и крестцово-подвздошном сочленениях.

Результаты лечения, несомненно, должны зависеть от качества репозиции. Из 134 больных лечившихся с применением различных вариантов хирургической коррекции полная репозиция достигнута в 84 (62,9%) случаях, у этих больных получены отличные результаты. В 34 (26,1%) случаях репозиция была неполной, отличный функциональный результат в данной группе получен у 10 (32,3%) больных, хороший – у 23 (67,7%). С плохой репозицией было 14 (11%) больных, удовлетворительный результат – в 9 (64,2%) случае. У 5 (35,8%) больных с вертикальной и ротационной нестабильностью получены плохие результаты.

Таким образом, применение активного хирургического лечения, сочетающего внутренний и внешний остеосинтез тазового кольца при тяжелых нестабильных переломах таза с разрывами лонного сочленения, позволяет выполнить точную репозицию и надежную фиксацию костных фрагментов, тем самым обеспечить оптимальные условия для ранней активизации, социальной адаптации и выздоровления больных.

*Тимербулатов Ф.Д., Кунафин М.С., Чанышев М.Ш., Хамидуллин Р.Т.*

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ  
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ  
ПРИ ДТП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» ГО г. Уфа, РБ, Россия

Дорожно-транспортный травматизм (ДТП) за последние десятилетия стал крупнейшей социальной проблемой. По показателям смертности лиц до 40 лет травматизм стоит на первом месте, превышает смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Цель настоящей работы – изучение организации медицинской помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой при ДТП и разработка основных принципов ее совершенствования.

Для проведения исследования использовалась информационно-аналитическая система оценки оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Материалом исследования были карты вызовов скорой медицинской помощи 1406 пострадавших за 2012 год.

При анализе оказания догоспитальной медицинской помощи МБУЗ ССМП г. Уфы установлено, что в 69,2% выезжали специализированные и в 30,8% линейные бригады. Из специализированных бригад в 85,1% случаев выезжали реанимационные, в 12,2% – кардиологические и 2,7% – неврологические бригады. Организационно в МУ ССМП г. Уфы на ДТП выезжают в основном реанимационные бригады, и только в случае отсутствия замены другой специализированной, выезжают линейные бригады. За изучаемый год бригады СМП оказали экстренную медицинскую помощь 1406 пострадавшим. Анализ тяжести пострадавших показал, что в 39,9% была сочетанная травма, в 7,2% – множественная травма, в 6,9% смерть наступила до приезда бригады и в остальных (46,0%) – пострадавшие с изолированной травмой. Необходимо отметить, что в 14,4% пострадавшие находились в состоянии алкогольного опьянения. На ДТП бригады выезжали в течение 2-3 минут после поступления вызова и доезжали к пострадавшим в течение 13-14 минут.

При крупных ДТП всегда выезжали реанимационная и линейная бригады, а далее, в зависимости от обстановки, и другие бригады СМП. В ходе анализа оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим, особенно с сочетанной и множественной травмой, выявлены следующие ошибки: диагностические (трудности диагностики нейрохирургической, травматологической патологий), недостаточный объем выполнения ОЦК и соблюдение принципов иммобилизации.

**Выводы:**

1. Пострадавшие на догоспитальном этапе при ДТП должны получить своевременную и достаточную медицинскую помощь, и должна быть пересмотрена концепция оказания помощи при ДТП.

2. Пересмотреть показания для направления бригад на ДТП в сторону увеличения направления специализированных бригад.

3. Пересмотреть оснащение бригад, направляемых для оказания помощи при ДТП, оснастив их современными средствами транспортной иммобилизации.

*Тихова К.Е., Савелло В.Е., Шумакова Т.А., Мелентьева О.Н.*

**ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ  
СПОНДИЛОДИСЦИТОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

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

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – изучить возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике спондилодисцитов различной этиологии.

Выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника 102 пациентам с признаками воспаления межпозвоночного диска, костного мозга тел соседних позвонков, с наличием эпидурального абсцесса, паравертебральных инфильтративных изменений. Мужчин – 60 (средний возраст –  $58 \pm 14,5$  лет), женщин – 42 ( $52 \pm 10,5$  лет). МРТ проводилась на высокопольном томографе «Signa HDi» (GE) с напряженностью постоянного магнитного поля 1.5 Т. Сканирование выполнялось по стандартной программе.

По этиологии преобладали бактериальные спондилодисциты (52,9%). Асептическое воспаление отмечено в 23,5%, постоперационные воспалительные осложнения – в 21,6%, посттравматические – в 2% случаях. В 45% случаев отмечалось поражение пояснично-крестцового, в 16% – грудного и в 12% – шейного отделов позвоночника. В 27,5% наблюдалось вовлечение в патологический процесс двух отделов позвоночника.

У 70,6% пациентов выявлены признаки спондилодисцита, в 23,5% – спондилита и в 5,9% – изолированного дисцита. Вовлечение в воспалительный процесс эпидурального пространства было обнаружено у 58,8% больных. При этом преимущественно поражалось переднее эпидуральное пространство – 31,4%. Инфильтрация и абсцессы паравертебральных мягких тканей наблюдались в 64,7% случаях.

При асептическом воспалении наиболее часто поражались тела позвонков без присоединения дискогенного компонента – 17,7%.

МРТ является высокоинформативным методом в диагностике спондилодисцитов и эпидуритов различной этиологии, а также в определении степени распространенности воспалительных изменений.

*Трофименко А.В., Бояринцев В.В.*

**ПЕРСПЕКТИВНЫЕ СРЕДСТВА  
ОСТАНОВКИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

ФГБУ «Клиническая больница №1»  
Москва, Россия

Среди непосредственных причин смерти при ранениях и травмах особое место занимает острая массивная кровопотеря. Это жизнеугрожающее состояние обуславливает около 50% летальных исходов на догоспитальном этапе. Поэтому остановка артериальных и венозных кровотечений, в том числе массивных, явля-

ется актуальной задачей для всех, на кого возложено оказание первой помощи при террористических актах, техногенных катастрофах и других чрезвычайных ситуациях.

Для остановки наружного кровотечения с успехом применяются местные средства, которые обладают адгезивными (склеивающими) свойствами. Наиболее распространенные из них – желатиновая губка (Спонгостан, Жельфоум), коллагеновая пластина (ТиссуФлайс), оксигенированная регенерированная целлюлоза (Серджисел) и комбинированный с фибриновым клеем препарат «ТахоКомб».

Широкое распространение получили концентраты факторов – созданные на основе цеолита и работающие за счёт быстрого поглощения содержащейся в крови воды (QuikClot, Гемостоп).

Эти гемостатические средства имеют некоторые ограничения, к которым можно отнести:

- высокую стоимость производства;
- термическое воздействие на окружающие мягкие ткани;
- отсутствие биodeградации;
- сложность применения у больных, страдающих различными нарушениями свёртываемости крови или принимающих антикоагулянты.

В настоящее время в качестве перспективы развития можно рассматривать гемостатические средства, разрабатываемые на основе модифицированного хитозана – гидрофильного биополимера, получаемого путём деацетилирования хитина, главного структурного компонента панцирей ракообразных (крабов и креветок).

Механизм действия модифицированного хитозана основан на электростатическом взаимодействии между клеточными мембранами эритроцитов и молекулами полимера, в результате чего происходит склеивание эритроцитов с образованием плотного сгустка.

Таким образом, использование хитозана в качестве основы для гемостатических средств является перспективным направлением в создании гемостатических средств нового поколения и требует проведения научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ.

*Тулупов А.Н., Закарян А.А., Чикин А.Е., Михайлов Ю.М.*  
**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ  
В ТРАВМОЦЕНТРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

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

По данным ГИБДД, в 2012 г. в Москве на 100 тыс. населения количество ДТП составило 100,1, погибших в них – 6,8, пострадавших – 122,7, а в Санкт-Петербурге – соответственно 165,8, 8,9 и 206,9, что в 1,3-1,7 раз больше. Оказание специализированной медицинской помощи таким пострадавшим в Санкт-Петербурге оказывается в 6 травмоцентрах I уровня и 3 травмоцентрах II уровня. Травмоцентры I уровня развернуты на базе многопрофильных стационаров скорой ме-

дицинской помощи, традиционно занимающихся диагностикой и лечением тяжелой механической травмы. К ним относятся СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», СПб ГБУЗ «Мариинская больница», СПб ГБУЗ «Александровская больница», СПб ГБУЗ «Городская больница № 26», СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и клиника военно-полевой хирургии ВМедА им. С.М. Кирова. В их структуре имеются противошоковая операционная, специализированное реанимационное отделение или пост для пострадавших с сочетанной травмой и отделение сочетанной травмы. Травмоцентры II уровня организованы в составе менее крупных стационаров: СПб ГБУЗ «Городская больница № 33», СПб ГБУЗ «Николаевская больница» и СПб ГБУЗ «Городская больница № 40». В них обследование и лечение пострадавших осуществляется в противошоковой операционной, обычных отделениях реанимации, хирургическом и травматологическом отделениях. Травмоцентры достаточно хорошо укомплектованы высококвалифицированными специалистами и в соответствии с государственными и муниципальными программами по модернизации здравоохранения и обеспечению безопасности дорожного движения оснащены современной лечебно-диагностической аппаратурой. За всеми травмоцентрами закреплены территориальные зоны ответственности. Доставка пациентов производится, минуя приемные отделения, непосредственно в противошоковые операционные с предварительным оповещением дежурных бригад службой скорой помощи. Подавляющее большинство пострадавших доставляется в стационары в течение 1,5 ч после травмы. Ежегодно в травмоцентрах города получают лечение около 50 тыс. (около 4 тыс. в месяц) пострадавших с изолированными, множественными и сочетанными закрытыми травмами и ранениями. Частота сочетанных травм составляет 12,5%, доля сочетанных травм, сопровождающихся шоком – 56,3%, доля закрытых сочетанных травм – 68,2%. У 77% пациентов они возникли вследствие ДТП. В каждом из 6 травмоцентров I уровня в год обследуются и получают лечение в среднем около 600 пациентов, в каждом из 3 травмоцентров II уровня – на порядок меньше. В другие стационары города доставляется около 300 пострадавших в год. Летальность при тяжелой механической травме в травмоцентрах I уровня составляет около 15%, в травмоцентрах II уровня – около 20%, а в других (неспециализированных в отношении шокогенной травмы) – 37%. Летальность при тяжелой сочетанной травме в течение первых 2 суток в значительной степени зависит от догоспитального лечения. При использовании реанимационно-хирургических бригад (РХБ) скорой медицинской помощи она в 1,5-2 раза ниже, чем при выезде обычных линейных. В Санкт-Петербурге круглосуточно работают 8 РХБ: 5 – по всему городу от подстанции №12 и по 1-й – в пригородах Колпине, Пушкине и Сестрорецке. С учетом того, что в сутки в городе госпитализируется в среднем 14 пострадавших с сочетанной травмой, то на 1 РХБ в сутки приходится менее 2 вызовов. В то же время в 2012 г. этими бригадами было обеспечено лишь 57% пациентов. Остальные 41% доставлены линейными бригадами, а 2% поступили «самотеком». К числу требующих решения актуальных проблем относятся оптимизация доставки пострадавших в травмоцентры и догоспитального лечения, совершенствование соответствующих медико-экономических стандартов и статистического инструментария, разработка и внедрение системы мониторинга оказания медицинской помощи в травмоцентрах города и др.

*Тюрин М.В., Кажанов И.В., Головки К.П., Денисов А.В.*

**СПОСОБ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ  
У ПОСТРАДАВШИХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА  
В ОЧАГАХ МАССОВЫХ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ**

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова  
Санкт-Петербург, Россия

На базе клиники ВПХ ВМедА (травмоцентр I уровня) проведен анализ догоспитальной помощи у 148 пострадавших с нестабильными повреждениями таза. Главной особенностью догоспитального этапа в нашем случае явились относительно короткие сроки оказания первой врачебной помощи ( $25\pm 11$ ) мин и транспортировки ( $68\pm 9$ ) мин в специализированное лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), что обуславливало поступление более тяжелого контингента пострадавших, лечение которых чаще характеризовалось неблагоприятными исходами. Иммобилизация поврежденного тазового кольца была показана 67 (45,2%) пострадавшим с нестабильной гемодинамикой. Однако на догоспитальном этапе стабилизация поврежденного тазового кольца с помощью противошоковой тазовой повязки, противошокового костюма выполнялась только в 4-х (2,7%) случаях. Наиболее распространенными методами иммобилизации для транспортировки пострадавших с нестабильными повреждениями таза были наложение лестничных шин и придание пострадавшим положения «лягушки». Всем пострадавшим с нестабильными повреждениями таза при транспортировке в ЛПУ проводились противошоковые мероприятия.

Основной задачей медицинской службы в очагах массовых санитарных потерь является успешное сочетание лечебных мероприятий с эвакуационными, что позволяет приблизить качество и время оказания адекватной медицинской помощи пострадавшим к результатам мирного времени. Способом решения данной проблемы стало совершенствование средств транспортировки пострадавших за счет их дополнения устройствами, обеспечивающими иммобилизацию поврежденных областей тела. Таким образом, возникла необходимость в создании многофункционального эвакуационно-транспортировочного иммобилизирующего устройства (МЭТИУ).

МЭТИУ как способ транспортной иммобилизации позволяет своевременно эвакуировать пострадавших на этапы медицинской эвакуации с одновременной надежной иммобилизацией поврежденных областей тела, в том числе и с нестабильным повреждением таза, за счет адекватной фиксации пострадавшего с помощью тазового пояса транспортно-иммобилизирующего модуля. При этом обеспечивается возможность мониторинга состояния жизненно важных функций, респираторная поддержка и инфузионная терапия.

*Утешев М.Ш., Тиляков А.Б., Хакимов Р.Н.*

## **АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

Одним из основных структурных подразделений РНЦЭМП является травматологическое приемно-диагностическое отделение. В отличие от традиционных приемных отделений обычных стационаров работа приемного отделения нашего центра обусловлена спецификой поступающего контингента пострадавших, когда у доставляемых пациентов очень часто в наличии сочетанная и множественная травма.

В течение 2012 года в травматологическом пункте приемно-диагностического отделения Центра оказана помощь 14922 больным, из них по скорой помощи доставлено 3113 пациентов, из них было госпитализировано 1591 (51%) человек, и 1522 (49%) после оказания медицинской помощи направлены на амбулаторное долечивание по месту жительства, самотеком обратилось 11809 (79%) больных.

Из общего количества пролеченных больных госпитализировано 7021 больных, 7901 после оказания необходимого объема медицинского пособия перенаправлены на амбулаторное наблюдение.

Анализ обращений больных в травматологический пункт свидетельствует о том, что у большинства обратившихся травма имела бытовой характер – 10208 (68,4%), почти каждый седьмой пострадавший имел травму, полученную в результате криминальных обстоятельств – 2415 (16,1%), 1589 (10,6%) обратившихся были с травмами, полученными в результате ДТП, травма на производстве получена в 80 (0,5%) случаях. С различными заболеваниями за год пролечено 324 (2,2%) пациента, 306 (2,0%) – обратились повторно с целью оперативных вмешательств, по удалению ранее установленных металлофиксаторов.

В зависимости от данных, полученных при первичном осмотре, состояние больного определяется как: средней тяжести, тяжелое и крайне тяжелое. В последних случаях работа с больным в приемном покое должна быть предельно краткой и оперативной. Пострадавший в зависимости от характера повреждения должен срочно транспортироваться в палату реанимационно-операционного блока приемно-диагностического отделения. Поскольку задачей сортировки является выявление всех имеющихся повреждений и угрожающих жизни состояний, оценка их тяжести с целью определения характера, объема и очередности оказания помощи проводится за максимально короткое время, ее осуществляют одновременно несколько специалистов – хирурги, травматологи, нейрохирурги с привлечением специалистов лучевой диагностики (УЗИ, рентген, КТ, МСКТ). Координирует процесс лечебно-диагностических мероприятий в реанимационно-операционном блоке опытный врач – ответственный хирург. Все необходимые дополнительные методы исследования (ЭХО-ЭС, рентгенография, УЗИ и т.д.) должны проводиться уже там, параллельно с мероприятиями по стабилизации общего состояния.

В течение 2012 года в реанимационно-операционном блоке приемно-диагностического отделения Центра оказана помощь более чем 7000 пациентов, 1/3 из которых составили пациенты хирургического профиля, включая травмато-



логических больных. После стабилизации состояния или же оказания хирургического пособия больные были госпитализированы в специализированные отделения. Более 2300 пациентов имели клинику острых хирургических заболеваний и политравму. Всем больным в реанимационно-операционном блоке проводился комплекс диагностических мероприятий и посиндромная интенсивная терапия. За год свыше 500 пациентам выполнена интубация трахеи, 450 – катетеризация центральных вен, 230 – катетеризация мочевого пузыря, более 1000 больным проведена кратковременная предоперационная подготовка и 570 пациентам выполнены хирургические вмешательства.

*Фарсиянц А.В., Хугаев З.Д.*

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАДГОРТАННЫХ ВОЗДУХОВОДОВ 2-ГО ПОКОЛЕНИЯ I-GEL НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

ГБУЗ Ставропольского края «Кисловодская станция скорой медицинской помощи»,  
г. Кисловодск, Россия

С 2006 года в рамках НП «Здоровье» оснащение бригад скорой помощи наборами для интубации трахеи не привели к достижению желаемого результата, так как персонал скорой помощи не имел достаточного опыта выполнения этой манипуляции. Интубация трахеи приводила к травмам, была высокая частота неправильного расположения эндотрахеальной трубки у пациентов. На местах приходилось искать альтернативный метод обеспечения проходимости дыхательных путей. Одним из таковых, в практике скорой помощи может быть использование надгортанных воздуховодов 2-го поколения I-Gel. Целью исследования явилось доказательство эффективности и безопасности данного метода.

Перед применением метода постановки надгортанного воздуховода с персоналом станций скорой помощи проводился тренинг. Врачи скорой помощи – 39 человек и 81 фельдшер, с использованием тренажеров для интубации трахеи, после просмотра обучающих видеороликов, используя одну попытку, в первом случае выполняли постановку надгортанного воздуховода, а во втором случае – интубацию трахеи. Оценивали время выполнения манипуляции, количество неудачных попыток, субъективную оценку сложности методов в баллах.

Результат оценки проведения манипуляций на тренажере выявил, что среднее время постановки воздуховода составило 10 секунд, а интубации трахеи – 48. Количество неудачных попыток при постановке I-Gel- 4, при выполнении интубации трахеи – 49.

В учреждении метод постановки надгортанных воздуховодов применялся у 180 пациентов, после чего была проведена оценка его безопасности и эффективности. По данным карт вызова оценивались: 1 – количество неудачных попыток, 2 – осложненных случаев, 3 – оценка герметичности. Анализ выявил, что в 2 случаях не удалось провести манипуляцию из-за спазма мышц, в 4 случаях отмечалась рвота, в 8 – смещение воздуховода при транспортировке; в 8 случаях приходилось заменять воздуховодом большего размера, в 10 случаях метод использовался как альтернатива неудавшейся интубации трахеи.

Вывод: применение службой скорой помощи надгортанных воздуховодов 2-го поколения I-Gel позволяет в более короткие сроки приступить к следующему этапу реанимационных мероприятий и может быть альтернативой неудавшейся интубации. Учитывая простоту и быстроту установки, а также его атравматичность, метод может широко использоваться фельдшерскими бригадами и имеет неплохой шанс стать основным для обеспечения проходимости верхних дыхательных путей на догоспитальном этапе.

*Фатыхов А.М., Шулаев А.В.*

**КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА  
ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КАЗАНИ  
ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ  
В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ**

ГАУЗ «Станция скорой медицинской помощи»,  
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации»,  
Управление здравоохранения по г. Казани Министерства здравоохранения  
Республики Татарстан, г. Казань, Республика Татарстан, Россия

**Цель исследования:** выявление причин и оценка структуры обращаемости населения мегаполиса за скорой медицинской помощью.

**Результаты исследования.** Основные причины обращаемости за СМП рассматривались за период 2006-2012 гг. Данный период характеризуется существенными изменениями в работе службы СМП, которые связаны с началом реализации федеральных целевых программ.

За изучаемый период отмечают незначительные колебания динамики обращаемости за СМП. Основной пик приходится на 2010 год, показатель составил 368,2 на 10000 населения. Минимальный уровень отмечался в 2008 году – 350,4 на 10000 населения. Анализ причин обращений в 2010 году показал, что максимальное число приходится на летние месяцы. Это, прежде всего, связано с аномально жаркой погодой в 2010 году. В среднем линия тренда имеет тенденцию роста, средний темп прироста составил 2,8%. Качество и характер вызовов определялись доступностью и эффективностью деятельности медицинских организаций на амбулаторно-поликлиническом этапе. На этом фоне важным критерием функционирования службы скорой медицинской помощи является количество и удельный вес в общем числе обращений безрезультатных и необоснованных вызовов. За анализируемый период в структуре выполняемых вызовов отмечается увеличение числа безрезультатных вызовов, рост которых составил 2,2 раза с 17665 (2006 г.) до 39877 (2012 г.). Доля безрезультатных вызовов в общей структуре обращений за СМП составил 4,7% в 2006 году и 10,6% в 2012 году. Отражение динамики роста безрезультатных вызовов доказывает факт низкой эффективности в организации профилактической и диспансерной работы на терапевтических и педиатрических участках городских поликлиник.

В целом анализ структуры выполненных вызовов бригадами СМП г. Казани показал существенные изменения за период изучения лишь в части неотложных

вызовов, удельный вес которых сократился с 46,5% в 2006 году до 38% по итогам 2012 года. Это обусловлено ростом числа переданных вызовов по неотложной помощи из ССМП в поликлиники города с 6736 (4,8%) в 2011 до 14190 (10%) в 2012 г. в режиме on-line.

Таким образом, анализ результатов показал изменения в структуре вызовов в сторону снижения неотложных вызовов, за счет внедрения информационных технологий в интегративную работу АПУ и СМП, что обуславливает необходимость дальнейшего детального изучения проблемы.

*Федорова В.В., Шляпников С.А.*

**ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЛЕТАЛЬНОСТИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ  
РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА  
ПО ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА**

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе»,  
ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И.И. Мечникова», Городской центр по лечению тяжелого сепсиса  
Санкт-Петербург, Россия

Высокая заболеваемость, летальность и затраты на лечение больных сепсисом инициировали медицинскую общественность к разработке научных стратегий, направленных на улучшение исходов при сепсисе. В 2004 г. эксперты международного сообщества Surviving Sepsis Campaign приняли доказательно обоснованные Международные рекомендации по ведению больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком. Рекомендации содержали серию диагностических и лечебных мероприятий, применение которых, как ожидалось, приведет к росту выживаемости при тяжелом сепсисе.

В последующем в разных странах были проведены исследования, целью которых являлась оценка эффективности применения принципов международных рекомендаций в практической деятельности. В этом проекте приняли участие сотрудники медицинских центров США, Испании, Италии, Португалии и других стран. Опыт проведенных исследований показал, что внедрение в практику подобных программ ассоциировано со значительным уменьшением летальности пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком. Несмотря на неоднородность дизайна исследований, общий итог можно резюмировать, как возможность снижения внутрибольничной летальности в среднем на 20-40%. В отечественных печатных работах нам не удалось найти какие-либо сведения о подобных исследованиях.

С целью организации эффективной системы оказания высококвалифицированной медицинской помощи при тяжелом сепсисе в Санкт-Петербурге в 2008 г. был создан городской центр по лечению тяжелого сепсиса (городской септический центр, далее ГСЦ). Центр функционирует на базе Санкт-Петербургского Научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (СПб НИИ СП), в его состав входят: отделение реанимации (4 койки) и хирургическое отделение (30 коек). В основу алгоритма ведения больных с тяжелым сепсисом в цен-

тре были положены основные принципы Международных рекомендаций по ведению больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком 2004, 2008 гг.

Динамика летальности больных тяжелым сепсисом с органо-системной несостоятельностью 4 и более баллов по шкале SOFA (Sepsis Organ Failure Assessment – Vincent J.-L., 1996), то есть наиболее тяжелых больных, в реанимационном отделении ГСЦ за время наблюдения представлена следующими данными, в скобках указана летальность в первые сутки от момента поступления в отделение реанимации ГСЦ: в 2009 г. – 60,4% (15,5%), в 2010 г. – 45,9% (15,7%), в 2011 г. – 43,75% (14,3%), в 2012 г. – 38,6% (16,3%). Соответственно за период с 2009 г. по 2012 г. летальность пациентов с тяжелым сепсисом и органной недостаточностью 4 и более баллов по шкале SOFA в реанимационном отделении ГСЦ удалось снизить на 21,8%. Процент летальности в первые сутки от момента поступления в отделение реанимации ГСЦ – это доля больных, на исход которых качество лечебно-диагностического процесса повлиять не могло.

Результаты применения принципов Международных рекомендаций по ведению больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком в работе реанимационного отделения городского центра по лечению тяжелого сепсиса подтверждают данные зарубежных исследований и свидетельствуют о необходимости дальнейшей работы по внедрению этих принципов в практическую деятельность лечебных учреждений.

*Филиппов А.В., Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М.*  
**ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННОМ ТРАВМАТИЗМЕ**

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

Вопросы оказания скорой медицинской помощи тесно связаны с проблемой производственного травматизма. Важным направлением в работе НИИ СП им. И.И. Джанелидзе является оказание медицинской помощи пациентам с тяжелой производственной травмой.

В соответствии со ст. 5 Федерального закона от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» Постановлением правительства №286 от 15.05.2006 лечебные и диагностические медицинские услуги в отношении пациентов, получивших травмы тяжелой степени тяжести на производстве, в полном объеме компенсируются за счет средств Фонда Социального Страхования.

За 2012 год 86 человек с производственными травмами тяжелой степени тяжести получили медицинскую помощь в стенах НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. В основном, это были пациенты травматологического и ожогового профиля.

В зависимости от характера полученных травм, пациентам компенсировались не только медицинские манипуляции и диагностические процедуры, но и, при необходимости, осуществлялась закупка металлоконструкций.

Так, в 2012 году 11 человек с травмами тяжелой степени тяжести, полученными на производстве, получили медицинскую помощь с использованием металлоконструкций.

Количество пациентов с тяжелой производственной травмой составляет всего 0,1% от общего количества поступивших больных. Однако, учитывая, что пациенты данной категории получают тяжелые сочетанные травмы, данный закон позволяет оказать медицинскую помощь в полном объеме, превышающем возможности ОМС, и не взирая на стоимость и продолжительность лечения, компенсировать все затраты медицинской организации за счет средств Фонда Социального Страхования.

*Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Инамов А.Я.*

### **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛУЖБ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

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

В 1998 году в Республике Узбекистан была создана оригинальная модель службы экстренной медицины (СЭМ), основанная на многоуровневой основе, при которой все организационно-структурные звенья объединены в единую службу с устойчивыми организационно-методологическими вертикальными и горизонтальными связями.

В качестве основных принципов деятельности новой службы были определены:

- 1) своевременность (оперативность) медицинской помощи;
- 2) этапность лечения;
- 3) соответствие оказываемой помощи утвержденным стандартам на каждом этапе;
- 4) высокотехнологичность и научная обоснованность оказываемой медицинской помощи.

К началу второго десятилетия своего функционирования структура СЭМ Узбекистана включает в себя головное учреждение в городе Ташкенте – Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), его региональные филиалы в каждой из 13 областей страны. Кроме того, в 172 населенных пунктах Узбекистана созданы субфилиалы РНЦЭМП – отделения экстренной медицинской помощи при районных медицинских объединениях. Помимо перечисленных стационарных подразделений, в структуру входят также служба «03» со 194 станциями и 2207 бригадами скорой медицинской помощи, служба санитарной авиации и медицинские подразделения Министерства чрезвычайных ситуаций. Ныне организационная структура СЭМ предусматривает охват всех регионов и всех категорий населения Узбекистана, что в совокупности с круглосуточным режимом работы, бесплатностью услуг, достаточной и рациональной ресурсной поддержкой обеспечивает абсолютную доступность экстренной медицинской помощи населению.

В настоящее время травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин в структуре причин смертности населения РУз занимают второе место, уступая лишь болезням сердечно-сосудистой системы.

Для оказания помощи в чрезвычайных ситуациях сформированы 39 специализированных бригад постоянной готовности (по 3 бригады в РНЦЭМП и его филиалах), 182 бригады экстренной медицинской помощи на базе районных (городских) медицинских объединений. При этом указанные бригады интегрированы в общую систему организации аварийно-спасательных работ совместно с подразделениями Министерства по чрезвычайным ситуациям, Министерства внутренних дел, Министерства обороны и других ведомств.

Начиная с 90-х гг. прошлого века, данному классу принадлежит первое место в структуре смертности трудоспособного населения. Между тем, значительная доля потерь населения, вызванных смертностью от травм, может быть предотвращена.

Основные резервы в сокращении обусловленной травмой летальности заключены в обеспечении доступности специализированной помощи данного профиля, способствующей как можно более раннему началу лечебных мероприятий в отношении пациентов с тяжелой травмой, в том числе сочетанной.

Вопросы медицинского обеспечения последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС), уменьшение числа санитарных и безвозвратных потерь населения являются актуальными во многих странах. Опыт многих из них показывает, что там, где имеется современная служба ЭМП, работа медиков оказывается удовлетворительной и в ЧС. Актуальность прогнозирования, предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций для всего мирового сообщества непрерывно возрастает.

Анализ летальности при ЧС показал, что 60% от общей летальности приходится на очаг поражения, 25% пациентов гибнут при транспортировке и только 15% – в стационаре. Следовательно, от уровня подготовки специалистов скорой медицинской помощи, организации реанимационной помощи на месте происшествия, качества и своевременности ее оказания зависит общий уровень летальности при тяжелых травмах. К сожалению, следует отметить, что только 27% пострадавших доставляются в стационар машинами скорой помощи, 73% поступают на попутном транспорте.

Любые, самые современные и высокие технологии стационарного лечения не позволят снизить смертность, когда более 80% людей умирают вне клиник, и когда каждый второй-третий госпитализируемый больной с угрожающим жизни состоянием поступает в стационар с задержкой более 24 ч.

В Республике Узбекистан за последнее десятилетие сложилась система поэтапного оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим. Решены многие организационные вопросы взаимодействия различных ведомств при оказании помощи на этапах эвакуации. Первый этап – оказание медицинской помощи на месте происшествия (первая и квалифицированная медицинская помощь специалистами СМП); второй – оказание медицинской помощи в пути следования в соответствующее лечебное учреждение (также специалистами СМП); третий – оказание медицинской помощи в лечебном учреждении.

Оригинальная организационная структура СЭМП Узбекистана, дислокация его стационарных подразделений, предусмотренный запас коечного фонда и медикаментов на случаи ЧС, возможность быстрого перепрофилирования терапевтических коек в хирургические и реанимационные позволяют в течение нескольких часов трансформировать любое госпитальное учреждение службы в полноценный эвакогоспиталь. Созданная система медицинского обеспечения населения при ЧС позволила не только повысить эффективность и оперативность оказываемой экстренной медицинской помощи и «медицины катастроф», но и существенно снизить общие затраты.

*Хаджибаев А.М.<sup>1</sup>, Алиджанов Ф.Б.<sup>2</sup>, Ризаев К.С.<sup>1</sup>, Набиев А.А.<sup>2</sup>*

### **ОРГАНИЗАЦИЯ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи<sup>1</sup>,

Ташкентский институт усовершенствования врачей<sup>2</sup>,

г. Ташкент, Узбекистан

Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе имеет первостепенное значение, это – комплекс безотлагательно осуществляемых лечебно-диагностических и тактических мероприятий, направленных на устранение неотложного состояния. Неотложное состояние – внезапно возникшее патологическое изменение функций организма человека, угрожающее его жизни, здоровью или окружающим его лицам.

Служба экстренной медицины (СЭМ) как отдельная и самая крупная организационная структура в системе здравоохранения страны была создана в соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан №УП-2107 от 10.11.1998 г. и начала функционировать в 2000 г.

Государственная Программа реформирования здравоохранения базируется на принципах неукоснительного соблюдения условий социальной защиты населения, всеобщей доступности гарантированного объема медицинской помощи, поэтапного перевода отдельных медицинских учреждений на смешанные и частные источники финансирования.

В Государственной программе выделен ряд приоритетных направлений, требующих первоочередного исполнения. Это – реформирование первичного звена медицинской помощи, создание гарантированной государством эффективной системы экстренной медицинской помощи, совершенствование системы финансирования здравоохранения, обеспечение стабильного санитарно-эпидемиологического благополучия страны и совершенствования медицинской помощи матерям и детям.

Сформирована система скорой неотложной медицинской помощи – Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), областные филиалы (13), в 174 населенных пунктах Узбекистана при районных медицинских объединениях созданы субфилиалы РНЦЭМП – отделения экстренной медицинской помощи при РМО. Помимо перечисленных стационарных подразделений, в структуру входят также служба «03» с 194 станциями и 2207 бригадами скорой

медицинской помощи, служба санитарной авиации и медицинские подразделения Министерства по чрезвычайным ситуациям. Организационная структура СЭМ предусматривает охват всех регионов и всех категорий населения Узбекистана, что круглосуточным режимом работы, бесплатностью услуг, достаточной и рациональной поддержкой обеспечивает абсолютную доступность экстренной медицинской помощи.

Осуществляется оснащение учреждений скорой неотложной медицинской помощи современным диагностическим и лечебным оборудованием.

Реформируется система первичной медико-санитарной помощи населению, прежде всего в сельской местности. Во всех районах республики созданы и реконструированы сельские врачебные пункты, оснащенные современным медицинским оборудованием и медикаментами.

Несмотря на развитие медицины каждый год во всем мире 7,2 млн. человек погибают от ИБС, 5,5 млн. – вследствие ЦВЗ и 3,9 млн. – от гипертонии и других кардиологических состояний. Исследования последних лет показывают, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) как причина смертности значительно опережает все остальные кардиоваскулярные нозологии. Ухудшение течения ИБС обычно связано с развитием острого коронарного синдрома (ОКС). Улучшение оказания медицинской помощи с ОКС на догоспитальном этапе может быть достигнуто путем совершенствования стандартов оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Высокий уровень травматизма (дорожно-транспортного и др.) с тяжелыми последствиями диктует необходимость дальнейшего совершенствования путей профилактики и правильной организации оказания медицинской помощи, а также разработки эффективных методов лечения пострадавших. Низкое качество диагностики на догоспитальном этапе у пострадавших с сочетанной травмой является одной из главных причин, ведущих к тяжелым осложнениям и большому проценту смертности на госпитальном этапе.

Улучшение оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой на догоспитальном этапе может быть достигнуто путем совершенствования стандартов оказания медицинской помощи, налаживанию тесного контакта между скорой помощью и стационарами, принимающими пострадавших в ДТП.

Наряду с высоким уровнем травматизма с тяжелыми последствиями, немаловажное значение в улучшении показателей деятельности системы скорой медицинской службы имеют оптимизация процессов оказания догоспитальной помощи у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и гастродуоденальными кровотечениями.

Актуальность данной проблемы определяется, во-первых, достаточно большим распространением этих заболеваний, во-вторых, трудностями их клинической диагностики, в-третьих, отсутствием до настоящего времени доступных и надежных стандартов распознавания данных патологий.

В последние годы отмечается высокий рост увеличения цереброваскулярной патологии во всем мире, в том числе в республике Узбекистан. Высокая инвалидизация и смертность от этой патологии ставят неотлагаемые задачи перед медицинскими работниками, совершенствование оказания экстренной



помощи населению путем созданий эффективных стандартов диагностики и лечения больных на догоспитальном этапе.

Для дальнейшего улучшения работы экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе необходимо:

А) Разработка и внедрение новых протоколов (стандартов) диагностики и лечения основных неотложных состояний на догоспитальном этапе.

Б) Проведение научных исследований, направленных на разработку новых подходов к диагностике с применением различных современных методов диагностики, и разработка совершенствованных методов интенсивной терапии у больных на догоспитальном этапе.

В) Разработка и внедрение стандартов диагностики и лечения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с острыми нарушениями мозгового кровообращения, с острой хирургической патологией, с сочетанными травмами и с острыми отравлениями на догоспитальном этапе.

Г) Разработка пути преемственности и взаимодействия догоспитального и госпитального этапов оказания экстренной медицинской помощи.

Основными задачами на сегодняшний день являются:

I этап. Разработать стандарты диагностики и интенсивной терапии у больных с экстренной патологией на догоспитальном этапе. Разработать учебную программу обучения работников О2, пожарных и службы МЧС по проведению первичной экстренной медицинской помощи.

II этап. Внедрение в практику разработанных стандартов у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, сочетанной травмой, церебро-васкулярной патологией, с острыми отравлениями и с острой хирургической патологией.

III этап. Внедрение в учебные программы медицинских вузов и стандарты практическому здравоохранению.

*Хакимов Р.Н., Валиев Э.Ю.*

**ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТИ  
С УЧЕТОМ КРИТЕРИЕВ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ  
И СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШИХ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

Диагностика и оптимальное лечение пострадавших с сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата до настоящего времени являются одной из актуальных проблем не только современной травматологии, но и всего общества. Это связано со стремительным техническим прогрессом и урбанизацией общества. Летальность и инвалидность при шокогенной травме по-прежнему имеют тенденцию к росту. 10-летний опыт Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) по проблеме сложно сочетанных шокогенных травм позволил создать концепцию травматической болезни, а также разработать и внедрить стратегию и тактику лечения тяжелых контингентов больных.

Исследования показали, что общее течение и конечный исход травматической болезни решающим образом определяются особенностями ее раннего пери-

ода и квалифицированным оказанием помощи именно в этот период, когда правильная постановка тактики ведения больных с шокогенными травмами позволяет достичь наиболее благоприятных результатов.

Во всем мире для оценки тяжести травмы широко используется множество шкал. Однако они чаще всего определяют непосредственно тяжесть повреждения, но при этом не учитывается состояние пострадавшего, и тем самым суживается объективность оценки и минимализируется возможность прогнозирования исхода травмы. Травматологическое вмешательство с учетом периодов травматической болезни у пострадавших с шокогенными повреждениями, на фоне тяжести повреждений и адаптационной реакцией организма пострадавшего на травму, усугубляется дополнительной травматичностью самого лечебного вмешательства.

В РНЦЭМП для определения состояния пострадавшего были внедрены следующие шкалы: для оценки тяжести повреждения – ISS, для оценки тяжести состояния APACHE-II. Распространенность шокогенной травмы было изучено по результатам обследования 862 пострадавших с сочетанной травмой, экстренно госпитализированных в отделение взрослой травматологии за 2011 год. Большинство пострадавших относятся к наиболее трудоспособному возрасту, от 19 до 55 лет (74,1%). Среди обследованных мужчин – 577 (67%), женщин – 285 (33%). Причинами повреждений явились дорожно-транспортная травма – 544 (63,2%), кататравмы – 299 (34,7%), бытовая травма – 19 (2,1%). Догоспитальная помощь пострадавшим не была оказана в 684 (79,4%) случаев, так как больные доставлены самоотеком, в 178 (20,6%) случаях помощь была оказана врачами скорой медицинской помощи. Из всех пострадавших, госпитализированных в 2011 году, 5 (0,58%) человек погибли в первые 3 часа с момента поступления в стационар ввиду наличия у них крайне тяжелых, несовместимых с жизнью повреждений.

При ISS=30-45 баллов летальность превысила 45%, а при ISS>46 выжили лишь 30% пострадавших. Следует отметить, что пик летальности приходился на первые трое суток (62% от всех умерших), второй незначительный подъем наблюдался на 21-25 сутки после травмы – 3 (0,32%) больных. При исследовании прогностической ценности систем оценки тяжести травм было выявлено, что чувствительность системы ISS составила 56,4%, а шкалы APACHE-II – 61,4%. Тяжесть травмы по ISS у пострадавших с сочетанной травмой составила  $31,4 \pm 13,7$  баллов, тяжесть состояния по APACHE-II –  $26,4 \pm 5,4$  балла, по шкале ком Глазго –  $12,4 \pm 5,3$  балла.

Контроль тяжести повреждения (damage control) и динамическая оценка состояния пациентов позволяли определять объем и травматичность оперативных вмешательств при повреждениях опорно-двигательного аппарата, а также сроки их выполнения. Указанная тактика хирургического лечения пациентов с тяжелой сочетанной травмой позволила существенно сократить процент развития синдрома жировой эмболии, венозной тромбоэмболии; больные активизированы в ранние сроки, уменьшился показатель нозокомиальных пневмоний. Использование концепции damage control и балльных систем ISS и APACHE-II позволило существенно снизить летальность у данной сложной категории пациентов.

*Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Чанышев М.Ш., Юсупов Р.Р.,  
Чанышева Г.Р., Тимербулатов Ф.Д.*

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ  
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

Республиканский центр медицины катастроф МЗ РБ,  
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Уфа, Россия

Республика Башкортостан (РБ) является крупным промышленно развитым регионом Российской Федерации, где сосредоточены крупные комплексы нефте-химической, химической, машиностроительной отраслей с развитой инфраструктурой, дорожной и транспортной сетью, где довольно высок риск возникновения крупных техногенных катастроф. За 2010-2012 годы число техногенных катастроф выросло с 108 до 191 случаев.

При ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в структуре привлеченных формирований службы медицины катастроф удельный вес бригад скорой медицинской помощи составляет 93%.

Сроки прибытия бригады СМП к месту катастрофы (фаза изоляции) в 2012 году составила 14 минут.

В 2009-2010 гг. в рамках реализации федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения на 2006-2012 годы», на федеральной трассе М-7 «Волга» М-5 «Урал» организованы: региональный травматологический центр по оказанию специализированной медицинской помощи при ДТП в г. Уфе и районные травматологические центры в городах Дюртюли и Октябрьский. Центры оснащены современным медицинским оборудованием, средствами видео-конференц-связи, медицинским специализированным автотранспортом. В 2013 г. запланирована организация подобной медицинской помощи на федеральной трассе Уфа – Оренбург.

На сегодняшний момент усилия федеральных и республиканских властей в части безопасности дорожного движения позволили снизить количество ДТП на дорогах республики. За 2011-2012 годы на дорогах Республики Башкортостан количество ДТП снизилось с 5160 до 5115, пострадавших – с 7147 до 7020, погибших – с 725 до 707.

Дальнейшая работа по реализации Федеральной и Республиканских программ, направленных на безопасность дорожного движения, позволит сохранить на территории РБ тенденцию снижения числа пострадавших и погибших в дорожно-транспортных происшествиях и других техногенных катастрофах.

*Хунафина Д.Х., Валишин Д.А., Шайхуллина Л.Р.,  
Бурганова А.Н., Галиева А.Т., Сыртланова Г.Р.*  
**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Уфа, Россия

Актуальность биотерроризма, мутация циркулирующих возбудителей инфекционных заболеваний, появление лекарственной устойчивости оставляют открытым вопрос организации своевременной, качественной, рациональной и доступной неотложной помощи больным на различных этапах. В последние годы отмечается тенденция к росту летальности при дизентерии и других кишечных инфекциях, активизировались такие заболевания, как тяжелая дифтерия, менингококковая инфекция, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лептоспироз. Представляют большие сложности ранняя диагностика и неотложная терапия ботулизма, столбняка, малярии. Возможность тяжелого течения болезни с развитием неотложных опасных для жизни состояний требует оказания немедленной помощи больным, эффективность которой в значительной степени определяется ранней нозологической диагностикой.

Основными особенностями неотложной терапии при инфекционных заболеваниях являются:

– необходимость экстренной постановки предполагаемого диагноза, с целью оказания адекватной терапии. В мировой практике существуют экспресс-диагностические тесты для определения предполагаемых инфекций (в частности – ГЛПС, ВИЧ и др.). Их внедрение на более ранние этапы оказания медицинской помощи существенно бы повысило ее эффективность;

– необходимость постановки основного синдрома неотложного состояния. Это важно для адекватной, в том числе неотложной, этиотропной и специфической терапии. Целесообразно уже на догоспитальном этапе устанавливать нозологический диагноз и синдром, требующий неотложной помощи, например, «менингококковая инфекция», «инфекционно-токсический шок», его стадия; «ботулизм», острая дыхательная недостаточность (ОДН) и др.

Врач скорой помощи должен выделить 3 группы тяжелобольных с инфекционными заболеваниями:

1) больные, успех лечения которых определяется реанимационными мероприятиями догоспитального этапа (инфекционно-токсический шок при менингококковой инфекции, гиповолемический шок при холере и пищевых токсикоинфекциях);

2) больные с критическими состояниями, нуждающиеся в немедленной госпитализации в отделение реанимации инфекционного стационара; неотложную помощь на месте при этом нужно проводить в случае задержки госпитализации или при чрезмерно выраженных нарушениях функций (при ботулизме, осложненных формах гриппа и др.);

3) больные с угрозой развития критических состояний; больные этой группы также нуждаются в срочной госпитализации.

Дальнейшая тактика врача скорой помощи зависит от предполагаемого диагноза. Врач решает вопрос о дальнейшей тактике ведения такого больного – необходимости срочной госпитализации или лечения в условиях амбулаторной поликлиники. Первые две группы больных нуждаются в немедленной госпитализации в реанимационное отделение инфекционного стационара. Третья группа больных с пометкой об угрозе развития неотложного состояния может доставляться в приемное отделение. Одновременно врач решает вопрос об объеме лечебных мероприятий, которые необходимо проводить на догоспитальном этапе по жизненным показаниям.

Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях могут возникать вследствие развития инфекционно-токсического и гиповолемического шока, ДВС-синдрома, острой печеночной недостаточности или ОПН. Следует иметь в виду вероятность наличия при одной и той же нозологической форме различных неотложных состояний. Например, при ГЛПС поводом к реанимационному пособию могут явиться инфекционно-токсический шок и ДВС, эти же состояния одновременно могут наблюдаться при менингококковой инфекции и т. п. Необходимо учитывать, что при инфекционных заболеваниях, как и при любых других, возможно последовательное развитие у одного и того же больного таких состояний, как инфекционно-токсический шок и далее – ОПН. Острая печеночная недостаточность может завершиться геморрагическим или инфекционно-токсическим шоком. Поэтому врач скорой помощи должен установить диагноз в момент осмотра и прогнозировать его возможные последствия.

Хотелось бы еще раз обратить внимание врачей на особенности и быструю динамику синдромов, требующих неотложной догоспитальной терапии, у больных с инфекционными заболеваниями. Эти особенности обусловлены, прежде всего, присущими каждой нозологической форме клинико-патогенетическими проявлениями, а также возрастными и преморбидными деталями, учет которых может определять успех врачебной тактики. Необходимо напомнить, что этиологический фактор (возбудитель болезни) всегда имеет ведущее значение, как для развития неотложного состояния, так и для его последующего прогрессирования вплоть до смертельного исхода. Это обязывает к нозологической диагностике с выделением синдрома, угрожающего жизни больного, и проведению этиологической и патогенетической неотложной терапии.

*Царьков С.Н., Шатрова Н.В.*

**ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ И ОПЕРАТИВНОЙ СВЯЗИ  
СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

ГКУЗ Территориальный центр медицины катастроф Рязанской области,  
ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова»  
Минздрава России, г. Рязань, Россия

Оснащение навигационной системой службы медицины катастроф и скорой медицинской помощи было проведено с 2010 по 2012 гг. с помощью спутниковой

навигационной системы ГЛОНАСС и осуществлялось в три этапа. Аппаратурой ГЛОНАСС, включающей автоматизированное рабочее место, голосовую связь для водителей и кнопку подачи сигнала тревоги, было оборудовано в общей сложности 254 машины скорой помощи «Территориального Центра Медицины катастроф Рязанской области», станции скорой и неотложной помощи города Рязани и семи районных больниц.

Установлены автоматизированные рабочие места во всех 25 районах области. Дополнительно на все машины поставлены навигаторы для водителей. По программе «Модернизации здравоохранения» установлены комплексы «АДИС» (в том числе в Территориальном Центре Медицины катастроф и медицинских учреждениях, расположенных на федеральных трассах М5 «Урал» и М6 «Каспий»), которые призваны упростить и систематизировать работу диспетчеров на местах и повысить их оперативность.

В результате появилась возможность оперативно контролировать машины скорой помощи и управлять ими за счет голосовой связи диспетчера с водителями. Водители, в свою очередь, могут вызвать диспетчера на связь с помощью нажатия кнопок подачи тревожного сигнала. Сигнал отображается на карте диспетчера и позволяет осуществлять поиск ближайшей к месту машины скорой помощи.

Автоматизированное рабочее место также позволяет получать отчеты по пробегам машин, отображать места и время стоянок машин, скорость в любой точке маршрута. Это позволит снизить расходы на содержание автомобильного парка, контролировать время прибытия бригад скорой помощи до мест назначения, повысить дисциплину водителей.

Интеграция системы ГЛОНАСС и программного комплекса «АДИС» позволяет диспетчеру оперативно найти на карте района ближайшую свободную машину и отправить ее по адресу вызова. Все действия автоматически архивируются. Данные передаются на центральный сервер, расположенный в Территориальном Центре Медицины катастроф, что дает возможность своевременного реагирования и последующего анализа. Опыт показывает, что система ГЛОНАСС требует не только установки оборудования, но и её настройки, обучения персонала, оперативной технической поддержки.

*Шайхуллина Л.Р., Хунафина Д.Х., Валишин Д.А., Галиева А.Т.,  
Бурганова А.Н., Кутуев О.И., Сыртланова Г.Р.*

**ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ  
ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В Г. УФЕ**

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
г. Уфа, Россия

Среди административных территорий Российской Федерации Приволжский Федеральный округ лидирует по уровню заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), в котором в течение многих лет самые высокие показатели заболеваемости регистрируются в Республике Башкортостан.

В Республике Башкортостан зарегистрировано 1590 случаев ГЛПС (заболеваемость – 39,05), в сравнении с 2011 г. – 1433 больных ГЛПС (снижение заболе-

ваемости в 1,1 раза). Летальность при ГЛПС колеблется от 0,3 до 0,6%. Причиной летального исхода в ранние сроки (первая неделя) может быть инфекционно-токсический шок, в более поздние сроки (вторая неделя) – ОПН, разрыв почечной паренхимы, кровоизлияние в мозг.

Система оказания медицинской помощи больным ГЛПС включает в себя следующие этапы: первичное звено – участковый терапевт, скорая медицинская помощь; кабинет инфекционных заболеваний в поликлиниках и конечное звено – специализированный инфекционный стационар. В г. Уфе роль Центра инфекционной патологии выполняет ГБУЗ РБ «Инфекционная клиническая больница №4». Здесь ежегодно получают специализированную медицинскую помощь более 2 000 больных ГЛПС, проживающих в г. Уфе и близлежащих районах. Для успешного завершения инфекционного процесса необходимо обеспечить раннюю диагностику и своевременную госпитализацию больных ГЛПС (в первые 3 дня заболевания) в инфекционные отделения с подачей экстренных извещений в первые сутки обращения (госпитализации). На этом этапе важное значение приобретают действия и мероприятия, осуществляемые врачом первичного звена, чаще врачом скорой медицинской помощи, так как заболевание начинается остро и сопровождается тяжелым клиническим течением. В последние годы участились случаи осложненных форм ГЛПС с развитием инфекционно-токсического шока и острой почечной недостаточности, что необходимо учитывать при оказании неотложной помощи таким больным на этапе СМП.

Основными принципами лечения являются: противовирусная терапия, профилактика ДВС-синдрома, антиоксидантная терапия, коррекция водно-электролитных нарушений и лечение осложнений. Выписка больных происходит после восстановления диуреза, нормализации уровней мочевины и креатинина, при отсутствии лейкоцитурии и микрогематурии в общем анализе мочи. Больные с легкой формой ГЛПС выписываются не ранее 17-19 дня болезни, среднетяжелой формой – 21-24 дня болезни, тяжелой – на 25-28 дни болезни. Госпитализация больных со среднетяжелыми и легкими формами ГЛПС в период подъема заболеваемости при отсутствии мест в инфекционных отделениях проводится в терапевтические отделения. Больные с тяжелыми формами ГЛПС принимаются в отделение реанимации и интенсивной терапии. При развитии острой почечной недостаточности жителям города и больным из районов и других городов республики проводят сеансы гемодиализа в отделениях гемодиализа. После выписки из стационара передается выписка в консультативную поликлинику для дальнейшего наблюдения и проведения реабилитационных мероприятий. Тяжелым больным ГЛПС, находящимся на стационарном лечении в центральных районных больницах, специализированная помощь по линии санитарной авиации осуществляется врачами клинической больницы и сотрудниками кафедр инфекционных и детских инфекционных болезней университета.

Борьба с ГЛПС в настоящее время строится на широком комплексе мероприятий, направленных на предупреждение или уменьшение контакта населения с грызунами. Проведение дератизации в очаге приводит к снижению численности грызунов и уменьшению возможности возникновения повторных заболеваний. Борьба с мышевидными грызунами осуществляется отделами профилактической дезинфекции городской дезинфекционной станции, городской и районных центров

Госсанэпиднадзора. Дератизационные мероприятия проводятся при этом в оздоровительных учреждениях (лагеря, туристические базы, дома отдыха, санатории), а также на территории жилых кварталов вблизи леса и в коллективных садах (дачах). Обработке подвергаются жилые здания, надворные постройки и усадьбы.

*Шамаев Е.М., Струк Ю.В., Якушева О.А.*

### **ОБУЧЕНИЕ ОРДИНАТОРОВ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ТРЕАНАЖЁРАХ-ИМИТАТОРАХ**

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия  
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж, Россия

Проведено изучение усвоения ординаторами практических навыков по установке различных надгортанных воздухопроводных устройств, а также сравнение их эффективности по защите от аспирации регургитата.

На первом этапе исследований 20 ординаторами на обучающих манекенах-симуляторах («Laerdal-Medical», Норвегия) отрабатывались практические навыки по установке ротоглоточных воздухопроводов типа Гведела и современных надгортанных воздухопроводных устройств, таких как ларингеальная трубка LT-D, ларингеальные маски Classic, Fastrach, Pro Seal и Supreme, гелевая маска i-Gel и комбинированная трубка Combitube. Изучали быстроту обучения установке воздухопроводных устройств каждого вида, а также скорость и качество воспроизведения этих навыков на следующие сутки.

На втором этапе исследований в схему манекена-симулятора, находившегося на кушетке в положении лёжа на спине, был включён имитатор регургитации, а после установки воздухопроводных устройств в течение 5 минут проводилась ИВЛ. После этого в каждом случае визуально изучали возможность попадания регургитата в дыхательные пути симулятора.

Обучение позиционированию всех воздухопроводных устройств в абсолютном большинстве случаев оказалось несложным, время их установки «по пальцу» составляло от 10 до 20 секунд с практически 100% воспроизводимостью на вторые сутки. Несколько большее, по сравнению с другими воздухопроводными устройствами, время установки комбинированной трубки (около 30 секунд) связано, по видимому, с её большими размерами, достаточно сложной двуствольной конструкцией с двумя отдельными манжетами, а также необходимостью последовательной двухэтапной (с помощью мешка «AMBU» и фонендоскопа) верификации её позиционирования. Ларингеальная трубка легко и быстро (около 15 секунд) устанавливается и, по нашему мнению, должна заменить несовершенные воздухопроводы Гведела в перечне оснащения бригад «скорой помощи».

На втором этапе исследований, при изучении возможности аспирации регургитата, наилучшая степень защиты дыхательных путей была наглядно продемонстрирована при применении комбитрубки, а также гелевого воздуховода i-Gel, ларингеальной трубки и ларингеальных масок «Pro Seal» и «Supreme», снабжённых аспирационным каналом, а наихудшая (8 из 10) – у ротоглоточного воздуховода Гведела. По одному эпизоду видимой аспирации отмечено в случаях с одноканальными ларингеальными масками Classic и Fastrach. Недостаточную эффек-



тивность интубирующей ларингеальной маски Fastrach в профилактике аспирации следует расценивать только как указание на необходимость безотлагательного выполнения интубации трахеи по её каналу.

*Шатравка А.В.<sup>1</sup>, Сокуренок Г.Ю.<sup>2</sup>, Суворов С.А.<sup>2</sup>, Юзвинкевич С.А.<sup>2</sup>*

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ,  
ВЫПОЛНЕННОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России,  
Городская больница № 26<sup>2</sup>, Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** В настоящее время вопрос о необходимости выполнения каротидной эндартерэктомии как можно в более ранние сроки после перенесенного ишемического инсульта остается открытым.

**Цель исследования.** Провести анализ результатов операций – каротидных эндартерэктомий, выполненных в остром периоде ишемического инсульта.

**Материалы и методы.** За период с апреля 2010 по декабрь 2012 года нами была выполнена 81 операция на экстракраниальных артериях пациентам в сроки от 2 до 14 дней после перенесенного ишемического инсульта.

Средний возраст пациентов составил  $56 \pm 8,4$  лет (46-78 лет). Из них работающих было 29 (39%). Соотношение мужчин и женщин составило 2:1. Неврологический дефицит оценивался по модифицированной шкале Рэнкин. У пациентов наблюдаемой группы были следующие сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия – у 67 (82,7%), ишемическая болезнь сердца – у 67 (82,7%), нарушения сердечного ритма – у 11 (13,6%), сахарный диабет – у 7 (8,6%) больных.

Системный тромболизис в день поступления в стационар был выполнен 12 (14,8%) пациентам.

Методы исследования включали цветное дуплексное сканирование экстракраниальных артерий, ТКДГ, КТ головного мозга и МСКТА экстра- и интракраниальных артерий.

Каждый пациент наблюдался как до операции, так и после операции совместно с неврологом. Показания к операции определялись после совместного клинического разбора. Наличие неврологического дефицита более трех баллов по шкале Рэнкин и очага инфаркта по данным компьютерной томографии, превышающего 1/3 площади полушария головного мозга, считали противопоказаниями к ранним операциям.

Все операции выполнялись под общей анестезией.

**Результаты.** Эверсионная каротидная эндартерэктомия – у 74 (91%) пациентов. 7 (9%) пациентам выполнили каротидную эндартерэктомию с использованием временного шунта через продольную артериотомию.

В раннем послеоперационном периоде зарегистрированы следующие осложнения. Тяжелый инсульт в зоне оперированной артерии развился в 1 (1,2%) случае. Транзиторная ишемическая атака с полным регрессом неврологической симптоматики диагностирована у 1 (1,2%) пациента. Операция осложнилась острым инфарктом миокарда в 2 (2,4%) случаях, причем в одном из них он стал при-

чиной летального исхода. Нефатальный очаг кровоизлияния выявлен по данным КТ головного мозга в 1 (1,2%) случае.

Регресс неврологического дефицита в течение 10 дней лечения в стационаре произошел у 49 (60%) пациентов. В течение полугода у 69 (85%) больных отмечался регресс неврологической симптоматики (Рэнкин 0-1). В течение полугодового наблюдения 2 пациента умерли от острого инфаркта миокарда. Через полгода к прежней работе вернулись 18 (62%) из 29 работающих.

В сроки от 6 до 12 месяцев ни одного случая рестеноза в зоне реконструкции по данным ультразвукового ангиосканирования не было выявлено. У одного пациента развился неинвалидизирующий инсульт в гомолатеральном бассейне, причем по данным ЦДС зона операции была интактна. Один пациент скончался от рака желудка через 8 месяцев.

**Обсуждение.** В настоящее время вопрос о необходимости выполнения каротидной эндартерэктомии как можно в более ранние сроки после перенесенного ишемического инсульта остается открытым. В проведенной нами работе доказана целесообразность выполнения этой операции в ранние сроки после операции и безопасность выполнения данной процедуры. Летальность и частота развития повторных ОНМК не превышает таковую, наблюдаемую при операциях, выполненных в стандартные сроки.

**Выводы.** Каротидная эндартерэктомия, выполненная в остром периоде ишемического инсульта, является эффективным и безопасным методом профилактики развития повторных ишемических инсультов.

*Шах Б.Н., Михайлов Ю.М.*

### **ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

При проведении обезболивания пострадавшим пожилого возраста с сочетанными повреждениями, существенно возрастает риск осложнений, связанных с депримирующим действием препаратов. С возрастом снижается общий объем воды и вдвое увеличивается содержание жира, что влияет на распределение лекарственных веществ. Возрастные особенности фармакокинетики водорастворимых препаратов заключаются в снижении объема распределения, что приводит к увеличению их концентрации в плазме. Напротив, объем распределения жирорастворимых препаратов увеличивается, что приводит к снижению их концентрации. Эти факторы влияют на период полувыведения. Кроме того, с возрастом функции печени и почек ухудшаются, в результате чего увеличивается продолжительность действия лекарственных веществ, биотрансформация которых зависит от печёночного или почечного клиренса. Имеет значение и снижение содержания в плазме альбумина – белка, связывающего лекарственные препараты преимущественно с кислой реакцией (например, барбитураты, бензодиазепины, наркотические анальгетики).

В практическом плане необходимо отметить: **1. Тиопентал** у лиц пожилого и старческого возраста вызывает снижение периферического сосудистого сопротивления с последующей гипотензией. Подобная реакция более характерна для гипертоников. Необходимо помнить, что в 80 лет доза вводимого тиопентала должна быть более чем в 2 раза ниже, чем в 20 лет (50-75 мг). Снижать надо и концентрацию раствора (не более 1%) и скорость введения.

**2. Наркотические анальгетики.** Особенности фармакокинетики опиоидов у пожилых связаны со снижением начального объёма распределения, удлинению периода полувыведения и повышенной чувствительностью к ним ЦНС. Если предполагается использовать наркотические анальгетики у пожилого человека даже с незначительной депрессией гемодинамики, следует помнить о необходимости волемиической нагрузки перед их введением (в объеме 200-300 мл кристаллоидных растворов). Это связано с возможной гемодинамической реакцией в виде прогрессирующей артериальной гипотензии. Все наркотические анальгетики пострадавшим пожилого и старческого возраста необходимо вводить дробно. Первая дробная доза перед выполнением иммобилизации переломов, вторая – через 15-20 минут, обычно этого достаточно для транспортировки в стационар.

**3. Диазепам** накапливается в жировых депо, поэтому у пожилых его объём распределения увеличивается, а элиминация, соответственно, замедляется, что может привести к более длительной спутанности сознания. При применении диазепама (реланиум, седуксен) пациентам пожилого и старческого возраста достаточно 10 мг разведённого препарата, причём, как и при назначении наркотических анальгетиков, после предварительной инфузионной нагрузки.

*Шермухамедов Д.А., Валиев Э.Ю.*

### **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИМЕЛИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Узбекистан

В связи с неуклонным ростом количества больных от высокоэнергетических травм немало больных, у которых повреждаются обе бедренные кости, что вызывает много вопросов в диагностике и тактике хирургического лечения данной группы пострадавших.

В клинике РНЦЭМП (г. Ташкент) с 2001 по 2013 гг. пролечено 85 пострадавших с двусторонними переломами бедренных костей. Среди пострадавших 57 (67%) мужчин и 28 (33%) женщин. По механизму травмы преобладали пострадавшие с травмами в результате ДТП – 73 (85,8%), 12 (14,2%) больных получили травму в результате падения с высоты. Для объективной оценки тяжести состояния пострадавших была использована шкала ВПХ-П (СП), ВМедА (Санкт-Петербург).

С учетом суммы баллов по шкале ВПХ-СП все больные были разделены на 4 группы в соответствии с тяжестью состояния.

1 группа. Пострадавшие средней степени тяжести (13-20 баллов) – 9 (10,5%) больных. Учитывая стабильное, в гемодинамическом плане, состояние пациентов всем были применены оперативные методы.

2 группа. В тяжелом состоянии (21-31 баллов) – 44 (51,7%) больных. Показания к раннему остеосинтезу устанавливались у больных до 29 баллов. Оперативному вмешательству были подвергнуты 41 (48,2%) пострадавший. Вид оперативного вмешательства зависел как от тяжести состояния, так от типа, вида и локализации повреждения. Применены малоинвазивные методы стабилизации переломов, наряду с аппаратами внешней фиксации, широко применили закрытый интрамедуллярный остеосинтез бедренной кости штифтом без рассверливания костно-мозгового канала.

3 группа. В крайне тяжелом состоянии (32-45 баллов по шкале ВПХ-СП) находились 27 (31,7%) больных. Всем больным этой группы при поступлении использовались консервативные методы фиксации и стабилизации переломов. Показания к оперативному вмешательству устанавливали по мере уменьшения баллов по шкале ВПХ-СП. 8 больным консервативные методы лечения переломов бедренных костей применены как окончательные. 19 больных оперированы.

4 группа. 5 (5,8%) пострадавших при поступлении находились в терминальном состоянии – более 45 баллов по шкале ВПХ-СП. Тяжесть состояния больных была обусловлена тяжелой черепно-мозговой травмой, а у 1 больного – повреждением органов брюшной и плевральных полостей. Всем больным были использованы консервативные методы стабилизации переломов.

Таким образом, хирургическая тактика должна исходить как от тяжести состояния больного, так и от тяжести повреждения опорно-двигательного аппарата. Использование шкалы ВПХ-СП дает возможность объективно оценивать состояние пострадавших для определения дальнейшей тактики лечения.

*Шигапов И.Ф., Ягудин Р.И., Байкеев Р.Ф.*

## **СОСТОЯНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ И КОНСУЛЬТАТИВНОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

Государственное автономное учреждение здравоохранения  
«Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения  
Республики Татарстан», г. Казань, Россия

В Республике Татарстан существуют оперативные структуры НПКП по обеспечению своевременной квалифицированной помощи, которые охватывают всю территорию республики.

Вопрос курации пациентов с различной нозологией охватывает: 1. Наследственно-биологические особенности человека. 2. Социально-бытовые условия его жизни. 3. Уровень квалификации специалиста на непрофильном или специализированном диспансерном наблюдении, или текущем врачебном приеме. 4. Организационно-правовое обеспечение его медицинской курации.

На сегодняшний день отсутствует научно обоснованный алгоритм анализа деятельности как подразделений НПКП, так и самой системы НПКП в Республике Татарстан в целом.

Цель исследования – провести анализ деятельности неотложной и плановой консультативной помощи в Республике Татарстан.

Проведен анализ официальных постановлений, приказов, методических руководств и иных отчетных документов, регламентирующих деятельность неотложной и плановой консультативной помощи по Республике Татарстан, а также технологических и профессиональных ресурсов ее обеспечивающих, как в Республике Татарстан, так и согласно международному опыту.

Результаты анализа структурированы по следующему принципу: 1. Анализ документов, регламентирующих деятельность НПКП по Республике Татарстан. 2. Топографическое (региональное) функционирование НПКП по РТ. 3. Экстенсивные и интенсивные показатели деятельности НПКП.

Анализ показал, что имеется необходимость: ликвидации эксцентricности расположения отделений НПКП; дополнительного транспортного обеспечения; строительства 5 вертолетных площадок.

Для улучшения работы НПКП разработан электронный протокол состояния пациента, предназначенный для профильного специалиста, и электронной базы данных с целью возможности логистического анализа службы НПКП. Главенствующими критериями деятельности НПКП должны стать временные стандарты её обеспечения, а также доля благополучных исходов и отдаленных результатов от общего числа пациентов.

*Шилов В.В., Васильев С.А., Кузнецов О.А., Батоцыренов Б.В.*

### **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ УГАРНЫМ ГАЗОМ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

Острые отравления угарным газом являются одной из актуальных проблем клинической медицины. Основным механизмом поражений при тяжелых формах острых отравлений угарным газом является тяжелая гипоксия, прогрессирование которой может приводить к необратимым изменениям, в первую очередь, ЦНС.

Интенсивная терапия тяжелых форм острых отравлений продуктами горения включает в себя следующий комплекс мер: 1) использование методов, обеспечивающих доставку кислорода к тканям с целью повышения концентраций кислорода в тканях (по показаниям ИВЛ, ГБО); 2) проведение антидотной терапии («Ацизол», «Цитохром С»); 3) проведение диагностической и санационной бронхоскопии в случаях термохимических поражений дыхательных путей; 4) инфузионную терапию, направленную на увеличение ОЦК, улучшение микроциркуляции, коррекцию водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, уменьшение проявлений экзо- и эндотоксикоза; 5) использование в интенсивной терапии препаратов, уменьшающих степень бронхообструктивного синдрома (бронхолитическая терапия, гормональные препараты); 6) использование препаратов, направленных на профилактику и лечение инфекционных осложнений (антибактериальная терапия); 7) включение в комплекс интенсивной терапии препаратов, снижающих глубину гипоксии тканей (цитофлавина).

Приведенная схема обеспечивает высокую эффективность лечения тяжелых форм острых отравлений угарным газом.

На фоне проводимой терапии на 3-и сутки отмечали повышение потребления кислорода с  $88,5 \pm 6,3$  мл\*м<sup>-1</sup> (норма –  $148,8 \pm 15,8$  мл\*м<sup>-1</sup>) до  $128,1 \pm 7,8$  мл\*м<sup>-1</sup> и коэффициента утилизации кислорода с  $23,6 \pm 1,8$  (норма –  $28,0 \pm 2,1$ ) до  $27,4 \pm 1,6$ . Также отмечалось существенное снижение лактата с  $5,72 \pm 1,06$  ммоль/л до  $2,1 \pm 0,4$  ммоль/л при нормальных значениях  $1,12 \pm 0,16$  ммоль/л.

Таким образом, одним из ведущих механизмов поражения у больных с острыми отравлениями угарным газом является развитие тяжелых гипоксических расстройств, во многом определяющих течение и исход заболевания. Приведенная схема интенсивной терапии позволяет снизить степень метаболических расстройств и тем самым улучшить результаты лечения столь тяжелой категории больных.

*Шумакова Т.А., Савелло В.Е., Тихова К.Е., Мелентьева О.Н.*

**ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ  
ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА  
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТРАВМ**

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

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель нашего исследования – изучить возможности МРТ в диагностике повреждений спинного мозга при различных видах травм.

МРТ позвоночника выполнена 82 пациентам после получения различных травм. Из них 58 мужчин и 24 женщины. Средний возраст –  $41 \pm 15$  лет. МРТ проводилась на аппарате «Signa HDi» (GE) с напряженностью постоянного магнитного поля 1.5 Т по стандартной методике.

По механизму повреждений позвоночника были выделены травмы, полученные при ДТП – 24,4% случаев, при нырянии – 19,5%, при падении с высоты – 43,9%, а также огнестрельные и ножевые ранения – 12,2%. В 37% случаев наблюдалось повреждение шейного, в 12% – грудного и в 10% – пояснично-крестцового отделов позвоночника. В 41% случаев повреждения захватывали смежные отделы позвоночника. В 39% случаев при изолированной травме шейного и грудного отделов позвоночника наблюдались признаки нестабильности (вывихи, подвывихи, анте- и ретролистезы). Переломы позвонков выявлены у 22% пациентов. Эпидуральные гематомы визуализировались в 12% наблюдений. У 22% больных в грудном и поясничном отделах позвоночника определялись компрессионно-оскольчатые переломы тел позвонков, из них в 17% – пролабирование костных фрагментов с сужением позвоночного канала и компрессией спинного мозга.

Изменения в спинном мозге (отек, ушиб, кровоизлияния) определяли у 71% больных. При этом гематомия, значительно увеличивающая тяжесть состояния пациента, была выявлена в 14,5% исследований.

Таким образом, МРТ является наиболее информативным методом диагностики состояния спинного мозга при различных видах травм позвоночника, позволяющим своевременно и адекватно планировать лечебные мероприятия.

*Щербук А.Ю., Мадай Д.Ю., Головки К.П., Сокирко Е.Л., Мадай О.Д.*  
**ТАКТИКА МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Санкт-Петербургский государственный университет,  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Сочетанные травмы челюстно-лицевой области (СТ ЧЛО) занимают особое место среди травматических повреждений скелета человека вследствие функциональных и косметических особенностей.

Цель исследования – решение проблемы улучшения результатов лечения у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой челюстно-лицевой области путем разработки многоэтапного хирургического лечения данной категории пострадавших.

Преимуществом данной тактики является реализация оптимального объема диагностических и лечебных мероприятий в динамике развития патологического процесса.

Многоэтапное хирургическое лечение (МХЛ) тяжелых черепно-лицевых повреждений состоит из следующих этапов.

I этап – устранение жизнеугрожающих последствий травмы. Оперативное вмешательство следует рассматривать как неотложное и проводить параллельно противошоковым мероприятиям интенсивной терапии. Проводится в противошоковой операционной (первые 12 часов после травмы).

Задачи этапа: устранение асфиксии; остановка наружного и внутриротового кровотечений; исчерпывающая диагностика повреждений; устранение компрессии головного мозга; временная фиксация переломов преимущественно ортопедическими методами; создание условий для проведения интенсивной терапии.

II этап хирургической реанимации (интенсивной терапии, профилактики и лечения осложнений). Проводится в отделении реанимации и интенсивной терапии. Успех данного этапа зависит от слаженной работы врача-реаниматолога и челюстно-лицевого хирурга.

Задачи этапа: стабилизация состояния пострадавшего, предотвращение развития осложнений и лечение развившихся осложнений.

1-3 сутки – инфузионно-трансфузионная терапия; длительная ИВЛ аппаратами III поколения; антибактериальная терапия по деэскалационному типу.

4-7 сутки – малоинвазивный внеочаговый стержневой остеосинтез переломов костей средней зоны лица; ранняя санация околоносовых пазух; проведение энтеральных зондов через ротовую полость (грушевидный синус), либо постановка гастростомы; направленная антибактериальная терапия (с учетом результатов посевов); подготовка пострадавшего к окончательному варианту реконструктивно-вмешательства на лицевом скелете.

III – реконструктивный этап МХЛ. Его задачами являются: окончательная стабилизация переломов; устранение косметических дефектов мягких тканей; восстановление прикуса; раннее восстановление функции жевания. Этап реализуется путем выполнения ранних одномоментных реконструктивно-восстано-

вительных операций с применением эндовидеохирургической техники, биодеградирующихся и реконструктивных биоинертных материалов.

Применение тактики многоэтапного хирургического лечения у пострадавших с СТ ЧЛО привело: к двукратному снижению количества гнойно-септических осложнений (10,5 до 4,1%); позволило снизить летальность с 6,4 до 4,0%; в 1,8 раза (с  $6,9 \pm 0,4$  до  $4,1 \pm 0,7$  сут.) сократило длительность пребывания в ОРИТ; добиться удовлетворительных функциональных результатов лечения; избежать повторных вмешательств для устранения посттравматических деформаций лица.

*Щербук Ю.А., Мадай Д.Ю., Абсава К.А., Сокирко Е.Л.*  
**ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ  
ПОСТРАДАВШИМ С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ  
В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА**

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Проблема сочетанной черепно-лицевой травмы – адекватное взаимодействие и взаимопонимание 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, мозговой комы, тяжелой гипоксии, проводятся реанимационные мероприятия, которые выполняются 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 в лечении нескольких специалистов различного профиля у одного пострадавшего.

До настоящего времени отсутствует единая национальная система стандартов учета и изучения данной патологии, не разработан алгоритм лечебных мероприятий. Организация помощи пострадавшим с сочетанной травмой в стране, в целом, осуществляется по принципу ведущего повреждения, т.е. пациент госпитализируется в отделение многопрофильного стационара по ведущему повреждению, определяющему тяжесть состояния. Лечение сопутствующих повреждений проводится отсрочено. При смене ведущего повреждения пострадавшего переводят в другое профильное отделение. Таким образом, в стране 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, увеличению количества осложнений, посттравматических деформаций, росту летальности, увеличению количества госпитализаций и числа пациентов с первичной инвалидностью.

Целью исследования – разработка протокола по оказанию специализированной помощи пострадавшим с сочетанной черепно-лицевой травмой в условиях многопрофильного стационара крупного города.



С 01.01.2005 по 01.01.2013 на отделение сочетанной черепно-лицевой травмы СПбГБУЗ «Александровская больница» поступило 1650 пациентов с черепно-лицевыми повреждениями в сроки от 5 дней до нескольких месяцев после получения травмы. Поздние сроки госпитализации пострадавших были связаны: с ошибками в диагностике и лечебной тактике на догоспитальном звене и в 32% случаев – сотрудниками службы скорой медицинской помощи. Вследствие неполной и несвоевременной диагностики повреждений костей лицевого черепа, около трети пострадавших поступают в отделение черепно-лицевой травмы в сроки от 1 недели до нескольких месяцев. 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 результатов оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе показал, что пострадавшие были госпитализированы в лечебно-профилактические учреждения мегаполиса, которые имели неодинаковый состав дежурных бригад, а также различную систему приема и оказания помощи пострадавшим. Однако лишь в двух стационарах Санкт-Петербурга созданы отделения сочетанной черепно-лицевой травмы, что существенно повышает качество и эффективность оказания помощи пострадавшим.

*Эргашев О.Н., Попова Ю.О., Мадай О.Д., Яцун А.В.*

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ,  
ОСНОВАННАЯ НА ПРИНЦИПАХ ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Санкт-Петербургский государственный университет,  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
Санкт-Петербург, Россия

Высокая летальность (до 50%), инвалидизация (до 74%) у пострадавших трудоспособного возраста с политравмой красноречиво свидетельствуют в пользу актуальности данной проблемы.

Цель исследования – улучшение результатов лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой челюстно-лицевой области, обобщение опыта лечения и разработка системы мероприятий по совершенствованию оказания хирургической помощи в условиях специализированного «травмоцентра».

Материал исследования – 3691 пострадавший с травмой головы, получившие лечение в клинике военно-полевой хирургии с 1988 г. по 2007 г., из них 15,0% (553 чел.) имели повреждения тканей и органов ЧЛО.

Первая группа – «массив ретроспективного анализа» (массив № 1) – включала 298 пострадавших с сочетанной травмой челюстно-лицевой области, находившихся на лечении в клинике с 1988 г. по 1999 г.

Показания и сроки выполнения оперативных вмешательств в этой группе определялись на основании традиционных градаций тяжести состояния и тяжести повреждений.

Вторая группа – «массив проспективных наблюдений» (массив № 2) – включала 255 пострадавших с СТ ЧЛО, находившихся на лечении в клинике с 2000 г. по 2007 г.

В этой группе проводилось изучение возможностей оптимизации тактики хирургического лечения путем применения методик объективной оценки тяжести травм (ВПХ – МТ, ОР, СП, СГ, СС) и внедрения малоинвазивных технологий.

На основе методологии трактовки закономерностей развития патологических и защитно-приспособительных процессов, происходящих в организме после травмы, строилась рациональная лечебная стратегия и тактика.

Применение хирургической тактики «damage control», основанной на лечебно-тактической концепции травматической болезни и объективной оценке тяжести травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями челюстно-лицевой области, привело к двукратному снижению количества осложнений (с 45,3% до 23,1%), позволило на 3,4% снизить летальность (с 9,4% до 6,0%) и сократить длительность лечения в отделении интенсивной терапии в 1,8 раза.

*Юнусов Д.И.<sup>1</sup>, Миронов П.И.<sup>2</sup>, Гумеров А.А.<sup>2</sup>*

### **ТАКТИКА РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ**

ГБУЗ Республиканская детская клиническая больница<sup>1</sup>,  
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России<sup>2</sup>, г. Уфа, Россия

**Введение.** Важное значение в оптимизации медицинской помощи детям с тяжелой травмой имеет организация работы реанимационно-консультативных центров (РКЦ).

**Цель.** Оценка эффективности совместного участия анестезиологов-реаниматологов и ортопедов-травматологов в консультативной и выездной работе реанимационно-консультативных центров по оказанию лечебно-диагностической помощи при тяжелой сочетанной травме у детей.

**Методы.** Анализированы показатели эффективности лечения 216 детей с сочетанной травмой. Дети разделены на две группы. В I группу включены 103 ребенка, получившие лечение без предварительного консультирования травматологами, во II – 113 детей с привлечением детских травматологов-ортопедов для экстренного консультирования по линии РКЦ.

**Результаты и обсуждение.** По видам травматизма преобладал транспортный – 75,93%, бытовые травмы – 10,65%, уличные – 11,11%, прочие – 2,31%. Пациенты обеих групп сопоставимы по возрасту, полу и характеру травмы.

У детей в I группе: 152 перелома конечностей и костей туловища (во II группе – 161), 92 черепно-мозговые травмы (II – 97), 33 повреждения внутренних органов (II – 27), 54 раны (II – 31). Всего у 216 детей выявлено 709 повреждений.

Срочная консультация РКЦ проведена в 97 случаях. Выезд бригады специалистов РДКБ потребовался к 67 детям, при этом выявлено дополнительно 47 недиагностированных в ЦРБ повреждений, проведено 46 оперативных вмешательств. Проведенные мероприятия существенным образом повлияли на тяжесть

состояния поступивших в специализированный травматологический центр детей и их выживаемость. Так, несмотря на то, что исходно тяжесть травматического повреждения у детей обеих групп была сопоставимой (по шкале PTS I группа –  $6,19 \pm 0,26$ , II группа –  $6,46 \pm 0,19$ ), тяжесть поражения ЦНС, как и частота встречаемости коматозного состояния (CGS <8 баллов) у детей, переведенных в специализированный центр, была ниже во II группе больных. Из 216 детей погибли 7 (3,24%), все из I группы.

Таким образом, совместное участие детских анестезиологов-реаниматологов и травматологов-ортопедов в консультативной и выездной работе РКЦ по оказанию лечебно-диагностической помощи при тяжелых травмах улучшает качество диагностики, сокращает сроки выполнения неотложных оперативных вмешательств, способствует более раннему переводу в специализированный центр для оказания высокотехнологичной помощи детям и увеличивает выживаемость пострадавших.

*Янюшкина О.Г., Кешишян Р.А., Амчславский В.Г.,  
Незаметдинов Р.И., Папиянц С.С., Селютина Н.С.*

### **СТАЦИОНИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ: ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ**

НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Россия

Сохраняющаяся высокая частота неблагоприятных исходов, значительное число диагностических ошибок и осложнений, несвоевременность хирургических вмешательств диктует настоятельную необходимость совершенствования существующих схем лечебно-диагностического обеспечения детей с тяжелой механической травмой (ТМТ) в ранние сроки посттравматического периода на этапе стационарирования, который мы определяем как период от момента получения травмы до госпитализации пострадавшего в профильное специализированное отделение стационара.

Исследование основано на анализе медицинской документации 118 детей с ТМТ, госпитализированных в НИИ НДХиТ в 2010-2012 гг.

Экстренная квалифицированная медицинская помощь тяжелым пострадавшим неотделимо связана с понятием своевременности прибытия бригады СМП к месту вызова. На большинство (64,1%) вызов бригады доезжали до места в пределах 11-20 минут, до 10 минут бригады доезжали в 33,3% вызовов, и только в 2,6% доезд бригад превышал 20 минут. Длительность пребывания бригады СМП на месте происшествия: специализированные бригады в 1,6 раз дольше оказывали помощь пострадавшим на месте ( $25,1 \pm 2,0$  мин.), чем линейные бригады ( $15,4 \pm 2,2$  мин.). Общее время выполнения вызова бригадами составило  $55,7 \pm 2,6$  минут. В то же время в рамках «золотого часа» (время от момента получения травмы до прибытия в стационар) бригадами СМП были доставлены только 53,8% пострадавших. Анализ объема и качества оказания медицинской помощи тяжелым больным позволил установить, что только у 56,1% детей помощь бригадами СМП оказана в полном объеме, причем у спецбригад медицинское обеспечение значительно выше, чем линейных бригад. Наиболее часто бригадами СМП не ди-

агностируются травма груди, перелом позвоночника и таза; недооценка тяжести ЧМТ (51,7%) сказывается на качестве и объеме лечебных манипуляций.

Улучшение преемственности «скорая помощь-стационар» и перенос основных диагностических и реанимационных мероприятий в приемное отделение института, информирование стационара о транспортировке тяжелого больного (в 96,5% случаев), внедрение бригадного метода работы привели к уменьшению за последние три года досуточной летальности практически в 5 раз.

Для повышения качества этапного лечения и улучшения исходов травм у детей с ТМТ, необходимо сформировать четкую систему информирования выездными бригадами СМП дежурную бригаду стационара о тяжести состояния ребенка, предполагаемом диагнозе и проводимом лечении бригадой СМП для подготовки стационара к приему пострадавшего, госпитализацию проводить в специализированный хирургический детский стационар.

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Абакумов М.М., Даниелян Ш.Н.</i><br><b>ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНЫМ МЕДИАСТИНИТОМ .....</b>   | <b>3</b>  |
| <i>Акалаев Р.Н., Сабиров Д.М., Росстальная А.Л.</i><br><b>ОПЫТ ПРОБЛЕМ ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ<br/>С ТЯЖЕЛЫМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....</b>   | <b>4</b>  |
| <i>Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Хайдарова С.Э.</i><br><b>ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ<br/>С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....</b>   | <b>5</b>  |
| <i>Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П., Барсукова И.М., Колочков Д.В.</i><br><b>НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ НОРМАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ<br/>ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....</b>  | <b>6</b>  |
| <i>Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г., Стожаров В.В., Барсукова И.М.</i><br><b>ПОТРЕБНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В КОЙКАХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....</b>   | <b>7</b>  |
| <i>Аникина Х.Г., Алимов Р.Р.</i><br><b>ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ<br/>В ОТДЕЛЕНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КРАТКОСРОЧНОГО<br/>ПРЕБЫВАНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА .....</b>   | <b>8</b>  |
| <i>Арифджанов Ш.Х., Махкамов К.Э., Джалалов Ф.З., Дадамянц Н.Г.,<br/>Сейдалиев А.И., Мухамедов Н.Х.</i><br><b>КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ<br/>ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ФОНЕ АНОМАЛИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ .....</b>   | <b>9</b>  |
| <i>Арифджанов Ш.Х., Махкамов К.Э., Джалалов Ф.З., Сейдалиев А.И.,<br/>Зупарова Л.М., Мухамедов Н.Х.</i><br><b>НАШ ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ<br/>ГОЛОВНОГО МОЗГА .....</b>   | <b>10</b> |
| <i>Афончиков В.С.</i><br><b>ЭВОЛЮЦИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАНСПОРТНОЙ АППАРАТУРЫ ИВЛ/ВВЛ .....</b>  | <b>12</b> |
| <i>Афончиков В.С., Афанасьев А.А., Петрова А.А.</i><br><b>ЭКСТРЕННАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ<br/>КОАГУЛОПАТИИ – ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ .....</b>  | <b>13</b> |
| <i>Бабков О.В., Захаренко А.А., Суров Д.А., Безмозгин Б.Г., Трушин А.А.,<br/>Тен О.А., Кодолов Д.В.</i><br><b>ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ<br/>МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ<br/>ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ .....</b> | <b>14</b> |
| <i>Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г., Разумный Н.В.</i><br><b>НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ<br/>МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ СКОРУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ....</b>  | <b>15</b> |
| <i>Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Чикин А.Е., Разумный Н.В.</i><br><b>НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ (ПРОТОКОЛОВ)<br/>ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ .....</b>   | <b>16</b> |
| <i>Багненко С.Ф., Миннуллин И.П., Чикин А.Е., Разумный Н.В.</i><br><b>РОЛЬ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ<br/>С СОЧЕТАННЫМИ, МНОЖЕСТВЕННЫМИ И ИЗОЛИРОВАННЫМИ ТРАВМАМИ,<br/>СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ШОКОМ, В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА<br/>МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....</b>                           | <b>17</b> |
| <i>Барбарчук Ф.М., Бойков А.А.</i><br><b>МЕТОДИКА ВНУТРИВЕДОМСТВЕННОЙ ПРОВЕРКИ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ<br/>БАЗОВЫХ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ .....</b>  | <b>18</b> |
| <i>Барсукова И.М.</i><br><b>СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОМС:<br/>ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ 2013 ГОДА .....</b>   | <b>19</b> |

*Батрак Ю.М., Кравчуков И.В., Ануфриев А.П.*

**ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА** ..... 20

*Баубеков М.Б.*

**ТАКТИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СХЕМА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ** ..... 21

*Белый Г.А., Вацик М.В., Пронченко А.А., Рева В.А., Тюшников О.И.*

**ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ «DAMAGE CONTROL SURGERY» ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ В ТРАВМОЦЕНТРЕ II УРОВНЯ**..... 22

*Бесаев Г.М., Тулупов А.Н., Тания С.Ш., Багдасарьянц В.Г., Куршакова И.Н., Ермаков М.А.*

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОГО ПОСОБИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ ТАЗА**..... 23

*Бидерман Ф.М., Михайлов Ю.М.*

**НОРАДРЕНАЛИН – ЗАБЫТЫЙ ПРЕПАРАТ ВОЗВРАЩАЕТСЯ** ..... 24

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

**ДИСТАНТНАЯ ФИКСАЦИЯ ВЕРТИКАЛЬНО НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА**..... 25

*Бородина М.А., Шляпников С.А., Насер Н.Р., Рожавская Е.Г.*

**ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ**..... 26

*Бортулëв С.А., Александров М.В., Васильев С.А.*

**ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ АВТОМАТИЗМА МИОКАРДА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПРОДУКТАМИ ГОРЕНИЯ** ..... 28

*Бражин А.В.*

**ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ОПЫТЕ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. ТЮМЕНИ** ..... 29

*Бузанов Д.В., Вахрушев А.Е., Чарторижский Е.В.*

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АВТОМАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА “LUCAS- 2” В БЛОКЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА** ..... 30

*Бурганова А.Н., Хунафина Д.Х., Шайхуллина Л.Р., Валишин Д.А., Галиева А.Т.*

**НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ** ..... 31

*Вагнер Д.О., Шлык И.В., Вербицкий В.Г.*

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ**..... 32

*Валеев З.Г., Беляков В.Г.*

**АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ГБСМП №1 Г. КАЗАНИ)** ..... 33

*Валиев Э.Ю., Каримов Б.Р.*

**ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И КОСТЕЙ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА** ..... 34

*Василенко А.В., Липатова Л.В., Лобзин С.В.*

**ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПОЖИЛЫХ** ..... 35

*Василова Л.А., Белоконева Н.П., Полонская И.И.*

**КОМПЕТЕНТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ МОДУЛЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»** ..... 37

*Васильев С.А., Баранов Д.В., Андрианов А.Ю., Батоцыренов Б.В.*

**ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТАДОНОМ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ** ..... 38

*Вафин А.Ю., Исеева И.В., Чалая Л.Л.*

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП ПУТЕМ РАЗРАБОТКИ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННО-ТАКТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ** ..... 39

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Вербицкий В.Г.</i>  |           |
| <b>НЕОАДЪЮВАНТНАЯ И АДЪЮВАНТНАЯ АНТИФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ<br/>В ЛЕЧЕНИИ НЕВАРИКОЗНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ .....</b>   | <b>40</b> |
| <i>Вербицкий В.Г., Синенченко Г.И.</i>   |           |
| <b>МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ<br/>И ПРОТОКОЛОВ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖИВОТА<br/>(НА ПРИМЕРЕ НЕВАРИКОЗНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ).....</b> | <b>41</b> |
| <i>Воевода М.И., Ярошно Н.Н., Балабушевич А.В., Большакова И.А.,<br/>Новикова М.С., Николаев К.Ю.</i>  |           |
| <b>ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА<br/>СЕКМЕНТА ST НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....</b>   | <b>42</b> |
| <i>Воробьев И.И., Струк Ю.В., Склярова Т.П., Якушева О.А., Шамаев Е.М.</i>   |           |
| <b>ИССЛЕДОВАНИЕ АДАПТАЦИИ ОРДИНАТОРОВ<br/>АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ .....</b>  | <b>43</b> |
| <i>Воскресенский О.А., Абакумов М.М.</i>   |           |
| <b>ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ И ОТКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ .....</b>  | <b>44</b> |
| <i>Габдулхаков Р.М., Гатауллина Л.М., Садритдинов М.А., Мустафина Г.Т.,<br/>Сакаев Э.М., Плакс И.А.</i>  |           |
| <b>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ НА ИСХОДЫ<br/>ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ .....</b>  | <b>45</b> |
| <i>Вальтер Габер</i>   |           |
| <b>АВАРИЙНЫЙ И КРИЗИСНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ В АЭРОПОРТУ ФРАНКФУРТ НА МАЙНЕ .....</b>   | <b>46</b> |
| <i>Гатауллина Л.М., Габдулхаков Р.М., Садритдинов М.А., Мустафина Г.Т.,<br/>Сакаев Э.М., Плакс И.А.</i>  |           |
| <b>ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛЯ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ИСХОДЫ<br/>ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ .....</b>  | <b>48</b> |
| <i>Герашенко Е.В., Колодкин А.А.</i>   |           |
| <b>ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРА<br/>В ТУАПСИНСКОМ РАЙОНЕ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ .....</b>                                  | <b>49</b> |
| <i>Гибадулин Н.В., Трофименко А.В., Бояринцев В.В.</i>   |           |
| <b>СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ОСТАНОВКИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ .....</b>   | <b>50</b> |
| <i>Голубятников В.Б., Мухаметзянов А.М., Хунафин С.Н., Ижбульдина Г.И.</i>   |           |
| <b>ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ<br/>С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ В МБУЗ ГКБ №18 Г. УФЫ .....</b>  | <b>51</b> |
| <i>Гончаров Н.И., Гончаров К.Н., Старков А.В.</i>  |           |
| <b>БЕЗОПАСНОСТЬ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ОСНОВА СНИЖЕНИЯ РИСКА<br/>ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ<br/>В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.....</b>  | <b>52</b> |
| <i>Грачев С.Ю., Суковатых А.Л., Куриленко Е.Х., Новикова Н.П.</i>  |           |
| <b>ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ<br/>С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ .....</b>   | <b>52</b> |
| <i>Гребнев А.Р., Борисов М.Б., Денисенко В.В., Петров А.В., Самохвалов И.М.</i>  |           |
| <b>ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ<br/>КАНЮЛИРОВАННЫМИ ВИНТАМИ .....</b>  | <b>53</b> |
| <i>Данилов В.А., Усатов А.В., Еремина О.В.</i>   |           |
| <b>ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>Г. ВОЛЖСКОГО В УСЛОВИЯХ ФИНАНСИРОВАНИЯ<br/>ПО СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ .....</b>                               | <b>54</b> |
| <i>Дергачева Ю.Е., Жиляев Е.В., Теблеев К.И.</i>   |           |
| <b>ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА РИСК<br/>СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ В КОГОРТЕ ПАЦИЕНТОВ<br/>С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.....</b>                           | <b>55</b> |
| <i>Джурко Б.И., Крылов М.К., Мазуркевич Г.С., Крецер И.В., Кузнецова Л.А.</i>  |           |
| <b>СПОСОБ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА.....</b>   | <b>56</b> |
| <i>Дмитриенко О.Д., Плинк М.Ю., Сотников А.Д.</i>  |           |
| <b>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА<br/>ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.....</b>   | <b>57</b> |

|  |    |
|--|----|
| <i>Добровольская А.Е., Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Тявокина Е.Ю., Прокопович Г.А.</i><br><b>АНАЛИЗ ПОСТУПЛЕНИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ЗЛУОПОТРЕБЛЯЮЩИХ<br/>АЛКОГОЛЕМ И НАРКОТИКАМИ В СОМАТИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР</b> .....  | 58 |
| <i>Додонова И.В., Петрова Н.Г., Кириллова Н.В., Погосян С.Г.</i><br><b>О РЕЗУЛЬТАТАХ АНКЕТИРОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ<br/>СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b> .....   | 59 |
| <i>Дубров В.Э., Колтович А.П., Палтышев И.А.</i><br><b>ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ<br/>С КОМБИНИРОВАННЫМИ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ</b> .....  | 60 |
| <i>Ермолова И.В., Абакумов М.М., Погодина А.Н., Владимирова Е.С., Береснева Э.А.,<br/>Трофимова Е.Ю., Шарифуллин Ф.А., Картавенко В.И.</i><br><b>ПОВРЕЖДЕНИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ И ЖИВОТА<br/>(ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)</b> .....  | 61 |
| <i>Ерофеев В.В., Евдокимов Е.А., Маковей В.И., Власенко В.А., Болякина Г.К.</i><br><b>РЕАЛИЗАЦИЯ ИННОВАЦИОННЫХ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ<br/>ПРИ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ В НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ПО ДТП</b> .....  | 62 |
| <i>Ершова И.Н., Бойков А.А., Ханин А.З., Попова Н.В.</i><br><b>М.А. МЕССЕЛЬ И ЕГО ВКЛАД В РАЗВИТИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>В ЛЕНИНГРАДЕ</b> .....  | 63 |
| <i>Жиганов И.В.</i><br><b>ОСТРАЯ ОБТУРАЦИЯ ПИЩЕВОДА</b> .....  | 64 |
| <i>Зарипова З.А., Глуценко В.А., Куличков П.М., Раевский А.А.</i><br><b>СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ И ОТБОРА КАНДИДАТОВ В ОРДИНАТУРУ В МЕДИЦИНЕ<br/>КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ</b> .....   | 65 |
| <i>Захаренко А.А., Бабков О.В., Суров Д.А., Безмозгин Б.Г., Трушин А.А.,<br/>Тен О.А., Кодолов Д.В.</i><br><b>ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ<br/>МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ<br/>ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ</b> ..... | 66 |
| <i>Захидов А.Я.</i><br><b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ<br/>ПО ЭКСТРЕННЫМ И НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ</b> .....   | 67 |
| <i>Зуев С.Г., Кузьмин А.Г., Савин Я.А.</i><br><b>СТРУКТУРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМЕ</b> .....  | 68 |
| <i>Иванова М.П., Конкаев А.К.</i><br><b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ<br/>С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ</b> .....   | 69 |
| <i>Ижбульдина Г.И.</i><br><b>ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА ОСТРОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА<br/>У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</b> .....  | 70 |
| <i>Имангулов А.М., Алимов Рам.Р.</i><br><b>ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ<br/>ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</b> .....  | 71 |
| <i>Карагулян Р.Р.</i><br><b>ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БРИГАДОЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА<br/>НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</b> .....   | 72 |
| <i>Картавенко В.И., Погодина А.Н., Леменев В.Л.</i><br><b>ПОВРЕЖДЕНИЯ АОРТЫ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ</b> .....  | 74 |
| <i>Каськов А.Ю., Афончиков В.С., Афанасьев А.А., Побережнюк Е.А.</i><br><b>СРАВНЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ КОЛЛОИДНЫХ ПЛАЗМОЗАМЕНИТЕЛЕЙ<br/>НА ПРОЦЕСС ФОРМИРОВАНИЯ ФИБРИНА (IN VITRO ИССЛЕДОВАНИЕ)</b> .....  | 75 |
| <i>Кешишян Р.А., Амчславский В.Г., Исхаков О.С., Янюшкина О.Г.,<br/>Незаметдинов Р.И., Селютина Н.С.</i><br><b>ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ:<br/>ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ</b> .....  | 76 |



|  |    |
|--|----|
| <i>Койиров А.К.</i>  |    |
| <b>ДОГОСПИТАЛЬНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ</b> .....  | 77 |
| <i>Колочков Д.В., Барсукова И.М.</i>   |    |
| <b>АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОБРАЩЕНИЙ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА РАССМОТРЕНИЕ ГЛАВНОМУ ВНЕШТАТНОМУ СПЕЦИАЛИСТУ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b> .....        | 78 |
| <i>Колтович А.П., Дубров В.Э., Палтышев И.А.</i>   |    |
| <b>ЛОКАЛИЗАЦИЯ ОЖОГОВ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ РАНАМ У РАНЕНЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ</b> .....   | 79 |
| <i>Комиссаров В.М., Цекот Д.Ю.</i>   |    |
| <b>ОПЫТ РАБОТЫ АСУ ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТНОЙ ССМП</b> .....   | 80 |
| <i>Коннов В.А., Шаповалов К.Г.</i>   |    |
| <b>АЛГОРИТМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ</b> .....  | 81 |
| <i>Костеников А.Н., Савелло В.Е., Морозов А.Н.</i>   |    |
| <b>КТ-ПЕРФУЗИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АВТОРЕГУЛЯЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ</b> .....   | 82 |
| <i>Костенко В.А., Скородумова Е.А., Александров М.В., Повзун А.С., Мажара Ю.П., Федоров А.Н.</i>   |    |
| <b>ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОКАЛЬНОГО РЕГИСТРА ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ</b> .....  | 83 |
| <i>Кошевой А.А., Захаренко А.А., Бабков О.В., Суров Д.А., Безмозгин Б.Г., Трушин А.А., Тен О.А., Кодолов Д.В.</i>  |    |
| <b>ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С КАРЦИНОМАТОЗНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И НАПРЯЖЕННЫМ АСЦИТОМ</b> .....                       | 84 |
| <i>Круглова И.А., Гилязева Р.Н., Алакаева Д.Р.</i>   |    |
| <b>АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ</b> .....   | 86 |
| <i>Крылов М.К., Джурко Б.И., Мазуркевич Г.С., Крецер И.В., Кузнецова Л.А.</i>  |    |
| <b>СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА</b> .....  | 87 |
| <i>Кузибаев Ж.М., Махкамов К.Э.</i>  |    |
| <b>ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОБОЛОЧЕЧНЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ</b> .....  | 87 |
| <i>Куличков П.М., Раевский А.А., Кривошеин А.М., Зарипова З.А.</i>   |    |
| <b>ВОСПОЛНЕНИЕ ДЕФИЦИТА ЗНАНИЙ НА ПУТИ РЕШЕНИЯ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b> .....  | 89 |
| <i>Кунафин М.С., Хунафин С.Н., Тимербулатов Ф.Д., Зареева Р.Ф.</i>   |    |
| <b>К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ</b> .....   | 90 |
| <i>Куршакова И.В., Бумай А.О., Тулупов А.Н.</i>  |    |
| <b>СТРУКТУРА ТРАВМАТИЗМА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ (ПО ДАННЫМ СПБ НИИ СП ИМ. И.И.ДЖАНЕЛИДЗЕ)</b> .....  | 91 |
| <i>Кучеев И.О., Кашанский Ю.Б., Халилов Р.Г., Алекперов У.К.</i>   |    |
| <b>ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНЫХ КОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ</b> .....  | 92 |
| <i>Лобжанидзе А.А., Эргашев О.Н.</i>   |    |
| <b>РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ</b> ..... | 93 |
| <i>Логонов И.В., Скворцов А.Е., Ананьев А.Н., Ульяновкина И.В., Тутин А.П., Резник А.О., Кузьмин Д.О., Кутенков А.А., Резник О.Н.</i>  |    |
| <b>СВЯЗЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОНОРСКИХ ПРОГРАММ И УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b> .....  | 94 |
| <i>Мадай Д.Ю., Головки К.П., Сокирко Е.Л., Мадай О.Д.</i>  |    |
| <b>ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ И ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ</b> .....   | 95 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Мазуркевич Г.С., Крецер И.В., Кузнецова Л.А., Джурко Б.И.</i><br><b>СПОСОБ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ</b> .....  | 96  |
| <i>Максудова Л.Б., Гафуров Б.Г.</i><br><b>СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ ПРИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ</b> .....  | 97  |
| <i>Мануковский В.А., Борисов М.Б., Кажанов И.В., Самохвалов И.М.</i><br><b>ВНЕБРЮШИННАЯ ТАМПОНАДА ТАЗА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ<br/>ВНУТРИТАЗОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ТРАВМАХ ТАЗА</b> .....  | 98  |
| <i>Мануковский В.А., Мадай Д. Ю., Бумай А.О., Гурин А.В.</i><br><b>МНОГОЭТАПНАЯ ЗАПРОГРАММИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ<br/>ПОСТРАДАВШИХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА</b> .....   | 99  |
| <i>Махкамов И.Х, Валиев Э.Ю., Мирджалилов Ф.Х.</i><br><b>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА<br/>И КОСТЕЙ ТАЗА</b> .....   | 100 |
| <i>Милосердов М.А., Маслова Н.Н.</i><br><b>ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНСУЛЬТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ<br/>В Г. СМОЛЕНСКЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕВРОЛОГОВ СТАЦИОНАРА</b> .....   | 101 |
| <i>Мирошниченко А.Г., Алимов Р.Р., Рухляда Н.О., Барсукова И.М., Кисельгоф О.Г.</i><br><b>ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ<br/>СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ</b> .....  | 102 |
| <i>Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М., Алимов Р.Р.</i><br><b>ПЕРВЫЙ ОПЫТ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОМС</b> .....   | 103 |
| <i>Михайлов Ю.М., Тулупов А.Н., Озеров В.Ф.</i><br><b>ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ<br/>ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ</b> .....   | 104 |
| <i>Мишина Т.П., Семкичев В.А., Марусанов В.Е., Божко В.А., Петрова Н.В.</i><br><b>ОЦЕНКА УРОВНЯ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРОЦЕССЕ<br/>СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ</b> .....  | 105 |
| <i>Мкртчян М.А., Куликова М.А., Вознюк И.А.</i><br><b>К ВОПРОСУ О КОРРЕЛЯЦИИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ<br/>ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА</b> .....   | 106 |
| <i>Мозговой Р.В., Мелихов Е.А., Терешичев А.А.</i><br><b>МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЕГО<br/>ВНУТРИБРЮШИННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ</b> .....  | 107 |
| <i>Морозов А.Н., Савелло В.Е., Костеников А.Н., Семелев А.Н.</i><br><b>СРАВНЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ<br/>И ОБЫЧНЫХ РЕНТГЕНОГРАММ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ<br/>ПОСЛЕ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ<br/>ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА</b> .....  | 108 |
| <i>Морозов С.Н., Майкова Н.Ю., Никишов И.В., Голубев И.С.</i><br><b>СПОСОБЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ<br/>С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST<br/>ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА<br/>В НЕКОТОРЫХ КРУПНЫХ ГОРОДАХ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА<br/>РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> ..... | 109 |
| <i>Мубараков Ш.Р., Захидов А.Я.</i><br><b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРА-АРТЕРИАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ<br/>ПРЕПАРАТОМ СТРЕПТОКИНАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ</b> .....   | 110 |
| <i>Мухаметзянов А.М., Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Ялалова Г.И.</i><br><b>ОШИБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>БОЛЬНЫМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ</b> .....   | 111 |
| <i>Нарышкин А.Г., Горелик А.Л., Скоромец Т.А.</i><br><b>ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИЯ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД<br/>ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ<br/>МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</b> .....   | 112 |
| <i>Насер Н.Р., Шляпников С.А., Попенко Л.Н.</i><br><b>СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ<br/>ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА</b> .....  | 113 |

|   |     |
|---|-----|
| <i>Насимов С.Т., Махкамов К.Э.</i>  |     |
| <b>ГЕМОРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА</b> .....   | 114 |
| <i>Нигмедзянов Р.А., Глазников Л.А.</i>   |     |
| <b>ИННОВАЦИОННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ МЕНЕДЖМЕНТА<br/>ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ</b> .....  | 115 |
| <i>Нигмедзянов Р.А., Глазников Л.А., Бахтин М.Ю.</i>  |     |
| <b>ИННОВАЦИОННЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ ПОЛЕВЫХ ГОСПИТАЛЕЙ</b> .....   | 116 |
| <i>Нигмедзянов Р.А. (WMRC, США), Глазников Л.А., Г. Бикбау (ИТ, США)</i>  |     |
| <b>МОБИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР</b> .....  | 117 |
| <i>Николаева Е.Б.</i>   |     |
| <b>ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛЕГКОГО</b> .....   | 118 |
| <i>Никонорова И.В., Козырев О.А.</i>  |     |
| <b>ИССЛЕДОВАНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА<br/>У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ<br/>И ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</b> .....             | 119 |
| <i>Новиков Е.И., Силаева Е.А., Горбакова Л.Ш., Миннуллин Р.И.</i>   |     |
| <b>ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ<br/>МАТКИ И ЕЁ ПРИДАТКОВ</b> .....   | 120 |
| <i>Орлова Н.Ю., Танчук М.И., Старков А.В.</i>   |     |
| <b>СОВЕШЕНСТВОВАНИЕ СРЕДСТВА ИЗВЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ<br/>ИЗ ТРУДНОДОСТУПНЫХ МЕСТ</b> .....  | 123 |
| <i>Орлова О.В., Крылов П.К., Козулин И.Д., Шлык И.В., Попенко Л.Н.</i>  |     |
| <b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ<br/>РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ</b> .....   | 123 |
| <i>Осипов А.В., Якушев И.Д.</i>   |     |
| <b>ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ<br/>УЧЕТА ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>В ОСМП ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИК</b> .....                  | 125 |
| <i>Остроумова Л.А., Ярков И.В.</i>  |     |
| <b>МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОЗДАНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ<br/>ПО НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ ДЛЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА<br/>СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b> ..... | 126 |
| <i>Павленкова Л.Н., Милосердов М.А., Маслова Н.Н.</i>   |     |
| <b>ДИСПЕТЧЕР СКОРОЙ ПОМОЩИ – ПЕРВОЕ ЗВЕНО В ЦЕПИ ВЫЖИВАНИЯ<br/>БОЛЬНОГО С ИНСУЛЬТОМ</b> .....   | 127 |
| <i>Палтышев И.А., Дубров В.Э., Колтович А.П.</i>  |     |
| <b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАКТИКИ DAMAGE CONTROL<br/>У РАНЕННЫХ С КОМБИНИРОВАННЫМИ ТЕРМОМЕХАНИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ</b> ....                                  | 128 |
| <i>Пасечник И.Н.</i>  |     |
| <b>ТЕРАПИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА:<br/>ЧТО НОВОГО?</b> .....  | 129 |
| <i>Пасько В.Г., Бояринцев В.В., Макаров Р.В., Кутепов Д.Е.</i>  |     |
| <b>ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ<br/>ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ</b> .....   | 130 |
| <i>Петрова Н.Г., Погосян С.Г., Смирнова Т.В., Полюкова М.В., Прокопьева М.И.</i>  |     |
| <b>ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ОСНОВ ДОВРАЧЕБНОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ<br/>СТУДЕНТАМ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА</b> .....   | 131 |
| <i>Повзун А.С.</i>  |     |
| <b>КОМОРБИДНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b> .....  | 132 |
| <i>Повзун А.С.</i>  |     |
| <b>ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ СУСТАВНЫМ<br/>СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА<br/>СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</b> .....       | 133 |
| <i>Погодина А.Н., Рабаданов К.М.</i>  |     |
| <b>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННЫХ РАЗРЫВОВ ПИЩЕВОДА</b> .....   | 134 |
| <i>Полушин А.Ю., Одинак М.М., Вознюк И.А., Янишевский С.Н., Голохвастов С.Ю., Цыган Н.В.</i>  |     |
| <b>УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНЫЙ ДОППЛЕРОВСКИЙ МОНИТОРИНГ<br/>ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ НА ФОНЕ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ</b> .....                                 | 135 |

|  |            |
|--|------------|
| <i>Попов А.М., Лукьянюк П.П., Ромашкин-Тиманов М.В.</i><br><b>ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ<br/>В НЕОТЛОЖНОЙ ГЕРНИОЛОГИИ .....</b>  | <b>136</b> |
| <i>Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Софронов А.Г.</i><br><b>КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ<br/>ПАЦИЕНТОВ С УМЫШЛЕННЫМ САМООТРАВЛЕНИЕМ, ПОСТУПИВШИХ<br/>ПО СКОРОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР .....</b>   | <b>137</b> |
| <i>Рева В.А., Самохвалов И.М.</i><br><b>АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ И РАЗРАБОТКА НОВЫХ МОДЕЛЕЙ<br/>КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА .....</b>   | <b>138</b> |
| <i>Ромашкин-Тиманов М.В., Белоусов И.С., Лукьянюк П.П.</i><br><b>ПРЕВЕНТИВНАЯ ПРОТЕЗИРУЮЩАЯ АБДОМЕНОПЛАСТИКА<br/>У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ЭВЕНТРАЦИИ .....</b>  | <b>139</b> |
| <i>Ромашкин-Тиманов М.В., Миннуллин И.П., Филиппов А.В., Барсукова И.М.</i><br><b>ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ<br/>В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....</b>  | <b>140</b> |
| <i>Руденко М.С., Рахимов Б.М., Кутепов Е.Н., Расщепкин А.Ю., Середин Л.В.,<br/>Слугин А.Е., Козлов В.В.</i><br><b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ СТАБИЛИЗАЦИИ ГРУДНОГО КАРКАСА .....</b>   | <b>140</b> |
| <i>Руксин В.В., Гришин О.В., Чирицо М.М.</i><br><b>ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАНИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ<br/>ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....</b>  | <b>141</b> |
| <i>Савелло В.Е., Сорочинский С.П., Шумакова Т.А., Тихова К.Е., Мелентьева О.Н.</i><br><b>ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ<br/>ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ .....</b>  | <b>142</b> |
| <i>Саидов Ф.Х., Акилов Х.А.</i><br><b>ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДОЛИХОСИГМЫ У ДЕТЕЙ,<br/>ПОСТУПИВШИХ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ .....</b>  | <b>143</b> |
| <i>Самохвалов И.М., Бадалов В.И., Головкин К.П., Суворов В.В., Гончаров А.В., Рева В.А.,<br/>Гребнев А.Р., Жабин А.В., Казначеев М.В., Розов А.И.</i><br><b>«ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ» И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ<br/>ДЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛОПОСТРАДАВШИМ .....</b>        | <b>144</b> |
| <i>Саттаров Х.И., Захидов А.Я.</i><br><b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ ТРАХЕОСТОМИИ<br/>ПРИ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИВЛ У БОЛЬНЫХ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ .....</b>   | <b>145</b> |
| <i>Седлецкая Н.Н., Шишкин О.И., Тараканова Л.И.</i><br><b>ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ГОРОДА ПЕТРОЗАВОДСКА<br/>ПРИ КРУПНОЙ АВИАКАТАСТРОФЕ .....</b>  | <b>146</b> |
| <i>Семкичев В.А., Мишина Т.П., Марусанов В.Е.</i><br><b>СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ<br/>АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА .....</b>  | <b>147</b> |
| <i>Сидоров А.А., Дохов М.А.</i><br><b>ОЦЕНКА ПРИЧИН ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>НА ПРЕДПРИЯТИЕ КАК ИНДИКАТОРА СКРЫТОЙ ПОТРЕБНОСТИ<br/>В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТАЮЩИМ .....</b>  | <b>148</b> |
| <i>Скворцов А.Е., Логинов И.В., Ананьев А.Н., Ульянов И.В., Тутин А.П.,<br/>Резник А.О., Кузьмин Д.О., Кутенков А.А., Резник О.Н.</i><br><b>ПОЛУЧЕНИЕ ПОЧЕЧНЫХ ТРАНСПЛАНТАТОВ У ДОНОРОВ ЧЕРЕЗ ЧАС<br/>ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ: ПРОТОКОЛ, РЕЗУЛЬТАТЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ ..</b> | <b>149</b> |
| <i>Скобелев Е.И., Пасечник И.Н.</i><br><b>СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ПРОШЛОЕ И НАСТОЯЩЕЕ .....</b>  | <b>150</b> |
| <i>Сорочинский С.П., Савелло В.Е.</i><br><b>ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСТРАДАВШИХ<br/>С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В СТАЦИОНАРЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ<br/>(НА ПРИМЕРЕ НИИ СП ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ) .....</b>  | <b>151</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <i>Софронов А.Г., Пашковский В.Э., Тявокина Е.Ю.,<br/>Добровольская А.Е., Прокопович Г.А.</i>  |            |
| <b>РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА РАСПРОСТРАНЁННОСТИ<br/>НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ УРГЕНТНЫХ ПАЦИЕНТОВ<br/>МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА .....</b>                       | <b>152</b> |
| <i>Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Барсукова И.М.</i>  |            |
| <b>ЭКОНОМИКА «СКОРОЙ» В СИСТЕМЕ ОМС .....</b>  | <b>153</b> |
| <i>Страхов И.В., Арискина О.Б., Сокорнов И.А., Пивоварова Л.П., Лапшин В.Н., Малышев М.Е.</i>  |            |
| <b>ВЛИЯНИЕ РЕКСОДА НА АНТИОКСИДАНТНУЮ АКТИВНОСТЬ КРОВИ<br/>У ПОСТРАДАВШИХ С ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ .....</b>   | <b>154</b> |
| <i>Суковатых А.Л., Грачев С.Ю., Куриленко Е.Х., Новикова Н.П.</i>  |            |
| <b>ЛАРИНГЕАЛЬНАЯ МАСКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ .....</b>  | <b>155</b> |
| <i>Суров Д.А., Захаренко А.А., Бабков О.В., Безмозгин Б.Г., Трушин А.А., Тен О.А., Кодолов Д.В.</i>  |            |
| <b>ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ<br/>СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ<br/>РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННЫМ КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ .....</b> | <b>156</b> |
| <i>Тания С.Ш., Тулупов А.Н., Бесаев Г.М., Куршакова И.В., Багдасарьянц В.Г.,<br/>Иванов А.В., Ашраф Н.Д., Ганин А.С.</i>   |            |
| <b>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ<br/>ПРИ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ПРОГНОЗЕ ДЛЯ ЖИЗНИ.....</b>   | <b>157</b> |
| <i>Тараканов А.А., Тараканов А.В.</i>  |            |
| <b>ОБОСНОВАНИЕ И ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ<br/>ПРИ ДОРСОПАТИЯХ НА СКОРОЙ ПОМОЩИ .....</b>  | <b>158</b> |
| <i>Тараканов А.В., Зазьян Г.А., Маркарян Э.Г., Климова Л.В.</i>  |            |
| <b>L-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТ НА СКОРОЙ ПОМОЩИ<br/>С ПОЗИЦИЙ КЛИНИЧЕСКОГО ФАРМАКОЛОГА .....</b>  | <b>159</b> |
| <i>Татарина Е.В., Погодина А.Н.</i>  |            |
| <b>ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЦЕРВИКОТОРАКАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ .....</b>   | <b>160</b> |
| <i>Теляков А.Б.</i>  |            |
| <b>ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТАЗА .....</b>   | <b>161</b> |
| <i>Тимербулатов Ф.Д., Кунафин М.С., Чанышев М.Ш., Хамидуллин Р.Т.</i>  |            |
| <b>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДТП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....</b>  | <b>163</b> |
| <i>Тихова К.Е., Савелло В.Е., Шумакова Т.А., Мелентьева О.Н.</i>   |            |
| <b>ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ СПОНДИЛОДИСЦИТОВ<br/>РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ .....</b>  | <b>164</b> |
| <i>Трофименко А.В., Бояринцев В.В.</i>   |            |
| <b>ПЕРСПЕКТИВНЫЕ СРЕДСТВА ОСТАНОВКИ МАССИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ .....</b>   | <b>164</b> |
| <i>Тулупов А.Н., Закарян А.А., Чикин А.Е., Михайлов Ю.М.</i>   |            |
| <b>ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ<br/>С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ТРАВМОЦЕНТРАХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА .....</b>  | <b>165</b> |
| <i>Тюрин М.В., Кажанов И.В., Головкин К.П., Денисов А.В.</i>   |            |
| <b>СПОСОБ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ<br/>У ПОСТРАДАВШИХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА<br/>В ОЧАГАХ МАССОВЫХ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ.....</b>        | <b>167</b> |
| <i>Утешев М.Ш., Теляков А.Б., Хакимов Р.Н.</i>   |            |
| <b>АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ<br/>В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ .....</b>   | <b>168</b> |
| <i>Фарсиянц А.В., Хугаев З.Д.</i>  |            |
| <b>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НАДГОРТАННЫХ ВОЗДУХОВОДОВ 2-ГО ПОКОЛЕНИЯ<br/>I-GEL НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....</b>  | <b>169</b> |
| <i>Фатыхов А.М., Шулаев А.В.</i>   |            |
| <b>КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ<br/>ГОРОДА КАЗАНИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ<br/>РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ .....</b>         | <b>170</b> |
| <i>Федорова В.В., Шляпников С.А.</i>   |            |
| <b>ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЛЕТАЛЬНОСТИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ РЕАНИМАЦИОННОМ<br/>ОТДЕЛЕНИИ ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ПО ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА.....</b>                              | <b>171</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <i>Филиппов А.В., Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М.</i><br><b>ВОПРОСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННОМ ТРАВМАТИЗМЕ .....</b>   | <b>172</b> |
| <i>Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Инамов А.Я.</i><br><b>ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛУЖБ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ<br/>В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН .....</b>  | <b>173</b> |
| <i>Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Ризаев К.С., Набиев А.А.</i><br><b>ОРГАНИЗАЦИЯ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН .....</b>   | <b>175</b> |
| <i>Хахимов Р.Н., Валиев Э.Ю.</i><br><b>ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ШОКОГЕННОЙ ТРАВМЕ КОНЕЧНОСТИ<br/>С УЧЕТОМ КРИТЕРИЕВ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШИХ .....</b>  | <b>177</b> |
| <i>Хунафин С.Н., Кунафин М.С., Чанышев М.Ш., Юсупов Р.Р.,<br/>Чанышева Г.Р., Тимербулатов Ф.Д.</i><br><b>ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ<br/>В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН .....</b> | <b>179</b> |
| <i>Хунафина Д.Х., Валишин Д.А., Шайхуллина Л.Р., Бурганова А.Н.,<br/>Галиева А.Т., Сыртланова Г.Р.</i><br><b>ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br/>ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ .....</b>                                    | <b>180</b> |
| <i>Царьков С.Н., Шатрова Н.В.</i><br><b>ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ<br/>КОНТРОЛЯ И ОПЕРАТИВНОЙ СВЯЗИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И СКОРОЙ<br/>МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ .....</b>                          | <b>181</b> |
| <i>Шайхуллина Л.Р., Хунафина Д.Х., Валишин Д.А., Галиева А.Т., Бурганова А.Н.,<br/>Кутуев О.И., Сыртланова Г.Р.</i><br><b>ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ<br/>С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В Г. УФЕ .....</b>                       | <b>182</b> |
| <i>Шамаев Е.М., Струк Ю.В., Якушева О.А.</i><br><b>ОБУЧЕНИЕ ОРДИНАТОРОВ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ<br/>НА ТРЕАНАЖЁРАХ-ИМИТАТОРАХ .....</b>   | <b>184</b> |
| <i>Шатравка А.В., Сокуренок Г.Ю.<sup>2</sup>, Суворов С.А., Юзвинкевич С.А.</i><br><b>АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ,<br/>ВЫПОЛНЕННОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА .....</b>  | <b>185</b> |
| <i>Шах Б.Н., Михайлов Ю.М.</i><br><b>ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ<br/>НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....</b>  | <b>186</b> |
| <i>Шермухамедов Д.А., Валиев Э.Ю.</i><br><b>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИМЕЛИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ<br/>ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ .....</b>   | <b>187</b> |
| <i>Шигапов И.Ф., Ягудин Р.И., Байкеев Р.Ф.</i><br><b>СОСТОЯНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ И КОНСУЛЬТАТИВНОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ<br/>МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН .....</b>   | <b>188</b> |
| <i>Шилов В.В., Васильев С.А., Кузнецов О.А., Батоцыренов Б.В.</i><br><b>ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ<br/>УГАРНЫМ ГАЗОМ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....</b>  | <b>189</b> |
| <i>Шумакова Т.А., Савелло В.Е., Тихова К.Е., Мелентьева О.Н.</i><br><b>ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИННОГО МОЗГА<br/>ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ТРАВМ .....</b>  | <b>190</b> |
| <i>Щербук А.Ю., Мадай Д.Ю., Головки К.П., Сокирко Е.Л., Мадай О.Д.</i><br><b>ТАКТИКА МНОГОЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ<br/>С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ .....</b>  | <b>191</b> |
| <i>Щербук Ю.А., Мадай Д.Ю., Абсава К.А., Сокирко Е.Л.</i><br><b>ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ<br/>С ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА .....</b>   | <b>192</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <i>Эргашев О.Н., Попова Ю.О., Мадай О.Д., Яцун А.В.</i><br><b>РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ,<br/>ОСНОВАННАЯ НА ПРИНЦИПАХ ЗАПРОГРАММИРОВАННОГО<br/>ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ .....</b>                 | <b>193</b> |
| <i>Юнусов Д.И., Миронов П.И., Гумеров А.А.</i><br><b>ТАКТИКА РЕАНИМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ<br/>СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ .....</b>  | <b>194</b> |
| <i>Янюшкина О.Г., Кешишян Р.А., Амчеславский В.Г.,<br/>Незаметдинов Р.И., Папиянц С.С., Селютин Н.С.</i><br><b>СТАЦИОНИРОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ:<br/>ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ .....</b> | <b>195</b> |

Научное издание

# **СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – 2013**

## **СБОРНИК ТЕЗИСОВ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

*13-14 июня 2013 г.*

Редактор *И.Б. Нечуева*  
Верстка оригинал-макета *О.В. Иванова*

Лицензия ИД №00597 от 15.12.99 г.  
Подписано в печать 20.05.13. Усл. печ. л. 26,0.  
Формат 60×84 1/8. Печать офсетная. Тираж 500 экз. Заказ № 626/13.  
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.  
Издательство СПбГМУ