

---

Скорая помощь 2003

# МАТЕРИАЛЫ

4-го Российского научного форума  
"Догоспитальный этап медицинской  
помощи: традиции и стереотипы"

Москва, ЦДХ, 20-23 октября, 2003 г.

Москва 2003

---

---

Материалы 4-го Российского научного форума "Догоспитальный этап медицинской помощи: традиции и стереотипы"  
М., 2003 - 110 с.

«МЕДИ-Экспо»  
Российская академия медицинских наук  
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи

**5-94943-010-7**

©«МЕДИ Экспо», 2003

---

---

# Т Е З И С Ы

## АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИНХРОНИЗИРОВАННОЙ КАРДИОВЕРСИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Абдрахманов В.Р., Пиковский В.Ю., Захарова А.Е.**

*г. Москва, кафедра СМП МГМСУ, ССиНМП г. Москвы*

По данным ССиНМП г.Москвы, до 3% от ежегодного количества вызовов приходится на различные нарушения сердечного ритма и проводимости (1999 г.). Из них в 5% случаев выявляются жизнеопасные формы аритмий. Несмотря на широкий выбор антиаритмических препаратов различных фармакологических классов, в случае нестабильности гемодинамических показателей с угрозой аритмического кардиогенного шока, при развитии отека легких или при рефрактерности аритмии к медикаментозной коррекции на фоне субъективной непереносимости пациентом пароксизма нарушения ритма методом выбора является электроимпульсная терапия — синхронизированная кардиоверсия. Сохранение сознания больных во время данной инвазивной манипуляции неприемлемо, что диктует необходимость проведения им кратковременного наркоза.

К общим анестетикам, применяемым на догоспитальном этапе, предъявляются следующие требования — кратковременность действия, минимальное угнетение функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, отсутствие аллергических реакций, удобная форма применения (не требуется разведение препарата).

Таковыми характеристиками обладает общий анестетик пропофол. Более того, он увеличивает эффективный рефрактерный период сердечного цикла (нормализация интервала Q-T), что соответствует фармакодинамике большинства антиаритмических препаратов [Миленин В.В., 1998]. Пропофол успешно применялся в стационаре для кардиоверсии, обеспечивая адекватную нейровегетативную защиту пациентов и способствуя уменьшению количества необходимых разрядов и величины эффективного электроимпульса (по сравнению с барбитуратами) [Куликов А.С. и соавт., 2003].

Нами был применен ПОФОЛ (пропофол) для кратковременной седации перед выполнением кардиоверсии на догоспитальном этапе у 5 больных с пароксизмом мерцательной тахиаритмии. В среднем, исходная ЧСС составляла 194±4 уд/мин. ПОФОЛ вводился в/в болюсно в дозе 1,5 мг/кг и через 12±2

---

сек приводил к выключению сознания больных при сохранении у них спонтанного дыхания и без развития критической артериальной гипотензии.

У всех пациентов в результате кардиоверсии был восстановлен синусовый ритм с ЧСС 85+6 уд/мин, причем лишь у одного потребовался повторный разряд. Величина эффективного импульса составила 150+25 Дж. Два пациента от последующей госпитализации отказались.

Таким образом, применение ПОФОЛА (пропофола) обеспечивает должную анестезиологическую защиту пациентов перед проведением синхронизированной кардиоверсии на догоспитальном этапе, что, в конечном итоге, расширяет арсенал эффективной антиаритмической терапии бригады скорой медицинской помощи.

## **ОПЫТ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ПОМОЩЬЮ МАГНИЯ СУЛЬФАТА**

**Ажеганов А.Е.**

*Удмуртская Республика, г. Воткинск, станция скорой медицинской помощи*

Авторы многих опубликованных ранее исследований использовали протоколы введения препаратов магния — внутривенную инфузию его в первые 24 -48 часов с момента госпитализации [2] [3]. Мною предложена и внедрена методика применения магния сульфата в качестве препарата первой линии непосредственно на этапе оказания скорой помощи [1]. Методика применения магния сульфата следующая: При клинике ОКС устанавливается катетер в периферическую вену, готовится смесь из 1,25 г магния сульфата (5 мл 25% раствора) и 15 мл 0,9% раствора натрия хлорида, вводится за 5-10 минут (контроль по субъективным ощущениям пациента: чувство лёгкого тепла в теле — критерий безопасной скорости введения), прочая терапия зависит от конкретной ситуации. Материалом исследования послужили больные из числа обслуженных бригадой интенсивной терапии (БИТ) с января 2001 года по июнь 2003 года, у которых имелась клиника ОКС с давностью от 30 минут до 6 часов. В качестве контрольной группы отобраны больные, которые обслужены БИТ, не использующей эту методику. Оценивались динамика болевого синдрома, проявления острой недостаточности кровообращения, данные ЭКГ (частота возникновения желудочковых нарушений ритма) и частота развития внезапной смерти в течение 6 часов по-

---

сле оказания помощи БИТ. Самыми впечатляющими оказались показатели летальности за 2,5 года. В контрольной группе (220 человек) летальность составила 13%. В основной группе летальность равна нулю. Снижение риска внезапной смерти в первые часы ОКС позволяет снизить общую летальность, т.к. после 6 часов частота фатальных нарушений ритма снижается в несколько раз. Это особенно ценно, т.к. мы не применяем предписываемые стандартом тромболитики и метопролол ввиду отсутствия достаточного финансирования службы скорой помощи. Данная методика позволяет также произвести более безопасную транспортировку в ближайшее кардиохирургическое отделение для оперативного лечения ИБС, что является общепризнанным окончательным способом устранения окклюзии коронарных артерий.

#### *ЛИТЕРАТУРА*

1. А.Е. Ажеганов. *Метаболическая коррекция магния сульфатом в неотложной терапии острого коронарного синдрома. Актуальные вопросы МКС; 8: 281-283. Петрозаводск, 2001год*
2. С.И. Явелов, О.В.Аверков и др. *Внутривенная инфузия сульфата магния не влияет на летальность больных с подозрением на ОИМ в период госпитализации. Кардиология 1996; 8: 54-56*
3. Harvey McConnell. *No Role For Magnesium Among High Risk Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. Lancet 2002; 360: 1189-96.*

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ СТАНДАРТИЗОВАННОЙ ТАКТИКИ ДИАГНОСТИКИ И СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПАЦИЕНТОВ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ И КЛИНИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ**

**Алекسانян Л.А., Наумов А.В.**

*МГМСУ, г.Москва, Россия*

Цель: изучение эффективности стандартизованной тактики ведения пациентов ВП на догоспитальном этапе.

Методы: исследование проведено у 108 пациентов, обратившихся на СМП за период 2002-2003 гг. в разных Федеральных округах РФ. Пациенты были рандомизированы на 2 группы по территориальному признаку. Критериями включения пациентов в I группу (56 пациентов) были: возраст более 18 лет

---

---

и предположение врача СМП о наличии ВП. Критерием включения пациентов во II группу (52 пациента) были: возраст более 18 лет; наличие трех или более из нижеперечисленных симптомов: появившийся или усилившийся кашель, одышка, боль в грудной клетке, связанная с дыханием, слизистогнойная или гнойная мокрота и лихорадка более 38 С с обязательным наличием одного из следующих: влажные хрипы, признаки уплотнения легочной ткани; а, так же отсутствие аллергических реакций на макролиды и цефалоспорины. В диагностический алгоритм были включены критерии оценки тяжести и факторов риска неблагоприятного исхода пневмонии. Оценивали частоту совпадений диагнозов на этапе СМП и в стационаре, исходы ВВП.

Результаты: В I группе при анализе клинических и рентгенологических данных диагноз ВП в стационаре не был подтвержден у 32% больных. При ретроспективном анализе было выявлено отсутствие у этих пациентов, предложенных диагностических критериев. Во II группе у 100% пациентов диагноз имел клиничко-рентгенологическое подтверждение. В I группе ни у одного пациента не была оценена сопутствующая патология, не оценена степень тяжести ВП, не проведена стратификация риска. На этапе СМП были назначены следующие препараты: анальгин у 24(62%) пациентов, антигистаминные у 19(50%), эуфиллин у 14(37%). Все больные были госпитализированы. В стационаре 48% пациентам назначен ампициллин, 26% — гентамицин, 26 % комбинация ципрофлоксацина и метронидазола. Во II группе у 20(38%) врачом СМП была отмечена сопутствующая патология, имеющая значение для прогноза исхода ВП. У 8(15%) пациентов, в соответствии с рекомендациями, было определено тяжелое течение пневмонии, в/в выполнена инъекция цефтриаксона и госпитализация в стационар. У 44(85%) пациентов определено не тяжелое течение пневмонии, после проведения стратификации риска летального исхода 12(23%) пациентов были оставлены на амбулаторное лечение и врачом СМП назначен кларитромицин. 36(69%) пациентов с нетяжелым течением ВП имели факторы риска, в связи с чем, также были госпитализированы, но врачом СМП на вызове был назначен кларитромицин. В I группе у 2(3,6%) пациентов пневмония закончилась летальным исходом. Во II группе летальных исходов не отмечено. В I группе пациентов в 38% случаев проводилась смена антибактериальной терапии в связи с её не эффективностью, во II группе лишь в 8% случаев. Средний койко-день пациентов I группы составил  $21 \pm 3$  дня, а пациентов II группы  $14 \pm 3$  дня.

Выводы: таким образом, проведенное исследование демонстрирует явные клинические преимущества стандартизованной тактики ведения пациентов ВП, включая все этапы оказания медицинской помощи.

---

# ТЕНДЕНЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

**Архипов И.В., Лушников А.В.**

*г. Саратов, Россия, ММУ "Городская станция скорой медицинской помощи"*

Приведённые ниже данные являются результатом анализа оказания скорой медицинской помощи (СМП) при критических состояниях населению г. Саратова (более 889000 чел.) в 1995-2002 гг. СМП при критических состояниях оказывается линейными бригадами и бригадами интенсивной терапии (БИТ) восьми городских подстанций и реанимационно-консультативными бригадами (РКБ) специализированной реанимационной подстанции.

Исследование деятельности РКБ выявило устойчивое увеличение количества больных, госпитализированных в стационары города, стабильно высокий показатель профильности вызовов — в среднем,  $98,2 + 0,01\%$ , уменьшение количества консультаций — линейным бригадам на  $25,9\%$ , а стационарам — на  $15\%$ , связанное с тем, что линейные бригады стремятся, с целью увеличения своевременности оказания СМП, максимально быстро доставлять больных с критическими состояниями в стационары; и, в большинстве ЛПУ г. Саратова открыты подразделения анестезиолого-реанимационной службы. Удельный вес реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, проводимых на вызовах, составляет  $9,4 + 0,2\%$ . За исследуемый период произошло увеличение нагрузки на БИТ (на  $23,0\%$ ). Выше стала профильность вызовов (на  $22,0\%$ ), показатели общей и профильной госпитализации и частота проведения интенсивной терапии (с  $1,8\%$  до  $15,0\%$ ). РКБ обслужено  $3,0 + 0,01\%$  всех поступивших вызовов; БИТ —  $5,0 + 0,02\%$ .

При сравнении показателей работы реанимационно-консультативных бригад и БИТ с показателями работы линейных бригад СМП, установлено: максимальным является удельный вес нагрузки на РКБ и БИТ в классе травм и несчастных случаев —  $20,1 + 0,1\%$  и нагрузка на РКБ и БИТ при оказании помощи больным в этом классе заболеваемости продолжает увеличиваться. В классе заболеваний доля РКБ и БИТ в оказании помощи больным составила  $7,9 + 0,03\%$ , однако, эти бригады обслужили наиболее тяжёлых больных, о чём свидетельствует повышенный процент госпитализации ( $74,1 + 0,2\%$  против  $13,0 + 0,04\%$  у линейных бригад). Анализ данных по оказанию СМП при критических состояниях в классе заболеваний показал: чем больше удельный вес класса заболеваний в общей заболеваемости населения, тем меньший процент критических состояний при этих заболеваниях обслуживается БИТ и РКБ. Логичным становится вывод, что все бригады СМП долж-

---

ны иметь подготовку, аппаратное, инструментальное и фармакологическое оснащение, соответствующее БИТ.

В реанимационные отделения ЛПУ г. Саратова по линии СМП поступают 23,0% пациентов, причём это — наиболее тяжёлые по состоянию больные, что подтверждается показателями летальности, которая, среди больных, поступивших в отделения реанимации и интенсивной терапии по линии СМП, достоверно больше в 3,2 раза, а досуточная — в 9 раз.

Таким образом, в результате проведённого анализа, выявлены следующие тенденции:

1. Возрастание нагрузки на БИТ и линейные бригады.
2. Доля больных с критическими состояниями, доставленных в стационары по линии СМП, является значительной, причём, по линии СМП в стационары поступают наиболее тяжёлые больные.
3. Остающаяся недостаточной доля РКБ и БИТ при оказании СМП при заболеваниях, сопровождающихся развитием критических состояний, делает необходимыми подготовку, оснащение и функционирование всех бригад как БИТ.

## **БОРЬБА С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Асамов Р.Э., Минаев Т.Р., Ахмедов Р.А., Хамидов Б.П., Мавлянов М.И.**

*г. Ташкент, Республика Узбекистан, отделение хирургии сосудов, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

При травмах конечностей одной из основных причин тяжелого состояния больных является острая кровопотеря. Причиной ее в условиях мирного времени чаще всего бывают колото-резанные ранения с повреждением магистральных кровеносных сосудов.

При резаных ранах в 60% случаев имеет место полное пересечение магистрального сосуда, и спустя небольшой период времени, вследствие рефлекторного спазма, заворота интимы или тромбоза наступает спонтанная остановка кровотечения. При колотых ранах, сопровождающихся чаще всего краевым повреждением сосуда, не может произойти такого спонтанного закрытия раневого отверстия, и потому отмечаются длительные и профузные кровотечения, приводящие к тяжелому геморрагическому шоку. Наиболее сложными в плане большой кровопотери являются одновременные повреждения как артерии, так и крупной магистральной вены (бедренная, повздошная, подклю-



---

чичная, яремная). К сожалению, на этапах доврачебной или даже первичной врачебной помощи далеко не всегда правильно выполняются мероприятия по временной остановке кровотечения. Исключительно редко поступают больные с грамотной и по показаниям наложенным кровоостанавливающим жгутом Эсмарха. В большинстве случаев при ранениях пальцев, кисти, н/3 предплечья, где для остановки любого кровотечения вполне достаточно хорошей давящей повязки применяются, так называемые закрутки, сделанные из проволоки, ремней, свернутых носовых платков, поясов и т.д., наложенные, "для увеличения эффективности" на нескольких уровнях. Это или бесполезно, или, особенно при венозных повреждениях — лишь усиливает кровотечение. Некоторые врачи-хирурги первичного звена лигируют сосуды, как правило, производят с захватом периферического нерва, что приводит к сильнейшему болевому синдрому и усугублению шокового состояния.

За прошедший год в отделение хирургии сосудов РНЦЭМП поступило в экстренном порядке 178 больных с повреждениями магистральных сосудов конечностей. Из них 54 (30,3%) — были в состоянии геморрагического шока различной степени, вызванного в большинстве случаев несвоевременно или неэффективно оказанной медицинской помощью. У 146 (82,1%) больных произведены реконструктивно-восстановительные операции, а у остальных 32 (17,9%) больных было выполнено только лигирование подкожных вен.

Выводы:

диагностика и доврачебная помощь, до сих пор еще остается не на должном уровне;

мероприятия по временной остановке кровотечения выполняются или неэффективно, или неправильно.

необходимо проводить разъяснительную работу среди врачей первичного звена и населения по оказанию первой помощи пострадавшим, что несомненно будет положительно влиять на результаты лечения больных с травматическими повреждениями

## **ТРАДИЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Баранов С.И., Баженова С.Я., Майкова Н.Ю.**

*г. Комсомольск-на-Амуре, РФ, станция скорой медицинской помощи*

Первая специализированная "терминальная бригада", которая стала прообразом кардиологической и противошоковой бригад, организована 27.11.69г.

---

С приходом на станцию врачей в 1975 году появились кардиологическая, противошоковая и педиатрическая бригады, в 1976 году — психиатрическая бригада, в 1977г. — бригада интенсивной терапии (БИТ) общего профиля.

На основании приказа МЗ РСФСР № 75 от 18.03.88г "О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению", определившего "организовать с 1988 года в составе станций скорой медицинской помощи бригады интенсивной терапии, предусматривая их количество к 1995 году до 50 % от общего числа выездных бригад", в составе МУЗ ССМП была организована в 1989 году неврологическая бригада, в 1990 году — БИТ (кардиологического профиля), а все специализированные бригады, кроме психиатрической, переименованы в БИТ. В 1993 году были дополнительно организованы 2 БИТ в центральном районе (педиатрическая и противошоковая), БИТ (обще-профильная) в Ленинском районе и утвержден "Алгоритм направления бригад на вызов". В 1993 году были разработаны "Положение о бригаде интенсивной терапии, в котором определены показания к вызову БИТ.

Более 10 лет БИТ использовались в двух вариантах: как общепрофильные БИТ и БИТ с внутрибригадной специализацией (кардиологического, неврологического, противошокового и педиатрического профиля) и их полной взаимозаменяемостью. В течение ряда лет проводилась корректировка алгоритмов направления бригад в зависимости от профиля, нагрузки и сложности вызова по клинико-статистическим группам.

Профильность специализированных бригад МУЗ ССМП по поводу к вызову и диагнозу: БИТ педиатрические — 95,1%-58,6 %, БИТ неврологическая — 97,5%-84,9%, психоневрологическая бригада — 99,1%-95,4%, БИТ кардиологические — 98,5%-82,5%, БИТ противошоковые — 99,3%-64,5 %, БИТ общепрофильные — 98,1%-79,7%.

Невысокий показатель профильности педиатрических БИТ связан с тем, что, в связи с низкой рождаемостью и обращаемостью детей в начале 90-х годов, были сокращены 2 бригады детской неотложной помощи. Тогда же было принято решение, что на все вызовы к детям должны направляться только педиатры, а к детям до 1 года с любым поводом к вызову врачи педиатрических БИТ, имеющие больший практический опыт и подготовку по неотложной педиатрии. Поэтому в данном случае неосложненные ОРВИ и другие инфекции у детей до 1 года были отнесены к категории непрофильных для педиатрических бригад.

Средний показатель загруженности специализированных бригад (9,1): кардиологические БИТ—9,1, неврологическая БИТ—8,3, противошоковые БИТ—10,1, педиатрические БИТ—8,3, БИТ общего профиля—9,8, психиатрическая бригада—8,9. Сложившуюся нагрузку считаем оптимальной (кроме педиатрических бригад).

---

Процент выполнения стандарта ниже у врачей БИТ общепрофильных (93,03% - 95,42% — БИТ с внутрибригадной специализацией, 91,22%-95,14% — общепрофильные БИТ). По нашему мнению, вероятность диагностических, лечебных и тактических ошибок больше отмечается на общепрофильных БИТ, в связи со значительными вариациями, как по классам заболеваний, так и по возрастному составу обслуживаемого контингента. Эти и другие данные, приведенные выше, подтверждают тот факт, что определение профильности БИТ, улучшает качество оказания экстренной медицинской помощи населению при наиболее тяжелых заболеваниях и состояниях.

В настоящее время в городе Комсомольске-на-Амуре сложилось трехуровневая смешанная модель структуры организации работы выездных бригад скорой медицинской помощи (СМП): линейная бригада + специализированная бригада + фельдшерская выездная бригада.

Таким образом, трехуровневая модель структуры организации ССПМ с внутрибригадной специализацией и полной взаимозаменяемостью БИТ наиболее приемлема в средне-крупном городе, где в поликлиниках отсутствуют условия для оказания медицинской помощи на дому в вечернее и ночное время и не внедрен в практику институт семейного врача.

## **СОСТОЯНИЕ ВИТАЛЬНЫХ СИСТЕМ — КРИТЕРИЙ РИСКА ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**

**Братищев И. В.**

*г. Москва, ГКБ им. С.П.Боткина, Выездной центр реанимации*

В последние годы возрастает удельный вес пострадавших с тяжелой сочетанной травмой (ТСТ) до 10-26,4% от всех пациентов с травмой. Летальность, как на месте происшествия, так и досуточная летальность достигает по данным различных авторов 65-80%. При ТСТ можно отметить наличие синдрома взаимного отягощения, когда опасность каждого повреждения намного увеличивается при совместном сосуществовании. Необходимо помнить и о понятие "золотого первого часа" — адекватность проведенной терапии витальных нарушений именно в этот период времени увеличивает шансы на благоприятный исход травматической болезни.

Выбор объемов терапии и риск транспортировки пострадавшего в стационар во многом обусловлен адекватной оценкой исходного состояния виталь-

---

ных систем пострадавшего. Нами разработана Шкала оценки витальных систем, как для целей внутригоспитальной, так и межгоспитальной транспортировки пострадавших с ТСТ. Оценка функции ССС производится по трем основным показателям, которые доступны практически в любых условиях: АД, ЧСС, ЦВД. В качестве дополнительного критерия включена доза вазопрессоров, необходимая для коррекции гемодинамики. Оценка функции респираторной системы осуществляется по трем показателям: FiO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub>, ПДКВ. Оценка ЦНС по Шкале ком Глазго. Данные показатели служат критерием степени сохранности компенсаторных механизмов организма и подразделяются на: компенсированное, субкомпенсированное и декомпенсированное их состояние.

Несмотря на кратковременность этапа транспортировки пострадавших, это мероприятие является потенциально дестабилизирующим фактором. Разделение пострадавших по указанным критериям и группам дает возможность правильно расставлять акценты в посиндромной терапии при подготовке пострадавших к транспортировке и определять степень риска ее проведения.

При применении этой методики у 23 пациентов с ТСТ при межгоспитальном транспортировании нами не отмечено ухудшения состояния транспортируемых пациентов. Летальных исходов в ближайшие 2-4 часа после транспортирования не было.

Таким образом, основные положения этой концепции приемлемы для подготовки пострадавших к транспортировке и ее выполнение в практике Скорой медицинской помощи, а так же в работе служб медицины катастроф.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

**Варганова Л.А.**

*г.Ижевск, медицинская академия*

Одной из проблем челюстно-лицевой хирургии является улучшение качества заживления травматических и операционных ран мягких тканей лица. Для решения этой задачи предлагаются различные способы. При этом идет поиск шовных материалов, обеспечивающих оптимизацию течения раневого процесса, фармакологические и немедикаментозные, в частности физиотерапевтические методы воздействия на рану.

В качестве шовного материала при первичной хирургической обработке ран мягких тканей лица нами использована нихромовая нить диаметром 0,2

---

мм., получившая распространение в абдоминальной хирургии. Данные литературы, а также проведенные нами экспериментальные исследования показали, что реакция тканей на имплантируемый материал (нихромовая мононить) значительно менее выражена по сравнению с традиционными шовными материалами, применяемыми при операциях на лице и сопоставима с полиамидной нитью.

В качестве послеоперационной повязки использовались салфетки, смоченные минеральной водой "Биола". Этот выбор объясняется тем, что, во-первых, эта жидкость обладает достаточной осмотической активностью, что обеспечивает дренирующую функцию, и тем самым, способствует эвакуации экссудата. Во-вторых, как показали проведенные на кафедре микробиологии ИГМА исследования, "Биола" обладает антибактериальной эффективностью по отношению к патогенной и условно-патогенной микрофлоре и стимулирует активность эубионтов, являющихся антагонистом патогенной. Это позволяет в отдельных случаях исключить назначение антибактериальных препаратов (антибиотиков) в комплексной терапии ран.

И, наконец, в послеоперационном периоде на рану проводилось воздействие низкоинтенсивным лазерным излучением в инфракрасном диапазоне (890 нм.) с лечебной дозой 40 мВт. Назначение этой процедуры определено сведениями о том, что низкоинтенсивная лазерная терапия в указанных параметрах стимулирует регенерацию микроциркуляторного русла и снижает патогенность микрофлоры.

Применение указанного комплекса лечения ран лица согласно клиническим данным и результатам функциональных методов исследования (локальная термометрия и инфракрасная доплерография) приводило к их хорошему заживлению без воспалительных осложнений и формированию качественного косметического рубца.

## **ОПЫТ СУБЛИНГВАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НИФЕДИПИНА ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ, ФАРМАКОЭКОНОМИКА**

**Вязников О.А., Блинова Е.П.**

*ССМП г.Сарапула Удмуртской Республики*

Вызова по поводу неосложненного гипертонического криза (ГК) составляют 10 % от всех вызовов скорой помощи и стоят на 2 месте в структуре вызовов.

---

---

Нами с 2002 года с успехом применяется при неосложненных ГК сублингвально нифедипин в дозе 0,01 - 0.02 г.

В 2002 году проведен анализ сублингвального применения нифедипина у 127 больных, из которых в 39 случаях применялся только нифедипин, в 94 случаях— нифедипин в сочетании с парантеральным введением некоторых традиционных препаратов. Контрольную группу составляли 100 больных, которым препараты вводились только парентерально.

У больных наблюдались следующие клинические проявления криза: головная боль— 91.1%, тошнота — 74,5 %, головокружение— 41,6 %, "мелькание мушек перед глазами"— 3,1 %.

Состояние у 29,1 % больных было расценено как удовлетворительное, у 70,9% — как средней тяжести. Средне-исходные данные: САД — 187 мм. рт. ст., ДАД — 104 мм. рт. ст., ЧСС — 82 в 1 мин.

Результаты:

1. В первых двух группах положительный эффект отмечался в 86,2 % через 5-8 мин. После начала лечения— снижение интенсивности головной боли, урежение частоты пульса, купирование кардиальной боли. Через 15 мин. АД снизилось на 13,6 % исходного. Отмечены побочные эффекты: покраснение лица — 8%, тошнота — 3,6%, сонливость — 0,7%

2. В контрольной группе положительный эффект наблюдался в 56% случаев, при этом снижение АД отмечалось на 9,8% исходного через 25 мин. Выявлены побочные эффекты: покраснение лица — 15%, тошнота — 8,3%, "парадоксальный " подъем АД в первые 5 мин. — 1%. Положительный эффект с низким % побочных явлений во 2 группе больных нами был расценен как результат первоначального действия сублингвального применения нифедипина.

Проведен фармако-экономический анализ по всем 3 группам.

Стоимость сублингвального применения нифедипина на 100 наблюдений составил 78 руб. Если эту стоимость принять за 1 единицу, то стоимость сублингвального применения нифедипина в сочетании с парентеральным введением традиционных препаратов на 100 наблюдений в 14,6 раз выше, а стоимость парентерального введения только традиционных препаратов — в 13,6 раза выше на 100 наблюдений.

Выводы:

Сублингвальное применение нифедипина при неосложненных гипертонических кризах дает быстрый положительный эффект с низким % побочных явлений, позволяет исключить травматичный для больного парентеральный путь введения лекарственных препаратов и экономически значительно дешевле.

---

# ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ИММУНИТЕТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Гетоева З. К.**

*г. Москва, ИЦ АГиП РАМН*

У женщин с привычным выкидышем в анамнезе и хронической смешанной бактериально-вирусной инфекцией нередко наблюдается дисбаланс системы иммунитета, в связи с чем, при подготовке к беременности в комплекс лечебных мероприятий включают иммуномодуляторы. Цель настоящей работы — исследование состояния иммунной системы и проведение сравнительной оценки влияния иглорефлексотерапии и медикаментозных иммуномодуляторов на параметры иммунитета у этих пациенток. Определяли субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови, концентрацию сывороточных иммуноглобулинов А, G и М классов, активность фагоцитоза, уровень циркулирующих иммунных комплексов и ревматоидный фактор.

Обследовано 100 женщин с невынашиванием в анамнезе и бактериально-вирусной инфекцией. Выявлены существенные изменения в иммунном статусе. Наиболее выраженным было снижение средних значений содержания Т-лимфоцитов, увеличение естественных киллерных клеток и В-лимфоцитов. Средние показатели содержания Т-лимфоцитов, относящихся к регуляторным субпопуляциям (CD4+ и CD8+), находились в пределах нормальных значений. Однако у более 50% женщин они были изменены. Существенных изменений факторов неспецифической защиты не выявлено. Отмечено увеличение количества женщин с положительными значениями ревматоидного фактора.

В зависимости от метода воздействия на иммунитет женщины были разделены на 2 группы, по 50 человек в каждой. В основной группе при подготовке к беременности в комплексное лечение включали иглорефлексотерапию, в группе сравнения применяли иммуномодуляторы. После проведенного лечения в обеих группах увеличилось содержание CD3+ и CD4+-клеток, отмечается увеличение фагоцитарной активности, а также снижение количества положительных значений ревматоидного фактора.

Таким образом, выявлен аналогичный эффект при применении этих двух различных видов иммунокорректирующей терапии.

---

## ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ И БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В АНАМНЕЗЕ

**Гетоева З. К.**

*г. Москва, НЦ АГиП РАМН*

Целью настоящего исследования было оценить течение и исходы беременности у женщин с инфекционным генезом привычного невынашивания после подготовки к беременности. Две рандомизированные группы женщин получали антибактериальную терапию с учетом индивидуальной чувствительности метаболическую терапию и иммунокоррекцию. В одной группе из 44 женщин с целью иммунокоррекции использовали сеансы иглорефлексотерапии (ИРТ), вторая группа женщин получали циклоферон и виферон по схеме. Несмотря на проведение патогенетически обоснованного лечения беременности протекали со значительным числом осложнений у пациенток обеих групп. В I триместре возникла клиника угрожающего выкидыша у 9 пациенток из основной группы и у 10 пациенток из группы сравнения. Произошло 5 самопроизвольных выкидышей: 3 в основной группе и 2 в группе сравнения. Во II триместре 2 пациенткам в плановом порядке была выполнена хирургическая коррекция ИЦН, у 9 пациенток наблюдалась клиническая картина угрозы прерывания беременности. Во II триместре беременности произошел 1 самопроизвольный выкидыш у пациентки из группы сравнения. В III триместре клиника угрожающих родов была у 14 пациенток (у 8 из основной группы, у 6 из группы сравнения). Динамическое наблюдение (однократно в каждом триместре) за течением беременностей и их исходом, обследование на наличие бактериально-вирусной инфекции показало, что активность инфекционных процессов в триместре практически не изменялась по сравнению с данными полученными вне беременности в обеих группах, но с течением беременности (II и III триместры) происходило повышение активности инфекционного фактора. Это объяснялось повышением частоты обнаружения бактериально-вирусных агентов в цервикальном канале и требовало проведения этиотропного лечения. Анализ исходов беременностей показал, что количество самопроизвольных выкидышей (6,52% в основной и 6,66% в группе сравнения) среди пациенток обеих групп было практически одинаковое и существенно отличалось от данных анамнеза. Использование иммуномодулирующей терапии позволяет более эффективно подготовить к беременности женщин с инфекцион-



---

ным генезом привычного невынашивания. В качестве иммунокоррекции можно использовать курсы ИРТ по своей эффективности не уступающие медикаментозной коррекции. Использование ИРТ вне беременности в комплексе с медикаментозными этиотропными препаратами способствует более низкой частоте осложнений гестационного процесса, особенно в I триместре, в 5 раз снижает вероятность самопроизвольного прерывания беременности.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ФЕКСОФЕНАДИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Дадыкина А.В., Т.Т. Торшхоева**

*Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи (ННПОСМП), кафедра клинической фармакологии и внутренних болезней Московского государственного медико-стоматологического университета.*

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность перорального применения Фексадина (фексофенадина) у пациентов с легкими формами острых аллергических реакций на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Исследование проводилось в летнее время года. Карты обследования больного с аллергической реакцией и исследуемый препарат были разосланы врачам СМП разных регионов России (Одинцово, Нефтеюганск, Пермь, Пятигорск, Белгород, Усть-Илимск, Северодвинск). При вызове к больному с симптомами острой аллергической реакцией легкой степени врач СМП заполнял в карте диагноз, предполагаемый аллерген, клинические симптомы и данные осмотра. Лечение проводили монотерапией Фексадина (фексофенадина) в дозе 120 мг внутрь. Эффект оценивался через 30 и 60 минут.

Критерии включения.

1) Остро возникшая легкая аллергическая реакция (локализованная крапивница, аллергический ринит, аллергический конъюнктивит).

2) Возраст пациентов > 12 лет.

Критерии исключения.

Гиперчувствительность к фексофенадану.

Беременность.

Кормление грудью.

Детский возраст до 12 лет.

Выраженные нарушения функции почек.  
 Язвенная болезнь желудка и 12-й кишки в фазе обострения.  
 Одновременный прием эритромицина, кетоконазола, антацидов.  
 Острое алкогольное отравление.  
 Острое наркотическое отравление.  
 Результаты исследования.  
 Согласно 36 картам обследования больные распределены следующим образом (таблица).

Диагноз	Количество больных	Пол	Возраст
Локализованная крапивница	20	женщин -14 мужчин - 6	30,6 ± 3,6 (от 16 до 52 лет)
Аллергический конъюнктивит	12	женщин -6 мужчин - 6	34,0 ± 7,4 (от 18 до 58 лет)
Аллергический ринит	4	женщин -2 мужчин - 2	32,5 ± 7,5 (от 25 до 40 лет)
Всего:	36	женщин -22 мужчин - 14	31,9 ± 3,1 (от 16 до 58 лет)

Наибольшее количество вызовов СМП было по поводу локализованной крапивницы (20 случаев), наименьшее — аллергического ринита (4 случая), аллергические конъюнктивиты заняли промежуточное положение (12 случаев). Половой состав выборки: преобладают женщины — 22, мужчин — 14. Локализованная крапивница: выраженная ограниченная уртикарная или папулезная сыпь имела в 20 случаях, кожный зуд — 20, гиперемия кожных покровов, склер — 8, заложенность носа, отечность глаз — 6, слезотечение, риноррея — 2. Аллергический конъюнктивит: инъецированность конъюнктивы отмечалась в 12 случаях, чувство жжения — 12, слезотечение — 10, гиперемия век — 8, отечность век и сужение глазной щели — 8, светобоязнь — 2. Аллергический ринит: затруднение носового дыхания или заложенность носа имело место в 4 случаях, чувство жжения — 4, выделение обильного водянистого слизистого секрета — 4, гиперемия носа — 2, чихание — 2. Через 30 минут отмечалось улучшение, купирование симптомов — через 1 час. Из 36 больных лишь у четырех (11,1%) однократный пероральный прием фексофенадина полностью не купировал острую аллергическую реакцию легкой степени. У двух больных с локализованной крапивницей через час сохранялись неинтенсивные высыпания в небольшом количестве на предплечьях, а у двух больных с аллергическим ринитом — жалобы на чувство жжения в носу. При этом не было ни одного случая побочного действия препарата и повторного вызова бригады СМП.

---

Вывод.

По данным исследования пероральный прием Фексадина (фексофенадина) в дозе 120 мг, однократно эффективен и безопасен при лечении больных с острой аллергической реакцией легкой формы на догоспитальном этапе.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ПЯТИГОРСКОЙ ССМП

**Дмитриенко И.А., Антонова Н.В., Полоскова В.И, Морев И.И.**

*г. Пятигорск, Муниципальное учреждение здравоохранения "Пятигорская станция скорой медицинской помощи"*

Целью нашей работы явился анализ внедрения на догоспитальном этапе стандарта лечения острого коронарного синдрома (ОКС), основанного на современных рекомендациях и данных доказательной медицины.

Проанализированы карты вызовов и стационарные истории болезни двух групп по 42 больных — основной и контрольной, которые не отличались по возрастному, половому составу, характеру и тяжести клинических проявлений ОКС: 39% больных лечились по поводу прогрессирующей стенокардии, 61% — ОИМ, 64% составляли мужчины, 61% больных в возрасте до 65 лет. В 89,1% случаев развился типичный болевой синдром, в 8,5% — астматический, в 2,4% — гастралгический вариант, 69,6% больных находились в состоянии средней тяжести, 17,4% — в тяжелом состоянии.

В контрольной группе отобран материал о тех случаях, когда лечение проведено в соответствии с устаревшими рекомендациями: "трехступенчатая схема обезболивания" применена у 100% больных, в 4,8% случаев применены Баралгин и Но-шпа. Нитраты использовались в 82,6% случаев в форме приема Нитроглицерина сублингвально. Гепарин 5 -10 тыс. ЕД — у 69% больных, бетаблокаторы вводились лишь у одного больного.

В основной группе, так как сублингвальный прием Нитроглицерина боль не купировал (у 56,5% больных в таблетках, у 43,5% — в аэрозоли), у всех больных сразу применялись наркотические анальгетики: 88% больных получали Морфин, 12% — Промедол. В 60,9% случаев применялась внутривенная инфузия нитратов (Нирмин), 8,8% больных получали тромболитическую терапию Стрептокиназой. В 91,2% случаев использован Гепарин в дозе 5000 ЕД, в 47% — Аспирин 325 мг, в 38% — бетаблокаторы (Анаприлин, Эгилок внутрь). У 4,8% больных основной группы на момент приезда бригады СП ОИМ был осложнен кардиогенным шоком. В этих случаях использовалась капельная инфузия Дофамина, Реополиглюкина.

---

При анализе результатов лечения на догоспитальном этапе обнаружено, что в основной группе 38 больных госпитализированы при купированном болевом синдроме и стабильных показателях гемодинамики, четверо больных с диагнозом прогрессирующей стенокардии отказались от госпитализации и наблюдались бригадами СП в течение суток — отрицательной динамики их состояния и ЭКГ не отмечалось. В основной группе не было случаев смерти больных в присутствии СП.

В контрольной группе — госпитализированы 32 больных, 5 отказались от госпитализации. Кроме того, важно отметить, что у 2 больных на момент приезда СП ОИМ был осложнен шоком, еще у 7 (16,7%) больных кардиогенный шок развился в процессе лечения линейной бригадой, причем 5 (11,9%) из них умерли в присутствии бригады СП. В обеих группах по 1 больному умерло во время лечения в стационаре на десятые и седьмые сутки. Общая летальность составила в основной группе — 2,4%, в контрольной — 16,7%. Группы различались по частоте эволюции ОКС без подъема ST в Q-ИМ: в основной группе — 2 больных (4,8%), в контрольной — 5 больных (11,9%).

Что касается осложнений во время лечения, то в основной группе у двух больных развилась гипотония во время введения Нирмина, купированная инфузией Дофамина. У одного больного основной группы в стационаре течение ОИМ осложнилось тромбоэндокардитом. В контрольной группе во время стационарного лечения ОИМ осложнялся у пяти больных: 1 — желудочковая тахикардия, 1 — аневризма левого желудочка, 3 — пароксизм мерцательной аритмии, в одном случае закончился фибрилляцией желудочков, клинической смертью и успешной реанимацией.

Таким образом, внедрение современных рекомендаций в практику бригад скорой помощи позволило значительно оптимизировать лечение ОКС и снизить летальность от ОИМ.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ АППАРАТОМ ДЭНАС ПРИ ИЗМЕНЕНИЯХ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Ездаков О.В.**

*г. Лиски, Воронежской области, Россия. Пункт Неложной Медицинской Помощи при ГУЗ отделенческой больнице ст. Лиски*

Артериальная гипертензия (АГ) — самый распространенный сердечно-сосудистый синдром во многих странах мира, сопровождающийся повышением си-

столического и диастолического АД (САД, ДАД). "Коварство" повышенного АД в том, что, часто не обнаруживая себя клинически, оно ведет к развитию грозных сердечно-сосудистых осложнений - ишемической болезни сердца (ИБС) и мозгового инсульта (МИ). Исследования показывают более тесную связь АД и МИ, чем АД и ИБС (И.Е.Чазова и соавт. 2003г.). Поэтому АД требует активной терапии на догоспитальном этапе. Метаанализ проспективных наблюдений показал, что падение ДАД на 5 мм рт.ст. или САД на 9 мм рт.ст. снижает риск развития инсульта на 35-40%, а ИБС на 20% (MacMahon и соавт, 1990г.).

Целью настоящей работы явилось изучение и анализ эффективности применения чрескожной электронейростимуляции ДЭНАС при изменениях АД на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Все исследуемые были разбиты на 4 группы: 1-я группа — АД ниже 120\80 мм рт.ст.-5; 2-я — АД 140-159\90-99 мм.рт.ст.-4; 3-я — АД 160-179\100-109 мм.рт.ст.- 6; 4-я — АД > 180\ >110 мм рт.ст.-8. На вызове, после опроса и осмотра, выведения диагноза, для купирования изменения АД применялся ДЭНАС, генерирующий электромагнитные колебания по амплитуде и частоте идентичные потенциалам действия одиночных нервных волокон, которым воздействовали на биологически активные зоны и точки, благодаря формированию стойкой саногенетической функциональной системы, антиноцицептивному эффекту, и стресс-лимитирующему действию добивались оптимизации показателей АД. Воздействие в течение 1-5 минут на шейно воротниковую область. Результаты измерений приведены в таблице:

Функциональный показатель (средний)	1-я группа		2-я группа		3-я группа		4-я группа	
	САД	ДАД	САД	ДАД	САД	ДАД	САД	ДАД
До воздействия ДЭНАС на БАЗ и БАТ	100.0	60.0	140.0	90.0	163.3	96.6	203.75	107.5
Сразу после воздействия ДЭНАС на БАЗ и БАТ	110.0	66.6	126.25	80.0	149.2	90.0	175.0	100.0
% от исходного	10	11	9.8	11.1	8.63	6.83	14.1	6.97
Чз 5 мин. после воздействия ДЭНАС на БАЗ и БАТ	110.0	66.0	125.0	80.0	146.6	85.0	161.25	95.0
% от исходного	10	11	10.7	11.1	10.2	12.0	20.85	11.6

Выводы:

1. Применений ДЭНАС на догоспитальном этапе при АД позволяет быстро оптимизировать показатели АД, ведет к улучшению самочувствия и общего состояния пациентов.
2. Снижение АД идет по оптимальным показателям, уменьшается разница между САД и ДАД, нормализация ДАД идет более медленно, что исключает осложнения со стороны органов и систем.
3. Применений ДЭНАС на ПНМП несложно по методике, имеет минимум противопоказаний, применимо у пациентов любого возраста.

---

# ЗНАЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Землянухин Э.П., Никонович С.Д., Тарасов Н.И., Макаров С.А.**

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи. г. Кемерово.  
Кемеровский кардиологический диспансер*

Целью исследования явился анализ деятельности и оценка эффективности консультативного отдела Станции скорой медицинской помощи (ССМП) г. Кемерово.

Аналізу подвергнуто 684 зарегистрированных обращений в ССМП с поводом "высокое артериальное давление".

92% обратившихся имели длительный анамнез артериальной гипертензии (АГ) и установленный диагноз, у остальных 8% АГ отмечена впервые пациентами или их родственниками. Возраст пациентов варьировал от 31 и до 92 лет. Основное количество обратившихся в ССМП зарегистрировано с 18 до 23 часов. Из всех обратившихся 48% были с установленным диагнозом АГ и рекомендованными врачом назначениями, а соблюдали их лишь 22%. У этих пациентов повышение АД связывали с предшествующими стрессовыми ситуациями (62%) либо неадекватной гипотензивной терапии (38%). Из всех обратившихся в ССМП 64% было достаточно рекомендации по телефону врача-консультанта о необходимых лечебных мероприятиях, эффективность которых отмечали по контрольному звонку по истечении 30-40 мин. Лишь у 36% обратившихся потребовался выезд бригады ССМП, врачебной (в 19%) или фельдшерской (16%), в связи с отсутствием эффекта от полученных рекомендаций врача - консультанта.

Таким образом, основная часть пациентов с установленной АГ не придерживается современной стратегии регулярного, постоянного приема лекарственных препаратов. 52% пациентов получает лишь монотерапию, что также ставит под сомнение эффективность лечения. Большинству пациентов (64%) не требуется выезда бригады ССМП, которую может заменить консультация по телефону квалифицированного врача, это в свою очередь открывает перспективы для уменьшения нагрузки выездных бригад ССМП и сокращения финансовых затрат, связанных с их материально-техническим обеспечением.

---

# ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНГИОГРАФИИ И ТРЕХМЕРНОГО КАРТИРОВАНИЯ СОСУДОВ В ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Зубарев А.В., Башилов В.П., Маркова Е.Н., Гажонова В.Е.**

*г. Москва, Кафедра лучевой диагностики УНЦ МЦ Управления делами Президента РФ*

Цель: Изучить возможности ультразвуковой ангиографии с трехмерной реконструкцией сосудов в диагностике узловых образований щитовидной железы, а также оценить эффективность и преимущества данного метода в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных образований щитовидной железы.

Материалы и методы: 23 пациентам с узловыми образованиями щитовидной железы в возрасте от 45 до 70 лет проводилось комплексное УЗ исследование с использованием ультразвуковой ангиографии и трехмерной реконструкцией сосудов на аппаратах экспертного класса. При трехмерной реконструкции на фронтальных срезах определялись размер, количество, структура образований, а также их локализация. Определялась степень васкуляризации паренхимы щитовидной железы, а также типы сосудистого рисунка объемных образований (аваскулярный, перинодулярный, смешанный, интранодулярный), оценивали ход сосудов, их диаметр, степень инвазии окружающих тканей опухолью. Верификацию диагноза проводили при гистоморфологическом исследовании операционного материала.

Результаты: У обследуемых пациентов были выявлены в В-режиме различные по структуре образования. Дифференциальная диагностика была затруднена из-за сходства эхографической картины. УЗ ангиография за счет оценки васкуляризации узла дала дополнительную информацию в дифференциальной диагностике. Аденомы фолликулярного строения (6 случаев) имели смешанный тип кровотока (пери- и интранодулярный). Наличие гипэхогенного ободка по периферии обусловленного прежде всего сосудистым компонентом (подтверждено УЗА), позволило предположить доброкачественный процесс. Гистоморфологический диагноз подтвердил наличие фолликулярной аденомы. В случае многоузлового коллоидного зоба (12 наблюдений) эхографическая картина была представлена узлами всех эхографических типов. УЗА значительно повысило точность диагностики. В ткани железы отмечалось нарушение хода сосудов, их оттеснение к периферии с последующим формированием сосудистого ободка, обусловленное сдавлением сосудов уз-

---

ловой тканью. Данная картина позволила верифицировать число образованных и предположить доброкачественный процесс.

Выводы: УЗ ангиография с использованием трехмерной реконструкции сосудов значительно повышает специфичность и чувствительность данного метода, а в сочетании с пункционной биопсией позволяет практически в 100% случаях верифицировать диагноз и оптимизировать лечение.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТА "ГРАДИЕНТ-4" ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИТКАНЕВОГО ДАВЛЕНИЯ**

**Иванов В.И., Прохорский Д.А., Янковский В.Ю.**

*Россия, г. Ростов-на-Дону ГУЗ РОКБ, г. Волгодонск БМСП*

В результате террористического акта при взрыве многоэтажного жилого дома 16 сентября 1999 года в г. Волгодонск от разрушения зданий и взрывной волны получили травмы 1091 человек. Госпитализированы в травматологическое и хирургические отделения БСМП г. Волгодонска — 165, оказана амбулаторно-поликлиническая помощь 926 пациентам. Все травматологи, хирурги, нейрохирурги, окулисты и другие специалисты приняли участие в оказании помощи. Через 3 часа после взрыва из ОКБ г. Ростова-на-Дону прибыла 4 первая группа опытных специалистов, а через 5 часов после взрыва работали 42 травматолога и хирурга из г. Ростова и ближайших городов и районов области.

Больных с закрытыми переломами длинных трубчатых костей среди пострадавших было 31, также под наблюдением находилось 42 пациента с обширными гематомами мягких тканей конечностей. За этими больными проводилось врачебное динамическое наблюдение и для диагностики острого внутритканевого гипертензионного синдрома (ВТГС) использовались клинические проявления: боль, побледнение конечностей, "натянутость" и блеск кожных покровов, нарушение пульса и чувствительности в дистальных отделах конечности. Но клинические проявления не могут быть объективны при большом количестве травмированных, поступивших одновременно.

Нами предложено устройство для неинвазивной диагностики ВТГС, которое носит название "Градиент-4" (патент РФ № 2166905). Это устройство позволяет одновременно измерять внутритканевое давление (ВТД) в здоро-



---

вых и травмированных сегментах конечностей, а по их отношению диагностировать ВТГС.

У всех травмированных с подозрением на клинические проявления ВТГС травматологом ОКБ выполнялся диагностический мониторинг аппаратом "Градиент-4". У больных с показаниями ВТД между 20 и 30 мм рт. ст. проводили консервативные мероприятия по предупреждению нарастания ВТД. Если ВТД превышало 30 мм рт. ст. и оставалось стабильным более 4 часов, то в 5 случаях прибегли к операции фасциотомии — на голени — 2, бедро — 2, плечо — 1. При этом выполнялось удаление гематомы, мелких костных осколков, разрозненных мышц, а при переломах костей операция завершалась чрескостным остеосинтезом спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации. Во всех наблюдениях удалось сохранить конечности и добиться сращения переломов.

Таким образом, устройство "Градиент-4" позволяет объективизировать процесс повышения ВТД и в соответствии с этим применять адекватное лечение при массовом поступлении пострадавших.

## **РОЛЬ ТРАВМАТОЛОГОВ ОКБ В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Иванов В.И., Попов В.В., Федотов И.Г., Елфимов А.Л., Прохорский Д.А.**

*Россия, г. Ростов-на-Дону, ГУЗ Ростовская областная клиническая больница*

Оказание экстренной консультативной помощи в районах и городах Ростовской области (РО) является одним из важных разделов работы травматологов Ростовской областной клинической больницы г. Ростова-на-Дону. РО разделена на 43 района и включает 11 городов с населением около 4,5 млн. человек. Связь с ЛПУ в территориях осуществляется через отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи (ЭПКМП), которое оснащено современной компьютерной системой аудиоконтроля поступающей информации и одновременной записью по 8 каналам и длительным хранением имеющейся информации.

При чрезвычайных ситуациях или массовых поступлениях пострадавших в любое хирургическое или травматологическое отделение РО информация немедленно поступает в отделение ЭПКМП РОКБ, и формируется врачебная

---

бригада, наиболее часто она состоит из травматолога, нейрохирурга и торакоабдоминального хирурга. Зная о состоянии больных, предлагаемых операциях, травматолог берет набор операционных инструментов, металлоконструкции и, обязательно, аппарат "Градиент-4" (патент РФ №2166905), который позволяет неинвазивно определять внутритканевое давление (ВТД) для диагностики острого внутритканевого гипертензионного синдрома (ВТГС) у больных с закрытыми диафизарными переломами конечностей. При критических цифрах ВТД и клинических проявлениях выполнялись фасциотомии для предупреждения тяжелых последствий этого грозного осложнения закрытых травм конечностей.

За 2000 - 2002 гг. травматологи РОКБ выезжали в районы области 1669 раз. Ими выполнено 312 операций (первичная или отсроченная хирургическая обработка открытых переломов — 23, остеосинтез диафизарных переломов длинных трубчатых костей различными способами — 84, фасциотомии в этой группе выполнены в 34 случаях, остеосинтез эпиметафизарных переломов — 49, операции на суставах: тазобедренном — 43, коленном — 21, голеностопный — 22, локтевой — 19; операции на позвоночнике — 17, тазе — 7; одномоментное вправление вывихов шейных позвонков — 23, прочие — 14).

Таким образом, мы считаем, что работа травматологов РОКБ по линии отделения ЭПКМП имеет существенное практическое значение для оказания квалифицированной специализированной помощи в регионах РО и способствует внедрению новых технологий лечения пострадавших, например, аппаратные варианты остеосинтеза, методики фиксации переломов по технологии АО, объективизация диагностики ВТГС и внедрение фасциотомии при закрытых переломах длинных трубчатых костей.

## **СРОКИ И ВАРИАНТЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ**

**Иванов В.И., Голубев Г.Ш., Татьянченко В.К., Елфимов А.Л.,  
Иванов Д.В., Шлычков А.П.**

*ГУЗ РОКБ, РостГМУ г. Ростов-на-Дону, БСМП №1 г. Шахты.*

Проанализирован опыт лечения больных за последние 3 года в травматологических отделениях РОКБ г. Ростова-на-Дону и БСМП №1 г. Шахты с пе-

---

реломами нижних конечностей в сочетании с повреждениями других органов, тканей, переломов костей скелета.

На основании наблюдений выработан алгоритм действий травматологов: детальный осмотр пострадавших в приемном отделении, по показаниям интубация, больной быстро доставляется в операционный блок, где выполняется катетеризация центральной или периферической вены и адекватная инфузионная терапия с введением обезболивающих препаратов, временная остановка кровотечения, иммобилизация сломанной конечности; катетеризация мочевого пузыря, пункции плевральных полостей, лапароцентез по Закурдаеву, рентгенография, КТ, УЗИ, операции на полостях по доминирующим признакам повреждения. После стабилизации витальных показателей решаются лечебные вопросы с переломами конечностей.

В анализируемой группе было 108 пострадавших с переломами нижних конечностей. Открытых переломов костей бедра, голени было 23.

У этих больных выполняли ПХО и фиксацию костных отломков аппаратами Илизарова или стержневыми аппаратами разных конструкций, а также аппаратом оригинальной конструкции (АС 1666092). И только в 3 наблюдениях, при вторично открытых переломах воспользовались накостным остеосинтезом. У этих больных остеосинтез выполнен в первые 5 часов с момента поступления в стационар, т.к. оказание помощи проводилось параллельно 2-мя бригадами хирургов или нейрохирургов и травматологов.

При закрытых переломах костей нижних конечностей мы выполняем остеосинтез на 7-12 сутки. Однако, при закрытых переломах длинных трубчатых костей обязательным условием ведения больных является аппаратный мониторинг внутритканевого давления (ВТД) аппаратом "Градиент-4" (патент РФ № 2166905), который позволяет неинвазивно одновременно измерять ВТД на поврежденном и здоровом сегменте.

Если ВТД было больше 30 мм рт. ст. и держалось более 4 часов, то у 17 больных выполнялась срочная операция — декомпрессивная фасциотомия и чрескостный остеосинтез. У больных с закрытыми переломами бедра остеосинтез выполнялся следующими способами: накостный остеосинтез — 17, интрамедуллярный — 19, аппаратный — 15; кости голени: остеосинтез аппаратами внешней фиксации — 18, пластинами — 26, интрамедуллярный — 13.

Отдаленные результаты сроком более года прослежены у 92 больных. Хорошие и удовлетворительные результаты получены в 76 (83%) случаях.

---

## **РОЛЬ МОНИТОРА "STRYKER" В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ВНУТРИТКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОН- НОГО СИНДРОМА (КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА) У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Иванов В.И., Голубев Г.Ш., Татьянченко В.К.,  
Прохорский Д.А., Иванов Д.В., Елфимов А.Л.**

*ГУЗ РОКБ, РостГМУ г. Ростов-на-Дону*

Только на основании клинических проявлений достоверно установить диагноз ОВТГС м-сложно. Эффективным методом лечения данного синдрома является декомпрессивная фасциотомия. Но многие травматологи, хирурги не могут преодолеть в себе барьер, выполняя фасциотомию, перевести закрытый перелом в открытый.

На базе травматологического отделения РОКБ г. Ростова-на-Дону для топической диагностики ОВТГС мы используем для инвазивного исследования монитор фирмы "Stryker" REF 295-1 у 18 пациентов с закрытыми переломами длинных трубчатых костей конечностей и клиническим проявлениями ОВТГС.

Монитор портативен, легок, свободно помещается в кисть врача, просто и быстро собираются стерильные детали для одноразового измерения ВТД, на дисплее четко высвечиваются цифры внутрифасциального давления в мм рт.ст. Данный аппарат позволяет исследовать ВТД не только с помощью иглы, но и катетера, который оставляется в тканях для динамического наблюдения на 24-48 часов.

Эти измерения проводили у пациентов с закрытыми переломами диафизов длинных трубчатых костей с клиникой ОВТГС. В этой группе пострадавших было 3 с переломами плеча. 2 — предплечья, переломы бедра были у 5 и у 8 — переломы костей голени. Для введения иглы монитора в фасциальные мышечные образования пользовались точками анатомической ориентации, разработанными профессором В.К. Татьянченко.

У 13 пациентов на основании клинических проявлений, данных неинвазивного исследования ВТД аппаратом "Градиент-4" и инвазивного исследования с помощью монитора "Stryker" прибегли к декомпрессивной фасциотомии с удалением гематомы, размозженных участков мышц, свободно лежащих мелких костных осколков и завершающим этапом являлся остеосинтез аппаратами внешней фиксации. У 5 травмированных в момент операции использовался монитор "Stryker" для определения ВТД. В 3 наблюдениях использовался катетер, который оставляли в мышцах до 36 часов для динамического мониторинга ВТД.

---

Выводы: 1. У больных с клиническими проявлениями ОВТГС (компаратмент-синдрома) высокими цифрами ВТД, необходимо для топической диагностики использовать инвазивное исследование с помощью монитора "Stryker".

2. Необходимо шире использовать декомпрессионную фасциотомию при клинических проявлениях ОВТГС, подтвержденного объективными способами исследования ВТД.

## **ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ И СТАЦИОНАРА В РАЙОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ**

**Каргинов В.П., Каирова Т.И., Слепушкин В.Д.**

*г.Беслан, Республика Северная Осетия-Алания, Россия, Правобережная центральная районная клиническая больница, Северо-Осетинская медицинская академия*

В районной центральной клинической больнице станция скорой помощи является структурным подразделением ЛПУ на правах отделения. Круглосуточно в районе с населением около 60 тыс. человек дежурят 6 машин скорой помощи на базе автомобилей УАЗ и "Газель". Все бригады являются врачебно-сестринским, одна из которых — кардиореанимационной. Бригады укомплектованы стандартными наборами врача скорой помощи. Кардиореанимационная бригада оснащена дополнительно аппаратом ИВЛ типа ФА-ЗА-11 с питанием от бортовой сети, электрокардиографом, дефибриллятором, нембулайзером, противошоковым костюмом "Каштан".

Старший врач смены отделения скорой помощи отчитывается в больнице на утренней конференции, которую ведет профессор, руководитель клиники интенсивной терапии, анестезии и реанимации. Врачи скорой помощи по графику дежурят и в качестве врачей приемного отделения стационара, участвуют в работе лечебно-консультационной комиссии, в патологоанатомических конференциях. Один раз в три года врачи скорой помощи проходят цикл тематического усовершенствования по реанимации и интенсивной терапии на базе кафедры анестезиологии и реанимации и/или цикл по неотложной кардиологии и терапии на базе кафедры терапии факультета последипломного образования медицинской академии.

Больные и раненые, доставленные в стационар, в зависимости от тяжести состояния госпитализируются на критические койки (если требуется ИВЛ, гемодинамическая поддержка, активные методы детоксикации- ASA IY - Y),

---

койки отделения интенсивной терапии (ASA III-II) или в отделение восстановительного лечения (ASA II-I). За правильным соблюдением формуляра лекарственного лечения на догоспитальном этапе оказания врачебной помощи следит клинический фармаколог ЛПУ.

Преимственность в оказании помощи больным и раненым на догоспитальном и госпитальном этапах позволяет улучшить прогноз, уменьшить койко-день, снизить число осложнений и летальность.

## **ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ "АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ"**

**Козлов С.Ю., Вязников О.А., Блинова Е.П.**

*ССМП г.Сарапула Удмуртской Республики*

В свете реализации Программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии" на станции скорой медицинской помощи г.Сарапула Удмуртской Республики с 2001 года успешно работает для населения школа "Артериальная гипертензия".

За период с ноября 2001 года по май 2003 года проведено 16 занятий школы. Прошло обучение — 750 чел., что составляет 0,9% взрослого населения города или 19,1% лиц, страдающих гипертонической болезнью.

Для слушателей школы разработаны:

-паспорт школы

-методическое пособие по правилам измерения АД

-комплексы ЛФК для лиц, страдающих ГБ

К работе в школе привлекались:

-кардиологи

-неврологи

-специалисты ЛФК

-психологи

-священослужители

-врачи и фельдшера ССМП

С целью повышения профессионального уровня преподавателями ИГМА и сотрудниками Республиканского кардиодиспансера проведена кустовая конференция с медицинскими работниками по вопросам профилактики и лечения гипертонической болезни.

Для больных, страдающих ГБ на ССМП открыта консультативная телефонная линия. Работа школы неоднократно освещалась в СМИ- радио, телевидение (местное и республиканское), печать (местная и республиканская).

---

Об опыте работы школы доложено на Республиканском Дне кардиолога. Проведен сравнительный анализ вызовов скорой помощи по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы, при этом отмечается снижение количества вызовов:

- с гипертоническими кризами— на 1,5%
- с ОНМК— на 0,3%
- с ОИМ— на 0,1%

Это в какой-то мере может говорить об опосредованном влиянии работы школы на структуру вызовов скорой помощи по поводу данной патологии.

Выводы:

1. Школа "Артериальная гипертензия " является востребованной у населения и создание подобных школ необходимо во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях ,начиная с ФАП.
2. Прослеживается тенденция к снижению количества вызовов скорой помощи по поводу ГБ и ее осложнений

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА В УСЛОВИЯХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Криполенов В.А., Никовович С.Д., Землянухин Э.П., Тарасов Н.И.**

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи. г. Кемерово.  
Кемеровский кардиологический диспансер*

Целью исследования явилось изучение эффективности гипотензивной терапии при гипертонических кризах на догоспитальном этапе врачами и фельдшерами Скорой медицинской помощи (СМП).

Аналізу подвергнуто 605 карт вызовов СМП с диагнозами больных:

Гипертоническая болезнь. Гипертонический криз (ГК). В 52% случаев на вызов направлены врачебные, в 48% — фельдшерские бригады СМП. В группе исследуемых преобладали женщины (63,2%), средний возраст 66,4±5,6 лет. Цифры систолического артериального давления (САД), регистрируемые при двукратном измерении по методу Короткова варьировали от 174 до 218, диастолического (ДАД) от 96 до 112 мм.рт.ст.

Для купирования ПС в 48,6% случаях использовали сублингвальное назначение 20 мг коринфара: достигнуто снижение уровня САД через 30 мин на

---

27 (15%) мм.рт.ст. от исходного. В 18,7% использовано внутривенное болюсное введение 1 мг клофелина:

снижение САД на 46 (21,1%) мм.рт.ст. от исходного. Сочетание сублингвального назначения коринфара в дозе 10 мг и 1 табл нитроглицерина у 12,7% пациентов способствовало снижению САД на 42 (21,8%) мм.рт.ст. от исходного. В 20,0% случаях использовано сочетание дибазола в дозе 50 мг и дроперидола 5 мг в/в болюсным введением, при этом достигнуто снижение САД на 26 (14,4%) мм.рт.ст. от исходного.

Качество оказания медицинской помощи: частота применения и количество гипотензивных препаратов, а также гипотензивный эффект и осложнения (побочные эффекты) достоверно не различались при анализе деятельности врачебных и фельдшерских бригад. Персонал бригад СМП действовал в соответствии с алгоритмами купирования гипертонических кризов. Преимущественное сублингвальное использование коринфара с постепенным гипотензивным эффектом при высоких цифрах САД следует рассматривать как препарат выбора догоспитального этапа лечения гипертонических кризов, при отсутствии противопоказаний.

## **СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Липатов В.А.**

*г. Курск, Курский государственный медицинский университет*

В связи с расширением показаний к хирургическому лечению заболеваний органов брюшной полости и отсутствием надежных средств профилактики, число послеоперационных спаечных осложнений продолжает оставаться высоким. Актуален вопрос тактики в отношении больных со спаечной болезнью брюшины (СББ) и на догоспитальном этапе.

По нашим данным доля вызовов к пациентам по поводу острых хирургических заболеваний колеблется в пределах от 3,0 до 7,9% , причем, 22,3% из них к больным, ранее перенесшим хирургическое вмешательство на органах брюшной полости. СББ среди данной категории больных занимает лидирующее место (59,8%), а спаечная кишечная непроходимость (СКН) составляет 17,2% среди всех больных хирургического профиля.

Наиболее ответственным при выборе тактики ведения таких пациентов на догоспитальном этапе является определение показаний для госпитализации. Абсолютными показаниями к госпитализации в хирургический стацио-



---

нар мы считаем наличие признаков острого нарушения пассажа пищевых масс (схваткообразные боли, задержка стула и газов, вздутие живота, тошнота с последующей неукротимой рвотой) и перитонита. Немаловажными в диагностике СКН является проверка некоторых специфических симптомов. Случаи сомнения в необходимости госпитализации или, по крайней мере, консультации хирурга такого больного не редки. На вызове часто приходится дифференцировать кишечную колику и приступ СББ, осложненный СКН, что проблематично в условиях скорой помощи. В связи с этим в сомнительных случаях необходимо склоняться в сторону госпитализации пациента.

Большинство больных со СББ и СКН находятся в средне тяжелом (41,1%) и удовлетворительном (29,2%) состоянии и не требуют специального лечения. Тем не менее, при наличии схваткообразных болей на догоспитальном этапе показано введение спазмолитических средств. Нередко СКН развивается у пожилых пациентов с тяжелой патологией органов дыхания и кровообращения. У таких больных электролитные и метаболические расстройства, возникающие при СКН, усугубляют течение фонового заболевания и утяжеляют состояние, что требует его коррекции уже на догоспитальном этапе. В такой ситуации оправдано назначение кардиотонических и противошоковых средств, реолитиков, препаратов калия. Показаны ингаляции увлажненного кислорода через маску или эндоназальный катетер, особенно при необходимости длительной транспортировки.

Таким образом, СББ и СКН является частым состоянием в практике врача скорой помощи, которое требует тщательной дифференциальной диагностики, правильного выбора тактики и терапии на догоспитальном этапе.

## **ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЗОНЕ ПЕРЕЛОМА МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ**

**Мальцев А.Ю.**

*г.Ижевск, медицинская академия*

Известно, при травматических переломах костей происходит нарушение микроциркуляции в зоне повреждения, что задерживает динамику консолидации. При этом процессы репарации костной ткани находятся в зависимости от скорости восстановления кровообращения. Поэтому результаты ис-

---

следования состояния микроциркуляторного русла могут служить одним из показателей динамики заживления перелома.

Проведен анализ восстановления микроциркуляции методом инфракрасной доплеровской флоуметрии. у 100 больных с закрытыми переломами мышечного отростка нижней челюсти. Все больные были разделены на три группы: первая — 60 человек, репозиция и фиксация отломков у которой производилась при помощи разработанного нами компрессионно-дистракционного устройства; вторая группа - 20 больных, лечение которых проводилось при помощи ортопедических конструкций (двучелюстные проволочные шины); третью группу составили 20 пациентов, которым производилось оперативное лечение - остеосинтез проволочным швом. Исследование проводили в день поступления больного до начала лечебных мероприятий, а затем на 7, 14, 21 и 28 день.

При анализе полученных результатов выявлено, что у больных 1 и 2 групп на 7 - 14 дни появляются более ритмичные и упорядоченные осцилляции, однако, еще не соответствующие нормальной картине. У больных 3 группы такая картина появлялась лишь на 28 день. Следует отметить, что даже на 28 день ни в одном случае во всех группах не наступало полного восстановления микроциркуляции. Однако при сравнении показателей, полученных у различных групп больных, определяется, что у пациентов первой и второй групп динамика нормализации осцилляций была сопоставимой и проявлялась достоверно более выраженной, чем у пациентов третьей группы. Это объясняется тем, что при оперативном вмешательстве происходит дополнительное разрушение сосудистого русла, кроме того, присоединяется воспалительный компонент, в патогенезе которого наряду с другими лежат и микроциркуляторные нарушения.

Таким образом, восстановление микроциркуляторной гемодинамики у больных, которым при лечении перелома мышечного отростка применялся компрессионно-дистракционный аппарат происходило в такие же сроки, как и у больных, у которых при лечении этих повреждений использовался ортопедический метод.

---

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ГОРОДА СМОЛЕНСКА

**Маркова Т.А.**

*г. Смоленск, медицинская академия, педиатрический факультет*

Цель исследования — изучить динамику развития острых аллергических заболеваний у детей, проживающих в регионе с сочетанным влиянием антропогенных факторов и низкого содержания йода в природных источниках.

По данным станции СМП острые аллергические заболевания среди детского населения города Смоленска составили: в 1996г. — 5,1% от всех вызовов к детям, в 1997г. — 6%, в 1998г. — 4,9%, в 1999г. — 5,9%, в 2000г. — 5,7%, в 2001 г. — 5,7%. Вместе с тем, анализируя частоту вызовов СМП к детям в возрастном аспекте, было выявлено, что чаще всего скорую медицинскую помощь по поводу острых аллергических заболеваний вызывали к пациентам первого года жизни (9,2%).

Проведя анализ полученных показателей, нами был выявлен достоверный рост ( $p < 0,05$ ) крапивницы и отека Квинке у детей 7-13 лет в 1,5 раза и 13-15-ти лет в 3 раза, наметилась тенденция к росту острых аллергических заболеваний (БОС и крапивница) у детей раннего и дошкольного возрастов.

Сопоставив полученные результаты динамики острых аллергических заболеваний у детей с содержанием отдельных ингредиентов атмосферного воздуха в городе Смоленске, была выявлена следующая закономерность. Повышение содержания пыли, окиси углерода, окислов азота в атмосферном воздухе сопровождалось ростом крапивницы, отека Квинке, бронхообструктивного синдрома среди детского населения города Смоленска.

Таким образом, можно предположить, что развитие острых аллергических заболеваний зависит от изменения содержания отдельных ингредиентов в атмосферном воздухе.

---

## АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

**Михайлова И.А., Ликстанов М.И., Белых В.Н.**

*г. Кемерово, Россия, МУЗ Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского*

Нами проведен ретроспективный анализ летальных исходов больных, доставленных в приемное отделение МУЗ ГКБ №3 им. М.А. Подгорбунского г. Кемерово за период 2000-2002г.г. В период 2000-2002г.г. в приемное отделение за медицинской помощью обратилось 90148 чел. Умерло в приемном отделении за эти годы 103 чел. (0,11%) (жен. 27, муж. 76).

В возрасте до 20 лет умерло 5,8%, 21-40 лет — 35%, 41-60 лет — 29,1%, старше 60 лет — 30,1%.

Из них с давностью заболевания до суток обратилось 68 чел. (66%), на 2-5 день — 13 чел. (12,6%), на 6-10 — 4 чел. (3,9%), более 10 дней — 18 чел. (17,5%). Среди умерших неизвестных было 29 чел. (28,1%) и анамнез заболевания был неизвестен.

Средняя продолжительность пребывания больных в приемном отделении от 5 мин. до 1,5 часов.

Причиной госпитализации были тяжелая сочетанная травма, отравления, опухоли, заболевания желудочно-кишечного тракта, пневмонии, инфаркт миокарда, общее переохлаждение.

Структура смертельных исходов была следующей: болезни органов дыхания составили 4,8%, новообразования — 5,8%, болезни органов пищеварения — 7,8%, болезни сердечно-сосудистой системы — 10,7%, травмы — 63,1% прочие (туберкулёз, болезни почек, газовая гангрена и т.д.) — 7,8%. Среди неизвестных структура летальных исходов следующая: общее переохлаждение — 138%, черепно-мозговая и сочетанная травма — 76%, огнестрельное ранение, пневмония, инфаркт миокарда — 10,2%.

В алкогольном опьянении было 22,9% умерших. Среди умерших работающих было 19,7%.

Непосредственной причиной смерти явилось: травматический шок (30%), инфекционно-токсический шок (14,3%), отёк головного мозга (10%), острая кровопотеря (14,3%), острая сердечно-сосудистая недостаточность (10%), отравление препаратами опия (5,7%), полиорганная недостаточность (8,6%), общее переохлаждение (4,3%), отек легких (2,8%).

Аутопсий проведено у 96,1% умерших, расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов в 5,1% случаев.

---

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА NaCl ПРИ ГИПОВОЛЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА

**Мхоян Г. Г., Егиазарян М. И.**

*г. Ереван, Республика Армения, кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и реаниматологии Ереванского Государственного Медицинского Университета им. М. Гераци*

Особое внимание в современных подходах коррекции гиповолемий уделяют применению 7.5% раствора NaCl, который, благодаря своей высокой осмолярности (240 мосм/кг), вызывает компенсаторную аутогемодиллюцию. За счет этого жидкость из внутриклеточного и интерстициального пространства переходит во внутрисосудистое русло, значительно увеличивая ОЦК.

Цель: Целью настоящей работы является изучение влияния гипертонического раствора NaCl на коррекцию гиповолемии и быструю стабилизацию гемодинамики у больных с поражениями мозга различного характера.

Материалы и методы: В группу исследования были включены 25 пациентов, госпитализированных в отделение интенсивной терапии Медицинского Центра "Эребуни" с января по май 2003г., со следующими диагнозами: геморрагический инсульт (11 человек), черепно-мозговая травма (9 человек) и энцефалит (5 человек). Для коррекции гиповолемии и быстрой стабилизации гемодинамики группе пациентов (12 больных) внутривенно струйно (в центральную или периферическую вену в течении 5 - 7 мин.) вводили 4 мл/кг — 7,5 % раствора NaCl. Остальному контингенту (13 больных) коррекцию проводили традиционными средствами (инотропные или коллоидные растворы). У всех обследуемых определяли осмолярность плазмы и плазменную концентрацию Na<sup>+</sup> на 3-х этапах: I этап — до инфузии, II этап — спустя 12 час. после ее завершения и III этап спустя 24 час. После завершения инфузии. Кроме того, проводили динамический мониторинг артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), центрального венозного давления (ЦВД), диуреза и концентрации SaO<sub>2</sub>. Уровень сознания оценивали по шкале ком Глазго.

Результаты: Результаты проведенных исследований показали повышение плазменной концентрации Na<sup>+</sup> (на I этапе  $137 \pm 4$  мэкв/л, на II этапе —  $145 \pm 5$  мэкв/л, на III этапе —  $140 \pm 5$  мэкв/л), а также осмолярности (на I этапе  $280 \pm 10$  мосм/кг, на II этапе —  $320 \pm 15$  мосм/кг, на III этапе —  $290 \pm 5$  мосм/кг), что было обусловлено не только увеличением натрия, но также

---

глюкозы и мочевины. Отмечался также быстрый подъем АД (на I этапе 80/40 ± 5 мм рт. ст., на II этапе — 100/60 ± 15 мм рт. ст., 90/40 ± 5 мм рт. ст.), SaO<sub>2</sub> (на I этапе 91 ± 3 %, на II этапе — 95 ± 2 %, на III этапе — 94 ± 2 мосм/кг) и увеличение диуреза. ЧСС и ЦВД не несли существенных изменений.

Выводы: Результаты показывают, что 7,5 % раствор NaCl не только стабилизирует гемодинамику, но и улучшает SaO<sub>2</sub>. Очевидно также позитивное влияние метода при лечении больных с мозговыми поражениями. Кроме того, простота, экономичность и высокая клиническая эффективность метода делают целесообразным его применение для быстрой коррекции гиповолемии при критических состояниях.

## **АНАЛИЗ ПРИЧИН ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ**

**Наумов А.В., Алексанян Л.А., Духанина И.В., Верткина Н.В., Прохорович Е.А., Вовк Е.И., Аринина Е.Н.**

*МГМСУ, г.Москва, Россия*

Цель: анализ причин, способствующих досуточной летальности при внебольничной пневмонии (ВБП).

Методы: ретроспективный анализ 580 историй болезни пациентов, госпитализированных СМП с диагнозом внебольничная пневмония. Анализировались данные клиники, лабораторных и инструментальных методов исследования. Результаты были обработаны с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты. В течение первых суток госпитализации от верифицированной при аутопсии острой пневмонии умерли 17 (3%) больных. При анализе летальных случаев было выявлено, что в документах СМП (сопроводительный лист, карта вызова) отсутствовали информация о клинических симптомах ВП, данные инструментальных и лабораторных исследований, выполненных в амбулаторных учреждениях. В стационаре у 8 (48%) больных был диагностирован кашель с отделением мокроты, аускультативные признаки ВП были выявлены у 15 (88%), одышка более 20 в мин — у 14 (82%) больных. В документации СМП не были оценены критерии тяжести ВП. Так гипотония была диагностирована СМП только в 3 (18%) случаях, фебрильная лихорадка — в 4 случаях (24%), тогда как в стационаре — у 10 (59%) и у 9 (50%) пациентов соответственно. Данные о сопутствующих заболеваниях на догоспитальном

---

этапе были указаны только в 3 (18%) случаях (сердечная недостаточность — у 2, декомпенсация сахарного диабета — у 1). В стационаре сопутствующая патология была выявлена у 9 (50%) больных: в 6 случаях — токсическая поливисцеропатия, в 3 — ХОБЛ, в 2 — ЗСН, в 1 — сахарный диабет. По результатам аутопсии сопутствующая патология была выявлена у 14 (82%) умерших, в том числе маркеры алкоголизма у 10, постинфарктный кардиосклероз у 3, у 1. Признаки ХОБЛ — в случаях. На догоспитальном этапе ни одному больному не были назначены антибиотики. Пациенты получали: преднизолон (4), инфузионную терапию (4), кордиамин (1), сульфокамфокаин (1), омнопон (1), димедрол (1), сульфат магния (1), фуросемид (1), анальгин (1). В стационаре антибактериальная терапия была назначена всем пациентам, но выбор препаратов не соответствовал существующим рекомендациям по лечению больных тяжелой ВБП. В 4 случаях был назначен ампиокс, у 2 пациентов — в виде монотерапии, в 5 случаях был назначен гентамицин, в том числе у 2 — в виде монотерапии, в 6 случаях проводилась терапия комбинацией ципрофлоксацина, метронидазола, ампицилина, у 1 пациента был назначен цефазолин, у 1 — комбинация цефотаксима и гентамицина.

Выводы: на этапе СМП имеет место недооценка тяжести ВБП. Отсутствие полной информации в медицинских документах нарушает преемственность и затрудняет оказание медицинской помощи на стационарном этапе. Выбор лекарственных препаратов как на догоспитальном этапе, так и в стационаре носит произвольный характер и часто противоречит современной тактике ведения больных ВБП. Внедрение уже на этапе СМП клинических рекомендаций по диагностике и лечению ВБП приведет к повышению качества оказания медицинской помощи этим пациентам.

## **ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Никонович С.Д., Землянухин Э.П., Тарасов Н.И.,  
Макаров С.А., Кривополенов В.А.**

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи. г. Кемерово.  
Кемеровский кардиологический диспансер*

Целью исследования явился научный анализ основных причин несвоевременной госпитализации больных инфарктом миокарда (ИМ) и диагностики бригадами скорой медицинской помощи (СМП).

---

В исследование включили 194 больных в возрасте от 36 до 82 лет, госпитализированных спустя 2-28 сут. от начала развития симптомов ИМ (в среднем через 9,3 дн) в инфарктное отделение Кемеровского кардиологического диспансера. Диагноз устанавливали в соответствии с критериями ВОЗ. У всех больных был диагностирован первичный 0-образующий ИМ.

Основными причинами запоздалой госпитализации являлись:

1. несвоевременное обращение к врачу — 64.3% пациентов. Эти больные имели умеренно (или слабо) выраженные проявления острой коронарной недостаточности. Кроме того, обращало внимание отсутствие представлений у пациентов о проявлениях ИМ и вероятных его неблагоприятных последствиях, а также отсутствие информации у пациентов и их родственников о первой, доврачебной помощи.

2. Случаи несвоевременной диагностики при первичном обращении к врачу составили 3.3% больных, которые имели характерные клинические признаки острого коронарного синдрома, однако из них у 26,2% не проводилось ЭКГ обследование, а в 3 случаях по ЭКГ не обнаружено типичных для ИМ изменений. Купирование болевого синдрома и улучшения самочувствия больных, послужило основанием для необоснованного исключения врачами СМП диагноза ИМ.

Следовательно, причины несвоевременной госпитализации больных ИМ не однозначны и не могут быть объяснены только особенностями течения заболевания, малосимптомным (атипичным) началом и другими трудностями диагностики. Не редки случаи запоздалой госпитализации в связи с субъективными причинами догоспитального этапа, когда врач необоснованно занимает выжидательную позицию, придавая исключительную значимость изменениям ЭКГ, недооценивая тем самым, клинические проявления и тяжесть состояния больного.

## **НЕОТЛОЖНАЯ ООТРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КРУПНОГО ГОРОДА**

**Омаров К. Т.**

*5-ая городская клиническая больница г. Алматы, Республика Казахстан*

В современных условиях социально-экономических преобразований в Республике Казахстан и реструктуризации сектора здравоохранения, одними из наиболее актуальных представляются исследования, направленные на совершенствование организации неотложной специализированной оториноларингологической помощи.



---

Было проведено комплексное изучение заболеваемости ЛОР- органов у взрослого населения г. Алматы по материалам приемного отделения специализированной городской клинической больницы № 5.

Изучение проанализированного контингента показало, что в среднем за три года ( 2000 -2002 годы) из 5796 больных, лица женского пола составили 58,4 %, мужского— 41,6 %. Возрастная структура обратившихся к ЛОР- врачу характеризуется преобладанием лиц трудоспособного возраста ( 18-55 лет) — 76,4%, пациенты пенсионного возраста составили 19,8 %, больные до 18 лет — 3,8 %.

Исследования социального статуса показало, что среди всех обратившихся за неотложной специализированной ЛОР- помощью на долю работающих приходится 45,6 %, учащихся — 12,5 %.

В разрезе отдельных периодов календарного года максимальная обращаемость по неотложным состояниям зафиксирована зимой— 35,8 %, далее весной — 24,5 %, и осенью — 22,7 %, на долю обращений в летний период приходится 17,2 %.

В структуре причин обращений, острые воспалительные заболевания ЛОР - органов составили 30,5 %, травматические повреждения ЛОР- органов — 28,4 %, инородные тела ЛОР - органов —26,8 %, обострения хронических процессов уха, горла и носа — 12,3 %, носовые кровотечения — 2,0 %.

Вместе с тем, преимущественными причинами обращаемости лиц молодого и среднего возрастов служили паратонзиллярные абцессы, фурункулы носа, травмы ЛОР - органов (97,6 %).

Наиболее высокая обращаемость по поводу обострений хронических заболеваний ЛОР органов зарегистрировано в осенне- зимний период (74,6 %), по поводу инородных тел и механических травм ЛОР- органов в летний период— 61,4 %.

В структуре обращений по дням недели, максимальная обращаемость в приемное отделение специализированной отоларингологической клиники зафиксировано в понедельник, в субботу и воскресенье ( 59,6 %). Основная часть больных с неотложными состояниями по поводу оториноларингологической патологии обращалась в дневное время (82,2 %) и в ночные часы ( 17,8 %).

Материалы проведенного исследования необходимо учитывать при разработке организационных мероприятий по планированию неотложной специализированной оториноларингологической помощи на уровне специализированного стационара.

---

## ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

**Перевощиков В.В., Блинова Е.П.**

*ССМП г.Сарапула Удмуртской Республики*

В последнее время в оказании помощи на догоспитальном этапе при приступах удушья бронхиальной астмы и хр. бронхита с астматическим компонентом большое распространение получила небулайзерная терапия вместо традиционных методов оказания помощи.

Впервые в Республике на нашей станции этот метод оказания помощи при приступах удушья при бронхиальной астме и хроническом бронхите с астматическим компонентом получил широкое применение с 2001 года.

В своей работе используем небулайзеры фирмы "Бореал" (Италия), которыми оснащены 4 специализированные бригады, в том числе педиатрическая.

Применяемые лекарственные препараты: беродуал, беротек, атровент, пульмикорт

Длительность сеанса 15-20 мин., при необходимости -повторение.

Показанием для применения небулайзеров является приступ удушья у больных с бронхиальной астмой и хр. бронхитом с астматическим компонентом, а также у детей с ОСЛТ.

Небулайзерная терапия не применялась у "эуфиллинозависимых" больных, а также при наличии тяжелой сопутствующей патологии со стороны ССС.

В 2001г. выполнено 44 ингаляции, в 2002г — 221 — 11,4% от всех вызовов с приступами удушья, за 6 мес. 2003г—168 — 18,8% , у детей— в 37,5%

Увеличилось количество применения небулайзеров у амбулаторных больных с 47 % в 2002г до 72,5 % — за 6 мес. 2003 года.

Имеется хороший результат применения небулайзерной терапии у детей пульмикортом — 4 случая.

При этом необходимо отметить инертность части медицинского персонала по внедрению небулайзерной терапии, которые привыкли к традиционной терапии эуфиллином.

Эффект от применения небулайзерной терапии:

приступ купирован полностью — 85,1 %

приступ купирован частично — 8,5%

приступ не купирован и потребовалась другая терапия— 6,4 %

Выводы. Небулайзерная терапия является эффективным методом оказания помощи при приступах удушья у больных бронхиальной астмой и хр.бронхитом с астматическим компонентом на догоспитальном этапе, в большинстве случаев исключающий проведение традиционной терапии.

---

---

## ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЗОНЕ УДАЛЕННОГО ЗУБА У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

**Пермякова Н.Е.**

*г.Ижевск, медицинская академия*

Одной из важных проблем стоматологии является предупреждение кровотечений после удаления зубов у пациентов, страдающих гемофилией. Имеется ряд предложений, направленных на профилактику этого грозного осложнения.

Поставлена задача, изучить возможность профилактики луночковых кровотечений у пациентов группы риска с помощью консервированной плаценты.

Наблюдались 18 больных с гемофилией А и 10 пациентов с гемофилией В. По степеням тяжести больные распределялись следующим образом: с легкой степенью гемофилии 16 человек; со средней степенью — 7 и с тяжелой степенью. У 28 больных было произведено удаление 36 зубов по поводу хронического периодонтита. Все больные находились на стационарном лечении в гематологическом отделении 1 Республиканской клинической больницы. Перед удалением зубов всем больным проводилось полноценное гематологическое обследование и стоматологический осмотр. Перед удалением зубов всем больным проводилось введение криопреципитата по схеме согласно назначению врача-гематолога. Удаление зубов проводилось под местным обезболиванием. После удаления лунка тщательно ревизировалась и слизистая над ней ушивалась. В 16 случаях после удаления зуба перед ушиванием в лунку помещалась полоска консервированной аллоплаценты. Наблюдение за ходом заживления проводился на протяжении 15 дней. Проводилось измерение локальной термометрии с помощью аппарата ТПЭМ-1, исследование восстановления микроциркуляции методом инфракрасной доплерографии, а также исследование смешанной слюны на выявление скрытого кровотечения с применением гидропероксидной пробы.

После 20 удалений зубов без использования плаценты в 5 наблюдениях отмечалось вторичное кровотечение, возникшее спустя 2 - 3 дня после операции, которое удалось остановить путем введения криопреципитата и антигемофильной плазмы. После использования аллоплаценты ни в одном случае не отмечались вторичные кровотечения. По данным гидропероксидной пробы скрытое кровотечение у больных группы сравнения отмечалось до 9 дней, тогда как у основной группы пациентов скрытое кровотечение

---

продолжалось до 6 дней. Результаты исследований локальной термометрии и инфракрасной доплерографии также показали более благоприятное заживление лунки у основной группы больных.

## **ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ В ПОЛЕВОМ ГОСПИТАЛЕ**

**Петлах В.И., Розинов В.М., Шабанов В.Э., Горчаков С.А.,  
Фирсова М.В.**

*г.Москва, Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Минздрава  
РФ, МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ*

Введение. В апреле 2001 года в Гудермесском районе Чеченской Республики был развернут полевой педиатрический госпиталь (ППГ) Всероссийского центра медицины катастроф "Защита". Наряду с лечением детского населения, в госпитале оказывали хирургическую помощь военнослужащим и сотрудникам МВД, пострадавшим в результате ведения боевых действий и террористических актов.

Материал и методы. Структура госпиталя была представлена отделениями: приемно-консультативным, педиатрическим, клинично-диагностическим; хирургическим, реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Всего было развернуто 50 коек + 6 коек в ОРИТ. В работе анализируются два эпизода массового поступления пострадавших. 19.06.2001 после взрыва 3 автомашин с взрывчаткой возле Гудермесского РОВД в течении 7 - 10 минут в госпиталь поступило 36 раненых. При втором массовом поступлении с 17.09.2001 по 20.09.2001 в ППГ проводилось лечение 34 пострадавших с ранениями различной степени тяжести.

Результаты и обсуждение. При массовом поступления пострадавших в ППГ была проведена перепрофилизация подразделений под прием пораженных с огнестрельной травмой, сформированы 4 операционные бригады, 2 из которых работали в операционном модуле, одна в диагностическом блоке и одна в перевязочной амбулаторного модуля. Сортировкой пострадавших занимался начмед ППГ. Первое поступление: раненым легкой (20) и средней степени тяжести (9) оказывалась помощь в модулях амбулаторного приема, с тяжелой степенью (7) - в ОРИТ и операционной. Всем раненым произведено ПХО ран с удалением осколков; 2 раненым при ранении артерий конечностей наложены сосудистые швы. В течение суток все пораженные были

---

эвакуированны: 8 военнослужащих вертолетом в госпиталь Ханкалы, 15 штатских и сотрудников РОВД в ЦРБ г. Гудермеса, 10 легкораненым назначено амбулаторное лечение. 1 пораженный с множественными проникающими ранениями черепа, грудной и брюшной полостей умер. При втором массовом поступлении легкие ранения отмечены у 16 пациентов, среднетяжелые у 10, тяжелые ранения диагностированы у 6 человек, 2 крайне тяжелых пациента погибли. Выполнено 36 оперативных вмешательств, после проведения противошоковой, обезболивающей, гемостатической терапии 5 пострадавших эвакуированы в военный госпиталь, 23 были переведены в ЦРБ и выписаны на амбулаторное лечение.

Заключение. Для оказания хирургической помощи при массовом поступлении раненых необходима предварительная подготовка персонала, оборудования, медикаментозного обеспечения, а также наличие оперативного взаимодействия с другими медицинскими формированиями, для определения объема оказания помощи и сроков эвакуации.

## **КУПИРОВАНИЕ ОСТРОЙ БОЛИ ПРИ КОРЕШКОВОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Пиковский В.Ю., Сеньчуков С.В., Сильвестров В.Д.,  
Кулик А.И., Шептунов Г.В.**

*г.Москва, МГМСУ, ССиНМП г.Москвы*

Корешковый синдром, сопровождающийся острой болью, является частой причиной вызова бригады скорой медицинской помощи (около 6% от общего количества вызовов службы "03" в г.Москве) и приводит к временной потере трудоспособности (44 и 33% обращений поступает от больных 19-39 и 40-59 лет соответственно).

При выборе анальгетика на догоспитальном этапе необходимо ориентироваться на его эффективность (скорость развития, сила и продолжительность болеутоляющего эффекта), безопасность (отсутствие отрицательного воздействия на витальные функции, отсутствие привыкания к препарату) и удобство применения (готовая форма и путь введения).

Нами был выбран ненаркотический анальгетик кетопрофен (КЕТОНАЛ), обладающий сравнимым с опиоидами мощным болеутоляющим эффектом и успешно применяемый для послеоперационного обезболивания [Осипова Н.А. и соавт., 1999] и при лечении травматических повреждений на догоспитальном этапе [Пиковский В.Ю. и соавт., 2003]. Обезболивающий эффект

---

кетопрофена состоит как из периферического (ингибция циклооксигеназы), так и центрального (воздействие на таламические центры болевой чувствительности) компонентов.

С целью купирования острой боли при остром корешковом синдроме в условиях СМП мы применили кетопрофен (кетонал) у 35 пациентов (возраст от 25 до 96 лет). В 51% случаев болевым синдромом сопровождался остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, в 29% и 20% соответственно грудного и шейного отделов.

Исходная интенсивность болевого синдрома составляла от 4,0 до 9,0 см по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) — от умеренной до сильнейшей боли. Начало болеутоляющего эффекта отмечалось через 7,5±0,5 мин после внутримышечного введения 200 мг (4 мл) кетонала. Уменьшение выраженности боли по ВАШ составило 5,2±2,1 см. У всех больных через 15-25 мин после введения кетонала интенсивность боли характеризовалась как "слабая" или "нет боли", отмечалась тенденция к нормализации гемодинамических и вегетативных показателей, уменьшилось или исчезло вынужденное ограничение двигательной активности.

Побочных эффектов при использовании кетопрофена выявлено не было.

Таким образом, применение кетопрофена (кетонал) на догоспитальном этапе позволило полноценно купировать острую боль при корешковом синдроме.

Учитывая скорость развития и силу болеутоляющего эффекта, а также безопасность применения кетонала, можно рекомендовать введение его в оснащение бригад СМП.

## **ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ОРИГИНАЛЬНЫМ АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ**

**Прохорский Д.А., Иванов В.И., Прохорская К.В.**

*Россия, г. Ростов-на-Дону, ГУЗ Ростовская областная клиническая больница.*

В последнее время широкое распространение при лечении травматологических больных с патологией плечевой кости получил метод чрескостного остеосинтеза. Эффективность данного метода лечения состоит в сокращении сроков лечения в 2-8 раз и снижении выхода на инвалидность в 2-5 раз (Попова Л.А. с соавт., 1986).

---

За последние 3 года нами прооперировано данным методом 14 пациентов со свежими закрытыми (11) и открытыми (3) переломами диафиза плечевой кости, Клиника повреждения лучевого нерва наблюдалась у 4 больных.

У пациентов с выполнялось неинвазивное измерение внутритканевого давления аппаратом "Градиент-4" (патент РФ № 2166905) для объективизации процесса развития внутритканевого гипертензионного синдрома (компаратмент-синдрома), также проводилось сравнительное сонографическое измерение толщины фасциальных лож плеча на поврежденной и здоровой конечности на аппарате Shimasonic (Япония) в В-режиме линейным датчиком 7,5 МГц.

Остеосинтез проводили под различными видами обезболивания, однако предпочтение отдавалось проводниковой анестезии (9 случаев). В 2 случаях нами был выполнен накостный остеосинтез по АО, и 12 больных были прооперированы с использованием чрескостного аппарата оригинальной конструкции.

Нами предложен компрессионно-дистракционный аппарат (АС № 1666092 от 01.04.1991 года), который содержит опорные кольца, соединенные с резьбовыми дистракторами с помощью шарнирных узлов, зажимы стержневых костных фиксаторов. Аппарат с целью автоматической компрессионно-дистракционной стимуляции репаративного остеогенеза в зоне перелома снабжен съемной электромагнитной системой управления, создающей попеременно дополнительную стимулирующую компрессию и дистракцию при включении соответствующей программы и генератора тока. Показаниями для остеосинтеза аппаратом являлись закрытые и открытые диафизарные переломы плечевой кости.

Послеоперационное ведение больных выполнялось по общим методикам.

У 11 больных наступило сращение в разные сроки с хорошими функциональными результатами, у 3- с удовлетворительными.

Таким образом, аппарат позволяет выполнить репозицию костных отломков в интра- и послеоперационном периодах, выполнить их стабильную фиксацию до сращения перелома, создать межфрагментарную компрессию и стимулировать репаративный остеогенез в зоне перелома. У больных в течение всего срока лечения сохраняются активные движения в локтевом и плечевом суставах, что явилось основой хороших функциональных результатов их лечения.

---

# ОПТИМИЗАЦИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ СТАНЦИЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАДАННОЙ ОБЛАСТИ

**Рафиков М.М.**

*Региональный университет штата Рио-Гранде де Сул, Ижуи, Бразилия*

**Емалетдинова Л.Ю., Галиев Ш.И., Разина М.А.**

*Казанский государственный технический университет, Казань, Россия*

**Контри Р.Ф.Ф.**

*Федеральный университет Санта Катарины, Флорианополис, Бразилия*

**Гаргану Ф.**

*Федеральный университет Санта Марии, Санта Мария, Бразилия*

Проблема оптимизации расположения различных станций обслуживания, в частности, и станций скорой помощи, широко обсуждается в литературе. К настоящему моменту существуют различные математические модели и различные методы численной оптимизации их расположения.

В данной работе рассматриваются некоторые непрерывные модели, именуемые в литературе как модели  $p$ -центров и модели  $p$ -медиан, с использованием прямоугольной метрики или метрики, "мало" отличающейся от прямоугольной. Отметим, что модели  $p$ -центров реализуют идею демократии, когда станции скорой помощи размещаются таким образом, чтобы расстояние от наилучшей возможной точки вызова до ближайшей станции скорой помощи было как можно меньше. Модели  $p$ -медиан реализуют идею экономии ресурсов.

В работе получены методы, алгоритмы и программы, ориентированные как на нахождение оптимальных расположений указанных станций, так и на нахождение областей возможных решений, мало отличающихся от оптимальных — субоптимальных зон предпочтительных расположений станций при заданных значениях отклонения используемого критерия от его экстремального значения.

Приводятся численные расчеты по оптимизации расположений для некоторых городов России (Казань, Альметьевск, Набережные Челны) и Бразилии (Флорианополис, Санта-Мария, Ижуи). Выявляется возможность использования прямоугольной (манхэттенской) метрики и метрики, "мало" отличающейся от прямоугольной для рассматриваемых задач и городов. Рассмотрены случаи, когда учитывается расстояние от пациента до ближайшей станции скорой помощи, а также случай учета доставки пациента (при необходимости) до больницы при некоторых схемах выбора больницы.

Выявлено, что множества субоптимальных зон при указанных моделях (для рассмотренных городов) имеют, как правило, непустые пересечения,



---

что существенно для принятия решений о расположении станций скорой помощи. При принятии решения о расположении станций скорой помощи также используется вспомогательная информация, получаемая в результате статистического анализа числа вызовов машин скорой помощи в исследуемых городах.

Разработанные методы и программы позволяют оптимизировать как расположение всех станций скорой помощи, так и части из них (вновь вводимых).

## **К ВОПРОСУ О ВКЛЮЧЕНИИ В КОМПЛЕКС РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

**Разумов А.С., Евтушенко А.Я., Измestьев В.А., Разумов П.С., Паличева Е.И., Пеганова Ю.А., Измestьев К.В.**

*г. Кемерово, Россия, государственная медицинская академия;*

*г. Новокузнецк, Россия, Филлиал ГУ НИИ Общей реаниматологии РАМН*

Цель исследования. Изучить в сравнительном аспекте влияние антиоксиданта нового поколения фридокса и широко применяемого эмоксипина на восстановление жизнедеятельности и конечные результаты реанимации (выживаемость, восстановление неврологического статуса).

Материал и методы исследования Эксперименты выполнены на кошках (n=177) под нембуталовым наркозом (45 мг/кг) с использованием модели клинической смерти (5 минут) от пролонгированной кровопотери. Фридокс (6 мг/кг, n=54) или эмоксипин (7 мг/кг, n=40) вводили внутриартериально во время реанимационных мероприятий. Выживаемость животных и восстановление видимого неврологического статуса оценивали в течение 10 суток после реанимации.

Результаты и обсуждение. Установлено, что при включении фридокса в комплекс реанимационных мероприятий увеличивается число безуспешных реанимаций. Сердечную деятельность не удалось восстановить у 19 животных из 54 (35,2%), а при обычной реанимации — у 13 из 83 (15,7%, p 0,05). В случае успешной реанимации сердечные сокращения возобновлялись достоверно позже (через 69 7,3 секунд от начала реанимационных мероприятий), чем при использовании эмоксипина (41 10,6 с) и обычном оживлении (49 5,0 с). Несколько раньше появлялся первый вдох — через 2,7 0,3 мин после возобновления сердечных сокращений, тогда как при исполь-

---

зовании эмоксипина — через 5,0 2,7 мин. (при обычной реанимации — через 3,6 0,5 мин). Однако самостоятельное ритмичное дыхание восстанавливалось достоверно раньше при реанимации с эмоксипином — через 9,5 4,2 мин, при использовании фридокса — через 17,2 1,2 мин (при обычной реанимации — через 21,7 2,1 мин). Различия в восстановлении болевой чувствительности были не достоверными. Выживаемость животных с полным восстановлением видимого неврологического статуса увеличивалась с 28,6% после обычной реанимации до 42,9% после реанимации с фридоксом и до 54,6% с эмоксипином ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, включение антиоксидантных препаратов в комплекс реанимационных мероприятий улучшает конечные результаты реанимации. Однако необходимо учитывать, что при использовании мощного антиоксиданта фридокса, возможно, вследствие избыточного угнетения процессов липопероксидации, затрудняется восстановление сердечной деятельности и в меньшей степени уменьшается постреанимационная летальность по сравнению с использованием более мягкого антиоксиданта эмоксипина.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СИСТЕМЕ ЦЕНТРОВ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Садыков Р.А., Сидиков Т.Я., Ташкенбаева Э.Н.**

*Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи (директор д.м.н. Р.А. Садыков), Узбекистан*

В настоящее время терапевтическим отделом Самаркандского филиала разрабатываются и внедряются новые методы лечения по применению современных лазеров и подбора оптимальных доз облучения больным с неотложными состояниями терапевтического профиля. Наряду с этим проводятся исследования по изучению организации экстренной медицинской помощи больным терапевтического профиля. Задачами которого являются дальнейшее совершенствование и повышение профессионального качества работы терапевтической службы в Самаркандском филиале РНЦЭМП, поиск оптимальных методов лечения больных с неотложными состояниями, налаживание преемственности догоспитального и госпитального этапов оказания экстренной медицинской помощи. С момента создания Центра его кол-

---

лективом были заложены организационные формы специализированной медицинской помощи на госпитальном этапе. В организации скорой медицинской помощи отсутствовала прямая взаимосвязь терапевтической службы со станциями скорой помощи. В целях улучшения экстренной специализированной помощи населению Самаркандской области в конце 2002 года начинается реорганизация терапевтической службы Центра в плане создания блока интенсивной терапии (БИТ). БИТ является связующим звеном между станциями ЭМП и Центром, а также отделениями терапии и реанимации. Отличительная особенность блоков интенсивной терапии заключается в том, что имеется возможность проведения интенсивного лечения больных с динамическим контролем состояния, а также с грамотной постановкой не только синдромного, но и клинического диагноза. С целью повышения уровня квалификации врачей и фельдшеров этих специализированных бригад личный состав бригады принимает участие в работе блока интенсивной терапии Центра. Врачами СМП еженедельно проводится научно-практические, патолого-анатомические конференции, круглые столы.

В случае выезда специализированных бригад на линию используется принцип взаимозаменяемости врачей, т.е. врачи терапевтического и кардиологического отделений помогают в оказании экстренной помощи больным блока интенсивной терапии. Организация медицинской помощи больным с неотложными состояниями терапевтического профиля в Самаркандском филиале разделяется на следующие этапы: I этап — догоспитальная экстренная помощь на месте заболевания и во время доставки в стационар; II этап — лечение в первые дни в специализированном блоке интенсивной терапии; III этап — дальнейшее лечение в отделениях реабилитации, терапии, кардиологии, неврологии или реабилитация больных в профильные стационары и амбулаторное наблюдение специалистами по месту жительства. Для правильной координации вызовов на базе Центра расположена координационно-диспетчерская служба (КДС), где идет распределение поводов к вызову специализированных бригад. С организацией КДС резко уменьшилось количество необоснованной обращаемости населения в службу скорой помощи. В связи с объединением службы скорой и неотложной помощи возросло число выездов к больным с внезапными заболеваниями, что требует совершенствования взаимодействия и преемственности во всех III этапах догоспитальной и госпитальной помощи.

Функционирование специализированных бригад на базе блока интенсивной терапии положительно влияет на качество их работы, что позволяет постоянно повышать уровень квалификации врачей и среднего медицинского персонала, внедрять в практику работы бригады лечебно-диагностические методы апробированные в Центре.

---

## ВНЕДРЕНИЕ КООРДИНАЦИОННО-ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

**Садыков Р.А., Сидиков Т.Я., Бакиев С.С., Нарзуллаева М.А.**

*Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи, г. Самарканд, Узбекистан (директор д.м.н. Садыков Р.А.)*

Скорая медицинская помощь одна из самых сложных проблем отраслей здравоохранения. За прошедшие десятилетия в Узбекистане организационные формы, структура и содержание работы учреждений СМП на разных этапах её развития изменялись и совершенствовались. Согласно указу Президента Республики Узбекистан за 1998 год от 10 ноября, в 2002 году впервые на базе Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи (РНЦЭМП) Самаркандского филиала создано новое отделение — координационно-диспетчерская служба (КДС).

Материал и методы: в качестве материала применялось исследование таких параметров как "количество вызовов", "безрезультативные вызовы", "опоздания", "повторные вызовы", "госпитализация в Центр", "оказанная помощь" в 1,2,3,4 квартале 2002 года, т.е это период до создания КДС и 1 квартал 2003 года — период после создания КДС. Методом исследования явился частотный анализ.

Результаты исследования: При анализе работы СМП отмечено, что больше всего обращений и вызовов было в первых кварталах 2002 и 2003 годов (22346 и 18600 соответственно при населении г. Самарканда 504,5 тыс человек).

Часто в работе СМП возникают случаи безрезультативных вызовов. Основными причинами могут быть хулиганские звонки, неправильный адрес, улучшение состояния больного, больной обслужен другим врачом (знакомым, соседом). Самый высокий уровень безрезультативных вызовов наблюдалось во втором квартале 2002 года, составившего 16,9% (по отношению к количеству вызова в этом квартале). Далее идет спад, наименьшая точка которого отмечается в первом квартале 2003 года, составившего 11,6%. Естественно с увеличением количества безрезультативного вызова уменьшилось количество оказанной помощи. Это подтверждают данные второго квартала 2002 года, где идет резкий спад, составившей 83,1% (по отношению к количеству вызовов в данном квартале), а первом квартале 2003 года отмечается высокий уровень оказанной помощи, составившей 88,3%.

Анализируя работу СМП, выявлен высокий уровень опоздания во втором квартале 2002 года, составившего 6,3 % и низкий уровень количества опозданий в первом квартале 2003 года, составившего всего 0,3%.

---

Строгий контроль и грамотная работа Центра КДС принесло свои плоды по результатам количества повторных вызовов, которое было ниже в первом квартале 2003 года (значения которого составило 0,9 %) по сравнению с 2002 годом до создания КДС (от 1,4 до 2 % в 2002 гг).

Благодаря, созданию КДС увеличилось количество доставки больных в Центр на госпитализацию, которая была самой высокой в первом квартале 2003 года, значения которой составило 24,6 % (от 14,2 до 20 % в 2002 гг).

Независимо от доставки больных на госпитализацию, все выездные бригады стараются максимально оказывать помощь на месте, чтобы облегчить страдания больного. Благодаря, этому больше помощь на выезде было оказано в первом квартале 2003 года (91,7 %), по сравнению с остальными кварталами 2002 года (81,3-86,4 %).

Таким образом, с созданием новой организационной структуры — КДС повысились результаты и качество работы в Скорой Помощи, по сравнению до существования КДС.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ**

**Салеев В.Б., Смирнов А.В.**

*г. Йошкар-Ола, Республика Марий-Эл, Республиканская больница ветеранов войн.*

Рост численности пожилых и высокая потребность в получении ими медицинской помощи явились главными причинами, определяющим повышенный интерес врачей к вопросам геронтологии и гериатрии, а для органов практического здравоохранения — к вопросам совершенствования организации медицинской помощи пожилым больным. Оказание скорой медицинской помощи (СМП) пожилым невозможно без понимания внутренней психологической структуры личности больного, что требует специальной подготовки медицинского персонала выездных бригад. Настоящее исследование выполнено по статистическим материалам отделения СМП, созданного более 25 -и лет при Республиканской больнице ветеранов войн. Основным контингентом в течение всего периода работы больницы являются больные пожилого и старческого возраста (5500 чел.).

---

По нашему мнению, с учетом накопленного опыта, врачу (фельдшеру) выездной бригады СМП при оказании медицинской помощи пожилым пациентам придется сталкиваться с рядом психологических проблем, которые условно можно поделить на две категории: 1) не зависящие от профессиональной подготовки врача (фельдшера) и 2) зависящие от психологической грамотности и профессионализма выездного медицинского персонала. К первой категории можно отнести следующее:

проблема самооценки собственного здоровья пациента и своевременности его обращения за медицинской помощью;

проблема общения с медицинским персоналом в части разъяснения своих жалоб с момента начала телефонного разговора с диспетчером при вызове бригады СМП;

проблема самопомощи и правильного поведения с целью профилактики опасных для жизни осложнений в „доврачебное время“, т. е. до приезда медицинского персонала;

проблема когнитивных и амнестических функций, отягощенных дисциркуляторной энцефалопатией, влияющих на качество оценки жалоб и данных анамнеза при общении с медицинским персоналом, или на своевременность приезда в случаях ошибочного произнесения адреса, фамилии, имени, отчества и пр.

Вторая категория проблем полностью зависит от профессионализма в области медицинской этики. Это проблема должного психологического воздействия на личность пожилого больного методом вербального и невербального общения с целью поиска путей рационального активного взаимодействия с личностью пациента. По нашему мнению стереотипные навыки общения с пожилыми больными должны вырабатываться с учетом точного знания психологических барьеров имеющихся у данной возрастной категории больных и специальной последипломной подготовке по вопросам неотложной гериатрии.

Результаты собственного опыта позволили нам выделить ряд важных обстоятельств, которые следует учитывать врачу в процессе общения с пожилыми пациентами, чтобы не ошибиться в диагностическом и тактическом отношениях:

в зависимости от типа психологической реакции на заболевание желательно установить активное рациональное взаимодействие с пациентом.

процесс общения с пожилым пациентом должен происходить путем преодоления возможных психологических барьеров, должен быть обстоятельным и длительным, с пониманием врачом житейских и социальных проблем больного;

врачу или фельдшеру выездной бригады необходимо помнить, что вопрос о предстоящей госпитализации является мощным стресс-фактором, по-

---

сколько предполагает временный, (а может, и навсегда), выход из привычной домашней обстановки, "ломку" сложившихся годами привычных стереотипов поведения, ограничения свободы и существования в условиях "медицинского общежития".

## **АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА**

**Семенников В.И., Калинина А.Н., Храмкова В.Н.**

*г.Барнаул, Кафедра хирургической стоматологии Алтайского государственного медицинского университета, Городская стоматологическая поликлиника №1*

Многообразие клинических проявлений, а следовательно, трудность в диагностике и лечении микотических заболеваний органов полости рта обуславливает актуальность данной проблемы. Цель настоящей работы — оптимизация методов диагностики и лечения пациентов с грибковыми поражениями органов полости рта.

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГСП №1 г.Барнаула за период 1999-2002гг. Установлен рост числа пациентов с грибковыми заболеваниями органов полости рта с 3% до 4,5%. Подавляющее количество пациентов составили лица женского пола (90,5%) в возрасте от 45 до 75 лет. Наиболее частая локализация патологического процесса — в области языка (65%), в том числе эрозивная форма в 2% случаев, инфильтративная — 4% случаев, десквамативная форма микотического глоссита — 5,5% случаев, кандидозный хейлит — 1% случаев. Во всех случаях микотическим заболеваниям органов полости рта предшествовала длительная антибактериальная терапия воспалительных заболеваний слизистой полости рта и пародонта, ЛОР-органов, органов дыхания и при применении больших доз гормональных препаратов и наркотических веществ.

Диагноз устанавливался по данным клинической картины и бактериологического анализа мазков с пораженного участка слизистой полости рта. Исследование проводили в бак. лаборатории кафедры микробиологии АГМУ и Краевом кожно-венерологическом диспансере г. Барнаула. В мазках преимущественно обнаруживали *s.Albicans*, *s.Trusei*, *s.Pseudotropicalis*, являющимися условно-патогенными; в 3% случаев выявлен *Leptotrix* (факультативный анаэроб).

---

В комплексное лечение включались препараты местного и общего действия, среди которых наиболее активное действие оказывали: 3% р-р бикарбоната натрия, 0,05% р-р хлоргексидина, 2% борной кислоты; мази: левориновая, нистатиновая, клотримазол, миконазол, хинозол, амфотерицин, мигрогептиновая мазь; амфоглюкамин. Указанные препараты применялись как мази, так и во внутрь. Неотъемлемым компонентом лечения являлись препараты: иммудон, иммунал, астин по схеме, а также 12% мазь прополиса.

Комплексная диагностика и лечение позволила обеспечить реабилитацию пациентов в кратчайшие сроки.

## **КРИОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Серая Э.В., Смирнов С.В., Лапшин В.П.**

*НИИ СП им. Н.В.Склифосовского*

Цель работы — определить влияние криотерапии на репаративные процессы слизистой трахеобронхиального дерева (ТБД) при ингаляционной травме (ИТ) на раннем госпитальном этапе.

В отделении ожоговой реанимации НИИ СП им.Н.В.Склифосовского наблюдалось 59 больных с ИТ. 29 больным в комплексное лечение с первых дней поступления была включена криотерапия зон Захарьина - Геда (трахея-bronхи-легкие). Они составили основную группу. Контрольную группу составили 30 аналогичных больных с ИТ получавших традиционное лечение без включения криотерапии.

Использовался отечественный аппарат "НОРД-1", разрешенный к серийному производству, позволяющий дозированно назначать локальное охлаждение в заданном режиме от +5 С до -8 С с дискретностью в один градус, с измерением и выводом на жидкокристаллический индикатор температуры в каждый момент времени на коже пациента. Использовался режим холодого воздействия — сменная насадка до 50 мм в диаметре. Область воздействия — зона Захарьина-Геда (трахея-bronхи-легкие). Экспозиция одной процедуры до 10 минут. Применялась стабильная контактная методика по принципу наката.

При ИТ 1 степени тяжести (6 больных) 1-2 процедуры контактной локальной криотерапии, при ИТ 111 степени тяжести (18 больных)— 7-8 процедур контактной локальной криотерапии, при ИТ 111-1У степени тяжести (5



---

больных) — в среднем 15 процедур контактной локальной криотерапии.

Данные исследования фибробронхоскопии: ИТ 1 степени тяжести — на 3 сутки резорбция отека, гиперемии слизистой ТБД; при ИТ 11 степени тяжести эпителизация эрозий слизистой оболочки ТБД на 9 сутки. В контрольной группе соответственно: 5 суток и 10,4 суток. При ИТ 111-1У степени тяжести — заживление дефектов слизистой оболочки ТБД зависели от тяжести поражения и присоединившихся осложнений.

Включение контактной локальной криотерапии зон Захарьина-Геда (трахея-бронхи-легкие) в комплексное лечение больных с ИТ способствует сокращению сроков эпителизации слизистой оболочки ТБД.

## **ЧРЕЗКОЖНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЕ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Серая Э.В., Смирнов С.В., Лапшин В.П.**

*НИИ СП им. Н.В.Склифосовского*

Цель работы — выяснить влияние чрезкожной электронейростимуляции (ЧЭНС) на репаративные процессы слизистой трахеобронхиального дерева (ТБД) при ингаляционной травме (ИТ).

В отделении ожоговой реанимации НИИ СП им. Н.В. Склифосовского наблюдалось 55 больных с ИТ 25 больным в комплексное лечение с первых дней поступления была включена ЧЭНС зон Захарьина-Геда (трахея-бронхи-легкие). Они составили основную группу. Контрольную группу составили 30 больных с ИТ получавшие традиционное лечение без включения ЧЭНС.

Использовали отечественный аппарат "ДЭНАС", из группы "ЧЭНС-02", серийного выпуска. "ДЭНАС" формирует биполярные электрические импульсы, динамически адаптирующие к изменению кожного импеданса. Длительность серий импульса в секундах от 0,3 до 0,5. Частота импульсов в дозированном режиме- 10 Гц, в постоянном — 77 Гц. Амплитуда первой фазы импульса не менее 50 Вт, амплитуда второй фазы импульса — 150 В. Методика "сканирование". Количество процедур зависило от тяжести ИТ. При ИТ 1 степени тяжести (5 больных) 1-2 процедуры, при ИТ 11 степени тяжести (!: больных) — 5-6 процедур, при ИТ 111-1У степени тяжести (4 больных) — 15-20 процедур. Данные исследования фибробронхоскопии: ИТ 1 степени тяжести — на 3 сутки резорбция отека, гиперемии слизистой оболочки ТБД; при ИТ 11 степени тяжести эпителизация эрозий слизистой оболочки ТБД

---

на 7,6 сутки. В контрольной группе соответственно: 5 сутки и 10,4 сутки. При ИТ 111-1У степени тяжести заживление дефектовслизистой оболочки ТБД зависят от тяжести поражения и присоединившихся осложнений.

Включение ЧЭНС в комплексное лечение больных с ИТ способствует сокращению сроков заживления слизистой ТБД.

## **ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В СОЧЕТАНИИ С "ДЭНАС"-ТЕРАПИЕЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ**

**Серая Э.В., Лапшин В.П., Буряков В.Ф., Брыгин П.А.,  
Звездин М.С., Шипилов И.В.**

*НИИСП им.Н.В.Склифосовского*

Цель работы — определить влияние сочетанной методики лечебной гимнастики (ЛГ) и "ДЭНАС"-терапии у больных с ингаляционной травмой (ИТ) на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы.

В отделении острой ожоговой травмы НИИСП им.Н.В.Склифосовского наблюдалось 58 больных с ИТ. 31 больному (контрольная группа) наряду с медикаментозной терапией проводилась ЛГ в основной период которой были введены многократно повторяющиеся упражнения интенсивной лечебной гимнастики (ИЛГ) для улучшения локального кровообращения в области поражения. ИЛГ выполнялась в быстром темпе (ориентировочно-три в минуту).

а — быстрый вдох с поворотом головы в стороны; б — наклоном головы вправо-влево; в-наклоном головы вниз-вверх. Пассивный выдох после каждого наклона или поворота головы.

27 больным основной группы наряду с медикаментозным лечением и упражнениями ИЛГ была введена "ДЭНАС"-терапия зон Захарьина-Геда (трахея-бронхи-легки).

Использовался отечественный аппарат "ДЭНАС" из группы "ЧЭНС-02" серийного выпуска. "ДЭНАС" формирует биполярные электрические импульсы, динамически адаптирующие к изменению кожного импеданса. Длительность серий импульса в секундах от 0,3 до 5,5. Частота импульсов в дозированном режиме - 10Гц, в постоянном — 77 Гц. Амплитуда первой фазы импульса не менее 50 Вт, амплитуда второй фазы импульса—150 Вт. Методика "сканирование". Экспозиция одной процедуры — не менее 5 минут.

---

В обеих группах восстановительное лечение контролировалось неинвазивными показателями характеризующими функциональное состояние сердечно-сосудистой системы: тестом Руффье-Диксона, коэффициентом экономичности кровообращения (КЭК), коэффициентом выносливости (КВ).

Получены результаты: тест Руффье-Диксона соответствовал градации "очень хороший", а у больных контрольной группы-"хороший". КЭК и КВ у больных обеих групп соответствовал градации "норма".

Следовательно, обе методики не вызывают перенапряжения со стороны сердечно-сосудистой системы. Однако, сочетанная методика ИЛГ и "ДЭНАС"-терапия улучшает функциональные показатели сердечно-сосудистой системы за счет анальгетического и спазмолитического действия которым обладает "ДЭНАС"- терапия (Мейзеров Е. 2001г.). Полученные данные подтверждают эффективность введения в комплексное лечение ИТ на раннем госпитальном этапе предлагаемой нами методики сочетанного восстановительного лечения ИЛГ и "ДЭНАС"-терапии.

## **ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОС ЭТАПЕ**

**Серая Э.В., Буряков В.Ф., Лапшин В.П., Брыгин П.А., Звездин М.С.**

*НИИСП им.Н.В.Склифосовского*

Цель работы — изучение влияния лечебной физкультуры на функциональные показатели дыхания и кровообращения больных с ингаляционной травмой(ИТ) на раннем госпитальном этапе.

В отделении острой термической травмы НИИСП им. Н.В.Склифосовского разработан комплекс интенсивной лечебной гимнастики для компенсации нарушений центральной и периферической гемодинамики, внешнего дыхания и улучшения локального кровообращения у больных с ИТ. Он применен у 31 больного с ИТ с первых дней поступления в реанимационное отделение.

Данные клинических показателей в динамике представлены в таблице №2.

Учитывая данные функциональных показателей, можно сделать заключение, что примененный нами комплекс лечебной физкультуры не вызывает перенапряжения дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

**Таблица №1.**

Комплекс лечебной физкультуры у больных с термоингаляционной травмой.

№№	Исходное положение (ИП)	Упражнения	Методические указания	Целевая установка
1	Лежа-сидя	Плечи развести-вдох, вернуться в ИП-выдох	Не задерживать вдох, дыхание медленное.	Обучение вдоху
2	Лежа-сидя	Пальцы сжать в кулак-вдох, разжать-выдох.	Плавно, без рывков. Темп медленный.	Обучение удлиненному выдоху.
3	Лежа-сидя	Прогнуть спину-вдох, вернуться в ИП-выдох.	Темп медленный.	Уменьшение застойных явлений в легких.
4	Лежа-сидя	Повернуть голову вправо-резкий вдох правой ноздрей, с прижатием левой ноздри. Также повернув голову влево, с прижатием правой ноздри.	Повороты головы в стороны. Темп быстрый.	Тренинг системы внешнего дыхания.
5	Лежа-сидя	Опустить голову вниз-резкий вдох, выдох медленный. Поднять голову вверх-резкий вдох, выдох медленный.	Выдох должен успевать закончиться при положении головы вниз. Также при положении головы вверх.	Тренинг системы внешнего дыхания.
6	Лежа-сидя	Наклонить голову с прижатием уха к правому плечу-резкий вдох, выдох медленный.	Смотреть перед собой. Выдох -вдох по продолжительности соответствуют наклону головы.	Тренинг системы внешнего дыхания.
7	Лежа-сидя	Правая ноздря закрыта-вдох через левую ноздрию. Также с противоположной стороны.	Темп медленный.	Увеличение дыхательных объемов.
8	Лежа-сидя	Вдох через нос, выдох через рот.	Темп медленный.	Установление глубокого спонтанного дыхания.

**Таблица №2.**

Клинические показатели при проведении лечебной физкультуры у больных с термоингаляционной травмой в динамике.

Показатели	Вводный период	Основной период	Заключительный период	Через 10 минут спустя
Частота пульса	Увеличение на 1-2 удара	Увеличение на 3-4 удара	Уменьшение на 3-4 удара	Исходные значения
Артериальное давление систолическое	Исходные значения	Увеличение на 5-10 мм рт ст	Уменьшение на 5 мм рт ст	Исходные значения
Артериальное давление диастолическое	Исходные значения	Увеличение в пределах 5-10 мм рт ст	Уменьшение в пределах 5 мм рт ст	Исходные значения
Глубина экскурсии грудной клетки	Увеличение	Увеличение	Уменьшение	Исходные значения

---

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПОРАЖЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

**Слепушкин В.Д., Бериев О.Г.**

*г.Владикавказ, Республика Северная Осетия-Алания, Россия, Северо-Осетинская медицинская академия*

Ежегодно число погибших и раненых в горах Северной Осетии регистрируется в пределах : погибших 16-19, раненых — 21-28. Около 90% санитарных потерь составляют пассажиры автотранспорта, 10% — туристы, альпинисты и жители горных селений. В 60% случаев причиной санитарных потерь в горах являются снежные лавины, в 30% — оползни и камнепады, в 10% — прочие условия — дождь, туман, неисправность транспортных средств. Основная причина гибели при ЧС в горах — комбинированная травма, то есть сочетание механической травмы с переохлаждением тела, что характерно при попадании пораженных под снежные лавины. На втором месте по причинам летальности стоят тяжелые сочетанные и множественные травмы, что характерно для весенне-летне-осеннего сезона, когда пораженные падают в пропасть или попадают под камнепад.

На высоте более 1500 м над уровнем моря ( сатурация крови кислородом методом пульсоксиметрии составляет в норме менее 92% ) действие центральных морфиноподобных анальгетиков при внутривенном и внутримышечном введении резко ослабляется или исчезает. В этом случае адекватное обезболивание осуществляется интраназальным введением фентанила и/ или калипсола, стадола в обычных дозировках. Для лечения пораженных с общим переохлаждением используется инфузия (200-400 мл) подогретого 1% раствора хлорида кальция. При наличии отморожений конечностей используется ватно - марлевые повязки типа "варежки" или "сапожки" и внутривенное назначение даларгина в дозе 2-3 мг для улучшения микроциркуляции. Для быстрого восполнения дефицита объема циркулирующей крови при наличии симптомов гиповолемического шока используется инфузия 7,5% раствора хлорида натрия из расчета 3-5 мл на кг массы тела.

Анализ показал, что внедрение разработанных мероприятий оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе в условиях высокогорья способствовало уменьшению числа пораженных с шоком, доставляемых в ЛПУ и, как следствие — снижению числа летальных исходов в первые сутки. Комплексное лечение пораженных с общим и местным охлаждением уменьшило число ампутаций конечностей.

---

## ВАЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

**Слесаренко Н.А., Грашкина И.Г., Гроздова Т.Ю., Грашкин В.А.**

*г. Саратов, Российская Федерация, государственный медицинский университет, Областной кожно-венерологический диспансер*

Изменения кожи характерны для многих инфекционных, аллергических, токсических, инфекционно-токсико-аллергических состояний организма.

Существуют поражения кожи, возникающие при прямом контакте с физическими, химическими, токсическими веществами, в частности некоторыми растениями, обозначаемыми, как простой контактный дерматит. Они характеризуются определенными первичными, вторичными элементами и клинико-лабораторными признаками, отличающими одно состояние от другого.

Мы наблюдали 20 человек (17 детей в возрасте от 9 до 14 лет и 3 женщин в возрасте 20 лет), которые заболели одновременно, остро, сразу после пребывания в лесу и контакта с травами.

У всех пациентов на открытых участках кожного покрова возникли высыпания, сопровождающиеся чувством жжения и зуда. Общее состояние больных было удовлетворительное. Объективно: очаги эритемы с четкими границами в основном линейной формы, на фоне многих из них имелись крупные пузыри до лесного ореха, заполненные серозной и серозно-гнойной жидкостью. Наряду с ними — отдельные эрозии и поверхностные язвы, частично покрытые серозными и серозно-геморрагическими корками и окаймленные обрывками пузырей. Симптом Никольского был отрицательный. В мазках отпечатках с эрозий акантолитические клетки не обнаруживались.

Клиническая картина (время возникновения и характер морфологических элементов, локализация строго на местах контакта, четкие границы) позволила исключить аллергический характер заболевания и выставить диагноз: острый простой контактный дерматит II - III степени, осложненный пиодермией.

Наружная терапия растворами анилиновых красителей привела к полному клиническому разрешению процесса. В системной терапии пациенты не нуждались.

Таким образом, правильная и своевременная оценка поражения кожи дает возможность поставить диагноз и назначить адекватное терапевтическое лечение.

---

## СЛУЖБА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ

**Тараканова Л.И.**

*г. Петрозаводск, Республики Карелия, Петрозаводский государственный университет, медицинский факультет*

Скорую медицинскую помощь (СМП) в Республике Карелия с населением 757,6 тыс. оказывают 44 отделения СМП. В службе работают 83 врача и 464 фельдшера.

Сельское население, составляющее 25,4%, обслуживается, в основном, фельдшерскими бригадами (76,2%). В столице Республики — городе Петрозаводске, — 51,6% от числа всех вызовов выполняют врачебные общепрофильные бригады; 29,5% — фельдшерские; 9,9% — специализированные (реанимационная и бригада интенсивной терапии); 9,0% — педиатрические. Средняя нагрузка на 1 бригаду в городе — 19 вызовов в сутки, в районах — 10,5.

Среднее время обслуживания 1 вызова в районах — 35,8 мин., в городе: линейные бригады — 41,6 минуты, специализированные — 45,0 минут.

Обращаемость за СМП составила в 2002 году 427,1 на 1000 населения, что превышает федеральный норматив государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Рост обращаемости обусловлен хронизацией заболеваний, утяжелением состояния больных, снижением доступности лекарств, и, вместе с тем, безотлагательным и безотказным характером предоставления помощи наряду с ослаблением профилактической направленности амбулаторно-поликлинических учреждений.

В структуре обращаемости 30,4% составили вызовы на внезапные заболевания; 9,1% — на несчастные случаи; 0,2% — на роды и патологию беременности; 6,2% — перевозки; 7,8% — безрезультатные вызовы и 46,3% — вызовы по поводу "прочих" заболеваний, т.е. вызовы к хроническим больным. 33,9% из числа всех выполненных вызовов в городе на внезапные заболевания "по неотложной помощи" выполнены в часы работы поликлиник. Отказы в выезде скорой помощи из-за необоснованности вызова составили 8,3%.

Госпитализировано в среднем по Республике 12% больных, в городе госпитализируется каждый четвертый больной (26,5%), что свидетельствует о вызове скорой помощи к более тяжелому контингенту больных. В Петрозаводске в 2002 году 67,1% больных госпитализированы по экстренным показаниям, причем, 49,4% доставлены бригадами СМП. Было зафиксировано 4174 отказа в госпитализации (25,2% от числа направленных СМП). В числе причин

---

были отказы после смены диагноза и отсутствии показаний к госпитализации (12,1%), отказ больного (11,1%), в 76,8% случаев больные нуждались в наблюдении, обследовании или амбулаторной помощи. Процент диагностических ошибок по Республике составил 5,7%. Неполный возврат талонов к сопроводительным листам снижает достоверность этого показателя.

Анализ состояния службы позволил разработать целевую Программу совершенствования службы СМП в Республике Карелия.

## **АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПОДВЕРГНУТЫХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Тарасов Н.И., Никонович С.Д., Сергеев Ю.А., Резниченко В.Т., Кривополенов В.А.**

*Городская клиническая станция скорой медицинской помощи. г. Кемерово.  
Кемеровский кардиологический диспансер*

Целью исследования явилось изучение эффективности тромболитической (ТЛТ) терапии больных пожилого возраста в снижении летальности от осложнений инфаркта миокарда (ИМ).

В исследование включили 77 пациентов в возрасте 69-82 года ( $73,9 \pm 3,6$ ), госпитализированных в первые 6ч от начала развития симптомов инфаркта миокарда (ИМ), с характерными ЭКГ-признаками и значимым повышением креатинфосфокиназы. Из них 27 пациентам (гр.А) проведена ТЛТ стрепгазой по стандартной методике, а 50 пациентам (гр.В) ТЛТ не проводили в связи с относительными и абсолютными противопоказаниями. Группы достоверно не различались по возрасту, локализации ИМ, времени госпитализации, предшествующим факторам риска и сопутствующей патологии, а также первичным осложнениям ИМ.

Анализ основных причин летальности больных ИМ в течении первых трех суток свидетельствовал о достоверных различиях между гр.А и В. Так, в гр. А (с ТЛТ) преобладающими причинами смерти были желудочковые аритмии — 30%, против 10% в гр. В (без ТЛТ) и разрыва миокарда — 30% и 15% — соответственно. Вместе с тем, в группе без ТЛТ преобладали кардиогенный шок 45% против 36% в группе с ТЛТ и острый альвеолярный отек легких — 15% (гр.В) и 4% (гр.А).



Результаты исследования показали, что ТЛТ у пациентов инфарктом миокарда пожилого возраста является эффективным методом первого этапа лечения, способствующим достоверному снижению общей летальности, и, в частности от кардиогенного шока, отека легких, однако введение тромболитических препаратов не способствует уменьшению частоты разрывов миокарда и желудочковых аритмий высоких градаций.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕВАЛГИНА И АНАЛЬГИНА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Тополянский А.В., Гирель О.В.**

Цель исследования:

Провести сравнительную оценку эффективности и безопасности применения ревалгина и анальгина при болевом синдроме различного генеза на догоспитальном этапе.

Задачи исследования:

Оценить скорость наступления анальгетического эффекта анальгина и ревалгина. Провести сравнительную оценку выраженности их обезболивающего действия. Оценить частоту нежелательных явлений на фоне терапии ревалгином и анальгином. Оценить частоту повторных вызовов бригад СМиНМП.

Материалы и методы исследования:

В исследование будут включены пациенты с болевым синдромом различного генеза, для анальгезии планируется парентерально (в/м) применять анальгин (50%-2,0 в/м) и ревалгин.

	Ревалгин (n=24)	Анальгин (n=25)
Эффективность (по методике "А") показана средняя разность между начальным уровнем боли и после СМП	57,8	34,2
Эффективность (по методике "В")	4 (16,7%)	2 (8%)
Боль исчезла	12 (50%)	13 (52%)
Боль сильно уменьшилась	6 (25%)	5 (20%)
Боль уменьшилась	2 (8,3%)	4 (16%)
Боль немного уменьшилась	0	1 (4%)
нет эффекта	19,96	30,6
Среднее время обезболивания (мин.)	1 (4,2%)	6 (24%)
Побочные эффекты	(головокружение) 0	(тошнота - 4, головная боль - 2; головокружение -2)
Повторные вызовы		4 (16%)

---

Как видно из представленных в таблице данных, по оценке пациентов в группе больных, получавших по поводу болевого синдрома ревалгин, интенсивность боли уменьшилась в среднем на 57,8 балла при оценке способом А; полностью купировалась у 4 пациентов, сильно уменьшилась — у 12 больных, уменьшилась — у 6 и немного уменьшилась у 2 (способ В). Отсутствие эффекта на фоне терапии ревалгином не отмечено; среднее время обезболивания составило 20 мин. На фоне терапии анальгином средняя разность между начальным уровнем боли и ее интенсивностью после лечения составила 34,2 балла (способ А); боль полностью купировалась у 2 пациентов, сильно уменьшилась у 13, уменьшилась у 5 и немного уменьшилась у 4 больных, у одного пациента обезболивание оказалось неэффективным (способ В). Среднее время обезболивания составило 30 мин. На фоне терапии ревалгином побочные эффекты выявлены у 1 пациента, на фоне лечения анальгином — у 6.

Выводы: Таким образом, по сравнению с анальгином, ревалгин оказался более эффективен и безопасен для купирования болевого синдрома различного генеза на догоспитальном этапе.

## **ОБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ**

**Турлубеков К.К., Дёмин М.П., Доскожина Х.Г., Кусаинова М.М., Малько Г.Е.**

*г. Кокшетау, Республика Казахстан, Станция скорой медицинской помощи*

Целью настоящей работы явилось изучение структуры вызовов бригад скорой медицинской помощи пациентами в состоянии алкогольного опьянения 2000-2002годы. Всего было обслужено 166929 вызовов. Из них в 8602 обращениях были в состоянии алкогольного опьянения 5,2%, из которых 6630 мужчин и 1972 женщин, 2851 азиат и 5751 европеец.

Наибольший удельный вес среди лиц находящихся в состоянии алкогольного опьянения различной степени составляют больные с травмами мягких тканей. Причём количество их возросло в 2,4 раза в 2002г., чем в предыдущие годы. С черепно-мозговой травмой число обращений возросло в 4,5 раза в 2002г. и составило 132, тогда как в 2000г. было 29 обращений, в 2001г.—55. С переломами костей различной локализации обратились 7273

---

больных, среди которых в алкогольном опьянении находились 150 человек (2,1%). Число обращений лиц в пьяном виде с переломами увеличилось в 2 раза. Пациентов с ИБС в состоянии алкогольного опьянения возросло с 16 в 2000 г. до 121 в 2002г., то есть в 7,6 раза, артериальной гипертонией с 37 в 2000г. до 202 в 2002г., то есть увеличилось в 5,5 раза. Многократное увеличение наблюдается и у больных с заболеваниями органов дыхания с 3-х случаев в 2000г. до 61 в 2002г. Госпитализировано для проведения дезинтоксикационной терапии в 2000г. было 508 , в 2001г. — 1069, а в 2002г.— 1010 больных.

Госпитализированы с алкогольной галлюцинацией 299 больных в 2000г., 514 в 2001г. и 616 в 2002г. что составляет 22,7%, 25,7% и 13,9% соответственно, от общего количества обслуженных пациентов, употребивших алкоголь. Лиц обратившихся к нам в состоянии алкогольного опьянения без сопутствующих заболеваний было 376 в 2000г., 514 в 2001г. и 1336 в 2002г

Таким образом, количество обращений населения за скорой помощью в состоянии алкогольного опьянения за 2000-2002г.г. годы неуклонно увеличивается, что способствует уменьшению эффективности использования бюджетных средств и снижает оперативность оказания экстренной помощи больным при угрожающих жизни состояниях.

## **ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ВЫЗОВОВ**

**Турлубеков К.К., Малько Г.Е., Дёмин М.П.**

*г.Кокшетау, Республика Казахстан, Станция скорой медицинской помощи*

Повторные вызова бригад скорой медицинской помощи являются одной из важнейших составных, влияющих на оперативность работы всей станции. В настоящей работе нами проанализирована динамика повторных вызовов по станции скорой медицинской помощи за 2001-2002г.г.

За 3 года обслужено 169929 вызовов, из которых 672 было повторных, что составило 0,4% от общего числа. Изменение количества повторных вызовов по годам было следующее: в 2000 — 192 (0,4% от общего количества), в 2001 — 163 (0,3%) и в 2002г.— 317 (0,5%). Прослеживается увеличение повторных вызовов в 2002 г. как в абсолютном, так и относительном выражении, среди которых были обоснованными в 134 случаях в 2000г., что составило — 70%, в 2001г.— 110 случаев (67%), в 2002 г.— 204 случаев (64%). Обоснованность повторных вызовов по вине медработников комиссионно определена в 478 случаях, (66,7%)

---

---

Повторные вызова по вине медицинских работников связаны с неполным объёмом оказанной медицинской помощи и недооценкой тяжести состояния больных, при первичном посещении. Количество таких вызовов увеличивается, но удельный вес их снизился с 70% в 2000г. до 64 % в 2002г. Имеется устойчивое снижение удельного веса повторных вызовов за 3 года. Немаловажную роль играет в этом систематическая работа над повышением квалификации медицинских работников. На утренней конференции ежедневно делаются реферативные сообщения из научных журналов, врачи и фельдшера направляются на специализации и усовершенствования.

Значительным вкладом в повышение квалификации врачей и фельдшеров станции скорой медицинской помощи является дистанционное обучение, организованное кафедрой клинической фармакологии и внутренних болезней Московского медико-стоматологического университета. В 2002г. 20 врачей и фельдшеров станции скорой медицинской помощи г. Кокшетау прошли дистанционное обучение по циклу "Клиническая фармакология — вопросы фармакотерапии неотложных состояний".

Таким образом, систематическая работа по повышению квалификации медработников с использованием всех доступных методов обучения способствует повышению качества медицинской помощи.

## **ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Хаджибаев А.М., Фаязов А.Д., Шукуров С.И., Камилов У.Р., Шамуталов М.Ш.**

*г. Ташкент, Республика Узбекистан, Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи*

Несмотря на актуальность, вопрос оказания первой медицинской помощи больным с термической травмой является до конца не решенной. Владение навыками оказания первой медицинской помощи больным с термическими поражениями касается в равной степени, как работников скорой помощи на догоспитальном этапе и персонала специализированных центров, так и отделений неотложной помощи и реанимации. Неадекватно оказанная первая медицинская помощь часто усугубляет тяжесть шока, дальнейшее течение ожоговой болезни и исход заболевания.

---

За период времени 2001 - 2003 годов в отделение комбустиологии РНЦЭМП в организованном порядке [по линии скорой помощи, в сопровождении медицинских работников] доставлены 1687 пострадавших с термическими поражениями. Анализ первой медицинской помощи, оказанной этим больным показал, что в 78% случаев эту помощь ограничивался лишь введением обычных обезболивающих [анальгин, баралгин, димедрол или другие десенсибилизирующие препараты] и наложением асептической повязки.

Исходя из этих принципов, мы сочли необходимым изложить основные принципы оказания первой медицинской помощи больным с термическими поражениями.

Основной целью первой помощи является прекращение действия поражающего агента, стабилизация адекватной вентиляции, ранние мероприятия направленные на ликвидацию шока, устранение боли, сведения к минимуму возможности попадания в ожоговую рану инфекции, оценка тяжести травмы, преморбидного фона, алкогольно-лекарственного статуса. Первичная помощь — остановка действия поражающего фактора освещена достаточно широко и ярко в медицинских и немедицинских публикациях.

Вероятность термоингаляционного поражения определяется по следующим объективным и субъективным данным: термическая травма в закрытом помещении, пожар, взрыв; ожоги лица, шеи, передней поверхности грудной клетки, опаление волос носовых ходов, бровей, ресниц, следы копоти на слизистой носа и зева, нарушение сознания, изменения голоса, кашель с мокротой черного цвета, болезненность дыхания, тахипноэ. На догоспитальном этапе установить точную степень поражения дыхательных путей представляется невозможным. Поэтому первой задачей врача является обеспечение проходимости дыхательных путей. Спектр этой помощи включает: очищение дыхательных путей от инородных тел, обеспечение адекватной оксигенации [с помощью увлажненного кислорода], при необходимости и возможности назо-трахеальная или эндотрахеальная интубация, по жизненным показаниям возможна трахео- или коникотомия. Кроме этого нельзя забывать о проведении противоотечной терапии: введение десенсибилизирующих, кортикостероидных, антикоагулянтных препаратов.

Для проведения ранней противошоковой терапии надо определить хотя бы приблизительно площадь и глубину ожога. Термическая травма более 10% поверхности тела [не включая I ст. ожога] служить показанием проведению ранних противошоковых мероприятий. Это позволяет предупредить усугубление тяжести состояния пострадавшего. Наиболее распространенным и эффективным является введение растворов Рингер-лактата или глюкозы со скоростью 2л/час у взрослых и 500 мл/час у детей. В случае невозможности инфузионной терапии нужно проводить следующие мероприятия: ингаля-

---

ция увлажненного O<sub>2</sub>, внутривенное введение анальгетиков, давать пить горячий сладкий чай. Оптимальным считается количество жидкости составляющая 10-15% от веса пострадавшего, причем желательно на каждый литр воды добавлять по 1 чайной ложки поваренной соли и пищевой соды.

С целью устранения боли на догоспитальном этапе показано применение охлаждающих повязок [при ожогах до 10-15% поверхности тела] и введение ненаркотических анальгетиков. Введение наркотических анальгетиков нежелательно из-за нестабильности гемодинамики и вероятности наличия дыхательных расстройств. Профилактика попадания инфекции в ожоговую рану достигается наложением асептической повязки с растворами антисептиков.

Таким образом, своевременно и адекватно оказанная первая медицинская помощь в догоспитальном этапе оказывает благотворное действие на дальнейшее течение ожоговой болезни, улучшая тем самым конечный результат — исход термической травмы.

## **КОМПЬЮТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ УЧАСТКАМ ПОЛИКЛИНИК В СОПОСТАВЛЕНИИ С РАБОТОЙ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ НА ДОМУ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ СМП И ЛПУ**

**Школьников С.А., Шеенко Ю.А., Перлюк Б.И., Плотников А.В., Остапенко Е.А., Дьякова Т.Н.**

*г.Курск, Департамент здравоохранения, МУЗ Станция скорой медицинской помощи*

Работа службы скорой медицинской помощи (СМП) тесно связана с совершенствованием работы амбулаторно-поликлинической службы. Недостатки в организации медицинской помощи на дому, оказываемой поликлиникой, увеличивает поток вызовов за скорой медицинской помощью.

С 1998 года на станции СМП внедрена автоматизированная система учёта вызовов АРМ, которая позволяет учитывать вызовы по всем характеристикам (номер карты, дата, ФИО, возраст, пол, адрес проживания, диагноз) в абсолютных и относительных показателях на 1000 населения по терапевтическим участкам поликлиник, сопоставление полученных данных со средними показателями по поликлиникам, по городу с целью выявления терапевтических участков с высокой потребностью в ССиНМП и превышением 318 вызовов на 1000 населения Федеральный норматив.

---

Темп роста обращаемости в СМП составил за 5 лет 132%. При анализе обращаемости в СМП по территориальным поликлиникам г.Курска наиболее высокие показатели обращаемости за СМП отмечены на территории поликлиники 6 (2002г.— 532,1 на 1000) и составили 159%. Стабильными сохраняются показатели обращаемости за скорой помощью в районе поликлиники 3 и составляет 99,6%, т.е. наметилась некоторая тенденция к снижению (1998г.— 52,14 на 1000, в 2002г.— 350,7 на 1000).

Анализ обращаемости по данным ЭВМ по терапевтическим участкам каждой из 7 поликлиник позволяет определить участки с наибольшим количеством обращений. Так, в поликлинике 1 количество участков, превышающее Федеральный норматив составило 22,58%, в поликлинике 2 45,83%, в поликлинике 3 29,63%, в поликлинике 4 31,25%, в поликлинике 5 33,33%, в поликлинике 6 68,0%, в поликлинике 7 73,9%.

Полученные данные сравнивались с данными обращаемости к участковым врачам, соотношение обращений за СМП и посещениями участковых врачей на дом составляет по поликлинике 6 1 : 1,57, а в поликлинике 3 1 : 2,0.

Хотелось бы отметить высокую зависимость ( $r=0,76$ ) между обращениями за СМП и МПД в поликлинику 3. В то время как по поликлинике 6 этот показатель имеет умеренную выраженность ( $r=0,48$ ).

Анализ работы по преемственности служб СМП и амбулаторно-поликлинической показал, что администрация поликлиники 3 для улучшения работы участковых врачей активно использует экономические рычаги управления, что желательно использовать в остальных поликлиниках города, где идет рост обращаемости в СМП.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТИРЕОЗОМ**

**Шумихина Л.А.**

*Ижевская медицинская академия*

Как известно, слюнные железы несут не только экскреторную, но и инкреторную функции и находятся в тесной функциональной связи с другими железами внутренней секреции, в том числе и с щитовидной железой. Изменения функционального состояния любого органа или ткани вызывает и сосудистые нарушения в микроциркуляторном русле.

---

Поставлена задача изучить состояние микроциркуляции в околоушных слюнных железах у больных с гипертиреозом с целью дальнейшей разработки методов ее коррекции.

Исследование проводилось методом инфракрасной доплеровской флоуметрии с помощью аппарата "ПАРИС" (Портативная Аппаратура Регистрации Исследований), разработанного в Физико-Техническом институте УрО РАН. Датчики в виде оптопары (фотоприемник+излучатель) устанавливались в проекции околоушной слюнной железы, и проводилась регистрация показателей, которые записывались в виде осцилляций на бумажный носитель. Аналогично проводилось исследование с противоположной стороны. Кроме того, проводилась регистрация показателей с реперной точки, в качестве которой была избрана тыльная часть ногтевой фаланги большого пальца.

Этим методом было проведено обследование 10 практически здоровых людей без соматической патологии и 26 больных с различной степенью выраженности гипертиреоза и с различной клинической выраженностью патологии слюнных желез (припухлось одно- или двусторонняя, ксеростомия). Возраст обследуемых составил от 33 до 65 лет. Все больные с гипертиреозом находятся на диспансерном наблюдении у эндокринолога и получают соответствующую терапию.

При анализе полученных результатов выявлено, что у больных гипертиреозом четко определяются изменения осцилляций от почти полного отсутствия микроциркуляторной пульсации до хаотически проявляющихся знаков пульсограмм. При этом, их изменения находятся в зависимости от степени клинической выраженности патологии слюнных желез.

Таким образом, инфракрасная доплерография является информативным методом исследования микроциркуляторного русла слюнных желез и позволяет оценивать его состояние.

## **ЧАСТОТА И ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ**

**Эльгаров А.А., Мидова М.М., Сабанчиева Х.А., Эльгаров М.А.**  
*г.Нальчик, Кабардино-Балкарский госуниверситет*

Заболеваемость и смертность вследствие нарушений мозгового кровообращения (НМК) имеют тенденцию к росту. С целью разработки профилактических мероприятий нами проанализированы материалы ССМП за 5 лет. Аб-



---

солютные цифры обращаемости по поводу мозговых инсультов (МИ) за период 1998-2002 гг имеют тенденцию к росту: от 893 в 1998 до 965 в 2002 г.

Удельный вес обращений за врачебной помощью по отношению к общему числу вызовов и в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями составил соответственно 1,0 и 8,3% в 1998, 0,8 и 6,9% в 1999, 0,8 и 7,4% в 2000, 1,8 и 11,2% в 2001, 2,3 и 13,4% в 2002 г. За последние два года больные с МИ госпитализируются в неврологическое отделение ближайшего ЛПУ линейной бригадой СМП в течение 1,5-2,5 часов после вызова; при нарушенном сознании транспортировку осуществляет реанимационная бригада. В стационаре при подозрении на ишемический и геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, рецидивирующее преходящее НМК совместно с нейрохирургом определяется врачебная тактика. Процент больных, госпитализированных до развития нарушения сознания, с 2000 г увеличился на 4,7, а доставленных в стационар в коме уменьшился на 10,5%. Однако показатели летальности, к сожалению, не претерпели достоверных изменений: досуточная 6,2-6,9%; после 24 часов 15,9-16,4%. Анализ 348 историй болезни и 237 амбулаторных карт лиц, перенесших МИ за 5 лет, позволил установить: наличие артериальной гипертензии (АГ) в анамнезе в 75% случаев. При этом, нерегулярное и (или) неадекватное лечение имело место практически у 84,5% больных, течение АГ у 2/3 из них сопровождалось гипертоническими кризами, преходящими НМК и транзиторными ишемическими атаками, декомпенсацией АГ; коррекция факторов риска и немедикаментозные методы применялись лишь в 20,6% наблюдений; при выборе метода антигипертензивной терапии совершенно не учитывались состояние органов-мишеней и наличие сопутствующих заболеваний, а также особенности профессиональной деятельности индивида. Итак, важным направлением профилактики МИ следует считать активную комплексную гипотензивную терапию и коррекцию стиля жизни пациентов с АГ.

## **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ**

**Эльгарова Л.В., Эльгаров А.А.**

*г.Нальчик, Кабардино-Балкарский госуниверситет*

Для оценки частоты и структуры обращений за врачебной помощью детей и подростков выполнен анализ материалов ССМП г.Нальчика за 1998-2002 гг.

Число вызовов за указанный период имело тенденцию к снижению: 9552 — в 1998, 8058 — в 1999, 8090 — 2000, 7653 — 2001. При этом, обращения детей до 1 года составили 14,7% в 1998 и 1999 гг, 22,4% в 2000, 20,3% в 2001

---

и 22,2% в 2002. Число госпитализаций за 5 лет плавно увеличилось (с 1007 в 1998 до 1207 в 2002); в их структуре 65-72% были дети до 1 года. Следует отметить высокий процент необоснованных вызовов (24,8 - 31,2%). Представляет интерес структура обращений с учетом возраста. Так, дети до 1 года чаще обращались по поводу астмы и бронхита (16,8%), болей в животе (12,5%), травм различного генеза (10,3%), ожогов (6,5%), ком и шока (3,8%), а также гипертермического (3,5%) и судорожного (4,9%) синдромов. В возрасте 1-3 года основными причинами вызовов были боли в животе, астма и бронхит, травмы и отравления, а у 3-7-летних — боли в животе (более 40%), травмы (19,5%), астма и бронхит (9,6%). Среди 7-13 и 13-15-летних ведущими причинами обращений оказались боли в животе (соответственно 49,9 и 16,7%), травмы (28,2 и 16,9%), нейроциркуляторная дистония (НЦД) и криз (8,5 и 12,8%).

Учитывая научно-практический интерес нами проанализированы амбулаторные карты детей 7-15 лет, обратившихся в 2001-2002 гг за врачебной помощью в связи с НЦД и кризом. В поликлиниках нами обнаружены медицинские документы 25% подростков, нуждавшихся в неотложной терапии. Установлено, что 21,6% детей обращались к врачу по поводу повышения АД, из числа которых динамическое наблюдение осуществлялось в 7,6% случаев у 13-15-летних школьников с НЦД по гипертоническому типу (мониторинг не включал в себя меры по уточнению генеза болезни, лекарственные и немедикаментозные способы коррекции гипертонических реакций).

На основе полученных результатов разработаны практические рекомендации по ранней диагностике и профилактике НЦД среди подростков.

## **ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОБЛЕМЕ: "ОСНОВЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ"**

**Ярмагомедов А.А.**

*Россия, г. Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет*

В Российской Федерации смертность от внешних причин занимает второе место и является основной причиной смертности населения в возрасте от 15 до 44 лет. Это и определяет актуальность улучшения качества скорой ме-

---

дицинской помощи (СМП), особенно в течение "золотого часа". На догоспитальном этапе (ДЭ) качество инфузионной терапии (ИТ) является одним из основных составляющих адекватности лечебных мероприятий. Одним из факторов безопасности и эффективности ИТ является корректировка стандартных схем ее проведения с учетом наличия нефропатии, частота которого растет с увеличением числа больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом, хроническим алкоголизмом и острыми отравлениями.

Целью исследования было — изучение уровня профессиональной подготовки врачей СМП по основам ИТ, а также их умение на ДЭ выявлять больных с возможной нефропатией различного генеза.

Ввиду отсутствия общепринятой программы квалификационного контроля по данной проблеме нами была разработана анкета из 20 вопросов. Тестирование проводилось письменно и анонимно. Тестированы 120 врачей СМП из трех регионов РФ. Средний стаж работы по специальности составил 12,8 7,2 года.

Получено 68,7% 11,35 (13,7 из 20) неправильных ответов. Наибольшее число (до 90%) неправильных ответов получены на вопросы, связанные с распределением жидкости между секторами в организме и правильным выбором стандартных инфузионных растворов, а также интерпретацией диагностической ценности олигурии и полиурии для выбора ИТ.

Корреляционный анализ не выявил зависимость между стажем работы и числом неправильных ответов ( $r=0,254$ ;  $n=88$ ).

Исходя из этого, в программы обучения врачей СМП необходимо включать специальные циклы по нарушению водно-электролитного баланса, основам ИТ, а также неотложной нефрологии.

---

# ДОКЛАДЫ

## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САМАРКАНДЕ

**Бакиев С.С., Садыков Р.А., Сидиков Т.Я., Нарзуллаева М.А.**  
*Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи, директор д.м.н. Садыков Р.А.*

Станции скорой помощи, как одна из форм быстрого оказания помощи больным, до революции на территории нынешнего Узбекистана не было. После установления советской власти они стали быстро развиваться. Вначале станции скорой помощи были укомплектованы главным образом фельдшерами, фельдшерско-акушерскими бригадами, а иногда только медицинскими сестрами. Но с увеличением числа врачей в городах и селах республики станции скорой помощи стали укомплектовываться врачами, а средний медицинский персонал стал осуществлять санитарную транспортировку. К больным приходилось добираться пешком, и лишь на дальние расстояния предоставлялась лошадь, осел или верблюд.

В 1921 году Скорая помощь в Самарканде самостоятельного штата не имела, обслуживалась медперсоналом лечебных учреждений в форме дежурств, этим же персоналом делались посещения на дому.

Впервые штат скорой помощи в Самарканде был выделен в количестве одной койки в 1922 году. К 1 апреля 1923 года существовал амбулатории Скорой помощи. В 1923 году был выделен первый фаэтон, а в 1924 году первая автомашинa "Оппель".

К 1 апреля 1924 года всего в г. Самарканде функционировало шесть больниц с общим числом коек 145, число Амбулаторий составило 12, из них государственных самостоятельных 8. К 1924 году врачей в скорой помощи было — 4, акушеров — 1, конюхо-санитаров — 3, всего по штату — 8 ставок.

К 30 сентября 1924 года при заводах, различных учреждениях, кооперативах состояло 10 амбулатории, так называемых "учрежденческих", из которых 7 — обслуживались врачами, а три — лекпомами. Эти амбулатории функционировали как пункты первой помощи и помощи на дому. Несмотря на кажущееся достаточное число амбулатории в г. Самарканде на каждую амбулаторию приходилось около 6000 человек населения, вследствие чего получалась перегруженность работой некоторых из них, особенно Скорой помощи.

---

В докладе о деятельности Облздравотдела за 1925 г было указано, что к 1925 году величина территории в кв/верст в г. Самарканде было 14818, количество населения 71456, в городе с их уездами 352089 (Каттакурган, Джизак, Ходжент, Ура-Тюбе). При таком количестве населения Скорая помощь получила 2325 вызовов на дом и 744 больных было принято на месте.

С 1930 по 1934 года в Самарканде существовал Институт Неотложной помощи Самаркандского городского отдела здравоохранения. С 1935 года по настоящее время именуется Самаркандской Городской больницей. В 1936 году после открытия самостоятельного Самаркандского медицинского института им академика Павлова И.П. городская больница №1 была переименована в городскую клиническую больницу №1 г. Самарканда и при ней впервые была организована первая подстанция скорой помощи. Населению города медицинскую помощь оказывали пять бригад общего профиля.

Известно, что в период 1940 г. по 1972 годов служба скорой помощи была реорганизована в самостоятельную организацию. В 1944 году 30 мая государственная штатная комиссия при Совете Народных Комиссаров Союза ССР утвердила штат Самаркандской городской станции Скорой помощи в количестве 33 единиц с общей суммой зарплаты по должностным окладам в 4333 руб. в месяц.

Самаркандская станция скорой помощи в 1951 г. проделала большую работу при наличии работающих по штату двух с половиной машин, медицинский персонал состоял из: врачей — 11 человек, среднего медперсонала — 16 человек, младшего медперсонала — 8 человек, прочих — 16 человек, радиус обслуживания станции от 15 до 20 км. Всего обращений было — 13892. Выполнено вызовов — 9441. Отказов станция сделала 6,5%, причем из-за отсутствия транспорта сделано — 0,5%, по несоответствию вызовов сделано — 6. Из всех вызовов в течение трех минут обслужено 98 %. В течение 1951 года станция скорой помощи из всех обслуженных больных госпитализировала 42%. Из амбулаторных больных госпитализировано 6,5%, всего госпитализировано — 5554 человека. Из них с диагнозом отравление составило — 0,7 %, роженицы — 12,5%, внезапные заболевания — 10 % и т.д.

Тем временем население г. Самарканда из года в год увеличивалось и составляло: в 1965 году — 243,8 тысяч, 1967 — 256,0 тысяч, 1968 — 263,0 тысяч, 1969 — 270,8 тысяч, 1970 — 272,0 тысячи человек. Самаркандская городская станция скорой помощи обслуживала кроме населения г. Самарканда, также примерно 80000 население Самаркандского сельского района в населенных пунктах, прилегающих к г. Самарканду.

Анализ показывает, что обращаемость населения службе Скорой помощи увеличивалась, а материальная база последней росла медленно. В 1966 г. служба скорой помощи имела на обслуживании 17 санитарных автомашин,

---

в 1967 г. — 19, в 1968 г. — 21, в 1969 г. — 23 и в 1970 г. — 24 исправных санитарных автомашин.

По приказу Облздрави № 570 в 1970 году для обслуживания населения г. Самарканда было необходимо по нормам 27,2 санитарных автомашин, а если учесть обслуживаемое население Самаркандского сельского района, то необходимо еще 8 автомашин, т.е станция скорой помощи должна была бы иметь 35 санитарных автомашин. В соответствии с этим необходимо было иметь следующие штаты медицинских работников: врачей 170 штатных единиц, средние медработники — 163 штатных единиц, младший персонал — 155 штатных единиц, прочий персонал — 155 штатных единиц.

Фактически станция скорой помощи была укомплектована следующими кадрами: врачи — 90 штатных единиц, средние медработники — 145 штатных единиц, младший персонал — 74 штатных единиц, прочий персонал — 114 штатных единиц.

В 1970 году для населения г. Самарканда с прилегающими населенными пунктами Самаркандского сельского района на станции Скорой помощи функционировали 18,5 круглосуточных бригад, из них 13,5 врачебные линейные бригады, четыре специализированные и одна транспортировочная бригада. По состоянию на 1-ое января 1970 года на станции было зарегистрировано 360 штатных единиц, из них врачей 76, средних медицинских работников 122. В автопарке насчитывалось 22 санитарные автомашины, из них на ходу 20 (при норме 37).

Число вызовов-обращений в 1969 году составило 87759, из них несчастные случаи — 7663, заболевания на дому — 62948, перевозка больных — 12653, амбулаторные — 4495. Как видно 75,5 % выполненных вызовов это заболевания на дому, 5,1 % больным оказывалась амбулаторная помощь на станции. Анализ показывает, что большое количество вызовов обслуживались с опозданием, и в 1969 году таких случаев было 7477, из них несчастные случаи составили 983 или 1,1 % к числу обслуженных. В течение последних 4-х лет (1970-1974) станция перешла на специализированное обслуживание, которое включало тромбоземболическую, две педиатрические бригады и бригаду по борьбе с терминальными состояниями.

В 1969 году в службе скорой помощи были организованы врачебные и фельдшерские советы, которые заседали 1 раз в месяц, и помогли в работе по повышению квалификации врачей и фельдшеров, улучшили проведение конференций, санпросвет работу. В том же году был проведен семинар по организации неотложной помощи. В связи с этим, значительно улучшено ведение документации, уменьшился процент расхождения диагнозов госпитализированных больных. На советах разбирался каждый смертный случай при враче скорой помощи, был заведен отзыв "как вас обслужили" путем рассылки (вы-

---

борочно) почтовых открыток, открыта аптека, служба передачи в диспетчерской, областной оргметодический кабинет, стол справок, который работал с 8-00 ч до 17-00 ч. Была введена должность дезинфектора, изготовлены и установлены на 20 автомашинах сигнал "Сирена" и радиостанции. С января 1969 года радиотелефоны перешли на круглосуточный режим работы, а затем была организована магнитофонная запись приема вызовов.

До 1972 года станция скорой помощи функционировала как самостоятельная организация, а затем на правах отделения станция скорой помощи была объединена с Городской больницей № 1, имеющей на своей базе 400 развернутых коек.

С 16 декабря 1972 года по 7 января 1982 годов служба скорой помощи была вновь объединена и находилась в составе Гормедобъединения №1, куда кроме Городской станции скорой медицинской помощи были включены Городская клиническая больница №1 и поликлиника №10. Это объединение произошло в целях концентрации специалистов, экономии материальных средств и централизованного управления. В 1976 году на улице Акмаль Икрамова, доме № 11 было построено типовое здание для Центральной станции скорой медицинской помощи мощностью 75-100 тысяч вызовов в год. Медицинскую помощь осуществляли 16 линейных бригад.

В январе 1982 года служба скорой медицинской помощи была вновь реорганизована в самостоятельную организацию, которая просуществовала до 1999 года. С 1982 года Центр скорой медицинской помощи стал внекатегорийной организацией, т.к. в год осуществлялось более ста тысяч вызовов (75-100 тысяч вызовов станция первой категории). Во время самостоятельной работы Центр имел следующее штатное расписание: всего — 655 штатных единиц, из них врачей — 156,5; средний медперсонал — 199; младший медперсонал — 121; прочий персонал — 184,5. Штаты были укомплектованы полностью.

В 1982 году на Самаркандской станции скорой помощи работали 31 круглосуточных врачебных бригад: реанимационная — 1, педиатрическая реанимационная — 1, бригада интенсивной терапии — 1, кардиологические — 2, педиатрические — 5, линейные бригады — 17, акушерские — 3, транспортировочная бригада — 1. К 1983 году Самаркандская станция скорой медицинской помощи обслуживала 504,5 тысяч жителей г. Самарканда и 80 тыс. населения Самаркандского района (к-з "Москва", "Зеравшан", "Энгельса", шелкосовхоз и племсовхоз). В связи с этим радиус обслуживания больных был до 40 км.

В 1999 году на базе бывшей клиники № 2 Самаркандского медицинского института был организован Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФРНЦЭМП), и к нему бы-

---

ла присоединена Городская скорая помощь вместе с подстанциями и службой санитарной авиации.

В настоящее время (2003 год) в Скорой помощи Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи работает врачей — 97, медицинских сестер — 137, санитарок — 83, водителей — 80, прочие — 37, из которых высшую категорию имеют 10 врачей, первую категорию — 27 и вторую — 2. Из медицинских сестер высшую категорию имеют 9 человек, первую — 36 и вторую — не имеет никто. Специализацию прошли: врачи — 9 и медицинские сестры — 23 человек.

## **АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ В РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Москвичев В.Г., Шамарина Д.А., Духанина И.В.**

*Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи*

Преждевременная смерть мужчин трудоспособного возраста характерна для демографической ситуации в России в последние годы. Демографы полагают, что 80% смертей прямо или косвенно связаны с чрезмерным употреблением алкоголя. Медицинские последствия употребления алкоголя являются прерогативой наркологов и психиатров, однако, в условиях растущего употребления алкоголя населением (российский показатель на 50% превышает средние европейские значения), врачи общемедицинской практики, главным образом терапевты, стали сталкиваться в своей практике с алкоголем обусловленными расстройствами. Эти расстройства могут проявляться как в виде острых отравлений, так и провоцировать различные крайне тяжелые неотложные соматические состояния. Больные с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и др., возникших на фоне алкоголизма с большим сроком давности заболевания, не состоявшие ранее на наркологическом учете, составляют более одной четверти всех госпитализирующихся. Ургентные состояния, возникающие на фоне хронического употребления алкоголя и являющиеся поводом вызова бригад СМП, требуют не только знания сочетанной патологии (соматической и наркологической) врачами догоспитального звена, но и специалистами, оказывающими раннюю госпитальную медицинскую помощь. Однако, большинство врачей не владеют знаниями по диагностике и лечению расстройств



---

здоровья, связанных с употреблением алкоголя, считая такую патологию не входящей в сферу их профессиональных обязанностей.

Целью настоящего исследования являлось определение роли острой и хронической алкогольной интоксикации в патогенезе фатальной патологии у пациентов общемедицинского стационара.

В задачи исследования входило ретроспективное исследование историй болезни лиц, умерших в реанимационном отделении за один отчетный год работы, выявление типичных ошибок в диагностике и лечении на догоспитальном и раннем госпитальном этапах.

Всего в 2001 году в реанимационном отделении многопрофильном стационаре пролечено (включая переводы из других отделений) 867 больных. Умерло - 232 человека (26,7%), из них 84 случая (36,2%) пациенты терапевтического профиля. Более половины последних — пациенты, имеющие проблемы, связанные с употреблением алкоголя — 47 случаев (55,9%), всем умершим больным проводилось патологоанатомическое вскрытие и был посмертно выставлен диагноз хронической или острой алкогольной интоксикации.

Средний возраст больных, скончавшихся в реанимационном отделении на терапевтической койке, составлял  $49,0 \pm 8,7$  лет. Преобладали мужчины — 74,4 % (35 человек), женщины составляли 25,5 % (12 человек). Число умерших в течение первых суток пребывания в стационаре составило 63,8 % (30 человек), а больше одних суток — 36,2 % (17 человек). Т.е., наиболее значимым у данной категории больных является показатель досуточной летальности. Большинство больных было представлено социально адаптированными пациентами с удовлетворительным материальным статусом (работающие, пенсионеры, инвалиды по соматической патологии). 27,6 % (13 человек) умерли от тяжелой соматической патологии, развившейся на фоне систематического употребления алкоголя, при жизни диагноз "алкоголизм" им не выставлялся. Равнозначную группу составили неконтактные лица (13 больных — 27,6 %), у которых социальное положение было неизвестно, и по тяжести состояния невозможно было собрать анамнез или получить какие-либо сведения. Малая часть умерших — 7 человек (14,8 %) имела признаки социальной деградации (гигиенически запущенные лица без определенного места жительства).

Все больные были доставлены бригадами СМП. Через приемное отделение поступили 33 чел. (70,2 %), минуя приемное отделение, т.е. сразу в отделение реанимации, доставлено 14 больных (29,8 %). Совпадение диагнозов, выставленных врачами бригад СМП, и при поступлении в реанимационное отделение было в 41 (87,2 %) случае. В 6 случаях (12,7 %) отмечалось несоответствие диагнозов.

---

---

В большинстве случаев выявлено совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов (37 случаев — 78,7 %). Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов были в 9 случаях (19,1 %), из них — по I категории — 5 случаев (55,5 %) (расхождение обусловлено тяжестью состояния больного и кратковременностью пребывания в стационаре) В двух случаях отмечалось полное расхождение по основному заболеванию — в заключительном клиническом диагнозе алкогольная болезнь отсутствовала, но ее признаки были выявлены патологоанатомически. Расхождение диагнозов по II категории было в 4 случаях (44,4 %). При этом расхождение зарегистрировано по одному из основных заболеваний (один случай гипердиагностики в клинике алкоголизма при отсутствии морфологических маркеров алкоголизма на секции). В истории болезни имелись, однако, все указания (клинические и анамнестические) на алкогольную болезнь.

При анализе диагнозов врачей СМП в 6 случаях (12,7%) был выявлен диагноз "алкоголизм", из них четверо больных поступали в состоянии абстиненции, тогда как врачами приемного покоя или реанимационного отделения диагноз "алкоголизм" был диагностирован уже в 10 случаях (21,3 %). Из них один больной находился в состоянии абстиненции и один в состоянии алкогольного психоза; алкогольное отравление различной степени тяжести выявлено в 4 случаях, из них один случай алкогольной комы.

Отдельно проводилась оценка группы пациентов, умерших в первые сутки после поступления (30 случаев — 63,8%), при анализе диагностических и лечебных мероприятий которой были получены следующие результаты:

- Упоминание об алкоголизме в диагнозах врачей СМП выявлено в 3 случаях (12,7%) из них 2 больных в момент поступления находились в состоянии алкогольной абстиненции. На догоспитальном этапе вводились: в 1 случае — внутримышечно реланиум, в других случаях лечение вообще не проводилось. Двое больных госпитализированы в реанимацию (один из них, минуя приемное отделение). Время пребывания в приемном отделении было соответственно от 0 минут и 1 час.

- Диагноз "алкогольное отравление" выставлялся в 10 случаях (33,3%), из них алкогольная кома — 7. В 4 случаях догоспитальная терапия осуществлялась следующими препаратами: внутримышечно введение раствора магния сульфата, внутривенно струйно - налоксон, раствор глюкозы, преднизолон, в/в капельно - полиглюкин, дофамин. В остальных случаях лечение не проводилось. Двое больных с алкогольным отравлением поступали через приемное отделение, где находились 30-40 минут до госпитализации на реанимационную койку.

- Различные проявления хронической алкогольной интоксикации (алкогольный цирроз печени, пневмония, желудочно-кишечное кровотечение,

---

печеночная колика, алиментарная дистрофия) — причина госпитализации 16 пациентов (53,3%). Лечебные мероприятия СМП оказывались в 6 случаях — симптоматическая терапия. Остальным больным лечение не назначалось. Почти все больные (14 человек) госпитализировались через приемное отделение, где находились от 10 минут до 50 минут (6 больных) и 8 — с интервалом от 1 часа до 1 часа 30 минут с последующей госпитализацией в реанимацию. Два пациента поступили сразу в реанимационное отделение в связи с гиповолемическим шоком и тяжелой дыхательной недостаточностью соответственно.

Во всех 30 случаях смерти пациентов в первые сутки госпитализации, диагнозы СМП совпали с диагнозами при поступлении.

Непосредственными причинами смерти в этой группе больных были: гнойная интоксикация в результате тяжелой деструктивной пневмонии — 8 случаев (26,6%); нарастающие явления сердечно-сосудистой недостаточности — 2 случая (6,6%); печеночная недостаточность с развитием отека легких и мозга — 2 случая (6,6%); почечная недостаточность — 2 случая (6,6%); сочетание сердечно-сосудистой, почечной, печеночной недостаточности — 2 случая (6,6%); отек мозга в результате ЧМТ, острая субдуральная гематома — 2 случая (6,6%); алкогольная энцефалопатия с развитием отека мозга — 2 случая (6,6%); отравление суррогатами алкоголя — 4 случая (13,3%); общее переохлаждение организма — 5 случаев (16,6%).

В 13 случаях в температурных листах и в дневниковых записях не указана температура тела, даже когда идет речь о тяжелой интоксикации или о переохлаждении организма. В 11 случаях не описан в истории болезни объем реанимационных мероприятий — сделана запись "реанимационные мероприятия проведены в полном объеме". У 4-х больных не описан терапевтический статус в полном объеме (т.е не указана аускультация сердца, легких или пальпация живота). Ни в одной истории болезни нет указаний на использование экспресс-диагностики (определение алкоголя по слюне), а также в 6 (12,7 %) случаях в день поступления не проводился анализ крови на содержание глюкозы в крови, что является важным маркером длительности употребления алкоголя и отравления им. В 10 (21,2 %) случаях анализ крови на содержания глюкозы проводился с отсрочкой в 1 час и более часов. Совпадение диагнозов при поступлении и клинического — 41 (87,2 %), расхождение — 6 (12,7 %) случаев. Только в 3 случаях (6,3 %), в истории болезни имеются указания на взятие анализа крови на алкоголь. В остальных 7 (14,9 %) случаях эти указания отсутствуют (вероятнее всего — такой анализ не проводился).

Таким образом, к типичным ошибкам оказания догоспитальной и ранней госпитальной неотложной помощи относятся: вариабельность формулиров-

---

---

ки диагноза, что затрудняет оценку клинического случая. Госпитализация оправдана, однако, неверно сформулированный диагноз (объединяют понятия острой и хронической интоксикации алкоголем и возникающей на ее фоне острой патологией), приводит к неправильной сортировке больных и несвоевременной диагностике и лечению пациентов, что в свою очередь может приводить к увеличению числа летальных исходов.

## **ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ОПИАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Москвичев В.Г., Духанина И.В., Шамарина Д.А.**

*Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи*

Проведен анализ 437 карт вызовов бригад СМП по поводу отравления опиатами в 2001 - 2002 годах в 7 крупных городах России. Для унификации полученных данных, о неотложной помощи при острых отравлениях опиатами, была специально разработана карта для бригад СМП, куда вносились данные осмотра и лечения.

Проанализировав полученные данные, с определенной долей уверенности можно говорить о социальном "портрете" пациентов с отравлениями опийными препаратами. Это молодые мужчины, приблизительно 24 лет, внутривенно употребляющие опиаты (отсутствии анамнестических данных затрудняет разделение на систематических и эпизодических потребителей), обычно в компании вне дома (4/5 всех случаев).

Клиническая картина отравления опиатами (передозировки) характеризовалась, прежде всего, угнетением ЦНС, что проявлялось в виде разной степени выключения сознания (83%): от стадии засыпания (сонливость, оглушенность) до расстройства сознания в виде комы — поверхностной или глубокой. В неврологической картине наиболее специфичным (96%) являлось сужение зрачка (миоз) вплоть до точечного (булавочную или спичечную головку). Информации о фотореакции зрачка, которая в таких случаях характеризуется снижением или полным отсутствием реакции на свет, в картах отсутствовали. Наиболее типичным для токсического действия опиатов было угнетение дыхания (87%) брадипноэ с частотой дыхания до 4-6 в минуту или полная его остановка у больных, находящихся в состоянии сопора или поверхностной комы, что сопровождалось побледнением или цианозом кожных покровов. Именно нарушения дыхания определяли тяжесть течения, исход заболевания и необходимость выбора лечебных мероприятий. Наиболее

---

тяжело протекали сочетанные отравления опиатами с алкоголем или иными препаратами психотропного ряда.

К недостаткам, выявленным в процессе изучения карт вызовов бригаад СМП по поводу опийного отравления, можно отнести следующие:

1. Более чем в 70% случаев не были собраны, или не отражены анамнестические сведения об употреблении опиатов и других психоактивных веществ (доза, время приема, сопутствующие обстоятельства). Это не дает возможности полноценно судить о мотивах приема данных веществ и исключить суицидальное поведение, а также затрудняет постановку диагноза и выбор тактики лечения.

2. Поскольку для диагностики в большей части случаев имеет значение не только анамнез, позволяющий судить о наркотической зависимости, но и дающий объективное подтверждение наркотизации, важными являются сведения о наличии характерных следов от инъекций по ходу подкожных вен, так называемых "дорожек". Однако нужно учитывать и тот факт, что в случае употребления опиатов перорально, ингаляционно или интраназально эти типичные знаки могут отсутствовать.

3. Не принимается во внимание и не отражается в картах вызова важный дифференциально-диагностический симптом - фотореакция зрачков.

4. Укладки бригаад СМП не всегда оснащены специфическими антидотами. Учитывая отсутствие на догоспитальном этапе возможности использования различной диагностической аппаратуры (за исключением ЭКГ) и лабораторных методик, особый интерес представляют лекарственные препараты, которые могут быть использованы не только с лечебной, но и с диагностической целью, каким как раз и является налоксон.

5. Использование неоправданно высоких доз лекарственных средств:

а) налоксона до 1,2-1,6 мг (3-4 ампулы) при отравлении опиатами, что ведет к быстрому развитию абстинентного синдрома.

в) раствора кофеина до 8-10 мл, а также кордиамин у больных с нарушением сознания и дыхания в случаях отравлений опиатами. При этом не проводятся наиболее соответствующие данной ситуации интубация трахеи и ИВЛ. Не происходит восстановление дыхания, больные поступают в стационар в крайне тяжелом состоянии с выраженной гипоксией и судорожной готовностью.

Таким образом, существующая практика применения врачами СМП "традиционного" медикаментозного пособия больным в коматозных состояниях при подозрении на острое отравление опиатами - кордиамином с кофеином (при отсутствии антидота), является мерой вынужденной. Оснащение налоксоном укладок бригаад скорой медицинской помощи должно во многом улучшить оказание медицинской помощи пациентам в коматозных состояниях, вызванных отравлениями наркотиками опийной группы.

---

Оказание неотложной помощи больным начинают с выделения ведущего клинического синдрома, в большинстве случаев это кома. Значительно облегчить диагностику причины комы при подозрении на острое отравление наркотическими веществами могут иммунохроматографические экспресс-тесты.

Клинический диагноз отравлений ПАВ основан на выявлении определяющих симптомов: размер зрачка, уровень изменения сознания, состояние кожи и слизистых.

Лечебные мероприятия рекомендуется проводить в два этапа: 1) недифференцированная терапия — до экспресс-диагностики; и 2) дифференцированная терапия — введение антидота после экспресс-диагностики. На первом этапе исключается гипогликемическая кома струйным внутривенным введением 40% раствора глюкозы. На втором этапе, рекомендуется введение налоксона, а с целью исключения отравления бензодиазепинами или сочетанного их употребления с опиатами — флумазенил. При отсутствии специфического антидота выбор тактики лечения должен осуществляться по стандартной схеме с учетом ведущего синдрома.

Специфический конкурентный антагонист опиоидных препаратов — налоксон, вытесняет опиаты из специфичных рецепторов, быстро восстанавливает угнетенное дыхание и сознание и поэтому особо показан на догоспитальном этапе даже при невозможности интубации трахеи и ИВЛ. В случае подтверждения факта отравления опиатами и их аналогами с помощью тест-полоски необходимо немедленно начать лечение налоксоном в начальной дозе от 0,4-1,2 мг, а при необходимости до 2 мг внутривенно струйно на изотоническом растворе хлорида натрия, или эндотрахеально. При повторном ухудшении состояния необходимо дополнительное введение налоксона через 20-30 мин. Возможно комбинирование в/в и п/к введение налоксона. По достижении терапевтического эффекта введение прекращается, но целесообразно закрепить результат внутримышечным или внутривенным капельным введением дополнительной дозы 0,4 мг.

Применение налоксона рационально при любой степени тяжести отравления опиатами, однако при длительном пребывании больного в состоянии тяжелой гипоксии, особенно при подозрении на аспирацию (признаки рвоты), желательно, чтобы введению препарата предшествовала интубация трахеи (после премедикации атропином в/в) и начата ИВЛ, т.к. введение налоксона может вызвать нежелательный эффект в виде выраженного психомоторного возбуждения и отека легких через 30-60 мин.

Применяя предлагаемый алгоритм диагностики острых отравлений опиатами, а также имеющиеся современные методы быстрого иммунохроматографического тестирования, можно улучшить прогноз изначально, выбрав адекватное медикаментозное лечение, от эффективности проведения которого во многом зависит исход этой патологии.

---

Использование налоксона при опийной коме ведет к клиническому улучшению состояния больных, проявляющееся в восстановлении сознания, самостоятельного дыхания; снижает необходимость в проведении ИВЛ, резко сокращает число госпитализаций.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОСНАЩЕНИЮ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Пиковский В.Ю., Доделия В.Ш.**

*г. Москва, Кафедра скорой медицинской помощи МГМСУ*

Специфика работы службы "03" предполагает постоянную готовность к оказанию во внебольничных условиях экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим, находящимся в критических состояниях. Важным фактором, определяющим адекватность такой помощи, бесспорно, является достаточность специального оснащения выездных бригад СМП, в том числе, и современным лечебно-диагностическим оборудованием.

Однако в рамках ограниченного финансирования отечественного здравоохранения реальное оснащение бригад скорой помощи даже в крупных городах часто не соответствует необходимому объему интенсивной терапии на догоспитальном этапе, что не может не ухудшать качество оказываемой медицинской помощи, а также условия работы выездного персонала.

Целью настоящего доклада является определение необходимого комплекта лечебно-диагностического оборудования выездных бригад скорой медицинской помощи. Важно отметить, что применяемая на догоспитальном этапе аппаратура должна соответствовать следующим требованиям:

портативность;  
возможность автономной работы (наличие надежных аккумуляторных батарей);

устойчивость к внешним воздействиям (тряска, температурные условия и т.п.);  
простота в эксплуатации.

Можно выделить следующие группы медицинского оборудования, применяемого на догоспитальном этапе:

лечебная аппаратура;

диагностическая и мониторинговая аппаратура;

средства транспортной иммобилизации и перемещения больных;

укладки и наборы для оказания экстренной медицинской помощи.

---

Лечебная аппаратура.

Электрический дефибриллятор.

При анализе догоспитальных остановок сердца наиболее часто фиксируется исходная желудочковая фибрилляция (60-70%), причем раннее проведение электрической дефибрилляции (в пределах 3 минут после остановки кровообращения) достоверно увеличивает выживаемость пострадавших. Для условий внебольничного оказания реанимационной помощи целесообразно использование дефибриллятора со встроенным кардиоскопом. При наличии блока синхронизации возможно выполнение кардиоверсии при нефатальных осложненных пароксизмальных аритмиях, а блок наружной кардиостимуляции повышает эффективность лечебных мероприятий при острых брадиаритмиях и асистолии.

Аппарат искусственной вентиляции легких.

Показания к проведению ИВЛ на догоспитальном этапе, встречаются достаточно часто, а их несоблюдение ведет к развитию тяжелой гипоксии, вплоть до летального исхода. Поэтому дыхательная аппаратура относится к неотъемлемой части оснащения бригады "03". Использование устройства для ручной вентиляции легких (дыхательный мешок), являющегося обязательным компонентом реанимационных укладок, затруднительно при увеличении времени догоспитального этапа, а также ограничивает проведение других мероприятий интенсивной терапии. Поэтому считается целесообразным наличие в санитарном транспорте аппарата ИВЛ с регулируемыми параметрами, позволяющими подбирать индивидуальный режим вентиляции как у взрослых, так и в педиатрической практике. В составе аппарата ИВЛ или отдельным блоком в оснащении бригады СМП должен присутствовать кислородный ингалятор для проведения оксигенотерапии.

Аспиратор.

В составе оснащения выездной бригады СМП необходимо наличие переносного механического, электрического или вакуумного аспиратора (медицинского отсасывателя) для проведения санации трахеобронхиального дерева у больных в критических состояниях.

Аппарат для ингаляционного наркоза.

Данное оборудование необходимо как для борьбы с болевым синдромом, так и в случае труднокупируемых судорог. С точки зрения безопасности персонала желательно использование аппарата с полузакрытым дыхательным контуром, позволяющего снизить загрязнение салона санитарного транспорта парами ингаляционных анестетиков.

Диагностическая и мониторинговая аппаратура.

Монитор витальных функций пациента.

Непрерывный контроль за жизненно-важными функциями организма способствует ранней диагностике критических изменений состояния больного,



---

связанных с основной патологией, а также возникающих в процессе интенсивной терапии. Это позволяет своевременно корректировать данные нарушения, снижая развитие тяжелых осложнений и летальность.

В состав аппаратного мониторинга витальных функций должны быть включены следующие блоки:

пульсоксиметр;

кардиоскоп;

аппарат для неинвазивного измерения артериального давления.

Электрокардиограф.

Глюкометр.

Средства транспортной иммобилизации и перемещения больных.

Различные типы носилок.

Набор вакуумных и складных шин и вакуумный матрас.

Комплект шейных воротниковых шин.

В большинстве зарубежных стандартов оказания экстренной догоспитальной помощи при тяжелой травме на одном из первых мест стоят мероприятия по фиксации шейного отдела позвоночника с помощью воротниковых шин. Подобная гипердиагностика повреждения шейного отдела позвоночника обусловлена трудностью догоспитального определения данного состояния, потенциально опасного нарушением целостности спинного мозга.

Укладки и наборы для оказания экстренной медицинской помощи.

Набор для инфузионной терапии и ингаляции лекарственных средств.

Набор акушерский.

Укладка общего назначения.

Укладка реанимационная.

Необходимо обратить внимание на наличие в данной упаковке наборов для интубации трахеи и коникотомии.

Набор перевязочный.

Термоконтейнер для хранения инфузионных растворов.

Инфузионная терапия у больных в критических состояниях должна проводиться теплыми растворами во избежание наведенной гипотермии развития жизнеопасных аритмий. В условиях догоспитального этапа это возможно при наличии в оснащении автомобиля скорой помощи специальных термоконтейнеров с электропитанием от бортовой сети автомобиля.

Вышеприведенный список оснащения выездных бригад службы "03" предусмотрен в нормативных документах Министерства здравоохранения РФ (приказ N 100 от 26 марта 1999 г., приказ N 313 от 14 октября 2002 г.), регламентирующих оказание помощи на догоспитальном этапе. К сожалению, требования к оснащению автомобилей скорой помощи, содержащиеся в этих приказах, носят лишь рекомендательный характер.

---

---

Необходимо отметить, что рациональное применение современного лечебно-диагностического оборудования персоналом скорой медицинской помощи возможно только при квалифицированном периодическом обучении врачей и фельдшеров, в том числе, и на курсах последипломного образования профильных кафедр.

Таким образом, полноценное оснащение выездных бригад СМП современным медицинским оборудованием при обязательном условии квалифицированного периодического обучения должно способствовать своевременному началу адекватной интенсивной терапии на догоспитальном этапе, соблюдению принципа преемственности с последующим этапом медицинской помощи (стационары скорой помощи), позволит сократить количество осложнений у больных и тяжело пострадавших и, зачастую, сохранить их жизнь.

## **ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ЛПУ г. ИВАНОВО(2002-2003г.г.)**

**Потапенко Л.В., Лаврова Н.В.**

*МУЗ ССМП, г. Иваново*

В настоящее время мы стали свидетелями значительного смещения вектора оказания экстренной медицинской помощи с госпитального этапа на службу скорой медицинской помощи. К сожалению, служба скорой медицинской помощи выполняет не свойственные ей функции, помогая амбулаторно-поликлиническому звену по оказанию помощи на дому и транспортировке больных. Это приводит к тому, что значительное количество выездов бригад скорой медицинской помощи к больным и пострадавшим, действительно нуждающимся в экстренном поддержании жизненно-важных функций, выполняется несвоевременно. Положение усугубляется нарастающими, в условиях финансового дефицита, проблемами оснащения службы скорой помощи санитарным автотранспортом, современными средствами связи, обеспечением лекарствами и медицинским оборудованием.

Проблема уменьшения вызовов бригад скорой помощи к хроническим больным до настоящего времени остаётся актуальной, особенно в связи с реформой здравоохранения Российской Федерации и переводом его на полную программу работы по обязательному медицинскому страхованию.

Мы видим решение этих проблем в улучшении работы по преемственности в тактике ведения и лечения больных со всеми лечебно-профилактическими учреждениями города, передаче активных вызовов в поликлиники и

---

посещении ими всех больных, обратившихся за скорой медицинской помощью не позднее 3-х дней после вызова скорой помощи, а при острых состояниях - немедленно после выезда скорой медицинской помощи. Особое внимание уделяем работе с хроническими больными.

В настоящее время совместная работа со стационарами города ведётся в трёх направлениях:

1. Анализ сопроводительных талонов (форма № 54), возвращаемых из стационаров, где указан направительный диагноз врача скорой помощи, диагноз приёмного отделения и заключительный диагноз, а так же судьба больного (выздоровление, летальный исход, перевод в другое лечебное учреждение).

2. Оформление первичных карт — историй болезни на больных острым инфарктом миокарда для дальнейшего более рационального ведения их в специализированном кардиологическом отделении и палатах интенсивной терапии.

3. Проведение совместно с заведующими отделениями стационаров города научно-практических конференций и КЭК с целью анализа качества диагностики, случаев поздней госпитализации больных, трудных в диагностическом плане, доставки в стационар не по профилю заболевания или не по району обслуживания. Взаимосвязь с поликлиниками города осуществляется планомерно и оперативно.

Оперативная работа заключается в том, что:

1) врачи скорой медицинской помощи передают информацию в районные поликлиники по телефону в случае отказа от госпитализации требующих активного наблюдения больных, для дальнейшего их лечения участковым врачом;

2) на каждого обслуженного больного передаются сигнальные листы в районные поликлиники для информации участковых врачей и активного посещения на дому.

В связи с внедрением в работу станции автоматизированной системы управления (АСУ) — "скорая помощь" появилась возможность расширить плановую работу с поликлиниками города по преемственности в лечении хронических больных.

Нами проводился анализ повторных вызовов к хроническим больным, которые обращаются за скорой медицинской помощью более 5 раз в месяц. Проанализировано 1275 карт вызовов к 135 больным за 4 мес. 2002 года и 1071 карта вызовов к 146 больным за 4 мес. 2003 года.

Выявлены следующие результаты:

в 2002 г. — 17 человек из 135 вызывали скорую помощь постоянно в течение всего периода наблюдения, в 2003 г. — 6 человек из 146 обращались за скорой медицинской помощью постоянно.

Проведён расчёт экономических затрат на обслуживание хронических больных. Стоимость выезда бригады скорой медицинской помощи составля-

---

ет 450 рублей. В результате за 4 мес. 2002 года было потрачено 573750 рублей, а за 4 мес. 2003 года — 481950 рублей.

В отчёт не включены:

1) активно наблюдаемые врачами скорой медицинской помощью больные с экстренной патологией;

2) умершие в течение 2-х недель наблюдения;

3) сотрудники ССМП и их родственники.

Работу проводили в следующих направлениях:

Беседа с участковыми врачами по поводу конкретных больных.

Непосредственная беседа с больными и их родственниками.

Информация о проделанной работе в Управлении здравоохранения города на поликлиническом совете. Проанализировав возраст и характер патологии у исследуемой группы больных, мы выяснили, что за скорой медицинской помощью чаще обращаются пациенты старше 51 года

в 2002 г. 83% — 112 чел, из них 66,1% (74 чел) — женщины;

в 2003 г. 85% — 124 чел, из них 62,1% (77 чел) — женщины;

2) в 2003 г. чаще всего выезжали к больным с ИБС — 31,6% (338 вызовов к 44 пациентам), а в 2002 — к больным с энцефалопатией различного генеза — 26,4% (337 вызовов к 28 пациентам);

3) уменьшилось количество вызовов к больным с гипертонической болезнью с 240 (18,8%) до 150 (14%);

4) остаётся на прежнем уровне количество вызовов к больным с бронхиальной астмой

в 2002 г. — 10% (127 вызовов к 13 пациентам), в 2003 г. — 9,8% (105 вызовов к 14 пациентам), онкологическим больным в 2002 г. — 11,3% (144 вызова к 12 больным), а в 2003г. — 12,9% (138 вызовов к 15 больным).

Выводы:

1. В пяти из пятнадцати поликлиниках города участковая служба активно работает с группой ДЧБ в соответствии с современными требованиями медицинской науки. Хронические больные получают помощь в достаточном объёме и активно наблюдаются участковыми врачами

2. Повышенного внимания со стороны амбулаторной службы и СП требуют мужчины от 41 года до 50 лет и женщины старше 51 года при лечении гипертонической болезни и ИБС.

3. Больным с энцефалопатией различного генеза требуется дополнительная помощь психотерапевтов и врачей участковых специальностей.

4. Онкологические больные требуют активного наблюдения и лечения сотрудниками онкологического диспансера и хосписа, а их родственники должны быть обучены элементарным навыкам в оказании помощи (работа участковой медсестры).

---

5. Уменьшение больных с гипертонической болезнью связано с переходом части пациентов в более тяжёлую группу ИБС и увеличением случаев летального исхода при повторных вызовах к хроническим больным.

Дальнейшие направления в работе.

Со стационарами:

Уменьшение удельного веса перевозок больных бригадами скорой помощи из одного стационара в другой, так как значительную часть из них можно выполнить санитарной автомашиной ЛПУ в сопровождении медработника.

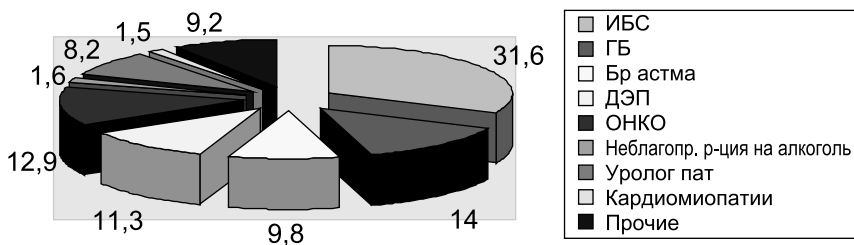
2. С поликлиниками:

2.1 Перспективной задачей является введение модемной связи между поликлиниками и ССМП, с целью:

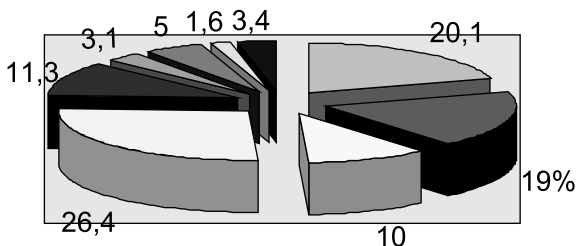
- а) быстрого, ежедневного поступления информации о больных;
- б) создание общей базы данных по хроническим больным, группам активного наблюдения, группам риска и т.д.

2.2 Выработать совместные направления в работе с населением по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, в значительной мере используя потенциал среднего и младшего медицинского персонала.

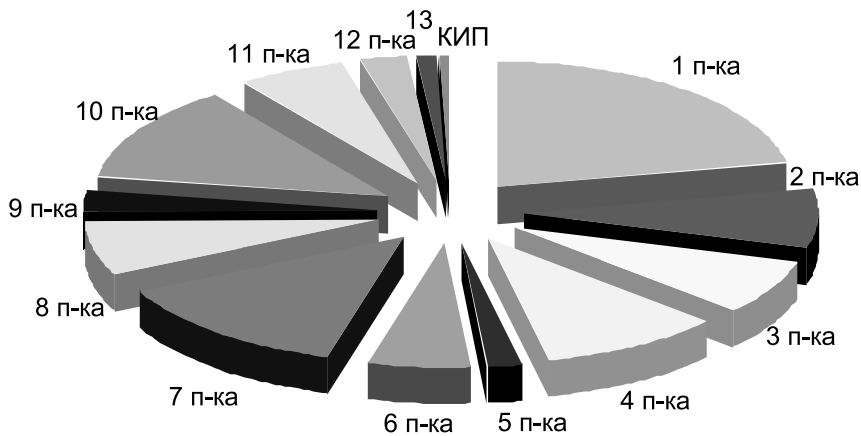
Заболевания по поводу, которых хронические больные вызывали скорую медицинскую помощь в течение 4 мес. 2002 года.



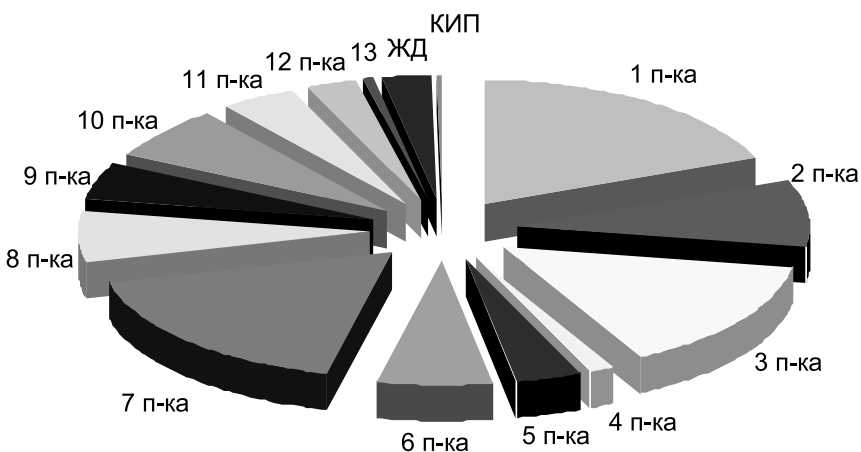
Заболевания по поводу, которых хронические больные вызывали скорую медицинскую помощь в течение 4 мес. 2003 г



Количество вызовов в течение 4 мес. 2003 г. в поликлиниках города Иванова.



Количество вызовов в течение 4 мес. 2002 г. в поликлиниках города Иванова.



---

## СКЭНАР НА СКОРОЙ ПОМОЩИ И В СТАЦИОНАРЕ

**Тараканов А.В., Гринберг Я.З., Лось Е.Г., Кушнарев В.Г.,  
Дмитриенко И.А., Ляшенко П.П., Згинник Н.Д.**

*г.г. Ростов-на-Дону (РостГМУ), Таганрог, Ставрополь, Пятигорск, Железноводск*

СКЭНАР - аббревиатура прибора (самоконтролируемый энерго-нейроадаптивный регулятор) и метод лечения. Мобилизация СКЭНАР-ом адаптивных систем организма в условиях острого нарушения его функций явилось основанием использования аппарата при urgentных состояниях. Особенности СКЭНАР-воздействия заключаются в следующем:

высокоамплитудное, но не повреждающее действие импульса;

отсутствие привыкания, благодаря биологической обратной связи;

высокая крутизна фронта воздействующего сигнала нейтрализует эффект аккомодации.

Цель работы. Интеграция СКЭНАР-а в государственный сектор здравоохранения, использование СКЭНАР-терапии в работе выездных бригад скорой помощи и на госпитальном этапе как адекватного способа лечения. СКЭНАР - легитимный прибор, разрешенный к применению в России и за рубежом (ГОСТ Р50444, класса В по РД 50-707).

Координация клинических испытаний осуществлялась отделом по клиническим испытаниям ОКБ "Ритм" и кафедрой скорой помощи ФПК РостГМУ.

Гносеологические предпосылки применения СКЭНАР-терапии. Окружающий нас мир структурирован по принципу голограммы: каждая существующая вещь "вкладывается в каждую из своих составных частей". Голографический принцип ведет к дублированию на нашем теле образа всего тела (зоны лечения: корпоральные, аурикулярные, краниальные, область носа, кистей, стоп, позвоночника, языка...). На принципах голографии созданы организации микро-, мини- и макроакупунктурных систем, которые также используются при СКЭНАР-терапии.

Кожа принимает на себя внешние воздействия, реагирует на них и связана с внутренними органами прямо и опосредованно, через мозг. Кожа и нервная система имеют единый источник происхождения - эктодерму. Внешняя и внутренняя информация трансформируется через призму: кожные покровы/внутренние органы. Внутренние органы соответственно имеют зоны представительства на покровах тела с отражением на них внутреннего состояния. Механизм сомато-висцеральных и висцеро-соматических взаимоотношений является универсальным аппаратом тренировки и коррекции различных физиологических состояний организма в целом. Это вероятностный механизм приспособления.

---

Эмпирические наблюдения показали афферентное висцеральное отражение на поверхности тела в виде точек и скопления точек (учение о системе акупунктурных точек). Точки - топически определенные поверхностные и глубокие морфофункциональные образования. Они связаны в линейно-пространственные комплексы - каналы. Вероятно, они связаны с сомато-висцеральной и висцеро-соматической регуляцией и взаимодействуют между собой с помощью известных и неизвестных нам механизмов: нейрофизиологических, нейрохимических, нейрогуморальных, электрических.

Точки и каналы - отраженные "соматические гомологи" афферентных систем внутренних органов; влияя СКЭНАР-ом на "соматические гомологи" мы способствуем регулированию прямо и через ЦНС состояния внутренних органов. СКЭНАР работает над биологически активными точками, их скоплениями и окружающими тканями (это зональный прибор);

СКЭНАР-терапия - интеграция древневосточных и современных (Западных) технологий. Западная наука - материальные первоосновы явлений, восточная - первичные идеи, которым подчиняются все природные и общественные явления. Саногеническое влияние СКЭНАР-терапии на организм человека и животных основано на общих принципах организации материи. Объяснение механизмов действия СКЭНАР-а с учетом современных знаний - основная задача ученых для быстрой интеграции этого вида лечения в современную медицину.

Материал и методы. В исследовании участвовали 19 врачей скорой помощи в 4 городах Ростовской области и Ставропольского края. Была оказана помощь 162 пациентам с помощью аппарата "ЧЕНС СКЭНАР Исполнение 2". Из них 52 пациента мужского пола (средний возраст 52,9 года) и 110 женщин (средний возраст 57,9 года). У 57% больных до использования СКЭНАР-а лекарственные препараты не применялись. Для стабилизации состояния и пролонгирования эффекта у 72 больных (44%) после СКЭНАР-терапии вводились дополнительно лекарства.

Основными показаниями к применению были: гипертонические кризы (n=82); алгические синдромы при заболеваниях позвоночника, опорнодвигательного аппарата и травмы (n= 47); приступы стенокардии (n=4); осложненные острые респираторные заболевания (n=10) обострение бронхиальной астмы (n=4); по 1-2 случая - пациенты с различными жалобами при гастрите, герпесе, альгодисменорее, паллиативная помощь при онкозаболевании, печеночная и почечная колика, эффективная помощь при остром крупноочаговом инфаркте миокарда с рефлекторным кардиогенным шоком 2 ст.

Всеми врачами, участвующими в клиническом исследовании отмечена высокая эффективность и безопасность предлагаемого метода лечения. Купирование различных синдромов и симптомов, боли, высокого артериального



---

давления отмечалась от 90 до 100% случаев в течение 15-30 минут. Необходимо отметить высокую безопасность при купировании гипертонических кризов у больных пожилого и старческого возраста, где отмечалось плавное понижение всех параметров гемодинамики в пределах 15-25% от исходного, что предотвращало ишемию органов мишеней. Эффективность лечения различных по выраженности острых болевых синдромов при заболевании позвоночника, позволила дать пациентам необходимую информацию о дальнейшем лечении их хронического заболевания с помощью чрезкожной нейростимуляции аппаратом СКЭНАР.

Необходимо отметить, что при оказании скорой и неотложной помощи еще раз доказана основная на наш взгляд доктрина применения СКЭНАР-терапии. СКЭНАР является саногеническим способом лечения - от больного к нозологии, а не наоборот. Это позволяет избежать ошибок объективного и субъективного характера, а также полипрагмазии.

Исполнителями СКЭНАР-терапии были врачи в различных лечебных заведениях г. Ростова-на-Дону. Скэнар-терапия проводилась на догоспитальном этапе врачами скорой помощи, на амбулаторном приеме и при поступлении пациентов в больницу врачами, работающими в этих лечебных учреждениях по единой методике. Врачи с небольшим опытом использования аппарата, особенно на догоспитальном этапе оказания помощи, пользовались инструкцией. Применялись аппараты СКЭНАР 97.4, СКЭНАР 97.5, ЧЕНС СКЭНАР (исполнения 1 и 2).

Были выделены приоритетные направления лечения СКЭНАР-ом: гипертоническая болезнь с неконтролируемыми лекарственными средствами параметрами АД и выраженной энцефалопатией; гипертонические и гипертензивные кризы на догоспитальном этапе, а также при поступлении в стационар при неэффективном медикаментозном лечении врачами скорой помощи; острый инфаркт миокарда (2-3 сутки после поступления в стационар); больные с ранней постинфарктной стенокардией на санаторном этапе реабилитации; приступы стабильной стенокардии; нейроциркуляторная дистония у взрослых и детей.

У больных проводились парные общепринятые клинические, инструментальные и биохимические исследования, а также специальные исследования по оценке активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояния антиоксидантной системы (АОС) плазмы и эритроцитов.

В большинстве случаев лечение СКЭНАР-ом проводилась на фоне лекарственной терапии, что связано с деонтологическими и юридическими аспектами; как правило, при такой комбинированной терапии лечение шло в направлении уменьшения количества и дозировки лекарственных препаратов. Примерно в 40-60% случаев при различной патологии проводилась мо-

---

---

нотерапия СКЭНАР-ом. Параллельно методом случайной выборки или архивной обработки клинического материала проводился сравнительный анализ с общепринятыми методами лечения.

Анализ результатов лечения установил высокую эффективность и безопасность применения СКЭНАР-а при неотложных кардиологических состояниях. При лечении гипертонических кризов это выражалось в купировании высокого артериального давления (АД) уже к концу процедуры. Параллельно, а иногда вначале, уменьшалась выраженность симптоматики, сопровождающей кризы: в первую очередь головной и кардиальной боли, тошноты и рвоты, практически исчезали гипергидроз, беспокойство пациентов. Эффект нарастал к 20-30 минутам после окончания процедуры. Темпы понижения АД были плавными во всех возрастных группах (особенно в пожилом и старческом возрасте) и составляли 15-25% от исходных.

В отдельной группе больных купирование гипертонического криза осуществлялось в приемном отделении больницы скорой медицинской помощи. Это были пациенты, у которых уже безуспешно применяли по 5-7 лекарственных препаратов и они были госпитализированы. Во всех случаях (n=15) эффект был полным, однако у этой категории больных эффект разового применения СКЭНАР-а сохранялся от 4 до 8 часов. При невозможности повторной СКЭНАР-процедуры были даны рекомендации в вечернем приеме лекарственного препарата (амлодипин или исрадипин)). В этом случае низкие цифры АД сохранялись на 12-18 часов.

Отдельную группу больных составляли пациенты с гипертонической энцефалопатией и невозможностью подобрать лекарственную терапию (n=7). Курс лечения составил 10-13 процедур, распределенных в течение 1 месяца. К концу лечения стабилизировались параметры АД, улучшалось качество жизни, зрение. У пациентов отмечалось восстановление чувствительности к препаратам, особенно антагонистам кальция, ингибиторам АПФ и ?2-адреноблокаторам. Повторные курсы лечения были индивидуальными и проводились через 2 - 6 -12 месяцев.

Показана эффективность СКЭНАР-терапии у пациентов с приступом стенокардии (n=9), когда практически на конце процедуры значительно уменьшались кардиалгии, беспокойство и другая нейровегетативная симптоматика с нормализацией параметров гемодинамики.

Резюмируя полученные данные необходимо отметить практическое отсутствие противопоказаний к проведению СКЭНАР-процедур. Особенно это важно при оказании паллиативной помощи онкологическим больным с целью обезболивания при неэффективности медикаментозного вмешательства.

---

## ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ И ФЕЛЬДШЕРОВ СМП

**Верткин А.Л., Кривцова Е.В., Наумов А.В., Родюкова И.С.**

Дистанционное обучение это такая форма обучения, когда преподаватель и слушатель территориально разделены друг с другом, а элементами общения являются различные информационные системы. Такая форма постградуального обучения за рубежом, на сегодняшний день является общепринятой.

Наша кафедра имеет двухлетний опыт проведения подобных курсов повышения квалификации сотрудников СМП.

Объем медицинской информации удваивается каждые пять лет. Для того чтобы практический врач был ориентирован в проблемах своей специальности ему необходимо ежедневно прочитывать около 19 статей, реальное количество времени на чтение практического врача 2-3 часа в неделю. К тому же масса медицинской литературы, периодических изданий, часто не рецензируемых ВАКом, приводит современного врача к затруднениям поиска достоверной — "доказательной" информации. Перечисленные обстоятельства приводят к затруднению в принятии эффективных клинических решений, к врачебным ошибкам, назначению необоснованных вмешательств.

По данным МЗ РФ (2000 г.) 75% врачей нуждаются в профессиональной переподготовке, только 28 % врачей СМП регулярно повышают свой профессиональный уровень. Т.о. организация циклов повышения квалификации является на сегодня одной из важных проблем медицины.

Информация, которую получает врач на циклах, должна быть в высшей степени достоверной, соответствовать современным требованиям, предъявляемым к оказанию медицинской помощи. Сегодня стоит проблема привлечения к организации таких циклов ведущих специалистов страны, зарубежных коллег. Но вышеуказанные возможности становятся реальными при организации дистанционных циклов.

Какие же правовые основы дистанционного повышения квалификации врачей в нашей стране?

Приказ МЗ РФ и РАМН от " 27 " августа 2001 № 344 / 76 "Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плана ее реализации". Приказ разработан с целью координации и оптимизации работ по созданию и использованию телемедицинских технологий в системе охраны здоровья населения Российской Федерации и управления здравоохранением, совершенствования обучения и повышения квалификации медицинских работников и внедрения научных достижений в практику здравоохранения.

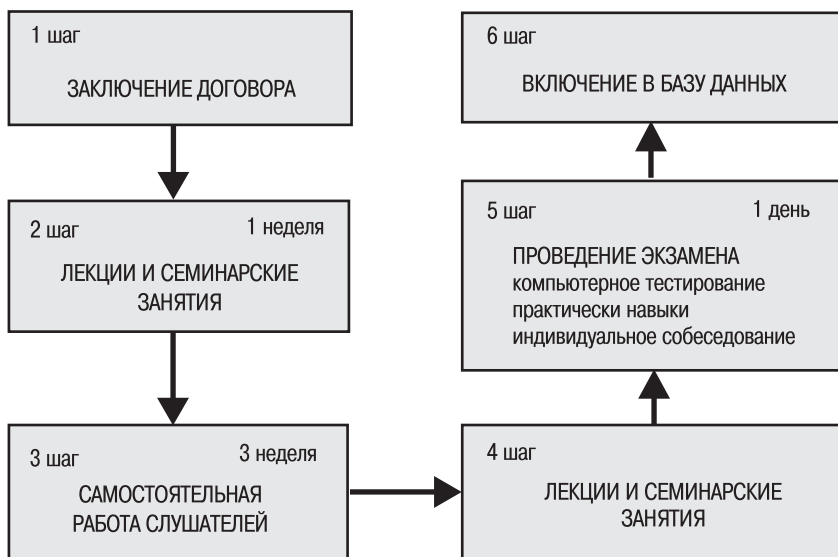
---

В 2002 г. МЗ РФ разработано Временное положение по организации дистанционного повышения квалификации медицинских кадров. В данном положении достаточно наглядно приводятся преимущества дистанционного обучения?

1. Более полное удовлетворение потребностей практического здравоохранения в образовательных услугах;
2. Гибкость системы последипломного образования
3. Экономическая эффективность для учреждений здравоохранения;
4. Высокое качество и стандарты образования;
5. Возможность привлечения дополнительных человеческие ресурсы из различных регионов страны;
6. Повышение социальной и профессиональной мобильности специалистов;
7. Возможность получения последипломного образования по месту жительства без отрыва от основного места работы.

Также, позвольте привести ещё одну выдержку из данного документа - "Учитывая огромные территории страны, наличие большого числа весьма отдаленных регионов, где нередко имеется всего 1-2 специалиста, а также непростую экономическую ситуацию, этот вид обучения позволил бы охватить регулярным обучением гораздо большее количество врачей и медсестер".

Принципиальной схемой проведения таких курсов МЗ РФ предложено следующее



---

С нашей системой организации цикла мы познакомим Вас ниже.

Т.о. организация высококвалифицированных курсов профессиональной переподготовки врачей является важнейшей задачей современной медицины. И одним из способов организации курсов является дистанционное обучение.

Поскольку не все имеют постоянного выхода в Интернет, мы предлагаем модульное обучение. Такой способ дистанционного обучения достаточно распространен в США и ведущих Европейских университетах.

Курсант получает стартовый кейс, который включает в себя несколько модулей.

1. Базовый модуль. - Этот модуль (самый главный) состоит из тех занятий, которые Вам предстоит изучить. Всего 18 занятий. Каждый следующий урок следует за другим. В день, имеет смысл, изучать только одно занятие. Мы целенаправленно не перегрузили текст схемами, рисунками и таблицами. Весь иллюстративный материал представлен во втором модуле.

2. Вспомогательный модуль. - По большому счету - это сборник презентаций к занятиям. Т.е. мы постарались внести в обучение аудиторное звено (т.е. преподаватель читает лекцию - показывает слайды (вспомогательный модуль) и рассказывает(текст базового модуля)). Этот модуль невозможно изучать без базового, т.е. из главного текста занятий Вы постоянно будете переадресовываться к определенному слайду данного урока.

Данный модуль может быть представлен в двух вариантах - электронном (на CD), а при отсутствии технической оснащенности - печатном варианте. Естественно, те, кто имеет возможность использовать электронный вариант - имеют преимущества: в дополнительный модуль мы включили видеоразбор пациентов, поступивших в многопрофильный стационар г.Москвы. Для просмотра видеоразбора, на соответствующем слайде необходимо кликнуть по иконке ПРОСМОТРЕТЬ (около пациента, а затем около куратора темы). Также в печатном варианте мы не смогли сохранить все художественное оформление презентаций, которое улучшает восприятие материала. Но представленные в этом модуле схемы и алгоритмы, являющиеся основополагающей информацией, естественно сохранены в неизменном виде.

3. Модуль контроля. Здесь приведены задания для самоконтроля. После изучения темы в модуле контроля Вы находите соответствующую тему и отвечаете на вопросы, решаете клинические задачи. В конце модуля представлены избранные ответы. Мы не приводим все ответы исходя из двух соображений: а. отсутствие ответов ведет к дополнительному изучению материала занятия, а, поверьте, что все вопросы составлены в соответствии с материалом урока; б. в конце обучения Вам предстоит сдать итоговый экзамен, вопросы тестового контроля которого будут составлены из этих тестов.

---

4. Дополнительный модуль. К некоторым занятиям мы приложили дополнительные материалы, которые, надеемся, будут Вам интересны и полезны. Но, к сожалению, дополнительные материалы не вошедшие в занятие, мы предлагаем только в электронном варианте. Здесь же, Вы найдете краткий фармакологический справочник для врача скорой медицинской помощи. Мы постарались построить этот справочник не по алфавитному принципу, а по синдромальному. То есть, приводиться синдром или нозология и перечисляются препараты рекомендуемые к использованию в этой ситуации. Фармакологической статьи как таковой нет - построена таблица, в которой приводятся важнейшие сведения необходимые в критических ситуациях. В модуле приведен перечень литературы, использованной в подготовке материалов занятий.

Методология обучения: Пример - Открываем базовый модуль и начинаем изучать занятие №1. Как только в тексте вы увидите ссылку на слайд, Вам нужно открывать вспомогательный модуль (на компьютере или текстовый вариант) и по ходу изучения материала менять слайды в соответствии с ссылками. После изучения урока познакомьтесь с дополнительным материалом. И потом отвечайте на тесты. В следующий раз, когда Вы приступите к изучению следующего занятия попробуйте ответить на тестовые вопросы предыдущего.

Мы всегда рады ответить на возникшие у Вас вопросы, как организационного, так и учебного характера. Мы предлагаем несколько вариантов общения:

1. Наиболее доступный - позвоните по телефону (095) 211-0560 или (095) 995-4634, сообщите, что являетесь слушателем дистанционного обучения, задайте свои вопросы.

2. По электронной почте - [kafedra@rol.ru](mailto:kafedra@rol.ru), [nanton@rol.ru](mailto:nanton@rol.ru).

3. В Интернете в конференциях на сайтах - [www.mededucation.narod.ru](http://www.mededucation.narod.ru), [cito.medcity.ru](http://cito.medcity.ru).

4. По договоренности (с помощью телефона или электронной почты) мы можем организовать конференцию on-line, с помощью ЧАТа на сайте [www.mededucation.narod.ru](http://www.mededucation.narod.ru) или индивидуальное собеседование с помощью ICQ, данная программа вложена в дополнительный модуль.

---

# СОДЕРЖАНИЕ

## ТЕЗИСЫ

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ СИНХРОНИЗИРОВАННОЙ КАРДИОВЕРСИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Абдрахманов В.Р., Пиковский В.Ю., Захарова А.Е.</i>	3
ОПЫТ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ПОМОЩЬЮ МАГНИЯ СУЛЬФАТА <i>Ажеганов А.Е.</i>	4
РЕЗУЛЬТАТЫ ВЛИЯНИЯ СТАНДАРТИЗОВАННОЙ ТАКТИКИ ДИАГНОСТИКИ И СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА ПАЦИЕНТОВ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ВЫБОР АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ И КЛИНИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ <i>Алексамян Л.А., Наумов А.В.</i>	5
ТЕНДЕНЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ <i>Архипов И.В., Лушников А.В.</i> БОРЬБА С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Асамов Р.Э., Минаев Т.Р., Ахмедов Р.А., Хамидов Б.П., Мавлянов М.И.</i>	7 8
ТРАДИЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Баранов С.И., Баженова С.Я., Майкова Н.Ю.</i>	9
СОСТОЯНИЕ ВИТАЛЬНЫХ СИСТЕМ — КРИТЕРИЙ РИСКА ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ <i>Братищев И.В.</i>	11
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА <i>Варганова Л.А.</i>	12
ОПЫТ СУБЛИНГВАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НИФЕДИПИНА ПРИ НЕО- СЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ, ФАРМАКОЭКОНОМИКА <i>Вязников О.А., Блинова Е.П.</i>	13

---

ИЗМЕНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ИММУНИТЕТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ИГЛОРЕ- ФЛЕКСОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ И БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Гетоева З. К.</i>	15
ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИГЛОРЕ- ФЛЕКСОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ И БАКТЕРИАЛЬНО-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В АНАМНЕЗЕ <i>Гетоева З. К.</i>	16
ПРИМЕНЕНИЕ ФЕКСОФЕНАДИНА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Дадыкина А.В., Т.Т. Торшхоева</i>	17
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ПЯТИГОРСКОЙ ССМП <i>Дмитриенко И.А., Антонова Н.В., Полоскова В.И., Морев И.И.</i>	19
ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ АППАРАТОМ ДЭНАС ПРИ ИЗМЕНЕНИЯХ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Ездаков О.В.</i>	20
ЗНАЧЕНИЕ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ОТДЕЛА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Землянухин Э.П., Никонович С.Д., Тарасов Н.И., Макаров С.А.</i>	22
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ АНГИОГРАФИИ И ТРЕХМЕРНОГО КАРТИРОВАНИЯ СОСУДОВ В ДИАГНОСТИКЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Зубарев А.В., Башилов В.П., Маркова Е.Н., Гажонова В.Е.</i>	23
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТА "ГРАДИЕНТ-4" ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИКАНЕВОГО ДАВЛЕНИЯ <i>Иванов В.И., Прохорский Д.А., Янковский В.Ю.</i>	24
РОЛЬ ТРАВМАТОЛОГОВ ОКБ В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Иванов В.И., Попов В.В., Федотов И.Г., Елфимов А.Л., Прохорский Д.А.</i>	25

---



---

СРОКИ И ВАРИАНТЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ	26
<i>Иванов В.И., Голубев Г.Ш., Татьяначенко В.К., Елфимов А.Л., Иванов Д.В., Шлычков А.П.</i>	
РОЛЬ МОНИТОРА "STRYKER" В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ВНУТРИКАНЕВОГО ГИПЕРТЕНЗИОННОГО СИНДРОМА (КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА) У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ	28
<i>Иванов В.И., Голубев Г.Ш., Татьяначенко В.К., Прохорский Д.А., Иванов Д.В., Елфимов А.Л.</i>	
ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ И СТАЦИОНАРА В РАЙОННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ	29
<i>Каргинов В.П., Каирова Т.И., Слепушкин В.Д.</i>	
ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ "АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ"	30
<i>Козлов С.Ю., Вязников О.А., Блинова Е.П.</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА В УСЛОВИЯХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	31
<i>Криполенов В.А., Никовович С.Д., Землянухин Э.П., Тарасов Н.И.</i>	
СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ БРЮШИНЫ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	32
<i>Липатов В.А.</i>	
ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЗОНЕ ПЕРЕЛОМА МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ФИКСАЦИИ ОТЛОМКОВ	33
<i>Мальцев А.Ю.</i>	
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ГОРОДА СМОЛЕНСКА	35
<i>Маркова Т.А.</i>	
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	36
<i>Михайлова И.А., Ликстанов М.И., Белых В.Н.</i>	

---

---

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА NaCl ПРИ ГИПОВОЛЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ МОЗГА <i>Мхоян Г. Г., Егиазарян М. И.</i>	37
АНАЛИЗ ПРИЧИН ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В СТАЦИОНАРЕ <i>Наумов А.В., Алексанян Л.А., Духанина И.В., Верткина Н.В., Прохорович Е.А., Вовк Е.И., Аринина Е.Н.</i>	38
ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Никонович С.Д., Землянухин Э.П., Тарасов Н.И., Макаров С.А., Кривополенов В.А.</i>	39
НЕОТЛОЖНАЯ ООТРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ КРУПНОГО ГОРОДА <i>Омаров К.Т.</i>	40
ПРИМЕНЕНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>Перевощиков В.В., Блинова Е.П.</i>	42
ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЗОНЕ УДАЛЕННОГО ЗУБА У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ <i>Пермякова Н.Е.</i>	43
ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ В ПОЛЕВОМ ГОСПИТАЛЕ <i>Петлах В.И., Розинов В.М., Шабанов В.Э., Горчаков С.А., Фирсова М.В.</i>	44
КУПИРОВАНИЕ ОСТРОЙ БОЛИ ПРИ КОРЕШКОВОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Ликовский В.Ю., Сеньчуков С.В., Сильвестров В.Д., Кулик А.И., Шептунов Г.В.</i>	45
ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ОРИГИНАЛЬНЫМ АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ <i>Прохорский Д.А., Иванов В.И., Прохорская К.В.</i>	46

---

---

ОПТИМИЗАЦИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ СТАНЦИЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАДАННОЙ ОБЛАСТИ <i>Рафиков М.М., Емалетдинова Л.Ю., Галиев Ш.И., Разина М.А., Контри Р.Ф.Ф., Гаргану Ф.</i>	48
К ВОПРОСУ О ВКЛЮЧЕНИИ В КОМПЛЕКС РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ <i>Разумов А.С., Евтушенко А.Я., Измestьев В.А., Разумов П.С., Паличева Е.И., Пеганова Ю.А., Измestьев К.В.</i>	49
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СИСТЕМЕ ЦЕНТРОВ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ <i>Садьков Р.А., Сидиков Т.Я., Ташкенбаева Э.Н.</i>	50
ВНЕДРЕНИЕ КООРДИНАЦИОННО-ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ В СИСТЕМЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ <i>Садьков Р.А., Сидиков Т.Я., Бакиев С.С., Нарзуллаева М.А.</i>	52
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ <i>Салеев В.Б., Смирнов А.В.</i>	53
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА <i>Семенников В.И., Калинина А.Н., Храмова В.Н.</i>	55
КРИОТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Серая Э.В., Смирнов С.В., Лапшин В.П.</i>	56
ЧРЕЗКОЖНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЕ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Серая Э.В., Смирнов С.В., Лапшин В.П.</i>	57
ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В СОЧЕТАНИИ С "ДЭНАС"- ТЕРАПИЕЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ <i>Серая Э.В., Лапшин В.П., Буряков В.Ф., Брыгин П.А., Звездин М.С., Шигилов И.В.</i>	58

---

---

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОС ЭТАПЕ	59
<i>Серая Э.В., Буряков В.Ф., Лапшин В.П., Брыгин П.А., Звездин М.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПОРАЖЕННЫМ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ	61
<i>Слепушкин В.Д., Бериев О.Г.</i>	
ВАЖНОСТЬ ОЦЕНКИ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ	62
<i>Слесаренко Н.А., Грашкина И.Г., Гроздова Т.Ю., Грашкин В.А.</i>	
СЛУЖБА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ	63
<i>Тараканова Л.И.</i>	
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРТОМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПОДВЕРГНУТЫХ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	64
<i>Тарасов Н.И., Никонович С.Д., Сергеев Ю.А., Резниченко В.Т., Кривополенов В.А.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕВАЛГИНА И АНАЛЬГИНА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	65
<i>Тополянский А.В., Гирель О.В.</i>	
ОБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ	66
<i>Турлубеков К.К., Дёмин М.П., Доскожина Х.Г., Кусаинова М.М., Малько Г.Е.</i>	
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ВЫЗОВОВ	67
<i>Турлубеков К.К., Малько Г.Е., Дёмин М.П.</i>	
ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	68
<i>Хаджибаев А.М., Фаязов А.Д., Шукуров С.И., Камилов У.Р., Шамуталов М.Ш.</i>	

---

---

КОМПЬЮТЕРНЫЙ АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО  
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ УЧАСТКАМ ПОЛИКЛИНИК В СОПОСТАВЛЕНИИ С  
РАБОТОЙ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ НА ДОМУ ДЛЯ РЕШЕНИЯ  
ВОПРОСОВ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ СМП И ЛПУ 70  
*Школьникова С.А., Шеенко Ю.А., Перлюк Б.И., Плотников А.В.,  
Остапенко Е.А., Дьякова Т.Н.*

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ В  
ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТИРЕОЗОМ 71  
*Шумихина Л.А.*

ЧАСТОТА И ПОСЛЕДСТВИЯ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО  
КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ 72  
*Эльгаров А.А., Мидова М.М., Сабанчиева Х.А., Эльгаров М.А.*

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ 73  
*Эльгарова Л.В., Эльгаров А.А.*

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ ПО ПРОБЛЕМЕ: "ОСНОВЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ" 74  
*Ярмагомедов А.А.*

## ДОКЛАДЫ

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В  
САМАРКАНДЕ 76  
*Бакиев С.С., Садыков Р.А., Сидиков Т.Я., Нарзуллаева М.А.*

АЛКОГОЛЬНАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ В  
РЕАНИМАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 80  
*Москвичев В.Г., Шамарина Д.А., Духанина И.В.*

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ ОПИАТАМИ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 84  
*Москвичев В.Г., Духанина И.В., Шамарина Д.А.*

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОСНАЩЕНИЮ ВЫЕЗДНЫХ  
БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 87  
*Пиковский В.Ю., Доделия В.Ш.*

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ С ЛПУ г. ИВАНОВО(2002-2003г.г.) 90  
*Потапенко Л.В., Лаврова Н.В.*

---

СКЭНАР НА СКОРОЙ ПОМОЩИ И В СТАЦИОНАРЕ <i>Тараканов А.В., Гринберг Я.З., Лось Е.Г, Кушнарев В.Г., Дмитриенко И.А., Ляшенко П.П., Згинник Н.Д.</i>	95
ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ И ФЕЛЬДШЕРОВ СМП <i>Верткин А.Л., Кривцова Е.В., Наумов А.В., Родюкова И.С.</i>	99