
СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2002

МАТЕРИАЛЫ
3-го Российского
научного форума
СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2002

Москва, ЦДХ, 1-4 октября 2002 года

Москва 2002

МАТЕРИАЛЫ 3-го Российского научного форума СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2002
М., «Авиаиздат», 2002-93 с.

Российская академия медицинских наук
Московский государственный медико-стоматологический университет
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи
фирма "МОРАГ Экспо"

ISBN 5-94943-002-6

©«МОРАГ Экспо», 2002

Т Е З И С Ы

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ (ПО ДАННЫМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. МАХАЧКАЛЫ ЗА 2001-Й ГОД)

Абдуллаев А.А., Мирзаханов Н.М., Исламова У.А., Зияутдинов М.А., Магомедэминова А.С., Магомедова Р.И.

г. Махачкала, Республика Дагестан, Дагестанская государственная медицинская академия, Республиканское объединение "Скорая медицинская помощь"

Сокращение продолжительности жизни населения России в последние годы требует постоянного совершенствования всех видов первичной медико-санитарной помощи, в том числе и оказания своевременной рациональной и эффективной первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе.

Нами проведен ретроспективный анализ карт вызовов скорой медицинской помощи к лицам старше 60 лет в г. Махачкале за 2001-й год. Всего было обслужено 27570 чел., что составили 28,9% из общего числа вызовов за анализируемый год, (мужчин — 28,1%, женщин — 71,9%). Наиболее частым поводом для обращения за скорой медицинской помощью у лиц старше 60 лет явились заболевания сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертония — у 3297(67,2%) больных, стенокардия — у 1124(22,9%), инфаркт миокарда — у 186(3,8%), нарушения сердечного ритма — у 329(6,7%) больных. Сочетание стенокардии с аритмиями сердца имели место у 432(22,9%), стенокардии с артериальной гипертонией — у 1040(21,2%) больных.

Следует обратить внимание на то, что во всех группах преобладало число женщин, что делает необходимость их медико-социальной опеки особенно актуальной. Сочетание разных синдромов сердечно-сосудистых заболеваний на фоне преклонного возраста придают атипичность клиническим проявлениям, затрудняют диагностику на догоспитальном этапе, что необходимо учитывать врачам скорой медицинской помощи в оперативном решении вопроса об оказании экстренной помощи и госпитализации этих больных.

СТРУКТУРА ПОВОДОВ ДЛЯ ВЫЗОВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В г. МАХАЧКАЛЕ ЗА 1999-2001 гг.

**Абдуллаев А.А., Зияутдинов М.А., Мирзаханов Н.М., Магомедэ-
минова А.С., Магомедова Р.И., Исламова У.А.**

*г. Махачкала, Республика Дагестан, Дагестанская государственная медицин-
ская академия, Республиканское объединение "Скорая медицинская помощь"*

Изучение количественного распределения поводов для вызова скорой меди-
цинской помощи по нозологическим формам представляет определенный ин-
терес для планирования лечебных и учебных организационных мероприятий.

Нами проведен ретроспективный анализ карт вызовов бригад скорой меди-
цинской помощи в г. Махачкале за 1999-2001 гг. За 3 года всего было обслужено 203803 вызова. Результаты анализа показали, что вызовы терапевтического профиля составили 45,3%, в том числе сердечно-сосудистые заболевания имели место у 28,7%, заболевания органов дыхания — у 6,6%, аллергозы и отравления — у 7,1% и заболевания органов мочевого выделения — у 2,9% больных. Среди вызовов с сердечно-сосудистой патологией половину составила артериальная гипертония, четвертую долю — стенокардия. Инфекционные болезни, включая острые респираторные инфекции, зарегистрированы у 21,4%, неврологические заболевания — у 6,6%, хирургические болезни, включая травмы и ожоги, у — 11,1%, и акушерско-гинекологическая патология имела место — у 2,7% больных. Выявлена тенденция к росту частоты вызовов в динамике за анализируемый период по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, основываясь на этих данных, при подготовке врачей для скорой медицинской помощи на последипломном этапе общее число учебных часов должно быть примерно распределено следующим образом: на терапевтические дисциплины — 45% учебного времени, инфекционные болезни — 20%, хирургические болезни — 15%, неврологические заболевания — 10%, акушерство и гинекология — 5% и другие заболевания — 5%.

СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Агзамходжаев С.С., Ерманова Э.Р.

г. Ташкент, Республика Узбекистан, Городская станция скорой медицинской помощи

На догоспитальном этапе (ДГЭ) диагноз инфаркта миокарда (ИМ) выставляется на основании клинических и электрокардиографических данных. Высокая летальность в первые часы и сутки ИМ обуславливает необходимость назначения адекватной медикаментозной терапии, начиная с первых минут заболевания. Потеря времени на ДГЭ значительно ухудшает дальнейший прогноз при ИМ. Неотложные мероприятия при ИМ на ДГЭ в первую очередь должны быть направлены на купирование болевого синдрома. Наркотические анальгетики обладают, кроме анальгетического и седативного действия, влиянием на гемодинамику. Вследствие вазодилатирующих свойств наркотические анальгетики обеспечивают гемодинамическую разгрузку миокарда, уменьшая в первую очередь преднагрузку.

Для решения вопроса о возможности использования наркотических анальгетиков на ДГЭ следует уточнить ряд моментов:

убедиться, что типичный или атипичный болевой синдром не является проявлением "острого живота", и изменения на ЭКГ являются специфическим проявлением острого ИМ, а не неспецифической реакцией на "катастрофу" в брюшной полости;

выяснить о наличии в анамнезе хронических неспецифических заболеваний системы дыхания, в частности бронхиальная астма;

уточнить время последнего обострения бронхообструктивного синдрома;

установить, имеются ли в настоящее время признаки дыхательной недостаточности;

выяснить, имеется ли у больного в анамнезе судорожный синдром.

Препаратом выбора для купирования болевого синдрома при ИМ на ДГЭ является Морфин. Морфин обладает не только необходимыми эффектами, но и достаточной для транспортировки длительностью действия. Морфин вводят дробно: 1,0 мл 1% раствора на 10,0 мл изотонического раствора вводят 2-5 мг каждые 5-15 минут до полного устранения боли с учётом развития побочных эффектов (до 60 мг в течение 12 часов). Для устранения побочных эффектов после введения морфина вводится атропин внутривенно в дозе 0,5 мг.

Для снятия ангинозного приступа и предупреждения кардиогенного шока также используется нейролептаналгезия. Внутривенно вводится наркотичес-

кий анальгетик Фентанил — 2,0 мл 0,005% раствора в комбинации с 2,0 мл 0,25% раствора Дроперидола, который усиливает и продлевает анальгезирующее действие Фентанила.

При упорных интенсивных ангинозных болях при ИМ на ДГЭ для купирования болевого синдрома часто применяется масочный наркоз с закисью азота в смеси с кислородом. Закись азота обладает седативным и анальгезирующим свойствами. Начинают с ингаляции кислорода в течение 1-3 минут, затем используют закись азота (20%) с кислородом (80%) с постепенным повышением концентрации закиси азота до 80%; поддерживающая концентрация 50%:50%. Положительным моментом данного вида обезболивания является тот факт, что закись азота не влияет на сократительную функцию левого желудочка.

Недостаточная эффективность обезболивания наркотическими анальгетиками на ДГЭ служит показанием к внутривенной инфузии нитратов. Нитроглицерин или Изосорбида динитрат вводится внутривенно капельно для купирования болевого синдрома и уменьшения размеров ИМ. Внутривенно вводится 10 мкг/мин с увеличением скорости на 20 мкг/мин каждые 5 минут под контролем частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД).

При низкой эффективности нитратов в сочетании с тахикардией дополнительный обезболивающий эффект может быть получен введением бета-блокаторов. Препараты данной группы назначают для уменьшения размеров некроза, профилактики развития фибрилляции желудочков и разрывов миокарда. На ДГЭ препаратом выбора является Пропранолол, который назначается в дозе 1 мг/мин каждые 3-5 минут до общей дозы 10 мг.

Наиболее распространенной ошибкой при ИМ на ДГЭ является использование трехступенчатой схемы обезболивания: при отсутствии эффекта от сублингвального приёма нитроглицерина переход к наркотическим анальгетикам осуществляется только после безуспешной попытки купировать болевой синдром назначением ненаркотического анальгетика с антигистаминным препаратом. Данная комбинация, как правило, не позволяет полностью купировать болевой синдром, обеспечить гемодинамическую разгрузку сердца и уменьшить потребность миокарда в кислороде. Между тем потеря времени при использовании такой анальгезии приводит к усугублению состояния больного и ухудшению прогноза при ИМ.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Агзамходжаев С.С., Ерманова Э.Р.

г. Ташкент, Республика Узбекистан, Городская станция скорой медицинской помощи

Профильность и сроки госпитализации больных с инфарктом миокарда (ИМ) в значительной степени зависят от качества, своевременности диагностики заболевания и организации помощи на догоспитальном этапе (ДГЭ). В настоящее время в стационары, имеющие профильные отделения, госпитализируется абсолютное число больных с ИМ. Достижения современной кардиологии требуют своевременной диагностики ИМ и госпитализации больных в первые часы заболевания. Причинами несвоевременной госпитализации являются неправильная и поздняя диагностика заболевания или позднее обращение больных к врачам. Запоздалая госпитализация обычно связана с проведением исследований для уточнения характера заболевания. Совершенствование системы оказания квалифицированной медицинской помощи больным и снижение летальности невозможны без учета ряда особенностей течения ИМ. По нашим данным, болевой синдром при развитии заболевания наблюдался у 76% больных, из них у 8% он наиболее часто сочетался с другими симптомами. Астматический вариант начала заболевания встречался в 10% случаев, гастралгический — в 5%, церебральный — в 6%, аритмический — в 2%, бессимптомный — у 1% больных. У 12% больных выявлено сочетание двух или более симптомов ИМ. Таким образом, наши исследования показали, что более чем у 25% больных ИМ начинался разнообразной нехарактерной симптоматикой. ИМ с атипичной клинической картиной в подавляющем большинстве случаев развивался у больных пожилого и старческого возраста.

При полиморфности клинической картины начала ИМ, своевременная и правильная диагностика зависит от профессионального уровня подготовки врача. В настоящее время большое внимание уделяется возможности оказания помощи больным на ДГЭ специализированными бригадами. На ДГЭ диагноз ИМ приходится ставить на основании короткого анамнеза и единственной ЭКГ, однако предположительный диагноз может оказаться достаточно точным. На ДГЭ, помимо оказания медикаментозной терапии и проведения реанимационных мероприятий, необходимо также незамедлительно решить вопрос о возможности транспортировки больного в специализированное лечебное учреждение. Дальнейшее совершенствование профильного использования средств специализированных бригад требует расчёта необходимого числа специализирован-

ных машин в зависимости от количества госпитализированных больных, процента тяжёлых осложнений и летальных исходов, а также от почасовой и сезонной обрабатываемости больных.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ БОЛЕЙ В АСПЕКТЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Асланян Р.Г., Габоян Р.А., Зограбян А.С.

г.Ереван, Армения, Научно-медицинский центр "Скорая помощь"

В нейрохирургическом отделении НМЦ "Скорая помощь" г.Еревана обследовано 72 больных с болями в пояснице, иррадирующие в нижние конечности, вертеброгенного характера. У них установлены грыжи межпозвонковых дисков, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, сужение позвоночного канала.

Больные распределены на 2 группы. В I группу включены 30 больных с вертеброгенными болями, которые получали консервативное лечение. II группу составили 42 больных, которым произведено оперативное вмешательство.

Больные I группы получили комплексное лечение — анальгезирующее, противовоспалительное, дегидратационное и витамины. В комплекс входило также физиотерапевтическое лечение (дифференцировано в зависимости от стадии и этиологии заболевания), лечебная физкультура, массаж, мануальная терапия.

14 больных II группы до оперативного вмешательства также получали несколько курсов консервативного лечения. Но последнее оказалось недостаточно эффективным, поэтому был поставлен вопрос об оперативном вмешательстве.

Мы придерживались мнения, что в каждом отдельном случае продолжительность консервативного лечения должна быть определена индивидуально с учетом характера процесса и обстоятельств, определяющих неэффективность проведенного лечения. Это нужно для своевременного решения вопроса о хирургическом вмешательстве. Основным критерием, дающим право предпринять оперативное лечение, являются клинические проявления и данные параклинических методов исследования, указывающих на полное выпадение грыжи межпозвонкового диска. Подобное выпадение проявляется выраженным и стойким корешково-болевым синдромом, чувствительными расстройствами и нарушением функции спинного мозга. У отдельных больных при грыжах межпозвонкового диска отмечают также нарушения функции органов таза, парезы нижних конечностей и затруднение походки.

Подытоживая наш 17-летний опыт по лечению вертеброгенных болей, мы считаем показанным хирургическое вмешательство в следующих случаях:

1. срочная операция показана при срединной грыже межпозвонкового диска, которая вызвала значительную компрессию корешков конского хвоста, парапарез или плеггию дистальных отделов нижних конечностей, грубые нарушения функции органов таза;

2. когда консервативное лечение приводило лишь к кратковременной ремиссии с частыми и длительными обострениями, а также, когда консервативное лечение более 2 месяцев оставалось недостаточно эффективным;

3. когда болевой синдром выражен умеренно, но при нагрузке и особенно при ходьбе боли значительно усиливаются, лишая человека работоспособности.

Резюмируя вышеизложенное, необходимо отметить, что показания к оперативному вмешательству в каждом отдельном случае необходимо решить индивидуально с учетом неврологического статуса, возраста и профессии больного.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БРЮШНЫМ ТИФОМ

Ахмедов Д.Р., Пашаева С.А., Тагирова З.Г., Алхлаева А.А.

г. Махачкала, Республика Дагестан, Дагестанская государственная медицинская академия, кафедра инфекционных болезней

Брюшной тиф остается одной из актуальных проблем здравоохранения отдельных территорий Российской Федерации, в том числе и Республики Дагестан, что связано с неблагоприятным состоянием водоснабжения и низким уровнем санитарной культуры населения (Покровский В.И., 1992; Ющук Н.Д., 1994). По данным литературы, течение брюшного тифа у 1-2% больных на 3 неделе заболевания осложняется кишечным кровотечением и может носить диффузный или капиллярный характер, что влияет на исход заболевания (Ющук Н.Д. с соавт., 1994, 1999; Шувалова Е.П. с соавт., 2001).

Для клиницистов большое значение имеет ранняя диагностика осложнений брюшного тифа, однако это связано с некоторыми трудностями: отсутствием характерных признаков для этих осложнений в начале заболевания, не яркая клиническая картина.

Целью нашей работы является определение критериев диагностики кишечного кровотечения у больных брюшным тифом.

Под нашим наблюдением находилось 132 больных брюшным тифом в возрасте от 16 до 65 лет, из них у 25% диагностировано легкое, 63% — среднетяжелое и 12% — тяжелое течение заболевания. У наблюдаемых нами больных

брюшным тифом с тяжелым течением в 3% случаев заболевание осложнилось кишечным кровотечением, которое отмечалось в конце 2-й и на 3-й неделе заболевания. У всех больных брюшным тифом, осложненного кишечным кровотечением, отмечалось резкое падение артериального давления и учащение пульса, у 75% — резкое и кратковременное снижение температуры тела до нормальных и субнормальных цифр и жажда.

На фоне кишечного кровотечения у 25% больных брюшным тифом наблюдалось прояснение сознания и уменьшение головной боли, появление холодного пота на лбу, у 1,8% — заострение черт лица, у половины больных выявлялся "дегтеобразный стул" (мелена).

В установлении кишечного кровотечения большое значение имеет осмотр стула и постановка реакции Грегерсена. У всех наблюдаемых нами больных накануне кровотечения выявлено снижение свертываемости крови до 12-15 минут по Сухареву и удлинение времени кровотечения до 8-9 минут.

Таким образом, прогностическими признаками развития кишечного кровотечения у больных брюшным тифом являются: снижение свертываемости крови и удлинение времени кровотечения, резкое снижение температуры тела до нормальных и субнормальных цифр, падение артериального давления, учащение пульса, бледность кожных покровов, холодный пот на лбу, что требует проведения неотложной гемостатической терапии, промедление которой может привести к развитию геморрагического шока, что имеет серьезный прогноз.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КВАМАТЕЛА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА

**Байдурин С.А., Бекенова Ф.К., Байдурина Г.Т.,
Есмагамбетов Т.Т., Хасенова Б.Д.**

г.Астана, Республика Казахстан, Акмолинская государственная медицинская академия, кафедра Внутренних болезней № 1

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности кваматела (АО "Химический завод "Геден Рихтер", Венгрия) в монотерапии больных синдромом Золлингера-Эллисона (СЗЭ). Обследовано в динамике 12 больных СЗЭ (7 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 24 до 47 лет. Диагноз верифицирован с помощью УЗИ поджелудочной железы у 5 пациентов, компьютерной томографии — у 7. Уровень базального гастрина сыворотки крови превышал нормальные показатели в среднем в 15 раз у всех обследованных. При внутрижелудочной рН-метрии в 100% случаях определена декомпенсированная гиперхлоргидрия.

Эндоскопически выявлены пептические язвы 12-ти перстной кишки у 8 (66,7%), желудка — у 2 (16,7%), множественные язвы желудка и 12-ти перстной кишки у 2 больных. В большинстве случаев (83,3%) в клинической картине преобладали выраженный болевой синдром в эпигастрии и пилородуоденальной области; у 7 (58,3%) пациентов наблюдалась диарея различной степени выраженности.

Квамател в виде монотерапии был назначен больным внутривенно по 20 мг трижды в сутки. На фоне лечения квамателом в указанных дозах болевой синдром был купирован у 8 (66,7%) больных в течение 4 дней, у остальных наблюдали уменьшение интенсивности болей. На 3-и сутки от начала лечения квамателом у 85,7% больных уменьшилась выраженность диареи, на 5-е сутки стул нормализовался у 4 пациентов. Базальная желудочная кислотность снизилась в среднем на $87,5 \pm 8,5\%$ у всех пациентов СЗЭ. На 7-е сутки внутривенное введение кваматела было прекращено и продолжено в таблетированной форме в дозе 20 мг дважды в день. На фоне проводимой терапии рубцевание язв в области 12-ти перстной кишки и желудка наблюдалось в среднем через 24 ± 5 дня и 28 ± 4 дней соответственно у большинства больных. В связи с неэффективностью медикаментозной терапии, в последующем была произведена резекция желудка лишь двум больным СЗЭ.

Побочные эффекты во время лечения квамателом (незначительные головные боли, сухость во рту) наблюдались у двух пациентов и не требовали отмены препарата.

Таким образом, значительное подавление секреции соляной кислоты у всех больных СЗЭ, обусловленное приемом кваматела, обеспечило купирование болевого синдрома и диареи, способствовало рубцеванию язв 12-ти перстной кишки и желудка у большинства больных СЗЭ.

ТРОМБООПАСНОСТЬ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕНДЕЛЕН- БУРГА ПРИ УРГЕНТНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

**Балановский А.П., Каиров Г.Т., Чернов Ю.Н., Правдин О.Г.,
Балановский П.А., Удут В.В.**

г. Томск, Россия, НИИ фармакологии Томского научного центра СО РАМН; муниципальный родильный дома № 1, гинекологическое отделение; муниципальный родильный дом № 2, гинекологическое отделение

У 60 женщин с внематочной беременностью и различным тонусом вегетативной нервной системы изучено влияние позиции Тренделенбурга (ПТ) в 15° (30 женщин — I группа) и 30° (30 пациенток — II группа) на резервные возможности системы

гемостаза после выполнения анестезии (I этап); после перевода больной в ПТ (II этап). Результаты обработаны в среде "Statgraph". На I этапе исследования в I группе эутонония выявлена у 36,7% женщин; парасимпатотония — у 30% и симпатотония — у 33,3% обследованных. Во II группе: эутононию регистрировали у 33,3% пациенток; парасимпатикотонию — у 30% и симпатикотонию — у 36,7% женщин. На пробу в группах выявлено три типа реакции системы гемостаза: компенсированный (К), субкомпенсированный (СК) и декомпенсированный (Д). В первой группе у женщин с эутонией К тип выявлен у 63,6%; СК — у 36,4%; Д типа не выявлено. У обследованных с симпатикотонией К тип выявлен у 10% обследованных; СК — у 50% больных и Д — у 40% женщин. У пациенток с парасимпатикотонией К тип реакции регистрировали у 66,7% женщин; СК — у 22,2% и Д тип — у 11,1%. Во второй группе у женщин с эутонией К тип выявлен у 70%; СК — у 30%; у обследованных с симпатикотонией К и СК типы регистрировали в 36,4% случаев; Д тип реакции выявлен у 27,2% пациенток; у женщин с парасимпатикотонией К тип реакции системы гемостаза выявлен у 66,7% женщин; СК — у 22,2% и Д — у 11,1% пациенток. После перевода больных в ПТ 30? у женщин с эутонией К тип регистрировали у 50% женщин; СК — у 33,3% и Д — у 16,7% женщин; у обследованных с симпатикотонией К и СК типы реакции выявлены у 12,5% женщин; Д тип — у 75% обследованных; у женщин с парасимпатикотонией К тип выявлен у 62,5%; СК — у 25% и Д — у 12,5%. После перевода больных в ПТ 15? у женщин с эутонией К тип регистрировали у 83,3% женщин; СК — у 16,7% и отсутствие Д типа. У обследованных с симпатикотонией К и Д типы реакции системы гемостаза выявлены у 22,2% женщин; СК — у 55,6% обследованных. У женщин с парасимпатикотонией К тип выявлен у 60% женщин; СК — в 26,7% и Д — в 13,3% случаев. Таким образом, ПТ определяет механизмы тромбоопасности при эндоскопических вмешательствах на органах малого таза у больных с симпатикотонией и парасимпатикотонией, вероятность которых повышается при увеличении глубины ПТ.

ЛАПАРОСКОПИЯ И УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Бараев Т.М., Масарский Л.Я.

Г.Волгоград, гарнизонный военный госпиталь (нач. А.Е.Борисов)

Прецизионная диагностика острого аппендицита (ОА) предполагает необходимость решения своеобразной дилеммы: избежать поздней диагностики деструктивного процесса при одновременном отказе от напрасной аппендэктомии. Справиться с этой задачей невозможно без использования новых технологий.

С 1980 по 2002г. у 190 больных в возрасте от 16 до 80 лет при подозрении на ОА мы использовали лапароскопию и видеолапароскопию. Среди наших пациентов было 98 мужчин и 92 женщины.

После лапароскопии аппендэктомия была выполнена у 110 пациентов: 100сл. — деструктивный аппендицит; 5 сл.— прогрессирующий катаральный аппендицит (напряжение червеобразного отростка(ЧО), его ригидность и тень, подозрительная на конкремент в его просвете,выявленная с помощью трансиллюминации); 3сл.— хронический аппендицит; 2сл.— отросток был недоступен осмотру(на операции обнаружен спаечный перипроцесс, хронический аппендицит). Т.е. отросток без признаков деструкции был удален только в 10 сл., что не превысило 10% от общего числа аппендэктомий.

После лапароскопии от операции воздержались у 80 больных: 10сл.— абортное течение болезни, когда выявлялась только инъекция кровеносных сосудов органа без его напряжения; 61сл.— поверхностные изменения имели вторичный характер, связанный с гинекологической патологией, мезадениом, терминальным илеитом, энтероколитом, холециститом, панкреатитом и т.д.; 9сл. — аппендикс оказался абсолютно интактным (причиной боли оказались почечная колика, язвенная болезнь ДПК, сахарный диабет, плевропневмония, капилляротоксикоз и др.) Ни разу в тех случаях, когда от удаления ЧО отказались, не было отмечено перехода поверхностных изменений в деструктивные.

По нашим данным точность распознавания ОА с помощью лапароскопии достигает 98%. Осложнений при ее проведении не было.

УЗИ с помощью аппарата "Алока 1.700" при подозрении на ОА использовано в 2001-2002г. у 106 больных в возрасте от 18 до 57 лет. Среди них было 86 мужчин и 20 женщин.

У 10 больных из этого числа, особенно в период освоения метода, визуализировать ЧО не удалось, поэтому дальнейшую тактику определяли по клинической картине и с помощью лапароскопии (в 8сл. от операции воздержались, в 2сл — после лапароскопии выполнили аппендэктомию по поводу деструктивного аппендицита).

Эхо—семиотика деструктивных форм ОА заключается в утолщении и отеке ЧО, обнаружении конкрементов в его просвете, сужении просвета, появлении жидкости около органа и в брюшной полости.Эти признаки были обнаружены у 9 человек, которым после УЗИ была выполнена операция. Во время вмешательства деструктивный процесс в ЧО был подтвержден во всех случаях.У остальных 87 больных был верифицирован неизмененный или незначительноизмененный ЧО, поэтому им операция не выполнялась (только в 2-х случаях при остающихся сомнениях ОА был дополнительно исключен с помощью лапароскопии).

По нашим данным эффективность эхо-диагностики ОА достигает 92%. УЗИ позволяет убедительно распознать деструктивные формы заболевания и в большинстве случаев исключить этот диагноз при отсутствии воспалительных

явлений в ЧО. Кроме того в 2 х сл. были обнаружены конкременты в нижней трети правого мочеточника и в 2-х сл. — правосторонний аднексит, которые и явились истинной причиной боли в правой подвздошной области.

Таким образом, при сомнениях в диагнозе ОА необходимо использовать УЗИ и лапароскопию, что позволит избежать случаев задержки с вмешательством при деструктивных формах заболевания. Кроме того, эти методы дают возможность свести к минимуму частоту напрасных аппендэктомий и распознать многие заболевания, сопровождающиеся псевдоаппендикулярной болью в животе.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ИЗОФОРМ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ И ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**Бекенова Ф.К., Байдурын С.А., Рутенко Н.А., Швейкина Н.Г.,
Насурдинова Г.Б., Хамитова С.Н.**

г.Астана, Республика Казахстан, Акмолинская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней № 1

Выявление и оценка степени тяжести печеночной недостаточности (ПН) является одной из наиболее важных проблем современной гепатологии.

Целью настоящей работы явилось изучение прогностической значимости изменения изоферментного спектра щелочной фосфатазы (ЩФ) и холинэстеразы (ХЭ) в сыворотке крови при тяжелой ПН. Обследовано в динамике 50 больных с тяжелой степенью ПН, обусловленной циррозом печени у 39 больных, хроническим гепатитом — у 3, циррозом-раком печени — у 8. Диагноз устанавливали на основании анамнеза и длительного клинико-лабораторного наблюдения. У 11 больных диагноз подтвержден при помощи пункционной биопсии печени, у 30 — на аутопсии. Все обследованные были разделены на 2 группы: I группу составили больные, впоследствии умершие — 32 человека, II группу — 18 больных с положительными результатами лечения. Изменения изоферментограмм сопоставлялись с клиническими и общепринятыми лабораторными показателями, а также с результатами обследования 34 здоровых лиц (доноров), которые были приняты за пределы нормы.

Результаты исследования показали, что при тяжелой степени ПН имеются значительные сдвиги изоэнзимных спектров ЩФ и ХЭ. Выявлена тенденция к повышению активности кишечной и костной изоформ ЩФ по мере прогрессирования ПН. Прогностически весьма неблагоприятными оказались крайние сдвиги ак-

тивности ХЭ и печеночной изоформы ЩФ (ПФ). У больных с летальным исходом активность ПФ была снижена в среднем до $0,18 \pm 0,06$ ммоль/чл, что составляло 10% от общей активности ЩФ, при норме 59%. У 3 больных, находившихся в состоянии печеночной комы и вскоре умерших, активность ПФ падала до 0. В то же время у больных II группы активность ПФ превышала норму более чем в 2 раза. При тяжелой гепатоцеллюлярной недостаточности, наряду со значительным снижением активности сывороточной ХЭ от 22 до 8 ЕД и уровня альбуминов до 20-25 г/л, отмечалось уменьшение на электрофореграммах количества изоформ ХЭ: у больных II группы до 3-4, у пациентов I группы — до 1-2.

Таким образом, изложенные результаты исследований позволяют заключить, что определение активности изоформ ЩФ и ХЭ может существенно дополнить критерии оценки степени ПН, а также улучшить точность прогностических заключений в отношении исхода хронических заболеваний печени.

К ПРОБЛЕМЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Буданова М.В., Логвинова И.И., Малыгина Т.В., Ониангет Е.П., Зубова Л.А.

г. Воронеж, Российская Федерация, медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, кафедра педиатрии ФУВ, кафедра неонатологии

Ретинопатия недоношенных (РН) представляет собой сосудисто-пролиферативное поражение сетчатки, развивающееся преимущественно у глубоко недоношенных детей. Совершенствование методов реанимации и интенсивной терапии новорожденных способствуют улучшению показателей выживаемости у детей с массой тела менее 1500 граммов, что в свою очередь увеличивает число детей с РН.

С целью ранней диагностики РН и профилактики ее прогрессирования было обследовано 129 недоношенных новорожденных III-IV степени, находившихся на лечении в ОДКБ г. Воронежа в 2000-2001 гг. Первичный осмотр офтальмолога проводился на 10 день жизни методом обратной офтальмоскопии с боковым освещением в положении лежа. Было выявлено 15 недоношенных детей с признаками преретинопатии: передний отрезок глаза не изменен, оптические среды прозрачны, диск зрительного нерва (ДЗН) деколорирован, центральные сосуды резко сужены, сетчатка на периферии бледная, с сероватым оттенком, просматриваются аваскулярные зоны.

Недоношенные получали ангиопротекторы и антиоксидантную терапию. При контрольном осмотре в возрасте 1 месяца активной фазы процесса не выявлено, изменения на глазном дне претерпевали фазу регрессии. У 12 детей (80%)

с преретинопатиями отмечены сочетанные (ишемически-геморрагические) поражения ЦНС, у 10 (66,7%) был сепсис, 5 (33,3%) было с ГБН, 4 детям (26,7%) в раннем неонатальном периоде в ОРИТ проводилась ИВЛ.

Таким образом, необходимо раннее выявление групп риска среди новорожденных по развитию РН. В процессе обследования необходимо оценивать соматический статус недоношенного ребенка, объем первичной реанимации, длительность кислородотерапии. Все маловесные дети в дальнейшем должны находиться под диспансерным наблюдением офтальмолога.

ТРАДИЦИИ НАШЕЙ "СКОРОЙ" И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ 21 ВЕКА

Верткин А.Л., Намазова Л.С.

г.Москва

Исполнилось 3 года Национальному научно-практическому обществу скорой медицинской помощи (ННПОСМП). Сейчас в обществе насчитывается 1714 сотрудников скорой медицинской помощи (СМП) всех Федеральных округов РФ и 5 стран СНГ. Среди них врачей выездных бригад 757, 258 фельдшеров, 154 главных врачей станций, 60 — заместителей главных врачей, 102 — старших врачей. В составе общества представители уже 45 медицинских специальностей, сотрудники отделений экстренной медицинской помощи, поликлиник, НИИ, ВУЗов. В среднем за каждые три месяца работы ряды общества возрастают на 10-15 %. Были организованы региональные отделения общества в Ставропольском крае, Кабардино-Балкарской республике, в Пермской и Самарской областях, в Саткинском районе Челябинской области, в Твери, в городах Саранске и Норильске и др.

Развитая система Общества позволила впервые на СМП в разных регионах выполнить стандартизованные клинические исследования ряда лекарственных препаратов. Мы сделали первый шаг к международным правилам проведения доказательных исследований. Опубликованы пилотные результаты исследования "Кризк" (Эффективность кордафлекса при неосложненном гипертонической кризе), "Энокс" (Эффективность нитратов при остром коронарном синдроме), ИТЭК ((Исследование перорального применения метопролола и каптоприла при неосложненном гипертоническом кризе), "ЭЛОК" (Применение эналаприлата при осложненном гипертоническом кризе), "БАНТ" (Бронхиальная астма и небулайзерная терапия), "ЭБИВА" (Эффективность вольтарена при болевых синдромах различных локализаций) и др. Начаты исследования по алгоритмам диагностики и лечения ком, лихорадок, пневмонии, острого коронарного синдрома, ожогах, аллергических заболеваниях и др. С помощью наших коллег были

проведены выездные заседания общества и большие научно-практические конференции в Смоленске, Орле, Астане (Республика Казахстан), Нальчике, Комсомольске (Украина), Тюмени, Ростове на-Дону, Саратове, Челябинске, Усть-Илимске, Пятигорске и др. Обо всех мероприятиях общества неоднократно печатались материалы в "Медицинской газете" и в местных СМИ, организовывались передачи на радио и телевидении. По приглашению президиума Всероссийских обществ пульмонологов, кардиологов, гастроэнтерологов, а также оргкомитета "Человек и лекарство" были организованы специальные симпозиумы на конгрессах этих обществ И ОРГАНИЗАЦИЙ. Результаты совместных исследований сотрудников станций СМП по протоколам клинических исследований неоднократно докладывались на многочисленных конференциях в РФ и за рубежом, регулярно печатались на страницах журнала "НТ". Важным итогом научно-практической деятельности Общества было издание в 2001 году совместно с издательским домом "Гэотар" первого справочного руководства для врачей СМП.

Работе общества посвящались специальные выпуски журналов "Русский медицинский журнал" и "Консилиум". С 2002 года для ННПОСМП выделены специальные постоянные рубрики в журналах "Лечащий врач", "Медицинская кафедра" и "Справочник фельдшера и акушерки". Большим признанием деятельности общества является постоянные публикации в "Медицинской газете" алгоритмов ведения больных на догоспитальном этапе.

Одним из примечательных событий является представление на страницах журнала "Неотложная терапия" станций СМП. Мы представляли СМП городов Нальчика, Смоленска, Москвы, Екатеринбурга, Брянска, Курска, Кокшетау (республика Казахстан) и др.

Нами завершена работа по алгоритмам ведения больных на догоспитальном этапе для нового издания Федерального формуляра по использованию лекарственных средств. Важным событием также является решение Экспертного совета МЗ РФ стандартизации в здравоохранении (протокол от 26.02.02) о включении ННПОСМП в состав основных разработчиков ОСТов по ведению больных с бронхиальной астмой, анафилактическим шоком, крапивницей, отеком Квинке и гипертоническим кризом на догоспитальном этапе.

Мы надеемся, что концу 2002 мы выпустим тираж первых, изданных в РФ для СМП клинических рекомендаций по ведению больных с неотложными кардиологическими состояниями на догоспитальном этапе. Эти рекомендации одобрены Всероссийским научным обществом кардиологов (ВНОК) и Научным центром сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева.

Завершается работа над созданием первой компьютерной версии по алгоритмам диагностики и лечения неотложных состояний на догоспитальном этапе, выполненной, как для портативных компьютерных систем, так и для пользователей персональных компьютеров.

Успешно продолжают дистанционные образовательные программы для врачей и фельдшеров СМП. Сегодня в них участвуют более 300 сотрудников станций СМП из 12 городов РФ и СНГ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Верткин А.Л., Элькис И.С., Вилковский Ф.А., Бараташвили В.Л., Верткин М. А., Кривцова Е.В., Ваганова Н. В., Устинова С.В., Мкртычян А.В., Торшхоева Т.Т.

г. Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет, Станция скорой и неотложной медицинской помощи (ССиНМП) г. Москвы

Цель: Оптимизировать оказание неотложной помощи больным БА пожилого и старческого возраста на догоспитальном этапе.

Исследование проведено у 2843 больных старше 60 лет, обратившихся по поводу обострений БА на СМП.

I группу составили 1352 пациента, получавших традиционное лечение (эуфиллин, преднизолон). Небулайзерная терапия беродуалом и сальбутамолом проводилась 1491 пациенту, составившим II группу.

Тяжесть состояния и эффективность терапии оценивались с учетом клинических данных и показателей пиковой объемной скорости выдоха (ПСВ).

Полученные результаты

Проведенный сравнительный анализ показал, что эффективность небулайзерной терапии в пожилом и старческом возрасте была выше традиционной (93,2% и 88,9% соответственно, $p < 0,001$). Особенно значимо различие в эффективности небулайзерной и традиционной терапии при тяжелом (91,7% и 78,7% соответственно, $p < 0,001$) и средне-тяжелом приступе (92,5% и 86,2% соответственно, $p < 0,001$).

Прирост ПСВ при небулайзерной терапии был достоверно выше, чем при традиционном лечении (75,9% и 62% соответственно, $p < 0,001$).

Применение небулайзерной терапии по сравнению с традиционной дает значительно меньше побочных эффектов (тремор рук, тахикардия, экстрасистолия) — 3,7% и 43% соответственно. При традиционном лечении наблюдалось большее количество повторных вызовов СМП [3,2% и 1,8% соответственно ($p < 0,05$)] и госпитализаций [14,6% и 13,5% соответственно ($p > 0,05$)].

Фармакоэкономический анализ медикаментозной терапии БА на догоспи-

тальном этапе подтвердил экономическую целесообразность применения небулайзерной терапии для купирования обострения БА у лиц пожилого и старческого возраста. Расходы на одного больного при традиционном лечении составили 22,1 руб., при небулайзерной терапии — 13,7 руб.

Таким образом, небулайзерная терапия обострения бронхиальной астмы у больных пожилого и старческого возраста на догоспитальном этапе обладает большими преимуществами, по сравнению с традиционной, за счет высокой эффективности и безопасности проводимого лечения, удобства, неинвазивности методики введения, возможности доставки больших доз лекарственных препаратов. Небулайзерная терапия позволяет уменьшить количество повторных вызовов и госпитализаций больных, что обеспечивает, помимо клинического, и фармакоэкономический эффект.

ПОИСК НОВЫХ УЛУЧШАЮЩИХ ВАРИАНТОВ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Гвак Г.В.

г. Иркутск Российская Федерация, Областная детская клиническая больница, Институт усовершенствования врачей

В настоящей работе изучались возможности профилактики альтерирующих эффектов хирургического стресса направленной активацией естественных стресс-лимитирующих систем организма (НАЕСЛС)-ГАМКергической, опиоидергической, антиоксидантной включением в схему общего обезболивания их синтетических аналогов, метаболитов и естественных антиоксидантов. Исследования проведены у 346 пациентов в возрасте от 6 до 10 лет, оперированных в плановом порядке по поводу различной патологии брюшной, грудной полостей, мочевыводящей системы, опорно-двигательного аппарата. Контрольная группа (n=126) — больные, оперированные в условиях классической НЛА, основная группа (n=220)-НЛА+НАЕСЛС: ГОМК 20%(100мг/кг), α -токоферол 1%(5мг/кг), даларгин 0,01% (0,02мг/кг). В обеих группах проводили однотипную стандартную премедикацию. Пациенты обеих групп коррелировались по степени тяжести, массе тела, возрасту, степени анестезиологического риска — II-III по ASA. Выраженность стресса определялась по уровню "стресс-гормона" кортизола радиоиммунологическим методом, процессов ПОЛ — по накоплению малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК) методом И.Д. Стальной, Т.Г. Гаришвили (1977). Антиоксидантную активность плазмы (АОА) измеряли электрофотометрическим методом Г.И. Клебанова и соавт.(1988). Уровень α -токоферола в сыворотке определялся по методу Hanson et al. Исследование проводилось в несколько этапов: I — накануне операции (за 60 мин), II — наиболее травматичный момент, III — спустя 24 часа после операции.

У всех больных до начала оперативного вмешательства происходило достоверное увеличение уровня кортизола в среднем в 1,3, ДК в 3,3, МДА в 2,9 раз и снижение концентрации α -токоферола в 1,2 раза, АОА плазмы в 1,5 раз в сравнении с возрастной нормой, что подтверждает высокое психоэмоциональное напряжение пациентов в предоперационном периоде. У больных контрольной группы на II и III этапах отмечалось достоверное изменение концентрации показателей операционного стресса: увеличение концентрации кортизола в 1,9, МДА в 4,2, ДК в 5,2 раза, снижение содержания α -токоферола в 1,4 раза, а антиоксидантной активности плазмы в 1,3 раза. У больных основной группы на II и III этапах исследования отмечалось снижение уровня кортизола в 1,7, ДК в 1,4, МДА в 1,5 раз, повышение концентрации α -токоферола в 1,5 раза, а антиоксидантной активности плазмы в 1,2 раза. Анализ полученных данных свидетельствует о реализации более надежной ноцицептивной защиты в варианте увеличения "мощности" стресс-лимитирующих систем. Вместе с тем, отмечено достоверное уменьшение доз от общепринятых а классической НЛА используемых препаратов — фентанила 0,005% в $4,5 \pm 0,3$ раз, дроперидола 0,25% в $3,3 \pm 0,2$ раза.

Таким образом, НАЕСЛС позволяет предупредить избыточное напряжение симпато-адреналовой системы, обеспечить адекватную и безопасную защиту пациентов от хирургического стресса.

МЕТОДИКА КУПИРОВАНИЯ СТЕНОКАРДИТИЧЕСКОЙ БОЛИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕГЕМОГЛОБИНОВОГО НОСИТЕЛЯ КИСЛОРОДА

Гирина О.Н., Вершигора А.В., Киржнер Г.Д.

г.Киев, Украина, Национальный медицинский университет им.акад. А.А.Богomoльця, Киевская городская станция скорой медицинской помощи.

Несмотря на длительную историю вопроса и обилие обезболивающих препаратов, проблема коронарной боли, особенно на догоспитальном этапе, остается достаточно острой. Стандартный подход к антиангинальной терапии включает в себя назначение нитратов, бета-адреноблокаторов, аспирина и, если все вышеперечисленное не помогает, — опиатов. Разумеется, в любом случае, занимаясь лечением острого коронарного синдрома, мы предполагаем восстановление проходимости коронарного сосуда то ли путем системного тромболитика или операции (при остром Q-инфаркте), то ли путем гепаринизации. Естественно, что применив методику лечения, позволяющую скорее восстановить кислородное рав-

новесие в миокарде, возможно верифицировать ишемическое происхождение боли и уменьшить дозировки других антиангинальных препаратов (прежде всего — опиатов). Мы акцентируем внимание на уменьшении дозы именно опиатов, поскольку эти препараты, как и нитраты с одной стороны не влияют на прогноз заболевания, но вызывают крайне нежелательные побочные эффекты: тошноту, рвоту, задержку мочи и запоры. Начиная решать эту проблему, мы исходили из того, что в зоне катастрофы, пусть недостаточный для эффективного газообмена, но практически всегда имеется краевой кровоток. Скорость газообмена с помощью эритроцитов через этот оставшийся канал недостаточна для поддержания нормального гомеостаза, но его наличие позволяет использовать другие газопереносчики, обладающие размерами, меньшими, чем у эритроцита. Мы применили в качестве носителя препарат "Перфторан" российского производства в дозе 5мл. эмульсии на килограмм массы тела пациента в сочетании с назначением оксигенотерапии увлажненным кислородом через маску со скоростью подачи кислорода 10 литров/минуту. Параллельно с назначением инфузии Перфторана, проводилось стандартное лечение. В результате мы обнаружили, что из 24 пациентов, получивших, дополнительно к стандартному лечению инфузию Перфторана, ни одному не понадобились повторные введения опиатов, у двоих пациентов удалось вообще обойтись без них (при эффективном купировании болевого приступа) и вообще болевой синдром исчезал намного раньше, чем в группе пациентов, получивших только стандартное лечение.

В одном случае нам удалось, сделав выводы из полной неэффективности в купировании болевого синдрома сочетания инфузии нитроглицерина, бета-адреноблокатора и Перфторана о не ишемическом происхождении боли у пациента, которому на протяжении долгого времени ставили диагноз "стенокардия" без изменений на ЭКГ и без коронарографии. Подобные клинические ситуации позволяют говорить о Перфторане не только, как об эффективном лечебном средстве, но и о возможном средстве дифференциальной диагностики ишемических состояний.

ОПЫТ ПЯТИГОРСКОЙ ССМП В ИССЛЕДОВАНИИ ННПОСМП "БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И НЕБУЛАЙ- ЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ"

Гузёва И. В., Дмитриенко И. А, Морев И. И.

Пятигорская Станция Скорой Медицинской Помощи

В течение года на Пятигорской ССМП в рамках исследования "БАНТ", проводимого ННПОСМП, используется небулайзерная терапия бронхиальной астмы.

Применяется ингаляция препарата беродуал аппаратами фирмы "PARI BOY" и "Omron". Лечение проведено 76 больным: мужчин — 22, женщин — 39, детей — 15. В 88% случаев обострение было средней степени тяжести, в 6,6% — тяжелой. Постоянную терапию в амбулаторных условиях получали 78,9% больных, в том числе — глюкокортикостероидами 48,6%. До приезда СП больными использовались различные ингаляторы в 82,9% случаев. После лечения беродуалом через небулайзер приступ удушья был купирован у 96% больных. В клинической картине это соответствовало нормализации речи, уменьшению возбуждения, снижению АД, урежению ЧСС, уменьшению или исчезновению одышки и сухих хрипов в легких. ПСВ достоверно увеличивалась с 52% до 74%. В 90,8% случаев эффект наступал при однократном использовании беродуала в течение 20 минут. Повторное проведение ингаляции требовалось в 5,2% случаев через 20 минут после первой. В 3,9% лечение было не эффективным. Госпитализировано 7 человек. Побочные эффекты небулайзерной терапии отмечено у 4 больных в виде возбуждения, мышечного тремора, артериальной гипертензии. Двум пациентам потребовался повторный вызов в течение 8 часов. 4 больных, несмотря на объективно-положительный эффект, дали негативную оценку небулайзерной терапии, т. к. в течение длительного времени получали эуфиллин и были настроены на традиционную терапию. В 5 случаях отмечался отказ от небулайзерной терапии. Эффективность небулайзерной терапии оказалась выше у более молодых больных, о чем свидетельствует уменьшение количества эпизодов удушья в течение дня, уменьшение применения индивидуальных ингаляционных средств, количества вызовов СП.

Таким образом, применение небулайзерной терапии позволило улучшить качество медицинской помощи больным бронхиальной астмой, снизить количество повторных вызовов в 4 раза, госпитализаций по поводу астмы в 2 раза и получить за год общий экономический эффект 3893,3 руб.

О ПРИМЕНЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Гулевский Б.А., Швецов А.А., Качалов Н.А., Старостина Л.Н.

г. Самара, Россия, Самарский Государственный медицинский Университет

Цель данной работы — показать эффективность применения ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике повреждений органов брюшной полости при тупой правме живота, а также при черепно-мозговой травме (ЧМТ) и сочетанной травме живота в условиях скорой помощи (СП). Кроме того, в некоторых случаях этот метод применяем с целью дифференциальной диагностики

гастралгической формы острого инфаркта миокарда и острой хирургической патологии органов брюшной полости,

Метод УЗИ внедрен нами в работу бригад СП в 1994г. УЗИ осуществляли с помощью малогабаритного персонального сканера "ДУМАХ-18ТМ".

Проведено обследование 142 больным. При вызове "боли живот" и затруднении постановки диагноза этот метод применяли 102 больным. У 85 больных была подтверждена острая хирургическая патология. Однако у 17 больных, несмотря на сильные боли в животе с помощью УЗИ диагноз острой хирургической патологии был снят, что позволило в ранние сроки поставить диагноз -острый инфаркт миокарда, гастралгическая форма.

При тупой травме живота у 50 пострадавших УЗИ позволило провести дифференциальную диагностику между травматическим и геморрагическим шоком и выбрать правильное оказание неотложной помощи.

Метод УЗИ при ЧМТ применен у 32 травмированных. Разрыв паренхиматозных органов диагностирован у 18 пострадавших, а полых органов у 3 травмированных. Известно, что при ЧМТ развивается клиническая картина "ложного" острого живота. УЗИ позволило исключить повреждение органов брюшной полости у 11 пострадавших.

У 17 пострадавших с торакоабдоминальной травмой УЗИ показало наличие свободной жидкости в брюшной полости, а у одного свободного газа.

Таким образом, метод УЗИ на догоспитальном этапе помогает в постановке правильного диагноза, что имеет большое значение для оказания адекватной неотложной помощи и решения тактических вопросов.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

**Дмитриенко И.А., Азарян С.Ю., Антонова Н.В., Шубина И.А.,
Морев И.И.**

г. Пятигорск, Станция скорой медицинской помощи

В рамках исследования, проводимого ННПОСМП, на Пятигорской ССМП в 2002 г. проводилась дифференцированная терапия неосложненных гипертонических кризов сублингвальным применением препаратов. Для диагностики использовался стандарт, предложенный кафедрой клинической фармакологии и внутренних болезней МГМСУ и представляющий собой 10 вопросов, содержащих информацию об анамнезе, клинических проявлениях, изменениях гемодинамических показателей — наиболее значимую для определения гипотензивной

перкинетического типа криза. Результат оценивался в баллах, по количеству которых определялся тип криза и необходимый препарат. При гиперкинетическом типе криза в 49 случаях применялся эгилон 25 или 50мг, при наличии противопоказаний к β -блокаторам в 8 случаях — тензиомин 25мг. В случаях гипокинетического криза у 42 больных использовался тензиомин 12,5 — 50мг, у 68 больных — кордафлекс в дозе 10 или 20мг.

Во всех группах достигнуто достоверное снижение АД в среднем на 29,8 % от исходного в течение 38,8 мин., за это время имела положительная динамика субъективных проявлений криза. Повторные вызовы в течение суток имелись в 2,3 % случаев, госпитализация — в 2,1 %, средняя стоимость лечения на вызове составила 0,84 руб. Следует отметить, что 38 больных было обслужено фельдшерскими бригадами, успешно применявшими в работе простой способ дифференцировки кризов по типу гемодинамики.

При анализе карт вызовов 68 больных, получавших традиционное лечение: время снижения АД на 25-30 % от исходного увеличилось до 54 минут, госпитализация имела место в 11,8 % случаев, повторные вызовы — в 12,3 % случаев, стоимость лечения составила от 8,48 до 14,8 руб. При этом в картах вызовов содержалась информация, достаточная для определения типа криза по указанному выше стандарту, однако, использовалось недифференцированное применение инъекций дибазола, папаверина, сернокислой магнезии, эуфиллина.

Таким образом, участие в исследовании ННПОСМП по лечению гипертонических кризов позволило:

1) научить врачей и фельдшеров правильно оценивать данные анамнеза и объективного исследования и определять тип криза по изменениям гемодинамики,

2) путем использования сублингвального приема современных препаратов - оптимизировать терапию неосложненных гипертонических кризов, в том числе снизить риск постинъекционных осложнений, а также снизить стоимость лечения в 13-22 раза.

Кроме того, данная работа помогает ознакомить больных с современной тактикой лечения артериальной гипертензии, уйти от сложившихся стереотипов и пропагандировать использование новых препаратов, как для базовой терапии, так и для лечения неосложненных гипертонических кризов.

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

Дьяконов А.А.

г. Ижевск, Удмуртская Республика, Станция скорой медицинской помощи.

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

Целью работы явилась сравнительная оценка клинической эффективности алгоритмов купирования ПНЖТ с применением различных ВП.

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

В зависимости от программы купирующей терапии все пациенты разделены на 4 группы. У 64 больных был применен массаж каротидного синуса в положении Тренделенбурга (группа МКСТ). Вторую группу составили 50 человек, которым был применен "Рефлекс ныряния" с температурой воды $+16$ °С (группа РН+16). 41 больному с ПНЖТ был применен "Рефлекс ныряния" с температурой воды $+4$ °С (группу РН+4). В следующую группу включено 56 пациентов, которым с целью купирования приступа вводился назогастральный зонд (группа НГЗ). Все группы больных по основным признакам однородны и статистически сопоставимы. У всех больных купирование приступа проводили в 3 этапа. На первом этапе проводилась проба Вальсальвы. В случае неудачи переходили ко второму и проводили массаж каротидного синуса. Если пароксизм не купировался и после этого, переходили к 3 этапу — проведение перечисленных в группах ВП.

В результате проведенного исследования выявлено, что эффективность в группе МКСТ составила 10,9%, в группе РН+16 — 12%, РН+4 — 19,5% и группе

НГЗ — 10,7%. Различия клинической эффективности у сравниваемых групп статистически не достоверны.

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

ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Жилова И.И., Эльгаров А.А., Мидова М.М., Сабанчиева Х.А.

г.Нальчик, КБР, Кабардино-Балкарский госуниверситет

Инфаркт миокарда (ИМ) остается весьма распространенной кардиальной патологией, при этом 35% больных погибают на догоспитальном этапе.

За последние 3 года в Кабардино-Балкарии наблюдается рост данной патологии на 6%.

Нами выполнен анализ 126 карточек вызовов за 2001 г для изучения причин ИМ, особенностей течения и последствий, разработки профилактических мер. Установлена наибольшая частота ИМ в возрасте 60-69 (26,1%), 70-79 (23%) и 50-59 (22,6%) лет, реже — в 40-49 (12,6%), 30-39 (6,3%) и 20-29 (1,5%). Лица 80 лет и старше обратились за помощью в 7,9% случаев. Эти данные в целом подтверждают зависимость заболеваемости ИМ от возраста. Число мужчин, обратившихся за скорой помощью, оказалось больше, чем женщин в 3 раза. В дневное время в связи с ИМ зарегистрировано 57,8% вызовов (26,9% — в 1-й половине дня, 30,9% — во 2-й); вечером и ночью — соответственно 19,2 и 23,0%. У подавляющего числа больных (87,7%) наблюдалась ангинозная форма, значительно реже — астматическая (7%), абдоминальная (3,8%) и аритмическая (1,5%). В 121 случае ИМ подтвержден ЭКГ, у остальных пациентов (5 чел.) диагноз выставлен на основании клинических данных, который был подтвержден в стационаре после госпитализации. Локализация ИМ в области передней стенки левого желудочка оказалась наиболее частой (36,4%), реже — в задней стенке (28,2%), верхушечной области (17,2%) и боковой стенки (13,6%), в единичных случаях — заднебазальных отделов (2,7%) и верхних отделов боковой стенки (0,9%). В 55 случаях (43,6%) ИМ осложнился различными нарушениями ритма (43,6%) и проводимости (7,3%), острой левожелудочковой недостаточностью (25,4%), кардиогенным шоком (16,3%) и ТЭЛА (5,4%). Возможной причиной дебюта болезни у 14 больных отмечено физическое напряжение, у 8 —

эмоционально насыщенные ситуации и у 8 — употребление алкоголя. Следует отметить, что 2 пациента провоцирующим фактором назвали длительное и утомительное управление автотранспортом (у 1 из них ИМ развился на фоне гипертонического криза). Показательно, что в анамнезе 50,7% лиц с ИМ имелась артериальная гипертензия (АГ).

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

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

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

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

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДИКЛОФЕНАКА (ВОЛЬТАРЕНА, НОВАРТИС ФАРМА) И МЕТАМИЗОЛА НАТРИЯ (АНАЛЬГИНА, РОССИЯ) ПРИ КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СМП)

Жуков А.Е. (Пермь), Кошутин И. А. (Копейск), Морозов В.В. (Норильск), Чекменёв В.А. (Усть-Илимск), Гирель О.И., Тополянский А.В., Вёрткин А.Л. (Москва)

Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи

В исследование было включено 57 пациентов старше 18 лет с острым болевым синдромом или обострением хронического болевого синдрома при воспалительных заболеваниях суставов, дегенеративных заболеваниях (деформирующий остеоартроз, остеохондроз), люмбаго, ишиас, невралгии, миалгии и посттравматические болевые синдромы; плевральные боли при пневмонии. Оценивалась эффективность и безопасность применения вольтарена (3 мл 2% раствора внутримышечно) — I группа (40 чел.) и анальгина (Россия, 2 мл 50% раствора внутримышечно) — II группа (17 чел.)

Методика исследования заключалась в оценке клинического состояния, температуры тела, АД, ЧСС, ЧД. Эффективность обезболивания проводилась двумя способами. Способ "А": больной отмечает уровень выраженности болевого синдрома на 100 - мм шкале, где обозначается: 0 — отсутствие боли, 100 — максимальная боль, которую когда-либо испытывал пациент. Под эффективностью понимается разница между уровнями до и через 20 мин после введения препарата. Способ "В": эффективность препарата оценивается одним из пяти пунктов — нет эффекта; боль немного уменьшилась; боль уменьшилась; боль сильно уменьшилась; боль исчезла.

Эффективность по обоим используемым методикам была выше при применении вольтарена. Так, по методике А средняя разность между начальным уровнем боли и после введения анальгетика бригадой СМП была почти в 2 раза выше у вольтарена. По методике В боль существенно уменьшилась у подавляющего большинства больных в 1 группе (92,5%). Во 2 группе анальгин был эффективен только в 24% случаев. При этом для купирования болевого синдрома при применении анальгина требовалось значительно больше времени ($p > 0,002$). Анальгин вызывал у трети больных побочные эффекты, в то время как у вольтарена эти явления отмечены только в 12% наблюдений. В 2-х случаях во 2 группе потребовался повторный вызов СМП.

Таким образом результаты исследования показали, что вольтарен превосходит анальгин по эффективности, безопасности и скорости наступления анальгезии.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ КАК ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Жуков А.Е., Тиунов В.К., Нелюбин В.В., Николаев В.Н., Девяткова Г.И.

МУЗ "Пермская городская станция скорой медицинской помощи"

Одним из целевых показателей, отображающих работу станции скорой помощи является догоспитальная летальность, как по приезду бригады, так и в ее присутствии. Ее анализ дает возможность оценить работу диспетчера, принимающего вызов (показатель — точность предположения диспетчера 03), качество оказания медицинской помощи выездными бригадами (показатель — количество дефектов, выявленных при экспертной оценке выездной документации), а также вопросы организации службы скорой помощи (показатели — время ожидаемого обслуживания вызова, время доезда до адресата, обеспечение по виду профильности бригадами).

Нами проведен анализ догоспитальной летальности за период 1999-2001 годов. Статистические показатели представлены в таблицах 1, 2, 3, 4.

Таблица 1

Анализ догоспитальной летальности

Анализируемый период в годах	Всего обслужено вызовов	Догоспитальная летальность до бригады	Летальность при бригаде
1999 г.	352743	2932 или 1 на 120 вызовов	328 или 1 на 1075 вызовов
2000 г.	361886	3108 или 1 на 116 вызовов	323 или 1 на 1120 вызовов
2001 г.	375137	3346 или 1 на 112 вызовов	306 или 1 на 1226 вызовов

Пермская городская станция скорой медицинской помощи является внекатегорийной и обслуживает население миллионного города. Всего бригад 74, дислоцированных на 8 подстанциях. На каждой подстанции работает, кроме линейных бригад, по одной реанимационной и кардиологической. На центральной подстанции по две кардиологических и реанимационных бригады, а также консультативные детская реанимационная и две неврологические бригады. За анализируемый период количество бригад и их профиль не менялись. Станция работает в режиме АСУ.

Какой-то закономерности летальных случаев на догоспитальном этапе от часа суток, дня недели, месяца года нами не выявлено. Лишь по нозологическим единицам отмечается рост травматизма как причина смерти с 19 до 1 часа ночи, и сердечно-сосудистых заболеваний с 23 до 7 часов утра.

Таким образом, полученные статистические данные показывают тенденцию роста вызовов, обслуживаемых бригадой скорой помощи в среднем на 3,2% ежегодно. В то же время растет и догоспитальная летальность, но темпы роста ее выше — в среднем на 7,5% и в основном за счет роста вызовов к больным с внезапными смертями и к больным, где причинами смерти явились сердечно-сосудистые заболевания (табл.2).

Таблица 2

Догоспитальная летальность по нозологическим единицам

Анализируемый период в годах	Травмы	Сердечно-сосудистые заболевания	Внезапная смерть по неизвестной причине	Новообразования	Острые отравления	Прочие
1999 г.	489	1115	829	273	82	144
2000 г.	507	1129	865	291	102	214
2001 г.	454	1216	1043	338	105	190

Но за анализируемый период наблюдается уменьшение летальности при бригаде, что заставляет думать, что те случаи, где смерть наступила до приезда бригады — бригада к ряду больных фактически не успела. Среднее время ожидания обслуживания увеличилось с 11,9 мин до 13,5 мин при стабильном среднем времени доезда до адресата, что произошло из-за увеличения времени ожидания обслуживания в диспетчерской на 1,4 мин (табл.3).

Таблица 3

Качественные показатели обслуживания вызовов с летальным исходом

Анализируемый период в годах	Среднее время ожидания обслуживания	Среднее время доезда до адресата	Точность предположения диспетчера	Обеспечение диагнозов
1999 г.	11,9 мин	9,7 мин	94,3%	74,3%
2000 г.	12,0 мин	9,6 мин	95,0%	72,5%
2001 г.	13,5 мин	9,7 мин	94,8%	66,9%

При стабильной работе диспетчера 03 — точность предположений 94,3 — 95%, отмечается тенденция к ухудшению показателя — обеспечение диагноза с 74,3% до 66,9%, т.е. на реанимационный повод при занятости специализированных бригад, приходилось посылать линейные, что не смогло не сказаться на качестве обслуживания вызовов. Количество выявленных дефектов врачами-экспертами при анализе вызовов с летальными исходами при бригаде значительно увеличилось.

Процент успешных реанимаций за анализируемый период находится на относительно постоянном уровне (табл.4).

Таблица 4
Летальность при бригаде

Анализируемый период в годах	Всего летальных исходов при бригаде	Успешные реанимации	Выявлено дефектов при экспертной оценке выездных документов
1999 г.	328	69	32
2000 г.	323	64	33
2001 г.	306	61	40

Таким образом, проведенный нами анализ целевого показателя "досуточная летальность" показывает, что имеет место ежегодная тенденция к росту вызовов, в том числе и в случаях, заканчивающихся летальными исходами.

В этой связи необходимо упомянуть, что такой показатель, как "досуточная летальность при бригаде" является интегральным, связанным жесткой функциональной связью с такими показателями, как среднее время ожидания обслуживания, удельный вес специализированных бригад, первично посланных на летальный исход, досуточная летальность в ЛПУ города и общим количеством летальных исходов на догоспитальном этапе скорой помощи. Следовательно, изменение данного показателя нельзя оценивать в отрыве от вышеперечисленных.

Следует отметить также, что существующие в настоящее время материальные и медицинские ресурсы скорой помощи не позволяют оказывать экстренную медицинскую помощь своевременно и качественно, о чем косвенно говорит прогрессирующее ухудшение таких показателей как время ожидания обслуживания, обеспечение диагнозов и увеличение количества дефектов.

Выходом из создавшегося положения мы видим лишь коррекцию алгоритма отправления бригад на вызов, как фактор изменения управленческого решения в связи с ограничением ресурсов. Однако, следует признать, что реальное увеличение материальных и медицинских ресурсов в связи с неудовлетворительной организацией финансирования территориального здравоохранения на сегодняшний день не представляется возможным.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НА СТАНЦИЮ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ УЧАСТКАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИК ГОРОДА КУРСКА

**Иконникова И.Е., Перлюк Б.И., Остапенко Е.А., Дьякова Т.Г.,
Школьников С.А., Плотников А.В**

г.Курск

Ежедневно станция скорой медицинской помощи обрабатывает огромное количество поступающих по "03" вызовов. Вызовы подразделяются на срочные и неотложные. Неотложная помощь чаще всего оказывается людям с хроническими заболеваниями, а также больным пожилого возраста. Часто возникает ситуация, когда неотложные вызовы поступают с 8-00 по 17-00, во время работы поликлиник. Для обработки этой информации на Курской станции скорой медицинской помощи был создан программный комплекс "Поликлиника". ПК "Поликлиника" написан на СУБД Clarion3.08. Программный комплекс "Поликлиника" позволяет контролировать обращаемость населения в ССиНМП по каждой поликлинике, по каждому участку в определенный период времени и по другим необходимым параметрам (повод к вызову, возраст больного, поставленный диагноз, частота обращаемости и т.д.). С 1997 года на Курской ССиНМП функционирует программный комплекс, целью которого является регистрация и обработка ежедневно поступающих по "03" обращений. Данные по вызовам хранятся в базах данных формата Foxpro, названия которых формируются под общим корнем VIZ и включают в себя дату ее образования (например VIZ0105.dbf). Там содержится полная информация по вызову — его номер, время поступления, данные о больном, повод, данные об обслуживающей бригаде, диагноз и т.п. Входными данными для программного комплекса поликлиника являются БД VIZ*.dbf и огромная база данных списков адресов, обслуживаемых определенной поликлиникой по конкретным участкам. Эта информация была получена в регистратурах поликлиник города Курска.

Программный комплекс "Поликлиника" состоит из следующих модулей: модуль переброски данных; модуль ввода данных; модуль обработки данных; модуль создания выходных форм. Модуль переброски данных служит для конвертации данных из формата Foxpro, в котором хранятся данные по вызовам, поступившим по "03" в формат данных Clarion, на котором написана программа "По-

ликлиника". Модуль ввода данных предназначен для ввода и коррекции данных по принадлежности определенных адресов к той или иной поликлинике и участку, а также ряд служебных баз данных, необходимых для функционирования модуля обработки данных. Модуль обработки данных предназначен для отслеживания принадлежности больного, обратившегося на ССиНМП к конкретному участку, а также проверки соответствия повода и времени поступления обращения. Модуль создания выходных форм служит для наглядного представления обработанной информации. С помощью данного комплекса проведено сопоставление вызовов участковых врачей на дом по поликлиникам и терапевтическим участкам с обращением внимания на те участки, где выявлена высокая обращаемость в ССиНМП. В результате статистической обработки был проведен корреляционно-регрессивный анализ врачебной помощи на дому по всем поликлиникам в динамике, с целью выявить взаимосвязь между обращаемостью населения на ССиНМП и посещениями участкового врача на дом, на основании этого было установлена обратная умеренная зависимость этих показателей.

Таким образом, анализ обращаемости населения города по поликлиникам позволил определить участки с высокой обращаемостью на ССиНМП, довести информацию до поликлиник, принять меры по оптимизации деятельности работы участковых врачей с целью улучшения работы с населением терапевтических участков и в итоге улучшения показателей работы поликлиник. Возможное разделение скорой и неотложной помощи и оказание неотложной медицинской помощи на дому силами поликлиники может востребовать результаты новых подходов к контролю обращаемости населения в ССиНП по терапевтическим участкам.

КРИТЕРИИ БЕЗОПАСНОГО КАРБОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

**Каилов Г.Т., Балановский А.П., Чернов Ю.Н., Правдин О.Г.,
Балановский П.А., Удут В.В.**

г. Томск, Россия, НИИ фармакологии Томского научного центра СО РАМН; муниципальный родильный дома № 1, гинекологическое отделение; муниципальный родильный дом №2, гинекологическое отделение

Известно, что напряженный карбоперитонеум и десуффляция индуцируют серьезные нарушения мозгового кровообращения в интраоперационном периоде, которые прямо зависят от величины внутрибрюшного давления и скорости десуффляции. У 30 больных внематочной беременностью с различным исход-

ным тонусом вегетативной нервной системы исследовано состояние церебральной гемодинамики на этапах ургентного лапароскопического вмешательства на органах малого таза в условиях комбинированной анестезии пропофолом и напряженного карбоксиперитонеума в 8 и 12 мм рт.ст. Результаты обработки статистически в среде "Statistica -5". До инсuffляции газа в брюшную полость у больных с симпатотонией (СТ) выявлен повышенный тонус мозговых сосудов и снижение венозного оттока; у женщин с парасимпатотонией (ПТ) - снижение тонуса мозговых сосудов и замедление венозного кровотока, при сравнении с показателями реоэнцефалограммы (РЭГ) лиц с эутонией (ЭТ). В условиях напряженного пневмоперитонеума в 8 мм рт.ст. у больных с ЭТ скорость церебрального кровотока снижалась в 1,6 раза и повышался тонус мозговых сосудов в 1,3 раза. У больных с СТ внутрибрюшное давление в 8 мм рт.ст. индуцировало повышение тонуса сосудов в 2 раза и снижение скорости венозного кровотока — в 2,1 раза. Изменения церебральной гемодинамики, вызванные напряженным карбоперитонеумом в 8 мм рт.ст., у больных с ПТ характеризовались снижением скорости мозгового кровообращения в 2,3 раза и повышением тонуса сосудов в 1,9 раза. Напряженный пневмоперитонеум в 12 мм рт.ст. вызывал у больных с ЭТ снижение скорости церебрального кровотока в 1,9 раза и повышение тонуса мозговых сосудов в 1,5 раза; у больных с СТ — повышение тонуса сосудов в 3 раза и снижение скорости венозного кровотока — в 2,9 раза; у пациенток с ПТ — снижение скорости мозгового кровообращения в 3,3 раза и тонуса сосудов в 1,5 раза. Таким образом, предоперационная оценка тонуса ВНС позволяет определить величину безопасного напряженного карбоксиперитонеума и прогнозировать выраженность нарушений церебральной гемодинамики на этапах эндовидеохирургического вмешательства на органах малого таза у больных с различным исходным тонусом ВНС.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Камышова Е.А., Якушенко М.Н., Богатырева Л.А.

г. Нальчик, Россия, Кабардино-Балкарский государственный университет; Республиканская детская клиническая больница МЗ КБР

Целью работы явился анализ эффективности применения небулайзерной терапии (НТ) у 403 детей первого года жизни, госпитализированных в РДКБ г. Нальчика с бронхообструктивным синдромом (БОС) различного генеза. Этио-

логическая структура БОС представлена следующими нозологиями: острый обструктивный бронхит, бронхолит, рецидивирующий бронхообструктивный синдром микроаспирационного генеза (гастроэзофагальнорефлюксная болезнь), очаговые пневмонии с бронхообструктивным синдромом, дебют бронхиальной астмы. С тяжелой степенью БОС было 38% детей, более 50% со среднетяжелой степенью бронхиальной обструкции, в 11 % отмечалась легкая степень бронхиальной обструкции. Анализ объема бронхолитической терапии на догоспитальном этапе оказания неотложной помощи выявил, что в 80% случаев на догоспитальном этапе использовался зуфиллин, при этом в 35% случаях нарушался режим дозирования. По прежнему в амбулаторной практике используются комбинированные препараты, содержащие эффердин, глауцин, подавляющие кашлевой рефлекс (бронхолитин, солутан). Регистрировались случаи применения антигистаминных препаратов при рецидивирующем БОС у детей с атопическим анамнезом в качестве оказания неотложной помощи при развитии бронхообструктивного синдрома. НТ на догоспитальном этапе оказания неотложной помощи детям первого года жизни не использовалась ни в одном случае. Все госпитализированные дети, в зависимости от степени тяжести и длительности БОС, получили небулайзерную терапию через маску с использованием готовых растворов селективных бета-адреномиметиков (вентолин-небулы, беродуал, атровент). Эффективность оценивали по динамике клинических симптомов (уменьшение признаков затрудненного дыхания и частоты дыхательных движений, степени участия вспомогательной мускулатуры, уменьшение дистанционных хрипов). Средняя продолжительность НТ бронхообструктивного синдрома средней тяжести составила 1,7 дней, при тяжелом течении — 5,8 дней. Проводилась дифференциальная диагностика причин БОС, обучение матерей правилам ухода за ребенком, перенесшим БОС, правилам кормления, образовательная программа для детей с отягощенным семейным аллергоанамнезом, перед выпиской матери получали письменные рекомендации и план действий при возникновении БОС. Отмечено сокращение сроков стационарного лечения с 10-14 дней до 5-6 дней при использовании НТ. Отмечена высокая эффективность и безопасность НТ при оказании неотложной помощи детям первого года жизни с БОС различного генеза, что позволяет широко использовать ее в амбулаторной практике, уменьшить частоту госпитализаций и применения внутривенных и внутримышечных инъекций детям этой возрастной группы.

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАСЫПКИ ГРУНТОМ НА ГЛУБИНЕ

Каржауов А.К., Изимбергенов М.Н.

г. Актюбинск, Республика Казахстан, Западно-Казахстанская государственная медицинская академия, региональный центр медицины катастроф

В работе Регионального Центра медицины катастроф (РЦМК) за 2001г. имели место два случая оказания медицинской помощи пострадавшим, оказавшимся в подземном плену в течении длительного периода времени. В первом наблюдении при проведении подземных работ произошел обвал грунта в земляном колодце диаметром один метр с частичной засыпкой мужчины 29 лет на глубине 7 метров. Смещением нижнего уровня грунта — песка "пльвуна" сдавило туловище и нижние конечности пострадавшего. Извлечение его через вход колодца оказалось невозможным из-за ограниченного пространства и сдавления тела постоянно поступающим песком. Для предупреждения асфиксии пострадавшему был спущен противогаз с неререверсивным клапаном с присоединенным к нему шлангом-воздуховодом длиной 15 метров и шлем для защиты от черепно-мозговой травмы. Из-за угрозы дополнительного обвала от повышенного давления на грунт вблизи колодца в основном была проведена ручная аварийно-спасательная работа с привлечением техники только на определенных этапах. Работы заняли около 22 часов. Состояние пострадавшего оценивалось как тяжелое, в результате нервно-психической травмы, синдрома длительного сдавления конечностей, общего переохлаждения, гиповолемии. Бригадой РЦМК в ходе спасательных работ, с риском для жизни, проводилась симптоматическая и противошоковая терапия с контролем гемодинамики через созданный котлован рядом с колодцем и прорытый тоннель к больному. До этого этапа врачебную помощь пришлось оказывать будучи подвешенными на канате и находясь головой вниз из-за узости колодца. Благодаря противогазу с длинным воздуховодом и защите пострадавшего подручными средствами в виде каркаса-кольца удалось предотвратить его асфиксию, несмотря на случившуюся дважды полную засыпку песком.

После извлечения пострадавшего на месте начата интенсивная противошоковая терапия, продолженная в БСМП. Исход данного случая благоприятный, пациент на 3 сутки выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Аналогичный случай произошел с ребенком 2 лет, оказавшимся "пленником" колодца диаметром 0,7 метра и глубиной 6 метров. Используя предыдущий опыт аварийно-спасательная служба ЧС провела аналогичную работу по освобождению ребенка уже за 5 часов.

Таким образом, использование предлагаемой тактики позволяет поддерживать жизнеобеспечение организма пострадавших в замкнутом ограниченном пространстве на глубине в течение длительного времени спасательных работ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ

Ковалёва Н.Н., Дербинёва З.И., Сенин В.А.

г. Железногорск, Красноярский край, ЦМСЧ-51, отделение скорой медицинской помощи.

Внезапная кардиогенная смерть (ВКС) составляет 15-20% в структуре естественной смертности и её проблема остаётся одной из актуальных в практической медицине. Нами обобщены результаты работы бригады интенсивной терапии (БИТ) и эффективности их реанимационной помощи 64 больным с внезапной коронарной смертью на этапе оказания скорой помощи. Диагноз внезапной остановки сердца фиксировали на основании клинических признаков отсутствия кровообращения, прекращения спонтанного дыхания, утрата сознания. Механизм остановки сердца уточняли при помощи мониторингового наблюдения и регистрации ЭКГ.

Критериями успешной реанимации считали восстановление сердечной деятельности до уровня стабильной гемодинамики, самостоятельного дыхания и сознания. Различали стойкий эффект реанимации (выживание больного свыше 28 дней от начала развития ВКС), временный (восстановление жизненных функций организма на некоторое время, но с летальным исходом в течение 28 дней от начала заболевания) и отсутствие эффекта (восстановление жизненных функций было безуспешным).

Клинически на догоспитальном этапе различали 3 вида коронарной патологии: острую коронарную недостаточность у 27 больных (42,2% случаев), острый инфаркт миокарда у 22 больных (34,3% случаев) и острую сердечно-сосудистую недостаточность у 15 больных (23,4% случаев). Они тесно связаны с проявлениями нестабильности коронарного кровообращения, со структурными изменениями в миокарде, гипоксией и возникновением фатальных аритмий сердца вплоть до его остановки.

Анализ полученных данных свидетельствует, что наиболее частой формой развития ВСС являлась фибрилляция желудочков — 79,1% случаев, значительно реже асистолия — в 20,1% и в редких случаях электромеханическая диссоциация — 0,8% случаев.

При развитии ВКС врачи БИТ применяли для оживления больных комбинированные наборы экстренной лекарственной терапии и портативное реанимационное оборудование, входящее в их таблицу оснащения, соответственно стандартам оказания медицинской помощи. Тактика лечения была направлена на восстановление и стабилизацию электрической стабильности сердца и вклю-

чала чередование электрической дефибрилляции, наружного массажа сердца, искусственной вентиляции лёгких, введение лекарства. Результативность реанимационных мероприятий у больных с ВСС позволяет констатировать, что догоспитальный эффект реанимации был отмечен у 9 (14%) больных, но только в 5-ти случаях (7,8%) эффект был стойким и пациенты были выписаны домой. Временный эффект (летальный исход в течение 28 дней от начала заболевания) — 4 случая (6,2%), отсутствие эффекта — 55 случаев (85,9%). По статистическим данным успешно реанимируются в случаях внебольничной остановки сердца от 2% до 24% больных.

ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ "АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ" В Г.САРАПУЛЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Козлов С.Ю., Вязников О.А.

В настоящее время проблема артериальной гипертензии выходит на 1 место среди заболеваний сердца и сердечно-сосудистой системы. В ряде европейских стран, а также США и Канады приняты программы, направленные на снижение артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ), разработаны различные методики коррекции АД. В результате этого снизилось количество смертей и инвалидизации от осложнений АГ в 2-6 раза в зависимости от страны.

За последние годы наблюдается рост больных с АГ по Удмуртской республике. В 2000 году зарегистрировано 150625 больных. По г.Сарапулу — 1474. Низкие цифры зарегистрированных больных с АГ объясняются недостаточной диагностикой и низкой обращаемостью трудоспособного населения. Проанализировав количество вызовов, поступивших на станцию скорой медицинской помощи, выяснилось, что вызова по поводу гипертонических кризов стоят на 1 месте по нозологии вызовов и составляют 11,5% от общего количества вызовов и 55,6% от вызовов по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы. В результате этого увеличились сроки нетрудоспособности, инвалидизации в следствии осложнений гипертонических кризов.

Нет единой системы, позволяющей связать результаты оказания помощи, лечения и наблюдения скорой медицинской помощью, стационарами и поликлиниками.

Все это привело нас к созданию первой в Удмуртской республике школы "Артериальная гипертензия" на базе станции скорой медицинской помощи. Была разработана программа школы, которая включает в себя задачи, цели, кад-

ры, привлекаемые для к работе в школе, методики обучения и методические пособия, ожидаемые результаты. Программа школы одобрена МЗ УР, главным кардиологом республики, управлением здравоохранения г.Сарапула. Школа начала свою работу с ноября 2001 года. К работе в школе привлекались кардиологи города, врачи БИТ ССМП, сотрудники республиканского кардиодиспансера, преподаватели кафедр терпии ИГМА, священослужители, диетологи, врачи ЛФК, фармацевты, фельдшера скорой помощи, обучающие больных правильному измерению АД. Информация о школе была дана в СМИ (телевидение, радио, печать). Всего в школе за период с ноября 2001 года по апрель 2002 года обучено 282 чел. Проведено 6 занятий школы.

Промежуточные результаты работы школы:

1. Снизилось количество осложнений-острый инфаркт миокарда с АГ-на 0,2 %, стенокардия с АГ, ОНМК осталось на прежнем уровне, но уменьшилось количество вызовов к трудоспособному населению на 4,4 %

2. Изменилась тактика оказания помощи больным с гипертоническими кризами бригадами скорой помощи в свете последних российских и мировых разработок.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ОТКАЗАМИ ОТ ПИЩИ

Комиссаров А.Г.

г.Набережные Челны, Республика Татарстан, Психоневрологический диспансер

Введение. В психиатрии отказы от пищи (ОП) принято считать неотложными состояниями, требующим экстренной медицинской помощи. ОП чаще возникают в структуре психотических состояний у больных шизофренией и проявляются отказом от приема пищи и воды, что может привести к истощению и кахексии, соматическому неблагополучию и летальному исходу. К пациентам с ОП принято применять психореанимационные подходы (Нельсон А.И. 1999г), включающие в себя экстренную диагностику и интенсивную терапию.

Цель: оценить эффективность неотложных подходов к терапии больных шизофренией с ОП.

Методы: в исследование были включены пациенты психиатрического стационара за три года, поступившие с психозами и сопутствующими им ОП. В зависимости от ведущей психопатологической симптоматики пациенты были разделены на три группы: группа бредовых ОП, группа кататонических ОП, группа депрессивных ОП. Каждый пациент с ОП априорно рассматривался нами как urgentный. Во всех группах применялись единые принципы неотложной тера-

пии, не зависимо от ведущего синдрома. Они включали в себя: адекватную инфузионную терапию, экстренную электросудорожную терапию (ЭСТ), психофармакотерапию. ЭСТ назначалась по неотложным показаниям и проводилась в первые дни поступления пациента в стационар. В среднем проводилось 6-8 сеансов. Учитывалась оценка общего соматического состояния, клиническая динамика психоза, время начала приема пищи и летальность.

Результаты: 1. Выявлено, что за отчетный период на стационарном лечении находилось 19 больных шизофренией, в клинической структуре которых преобладали ОП. Количество пациентов с ОП составило 0.93% от общего числа пролеченных больных за исследуемый период. У всех пациентов с ОП течение шизофрении было приступообразно — прогрессивным (F20.01 - 20.02 по МКБ-10). В психопатологической структуре преобладали три группы расстройств: бредовые ОП — 12 пациентов, кататонические ОП — 2 и депрессивно-ступорозные — 5 больных. 2. Продемонстрировано, что во всех трех группах пациентов на фоне единой схемы неотложной терапии отмечалась стабилизация соматического состояния, быстрая редукция остроты психотической симптоматики. Пациенты в течение трех дней терапии начинали принимать пищу. Летальных исходов не было.

Выводы: 1. Среди пациентов психиатрического стационара существует небольшая группа больных с ОП, которые нуждаются в применении неотложных подходов и активных методов терапии. 2. Независимо от синдромальной составляющей, унифицированный экстренный подход к пациентам с ОП является эффективным на этапе неотложной помощи. Дальнейшее лечение таких пациентов должно быть дифференцированным и строится на основе существующих принципов терапии психических заболеваний.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Краснова М.В., Баранова Е.Н., Гафнер И. Ф., Бедин В.В.

г.Кемерово, Россия, ГKB № 3 им. М. А. Подгорбунского,

За 2001 год в отделение поступило 74 пациента с уровнем билирубина выше нормы: от 44 до 476 мкмоль/л. Среди них преобладали женщины — 48, мужчин 26, в возрасте от 16 до 74 лет. Всем пациентам проводились исследования билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ, белковых фракций, показателей свертываемости крови, HbS Ag, а-НСV, УЗИ органов брюшной полости с тщательным осмотром билиарной системы, обследование на описторхоз (кал, желчь, ИФА).

В первую очередь исключался подпеченочный характер желтухи: обращалось внимание на болевой синдром в анамнезе, расширение ОЖП по УЗИ более 7 мм, повышение ЩФ в биохимическом анализе крови. По этим показаниям проводилось РХПГ (всего проведено 9 исследований) В 3 случаях выявлен холедохолитиаз, в 1 - выраженная деформация холедоха со стенозом выходного отдела на фоне хронического описторхоза, холангита, в 1 опухоль головки поджелудочной железы. В 4 случаях диагноз подпеченочной желтухи снят. При диффузном или очаговом поражении печени без признаков повышения давления в билиарной системе проводилась биопсия печени (лапароскопическая или, чаще, пункционная) проведена у 41 пациентов (59,7 %), при необходимости КТ.

В результате проведенных обследований установлены следующие диагнозы: хронические анемии 2 (1 - гемолитическая, 1 - В12-дефицитная), функциональные гипербилирубинемии — 4, ПХЭС, холедохолитиаз — 3, рак головки поджелудочной железы — 2, метастатический рак печени — 1, хронические гепатиты различной этиологии 43, циррозы печени 19. Среди хронических гепатитов преобладали вирусные поражения печени (HBV — 11, HCV — 9, HBV+HCV 4 пациента), сочетание вирусного и острого алкогольного гепатита у 6 пациентов, хронический описторхоз у 4, аутоиммунный у 4, у 5 пациентов этиология хронического гепатита не выявлена.

Таким образом, самой частой причиной желтух в гастроэнтерологическом отделении являлись хронические гепатиты и циррозы печени различной этиологии. Для дифференциальной диагностики с подпеченочной желтухой в первую очередь нужно использовать ультразвуковое исследование в первые часы поступления пациента, выявлять билиарную гипертензию и планировать дальнейшую тактику с привлечением эндоскопистов и хирургов.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВЫСОКОЧАСТОТНОГО АППАРАТА С АРГОНУСИЛЕННОЙ КОАГУЛЯЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Куцовол С.П., Низовой А.В.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Кафедра военно - полевой хирургии, Москва

Лечению подвергнуты 31 пациент обоего пола в возрасте от 20 до 75 лет с различными формами острой хирургической инфекции (абсцесс, гнойный парапроктит, флегмона, мастит, карбункул и др.). После рассечения гнойника стальным скальпелем и удаления гноя, рана была обработана факелом низко-

энергетической аргоновой плазмы. При этом установлена не только коагуляция тканей раны, но и выраженный бактерицидный эффект. Отмечено почти полное отсутствие кровоточивости, уменьшение болевых ощущений, усиленное образование транссудата. На третьи и четвертые сутки очищение раны в основном завершается, транссудация уменьшается, в ране появляются грануляции. При этом очищение раны от некротических тканей протекало одинаково активно во всех возрастных группах, что давало возможность после нормализации общего состояния их более раннюю выписку из стационара (в опытной группе на 6-7 сутки с момента поступления, в контрольной — 9-11).

В контрольной группе, аналогичной основной по количеству наблюдений, возрасту больных и нозологическим формам гнойных хирургических заболеваний, после рассечения и удаления гноя, обработка ран производилась по стандартной методике (растворы антисептиков, мази на водорастворимой основе). В раннем послеоперационном периоде болевой синдром выражен в большей степени. В этой группе констатирована более продолжительная кровоточивость раны. Интенсивность репаративных процессов была менее выражена.

Таким образом, аргоноплазменная коагуляция аппаратом "ФОТЕК ЕА 140" (Россия), в режиме бесконтактного воздействия, при лечении гнойных ран способствует более интенсивному очищению раны от некротических тканей, стимулирует развитие грануляций, уменьшает кровоточивость раны в процессе, как первичного оперативного пособия, так и время последующего лечения ран.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО КОРЕШКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Мартиросян Г. Р., Ованесян Г.А., Косян А. Ш., Ованесян И.Г.

г. Ереван, Республика Армения, Национальный институт здравоохранения, кафедра неврологии и детской неврологии, клиника неврологии Научно-медицинского центра "Скорая помощь"

Лечение вертеброгенного болевого синдрома является одним из актуальных вопросов неврологии: по статистическим данным каждый второй человек в течение жизни страдает болями в спине или шее.

С целью проведения комбинированной терапии данного синдрома нами использовано сочетание Целебрекса и Мидокалма. Выбор вышеуказанных препаратов обусловлен патогенетическими механизмами развития неврологических осложнений остеохондроза позвоночника — компрессионными (сдавнение и деформация корешка, сосуда или спинного мозга) и рефлекторными (раздра-

жение рецепторов связок с последующим рефлекторным напряжением иннервируемых мышц, то есть мышечно-тонические нарушения).

Для сравнения эффективности сочетания Мидокалма и Целебрекса (I группа больных) были составлены также группы, получавшие только Целебрекс без Мидокалма (II группа) и только Мидокалм без Целебрекса (III группа). Общее количество больных, находившихся под наблюдением, — 150 человек в возрасте от 30 до 55 лет, страдающих вертеброгенными корешковыми синдромами, преимущественно поясничного (L4 - L5, L5 - S1) и шейного (C4 - C7) уровня. Клинический осмотр дополнялся параклиническими методами исследования, включая рентгенографию позвоночника, электронейромиографию, при необходимости компьютерную и магнитно-резонансную томографию позвоночника. Длительность наблюдения — 2 месяца от начала лечения с динамикой исследований.

Учитывая, что восстановительные процессы в пораженных тканях и органах, во многом, обуславливаются адекватным кровоснабжением, то есть состоянием микро- и макрокровотока, а также известный факт тромбоцитактивности нестероидных противовоспалительных средств, в программу исследований было включено также комплексное изучение микроциркуляции методом конъюнктивальной биомикроскопии и лабораторным определением ряда реологических параметров.

Сопоставляя полученные данные, сделаны следующие выводы:

1. Наибольшая терапевтическая эффективность с наименьшими побочными явлениями отмечена при использовании сочетания Мидокалма и Целебрекса.
2. Выявлена четкая корреляция между темпами восстановления и степенью улучшения картины микроциркуляции.
3. Установлена стабильность субъективного и объективного статуса больных без последующих рецидивов на протяжении двух месяцев.

Итак, проведенное нами исследование показало, что применение Мидокалма и Целебрекса у больных с вертеброгенными синдромами безопасно, адекватно и эффективно.

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАРКОМАНАМ С СОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Мельников В.В., Баранович С.Ю., Беребицкий С.Я., Паршин Д.С.
г. Астрахань, Россия, Астраханская государственная медицинская академия

Изучено 683 истории болезни пациентов — опийных наркоманов, находившихся на лечении в клинике кафедры общей хирургии за 1998-2001 гг.

Были выявлены недостатки в лечебно-диагностической помощи как на догоспитальном этапе, так и в диагностике, обследовании и хирургической тактике. С целью их устранения разработаны стандарты оказания неотложной хирургической помощи наркоманам. Предлагаемые стандарты не противоречат установочным положениям регламентированными МЗ РФ, приказам Департамента здравоохранения Астраханской области.

I. Стандарты лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе.

1. Наличие следов инъекций и признаков воспаления в проекции сосудов конечностей с проявлениями общей реакции организма на хирургическую инфекцию, признаков ее генерализации.

2. При отказе больного, его родственников от госпитализации они должны быть предупреждены о возможных осложнениях и последствиях соответствующей записью в медицинскую карту.

3. О самовольном уходе до определения диагноза в приемном отделении подается экстренное сообщение в поликлинику по месту жительства или станцию скорой медицинской помощи для активного осмотра хирургом на дому.

II. Стандарты диагностики и лечения в хирургическом отделении. Общеклиническое обследование. Обязательно исследование крови на сифилис ВИЧ инфекцию, носительство вируса гепатита В,С. При генерализованной форме хирургической инфекции 3-х кратное исследование крови на стерильность.

III. Стандарты предоперационной подготовки, обезболивания. Объем проведения медикаментозной терапии определять совместно с врачом анестезиологом. Обязательна катетеризация центральных вен у больных с генерализованными формами инфекции. Больным с обширными поражениями мягких тканей с затеками, метастатическими гнойными очагами, поражением сосудов необходимо проведение эндотрахеального наркоза.

IV. Стандарты хирургической тактики. При хирургической обработке гнойных очагов у наркоманов следует учитывать, что они, как правило, локализуются вблизи сосудов. Манипуляции должны носить щадящий характер. При подозрении на аррозию сосуда в состав оперирующей бригады включается сосудистый хирург. Работать необходимо в двойных перчатках, защитой лица хирургическим "забралом".

Дальнейшее лечение должно соответствовать современным принципам ведения больных с гнойной хирургической инфекцией.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛТУХ

**Мирзоян С.О., Хондкарян К.В., Арутюнян Т.Р., Сейранян А.С.,
Балаян А.Б. Цатурян Н.М.**

*г.Ереван, Республика Армения, Национальный Институт Здравоохранения, НМЦ
"Скорая помощь"*

Результаты лечения больных с синдромом желтухи во многом зависят от ранней постановки точного диагноза. В диагностике заболеваний билиарной системы все более широкое клиническое применение получает метод ультразвукового исследования (УЗИ).

В клинике за 5 лет в плане комплексного обследования 384 больным в возрасте от 18 до 83 лет с различными формами желтух как экспресс метод диагностики в день поступления в срочном порядке проводилось УЗИ. Длительность желтушного анамнеза у больных составляла от 3 дней до 1,5 месяца. В некоторых случаях повторная сонография выполнялась на следующие сутки после соответствующей подготовки. Для объективной оценки диагностических данных УЗИ его результаты во всех случаях были верифицированы другими методами исследования, а у 253 больных также и интраоперационными результатами. При получении данных сонографии, указывающих на паренхиматозный характер желтухи, диагноз подтверждался также и лабораторными исследованиями.

Анализ результатов УЗИ 384 больных с желтухой разной этиологии и сопоставление их с данными комплексного обследования органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, нам дал возможность оценить точность и пределы диагностических возможностей метода.

При определении паренхиматозного или механического характера желтухи точность диагностики УЗИ достигается 98,3%. Метод оказался достаточно информативным при установлении уровня окклюзии (63%), а при локализации препятствия проксимальнее дистального отдела холедоха можно было судить и о его причине (рубцовая стриктура, камень и пр.). При проведении сонографии для дифференциальной диагностики между механической желтухой доброкачественной и злокачественной этиологии, ошибки допущены в среднем в 22% случаев. При механической желтухе вызванной заболеваниями панкреатодуоденальной зоны УЗИ было неинформативным только в 28 % случаев.

Наши клинические наблюдения и полученные результаты свидетельствуют о том, что УЗИ является ценным, высокоинформативным экспресс методом диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой и может установить характер желтухи, провести дифференциальную диагностику между желтухой паренхиматозного и механического

характера, установить уровень и причину обтурации желчных протоков. С помощью УЗИ можно быстро получить необходимую информацию для определения дальнейшей диагностической программы и выбора правильной и своевременной лечебной тактики. Однако УЗИ имеет свои пределы диагностических возможностей, и для установления окончательного диагноза результаты сонографии необходимо обязательно верифицировать другими методами исследования.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ

**Мирзоян С.О., Хондкарян К.В., Мовсесов В.А., Шаумян Л.М.,
Саргсян К.Г., Симонян Т.В.**

*г.Ереван, Республика Армения, Национальный Институт Здравоохранения, НМЦ
"Скорая помощь"*

Проблема механической желтухи остается одной из ведущих в хирургии. Результаты ее лечения во многом зависят от своевременной и правильной диагностики.

В клинике за 5 лет комплексное дооперационное обследование проходили 253 больных с механической желтухой. Инструментальное обследование больного начинали, как правило, с применения более простых и безопасных методов, в дальнейшем, по мере необходимости, прибегали к более сложным, от менее инвазивного к более инвазивному. По нашему мнению наиболее приемлема следующая последовательность: ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), компьютерная томография (КТ) и ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

УЗИ является абсолютно неинвазивным и простым и поэтому занимает первое место в диагностическом алгоритме. 253 поступившим больным с желтухой в срочном порядке проводили УЗИ. В 186 случаях выявили желчную гипертензию, в 195 — уровень окклюзии, в 183 — причину желтухи. Информативность УЗИ в диагностике патологических процессов желчевыводящей системы по нашим данным составляет около 87%.

Диагностическую ФЭГДС проводили во всех случаях, когда предполагали препятствие на уровне дистального отдела холедоха. Она позволяла уточнить состояние большого дуоденального сосочка, характер желчи и ее поступление в двенадцатиперстную кишку, а также выявить прорастание двенадцатиперстной кишки опухолью и сдавление ее извне, вызванное процессами внепротоковой локализации. В 53 наблюдениях с ее помощью подтверждена причина желтухи.

При механической желтухе диагностические возможности увеличились с внедрением в клиническую практику компьютерной томографии. По нашим данным во время операции результаты КТ нашли подтверждение почти в 98% случаев.

В определении уровня и причины обтурации желчных путей наиболее информативна ЭРХПГ, которую выполняли в процессе предоперационной подготовки. Введение контрастного вещества непосредственно в желчные протоки дает исчерпывающую информацию об их состоянии, что помогает в определении тактики дальнейшего хирургического лечения. Диагнозы, поставленные на основании этого метода, верифицированы у 54 больных. Причину, вызвавшую механическую желтуху выявили у 45, а уровень обтурации правильно установили у 53 больных.

Таким образом, использование современных специальных методов исследования, рациональная их комбинация и правильная последовательность значительно расширяют возможности дооперационной диагностики причин механической желтухи.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ КАК ЭКСПРЕСС МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мирзоян С.С., Арустамян Л.В., Мириджанян Г.М.

*Республика Армения, Ереванский Государственный Медицинский Университет
им. М. Гераци, кафедра хирургических болезней № 1*

Проблема хирургического лечения ущемленных, особенно рецидивных и многократно рецидивирующих грыж чрезвычайно актуальна. Результаты лечения этих грыж зависят от своевременной и точной диагностики. Еще до хирургического вмешательства необходимо уточнить размеры дефекта передней брюшной стенки, наружные параметры выпячивания, характер содержимого грыжевого мешка и пр.

С целью улучшения результатов диагностики и соответственно хирургического лечения больных с ущемленными грыжами передней брюшной стенки еще в приемном покое до госпитализации в стационар мы проводили обязательное срочное ультразвуковое исследование (УЗИ) передней брюшной стенки.

Наше сообщение основано на анализе результатов догоспитального срочного УЗИ исследования 142 больных (88 женщин и 54 мужчин) в возрасте от 22 до 77 лет, у которых клинически подозревалось наличие ущемленных грыж живо-

та различных локализаций. УЗИ брюшной полости и зоны предполагаемой грыжи проводилось на ультразвуковом аппарате UMG "ATL" линейным датчиком с частотой сканирования 5-7,5 МГц.

Кроме размеров дефекта передней брюшной стенки, при ущемленных, невправимых или многокамерных грыжах с высокой степенью достоверности (96%) можно было высказаться о содержимом грыжевого мешка (наличие петель кишок, большого сальника, наличие или отсутствие жидкостного компонента и пр.). Немаловажное значение имело установление факта перистальтики ущемленной петли тонкой кишки (67 наблюдений) и ее отсутствие (11 наблюдений). В срочном порядке из 142 больных оперированы 115. В 3 случаях на основании данных УЗИ выявлена скользящая грыжа, а из-за отсутствия признаков грыжи передней брюшной стенки 3 пациента не были госпитализированы.

При ультразвуковом сканировании передней брюшной стенки с высокой достоверностью оценивались размеры и локализация грыжевого дефекта, четко определялись функциональное состояние передней брюшной стенки, ширина и толщина прямых мышц, а также всех тех анатомических структур, ткани которых используются при выполнении герниопластики, что помогало в выборе метода оперативного вмешательства.

Таким образом, УЗИ передней брюшной стенки является доступным, неинвазивным и высокоинформативным методом в диагностике грыж передней брюшной стенки и может стать ключевым диагностическим методом, на основании которого можно точно определить размеры дефекта, составить представление о содержимом грыжевого мешка, планировать доступ вмешательства, сроки его выполнения и определить вид и метод герниопластики.

ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Михайлова И.С., Шуйская О.А.

г.Москва, Центральный клинический Военный госпиталь ФСБ РФ

Причиной развития желудочковых нарушений ритма: желудочковых тахикардий (ЖТ) и фибрилляций желудочков (ФЖ) могут явиться острый инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз, особенно с хроническими аневризмами сердца; миокардиты, врожденные и ревматическими пороки сердца; кардиомиопатии, а так же интоксикация сердечными гликозидами, применение симпатомиметических аминов. Клинические проявления пароксизма ЖТ разнообразны.

Под наблюдением в кардиологическом отделении госпиталя в течении 12 месяцев наблюдались 5 пациентов с зарегистрированными пароксизмами ЖТ. Из них у 1 на фоне развития острого инфаркта миокарда; у 3 на фоне постинфарктного кардиосклероза, хронической аневризмы передней и задней стенки левого желудочка; у 1 на фоне диагностированной гипертрофической кардиомиопатии.

Вызов дежурного кардиолога обусловлен жалобами пациента на резкоразвившуюся слабость, головокружение, предобморочное состояние, перебои в работе сердца. В последнем случае механизмом возникновения ЖТ, вероятно, явилась желудочковая экстрасистолия. Развитие нарушений ритма на фоне развития инфаркта миокарда сопровождался выраженным болевым синдромом в левой половине грудной клетки. У больного с дисциркуляторной энцефалопатией отмечалась потеря сознания, вероятно, как усугубление гипоксии мозга.

Пробежки ЖТ на ЭКГ за время снятия ЭКГ в кардиологическом отделении не всегда удавалось зарегистрировать. Учитывая изменения гемодинамики, необходимость экстренного купирования острой патологии пациенты переводились в отделение РИТ, где созданы условия для круглосуточного мониторинга гемодинамики и ЭКГ.

При возникновении пароксизма ЖТ купирование зависит от характера основного заболевания, предшествующей терапии. У 1 пациентки на фоне гипертрофической кардиомиопатии возникали неустойчивые пробежки желудочковой тахикардии, сопровождающиеся предобморочными состояниями, проходили самостоятельно и специальной экстренной терапии по дежурству не требовали. У 1 пациента с развитием острого инфаркта миокарда пароксизм ЖТ купирован в/в болюсным введением лидокаином 100 мг в течении 3-5 мин с последующей поддерживающей капельной инфузией. У 1 пациента с состоянием клинической смерти, обусловленный развитием фибрилляции желудочков, восстановлен синусовый ритм кардиоверсией после третьего максимального разряда 360 Дж. На фоне продолжающейся антиаритмической терапии и ИВЛ, 11 раз рецидивировали пароксизмы желудочковой тахикардии, переходящие в фибрилляцию желудочков, вначале хорошо купирующиеся введением кордарона и потребовавшие проведения 11 дефибрилляций, разрядами различной мощности (200-300 Дж). Этиологическим моментом нарушения ритма сердца явились прогрессирующий коронарный атеросклероз и хроническая аневризма передней стенки левого желудочка. Больному проведено аортокоронарное шунтирование и аневризмэктомия, нарушения ритма не рецидивировали. У 2 пациентов с хронической постинфарктной аневризмой задней стенки левого желудочка возник аритмогенный шок, пароксизм ЖТ купирован кардиоверсией 300 Дж. В дальнейшем из-за особенностей коронарного русла пациентам не проведено оперативное и эндоваскулярное лечение ИБС. У всех пациентов начата терапия антиаритмическим препаратом III класса с выраженной Вблокирующей активностью-соталолом.

Механизм эффективности препаратов различных классов у пациентов с пароксизмальными ЖТ по данным метаанализа показывает, что соталол является абсолютным лидером. Аритмогенность соталола — дозозависимое явление. Срок реализации аритмогенного эффекта, которое может проявиться не только тахикардией "torsade de pointes", но и мономорфной желудочковой тахикардией и фибрилляцией желудочков-риск наиболее высокий в первые 3 дня, поэтому препарат назначался в стационаре, а доза наращивалась постепенно. Перед выпиской из стационара средняя доза 160 мг/сутки.

За последующие 12 месяцев наблюдения самочувствие больных удовлетворительное, клиническая симптоматика нарушений ритма значительно уменьшилась, повторных госпитализаций не было.

КАРДИАЛГИЯ И ИНФАРКТОПОДОБНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Михайлова И.С., Забелин И.В.

г. Москва, Центральный клинический военный госпиталь ФСБ РФ

Болевой синдром в левой половине грудной клетки является симптомом огромного числа заболеваний, нередко несвязанных с собственной патологией сердца, за исключением стенокардии и инфаркта миокарда. Диагностика всех кардиалгий основывается на анамнестических сведениях, динамики ЭКГ, лабораторных и инструментальных данных обследования. В практике врача скорой помощи встречаются диагностически неясные случаи, требующие предельной внимательности. В настоящее время ишемическая болезнь сердца имеет тенденцию к омоложению. Нетипичная клиническая картина возможного кардиологического заболевания, особенно у молодых, требует более тщательного наблюдения или экстренной госпитализации. С эндокринологической патологией в виде симптомов тиреотоксикоза первыми нередко сталкиваются врачи неотложной помощи, кардиологи или терапевты. Диффузно-токсический зоб — заболевание, сопровождающееся повышенной продукцией тиреоидных гормонов и диффузным увеличением щитовидной железы. Под нашим наблюдением находилась пациентка с типичными проявлениями изменений сердечно-сосудистой системы при тиреотоксикозе. Больная, К, 34 лет доставлена в больницу г. Москвы бригадой СМП в связи с болевым синдромом в левой половине грудной клетки (ноющие боли), с подозрением на развитие инфаркта миокарда. На ЭКГ регистрировалась синусовая тахикардия, очаговые изменения миокарда передне-боковой стенки левого желудочка в виде регресса з. R V1-V3, глубоких

отрицательных з.Т в грудных отведениях, отрицательных з.Т I, II, AVL, AVF (приложение №1). При поступлении выполнено ЭХОКГ: ЛП 37 мм. КДР 50мм, КСР 46 мм. ФВ 30%. Определяется акинез всех сегментов на уровне папиллярных мышц с переходом в акинез всех сегментов на уровне верхушки. Базальные отделы сокращаются гиперкинетически. ПП 45мм. ПЖ 43 мм. Умеренная дилатация правых отделов. Признаки умеренной гипертензии в ПП и ПЖ. Трикуспидальная регургитация II ст. С диагнозом ИБС: острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной давности выписана на амбулаторное наблюдение кардиолога поликлиники с рекомендациями проведения коронароангиографии. Через 3 недели после выписки из ГКБ проводилось обследование в кардиологическом отделении госпиталя. При котором выявлены следующие изменения: ЭхоКГ: ЛП- 3,8х 4,8см. ПП- 4,4 см. ПЖ- 3.8см. Дилатация правых камер сердца. ФВ- 62%. МЖП-0,9. ЗСЛЖ- 0,8 см. Стенки аорты уплотнены. Отмечается гипокинезия МЖП, верхушки, передней стенки ЛЖ. Диастолическая дисфункция левого желудочка, митральная и трикуспидальная регургитация 1 ст. Признаки легочной гипертензии. ЭКГ: Синусовый ритм. Сохраняется регресс з. R V1-V3, отрицательный з.Т I,AVL,V1-V4. При обследовании щитовидной железы выявлены признаки гиперфункции щитовидной железы. Диагностирован диффузно-токсический зоб 2ст, тиреотоксикоз. На фоне начатой терапии метизолом, преднизолоном через 10 дней отмечалась положительная динамика объемных характеристик полостей сердца и сократительной способности миокарда. ЭКГ - положительная динамика в виде повышения амплитуды з. R V1-V3, невилирования отр з.Т в грудных отведениях до сглаженных. На фоне продолжения терапии амбулаторно в течении 40 дней полностью нормализовалась картина ЭКГ- нормосистолия, сохранены амплитуды з. R,T; значительно улучшились показатели гемодинамики.

Таким образом, на примере клинического случая данной пациентки, инфарктоподобные изменения ЭКГ в сочетании с болевым синдромом в левой половине грудной клетки позволили предположить раннее развитие ишемической болезни сердца. Необходимость дальнейшего обследования выявило тиреотоксикоз, своевременное лечение которого позволило предупредить прогрессирование процесса, а также добиться регрессии дистрофических изменений сердечной мышцы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Намазова Л.С., Торшхоева Р.М., Бараташвили В.Л., Верткин А.Л.

г. Москва Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи (ННПОСМП), Научный центр здоровья детей (НЦЗД) РАМН, Московский государственный медико-стоматологический университет (МГМСУ)

Цель работы: Определить эффективность и безопасность новых технологий лечения и преемственного ведения больных детей и подростков с бронхиальной астмой на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования. Исследование проведено у 254 детей и подростков в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, обратившихся по поводу обострений БА на СМП (157 больных, I группа) или в ОСЗТ РАМН (97 больных, II группа).

Тяжесть состояния, помимо клинических данных, оценивалась по специально разработанной бальной системе оценки и показателям пиковой объемной скорости выдоха — ПСВ.

В случае традиционной терапии 12 пациентам (26,2%) парентерально вводили эуфиллин с антигистаминными средствами (димедрол, супрастин), 5 (10,6%) — преднизолон с антигистаминным препаратом, 29 (63,2%) — комбинации эуфиллина, антигистаминных препаратов, преднизолона, спазмолитика (но-шпа), анальгина, лазикса и др.

Для небулайзерной терапии применялся комбинированный препарат беродуал в дозе — 0,5 мл (10 кап) детям до 6 лет, 1 мл (20 кап) — детям старше 6 лет.

Эффективной считалась терапия при уменьшении ЧДД, ЧСС, возбуждения, количества сухих хрипов в легких, нормализации речи, увеличении ПСВ на 60 л/мин (> 15%). Полученные результаты: При традиционной терапии эффективность составила 60,8%. Результаты лечения напрямую зависели от степени тяжести приступа БА. Госпитализирован 21 человек, 5 — отказались от госпитализации, повторно бригаду СМП в течение первых 24 часов вызывали 14 пациентов (30,4%). Побочные эффекты были выявлены у 12 (26%) больных в виде тахикардии (7) и головокружения (5).

Эффективность небулайзерной терапии составила 100%, ПСВ увеличилась на 37,04%. Госпитализировано всего 33 человека, отказов от госпитализации не отмечено. В течение 24-х часов после лечения лишь к 9 больным (8,1%) вызывали бригаду СМП повторно. Побочных действий лекарств не отмечено.

Фармакоэкономический анализ медикаментозной терапии БА на догоспитальном этапе выявил значительно меньшие расходы на купирование присту-

па БА при применении небулайзерной терапии. Так, стоимость лечения одного больного при традиционном лечении составила $25,25 \pm 5,5$ руб., при небулайзерной терапии — $8,42 \pm 1,34$ руб.

Таким образом, небулайзерная терапия обострения БА у детей и подростков на догоспитальном этапе обладает большими преимуществами по сравнению с традиционной за счет абсолютной эффективности и безопасности, удобства, неинвазивности методики введения лекарств и отчетливого предпочтения пациентов. Небулайзерная терапия позволяет уменьшить количество повторных вызовов в 5 раз, госпитализаций — в 2 раза, что обеспечивает, помимо клинического и фармакоэкономический эффект.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

Нарзиев И.И.

г. Бухара, Республика Узбекистан, Медицинский институт, лечебный факультет, Областная инфекционная больница

Результаты проведенных исследований показали, что на территории Республики Узбекистан циркулируют более 20 арбовирусов, из которых две трети вызывают у людей заболевания с клиническими симптомами в виде 3-7 дневной лихорадки, экзантемы с явлениями полиартритов, полиаденитов, интоксикационного и геморрагического синдромов, с поражением центральной нервной системы и других органов, нередко заканчивающиеся летальным исходом. Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ) занимает первое место по заболеваемости среди природно-очаговых инфекций на территории республики Узбекистан.

Целью исследования явилось изучение клинической характеристики больных КГЛ и усовершенствование методов лечения.

В течении 2-х лет наблюдались 44 больных КГЛ в возрасте от 14 до 67 лет. Лёгкая форма КГЛ регистрировалась у 4 (9,1%) больных, средне-тяжелая у 22 (50%), тяжёлая у 18 (40,9%).

Диагноз КГЛ установлен на основании клинико-эпидемиологических данных, а у 36 (81,8%) больных серологически по методу РНГА.

Анализ клинических проявлений позволил установить, что у 35 (79,5%) больных заболевание началось остро с катаральными явлениями, а у 9 (20,5%) больных миаглиями. У всех больных отмечалась гиперемия лица и инъекция сосудов склер. Заболевание начиналось с подъема температуры до высоких цифр: 38°C - 39°C , у 1/3 больных — до 40°C . Длительность лихорадки — от 5 до 15 дней, чаще всего 7-8 дней. Лихорадка имела постоянный или ремитирующий характер, у

ряда больных была двухволновой. Симптомы интоксикации выражены с первых дней болезни. Характерным симптомом КГЛ являлась геморрагическая сыпь, которая наблюдалась у всех больных. Сыпь была обильной, локализовалась на туловище и конечностях. У ряда больных отмечались обширные кровоизлияния в места инъекций и в склеры. Отмечались кровоточивость десен (34,1%), носовые кровотечения (38,6%) и у ряда больных желудочно-кишечное кровотечение. В крови у больных: тромбоцитопения (86,4%), лейкопения (93,2%), у части больных — эритропения. В моче — умеренная протеинурия, микрогематурия.

Для этиотропного лечения КГЛ нами применялся противовирусный препарат Амиксин. Амиксин был назначен при поступлении 4 больным КГЛ в первый и второй дни по 0,25 и в последующем — 2 раза в неделю по 0,125. Контрольную группу составили 40 больных КГЛ, получавших с патогенетической терапии плазмы крови реконвалесцентов КГЛ для этиотропных целей. У больных при назначении Амиксина происходило укорочение продолжительности лихорадочного периода на 2,5 +/- 0,7 дней, снижение симптомов общей интоксикации, на фоне лечения наблюдалась более ранняя нормализация лейкоцитарного индекса интоксикации. Геморрагический синдром у больных, получавших Амиксин, проявлялся только петихиальной сыпью.

Таким образом, применённая лечебная тактика позволила существенно повысить эффективность терапии КГЛ в современных условиях.

АНТИДЕПРЕССАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Ованесян И.Г., Мартиросян Г.Р., Ованесян Г.А., Хачатрян Э.С.

г. Ереван, Республика Армения, Национальный институт здравоохранения, кафедр неврологии и детской неврологии, клиника неврологии Научно-медицинского центра "Скорая помощь"

Головная боль напряжения (ГБН) — самая распространенная форма головной боли. Она наблюдается, главным образом, у людей умственного труда, профессия которых сопряжена с длительной концентрацией внимания, эмоциональным напряжением, длительным неудобным положением головы, шеи в сочетании с недостаточной двигательной активностью на работе и вне рабочего времени. ГБН — это монотонные тупые, сдавливающие, стягивающие, ноющие, как правило, двусторонние боли без четкой локализации. Выделяют две формы ГБН: эпизодическую и хроническую. При эпизодической форме частота головной боли не превышает 15 дней в месяц. При хронической форме головная боль присутствует свыше 15 дней в месяц. Для обеих форм характерны депрес-

сия и тревога. Для купирования ГБН используются препараты комбинированного состава, содержащие аспирин, парацетамол и кофеин, также нестероидные противовоспалительные препараты. Наиболее стойкий эффект наблюдается при применении антидепрессантов.

Нами обследовано 78 больных с хронической формой ГБН в возрасте от 25 до 55 лет. Больные были распределены на две группы:

1. Группа больных, получавшая только нестероидные противовоспалительные препараты (Вайокс).

2. Группа больных, получавшая сочетание вайокса и пароксетина.

Первая группа (37 больных) получала только нестероидный противовоспалительный препарат — Вайокс. В этой группе патологический синдром держался дольше и отходил более замедленными темпами: улучшение начиналось с третьей недели. При этом полученный терапевтический эффект оказался менее выраженный. У 5 больных этой группы (13,5%) наблюдалось ухудшение после отмены препарата, проявляющееся нарастанием интенсивности и частоты ГБН. У 2 больных побочный эффект выражался в желудочно-кишечных расстройствах, что послужило основанием для отмены препарата.

Более эффективным оказалось лечение второй группы больных (41 больной), то есть получавшей Вайокс в сочетании с антидепрессантом - Пароксетином. Улучшение в этой группе начиналось со второй недели. Полученный терапевтический эффект сохранялся стойко у 86% больных в течение одного года. Через год у 4 больных (9,7%) наблюдалось возобновление ГБН. В этой группе побочный эффект в виде желудочно-кишечных расстройств наблюдался у 3 больных.

Таким образом, результаты исследований позволяют рекомендовать применение нестероидных противовоспалительных препаратов в сочетании с антидепрессантами для лечения хронической ГБН.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Плеханов С.М., Сафиулова И. А.

г. Муром, Владимирская область, Отделенческая больница на ст. Муром ГЖД

Проанализировано 806 историй болезни по терапевтическому отделению Отделенческой больницы на ст.Муром с острой (бактериальной) пневмонией, бронхиальной астмой (приступный период) и обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), что составляет 33% от всех больных госпитализированных в отделение за исследуемый период (2 года).

Из указанных выше заболеваний ведущее место занимают острая пневмония — 399 человек (49,5%) и ХОБЛ — 266 человек (33%).

Мужчины болеют острой пневмонией в 3 раза чаще, чем женщины и в более молодом возрасте: средний возраст 49 и 56 лет соответственно. Бронхиальная астма в 2 раза чаще встречается у лиц женского пола и в более молодом возрасте, чем у мужчин (47 и 53 года).

ХОБЛ одинаково часто встречается у женщин и мужчин (с небольшим преобладанием последних) и в равнозначном среднем возрасте — 55 лет.

Время поступления больных в стационар от начала заболевания составило в среднем: острая пневмония — на третьи сутки, приступ бронхиальной астмы — в течение первых суток, обострение ХОБЛ — на седьмые сутки.

Рентгеновское исследование легких проводилось в первые сутки поступления в стационар методом стандартной рентгенографии в прямой задней проекции. При необходимости исследование дополнялось боковыми проекциями, томограммами и рентгеноскопией.

Наиболее часто воспалительным процессом поражается правое легкое — 68,6%, а в нем — преимущественно нижняя доля — 45,6%, что объясняется анатомическими особенностями строения бронхиального дерева справа. Слева — наиболее часто поражается также нижняя доля — 8,8%, затем язычковые сегменты — 4,2%.

При приступе бронхиальной астмы на рентгенограммах отмечалось повышенная пневматизация легочных полей, низкое стояние куполов диафрагмы и их ограниченная экскурсия (при рентгеноскопии), уплотнение и тяжесть корней легких. При обострении ХОБЛ рентгеновская картина полиморфна — от диффузного пневмосклероза и локальных изменений в виде плевральных шварт, спаек, уплотнения и тяжести корней легких до нормальной рентгенологической картины.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА НА ВЫСОТЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Русин В.И., Переста Ю.Ю., Болдижар А.А., Русин А.В.,
Болдижар П.А., Румянцев К.Е.**

г. Ужгород, Украина, Ужгородский национальный университет, медицинский факультет, кафедра госпитальной хирургии

Эндоскопическая склеротерапия (ЭС) варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка при портальной гипертензии (ПГ) продолжает завоевывать "права гражданства" при лечении этой тяжелой категории больных. В то же время отдельные вопросы ЭС как то: способ и техника введения, вид склерозанта, осложнения и их профилактика остаются дискуссионными.

В хирургической клинике Областной клинической больницы г. Ужгорода нами выполнена экстренная ЭС 101 больному на высоте кровотечения из ВРВ пищевода и желудка при портальной гипертензии. ЭС ВРВ пищевода выполняли при помощи гибкого эндоскопа GIF K-20, GIF-D инъектором NM-IK (Fujiyon S 2218CD). На высоте кровотечения мы вводили 5-20 мл (максимально 25-30 мл) 0.5% раствора полидоканаола или 5-15 мл (максимально 20 мл) раствора тромбовара интравасально при ВРВ пищевода III ст и наличии варикозных узлов, паравасально или комбинированно, используя оба способа введения — при ВРВ пищевода II-III ст и отсутствии места активного кровотечения. Введение осуществляли от угла желудка на 7-10 см выше пищеводно-желудочного перехода по 1 мл на инъекцию или 2-3 мл на инъекцию в варикозный узел.

При этом ЭС у 89.75% пациентов способствовала остановке кровотечения при декомпенсированном циррозе печени. Смертность составила 6.4%, количество "малых" осложнений ЭС колебалось в пределах 11.5% — 24.4%.

У больных с вторичной допеченочной формой ПГ ЭС привела к остановке кровотечения у 82.6% пациентов, смертность в этой группе составила 13%. Количество "малых" осложнений колебалось от 17.9% до 34.8%.

Среди "малых" осложнений чаще всего встречались: гипертермия (23-34.8%), эрозии слизистой пищевода и дна желудка (17.9-30.43%), язвы пищевода (24.4-26.1%), рецидив кровотечения (11.5-17.4%) соответственно при циррозе печени и при вторичной допеченочной форме ПГ. "Больших" и системных осложнений при ЭС ВРВ пищевода и желудка на фоне ПГ мы не наблюдали. Достаточно высокий процент (82.6-89.2%) остановки кровотечений даёт право рекомендовать эту методику для широкого применения в практической неотложной медицине.

ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ СТАБИЛЬНОСТИ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Слесаренко С.С., Слесаренко А.С., Скудина Н.А.

Г. Саратов, Клиника факультетской хирургии СГМУ

Эндоскопическое исследование в диагностике желудочно-кишечных кровотечений определяет, как правило, лишь источник и интенсивность геморрагии. В то же время, послеоперационное морфологическое исследование препаратов позволяют нам оценивать особенности гемостаза у каждого конкретного пациента. Поэтому нами была предпринята попытка совместить два диагностических метода для определения стабильности гемостаза и выбора соответствующей лечебной тактики.

В клинику факультетской хирургии СГМУ в 2001 году поступило 174 пациента с симптомами язвенного гастродуоденального кровотечения. Всем пациентам производилась гастроскопия. У 37 из них кровотечение продолжалось, что явилось показанием к экстренной операции. У остальных 137 больных с состоявшимся кровотечением при гастроскопии производилась биопсия края язвы с целью определения локального внутрисосудистого свертывания для решения вопроса о надежности гемостаза. У большинства больных обнаружены различные виды тромбов (фибриновые, глобулярные, тромбоцитарные, гиалиновые) в сосудах микроциркуляторного русла. Всем больным также исследовалось состояние системы гемостаза.

Наличие глобулярных и гиалиновых тромбов, возникших при шоковых состояниях и способных запустить механизм развития синдрома ДВС, расценивалось нами как проявление локального нарушения внутри сосудистого свертывания крови с высоким риском развития рецидива кровотечения из язвы. У этих же больных имелись и лабораторные нарушения свертывания крови, проявляющиеся коагулопатией потребления. Данные факты заставили нас оперировать 86 больных в срочном порядке после предоперационной подготовки. 12 пациентов от операции отказались. У 10 из них возник рецидив кровотечения в сроки от 4 до 17 дней, причем у 2-х — с летальным исходом.

У 27 пациентов с эндоскопическими признаками стабильного гемостаза при морфологическом исследовании биоптатов выявлялись плотные тромбы в сосудах язв без некрозов и микротромбов в сосудах тканей язвенного инфильтрата. Это расценивалось как проявление стабильного гемостаза. Решение вопроса о дальнейшей тактике лечения этих больных принималось в плановом порядке.

Таким образом, морфологические признаки нестабильности гемостаза в совокупности с эндоскопической характеристикой язвы и показателями состояния системы гемостаза могут служить критериями выбора хирургической тактики.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Слесаренко С.С., Слесаренко А.С., Скудина Н.А.

Г. Саратов, Клиника факультетской хирургии СГМУ

В экстренной ситуации, какой является развитие язвенного гастродуоденального кровотечения, чрезвычайно важно иметь четкие диагностические критерии, позволяющие выбрать оптимальное лечение. Данный выбор мы основываем на прогнозировании риска развития рецидива кровотечения, а диагностическими критериями считаем совокупность клинических и эндоскопических данных, а также показателей системы гемостаза.

Проведенные исследования состояния системы гемостаза у больных с острым язвенным кровотечением при поступлении и в динамике определили коагулопатические критерии прогноза рецидива кровотечения, к которым мы относим структурную гиперкоагуляцию с коагулопатией потребления. Эффективность лабораторного прогнозирования рецидива кровотечения была подтверждена корреляционной связью показателей системы свертывания крови с эндоскопическими характеристиками источника кровотечения, которые, в свою очередь, также являются критериями прогноза. Так, при продолжающемся кровотечении подтеканием из дна или краев язвы (Forrest 1B) из 22 обследованных пациентов лабораторные проявления коагулопатии потребления отмечены у 18 (82%). При остановившемся кровотечении с тромбированными сосудами в язве (Forrest 2A) — из 37 — у 31 (87%), а при стукте, прикрывающем язву (Forrest 2B) — у 34 из 40 (85%). В то же время, из 54 больных с эндоскопическими признаками устойчивого гемостаза, коагулопатия потребления обнаружена у 24 (54%), причем, даже на 2-3 сутки эти признаки сохранялись у 24 (44%) пациентов. Возможность более выраженных внутриорганных нарушений свертывающей системы крови и связанная с этим высокая вероятность возобновления кровотечения заставили нас применять у этих пациентов активные хирургические действия в экстренном и срочном порядках.

Таким образом, характеристика состояния свертывающей системы крови является информативным показателем в определении прогноза рецидива язвенного кровотечения, что диктует необходимость получения как можно более полной картины показателей коагулограммы при поступлении больного. Дальнейшее динамическое исследование коагулограммы дает возможность обоснованно принимать то или иное решение относительно тактики лечебных действий, то есть при необходимости конкретизировать показания к оперативному лечению и при этом, в ряде случаев, иметь возможность обоснованно выиграть время для проведения реанимационно-восстановительных мероприятий и максимально возможного обследования больного.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РАННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИАПФ В ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

**Соплевенко А.В., Корнаева И.Г., Астахова З.Т., Мосин Л.М., Га-
тагонова Т.М., Кошлякова Т.Н., Дигуров Б.С.**

*г.Владикавказ, РСО-Алания, Северо-Осетинская государственная медицинская
академия, Республиканская клиническая больница*

В области лечения острого инфаркта миокарда отмечается значительный прогресс, однако все еще остается высокой летальность, особенно в первые дни заболевания, что диктует поиск новых, эффективных средств лечения данной патологии. В литературе работ, посвященных лечению инфаркта миокарда ингибиторами АПФ, недостаточно. Целью нашей работы явилось изучение влияния на течение инфаркта миокарда раннего включения в базисную терапию ингибитора АПФ - мозкса (мозксиприл).

В исследование было включено 24 пациента в возрасте от 40 до 65 лет. Диагноз инфаркта миокарда был поставлен на основании критериев ВОЗ (1970). Основную группу составили 14 больных, которым в дополнение в стандартной терапии инфаркта миокарда в 1 сутки от начала заболевания был назначен мозкс, контрольную — 10 пациентов, принимавших стандартную терапию (антикоагулянты, бета-адреноблокаторы, нитраты). Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, распространенности и тяжести инфаркта миокарда, клиническим и гемодинамическим параметрам. Начальная доза мозкса составила 3,75 мг/сут., в последующем ее увеличивали под контролем АД. Средняя доза мозкса за курс лечения составила 15 мг/сут. За время пребывания больных в стационаре анализировали клинические данные, электрокардиографические и эхокардиографические данные (до, через 14 дней лечения и перед выпиской). Двум из 14 больных, принимавших мозкс, препарат был отменен из-за резкого снижения АД. Сравнительная оценка эффективности препаратов свидетельствует о том, что через две недели в группе лечения мозксом значительно уменьшилось количество приступов стенокардии (уменьшилась потребность в нитроглицерине вдвое), исчезло чувство "нехватка воздуха". Электрокардиографические данные свидетельствовали о более быстрой положительной динамике. В основной группе отмечены достоверный прирост фракции выброса (на 21,3%: по сравнению с исходной ее величиной; $p < 0,05$), уменьшение конечного систолического размера ($3,42 \pm 0,17$ по сравнению с исходной ее величиной — $4,02 \pm 0,17$; $p < 0,01$).

Таким образом, раннее включение в стандартный лечебный комплекс при остром инфаркте миокарда ингибитора АПФ "мозкса" хорошо переносится больными и способствует их более эффективной реабилитации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Сулейменова Б.А. (Астана), Ковалев Н.Н. (Кисловодск), Тоцкий А.Д., Панасенко С.А., Дмитриенко И.А. (Пятигорск), Малышева В.В. (Тверь), Ковалев А.З. (Южно-Сахалинск), Буклев Т.Б. (Ивантеевка), Корк А.Ю. (Челябинск), Дьякова Т.Г. (Курск), Турлубеков К.К. (Кокшетау), Талибов О.Б., Полосьянец О.Б., Мальсагова М.А., Верткин М.А., Верткин А.Л.

Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи (ННПОСМП), Московский государственный медико-стоматологический университет.

Целью работы явилось изучение результатов применения сублингвальной и внутривенной форм нитроглицерина на догоспитальном этапе у пациентов с ОКС.

В исследование было включено 252 больных (129 мужчин и 123 женщины). Критериями включения в исследование являлись: 1) Боль или ишемический дискомфорт в грудной клетке на протяжении более чем 30 минут и менее чем 24 часов и 2) Возраст пациентов > 18 лет. Пациенты делились на две группы — в I группе нитроглицерин вводился в виде дозируемого аэрозоля (нитроминт) в однократной разовой дозе 0,4-0,8 мг (1-2 ингаляции). Пациентам II группы начиналась инфузия нитроглицерина 10 мл 0,1% раствора, разведенного в 100 мл физиологического раствора. Методика исследования заключалась в оценке клинического состояния, оценке наличия болевого синдрома, измерении АД, ЧСС и регистрации ЭКГ через 3, 15 и 30 мин после парентерального или сублингвального введения нитратов. Оценивался 30-дневный прогноз у пациентов: летальность, частота развития Q-инфаркта миокарда у пациентов, имеющих исходно ОКС без подъема сегмента ST.

Полученные результаты: Различий в 30-суточной летальности выявлено не было, как не было и значимых различий в частоте эволюции ОКС без подъема ST в Q-ИМ. В результате лечения у 54 пациентов I группы использование 1 дозы нитроминта способствовало быстрому купированию болевого синдрома (менее 3 минут), 78 пациентам потребовалось дополнительное введение 2-й дозы препарата с хорошим эффектом у 21, через 15 мин боль сохранялась у 57 пациентов, что, согласно протоколу, потребовало введения наркотиков. Через 30 мин болевой синдром сохранялся только у 11 пациентов. Во II группе к 3-й минуте боль исчезла только у 2 пациентов, к 15 минуте — боль сохранялась у 71 пациента, из которых 64 получили наркотическую анальгезию. К 30-й мину-

те болевой синдром оставался у 10 пациентов. Частота рецидивирования болевого синдрома была одинаково небольшой в обеих группах.

Инфузионное введение нитроглицерина сопровождалось значимо большей частотой развития побочных явлений, связанных со снижением АД (6 эпизодов клинически значимой гипотензии).

Таким образом, эффективность применения нитроглицерина в форме спрея на догоспитальном этапе лечения ОКС не уступает эффективности пролонгированной внутривенной инфузии нитроглицерина. Применение нитроглицерина в форме спрея сопряжено с меньшим количеством побочных эффектов, нежели инфузионное введение нитроглицерина.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА ГРУДИНЫ

Татьянченко В.К., Загреба И.В., Лукаш А.И.

г. Ростов-на-Дону, Россия, медицинский университет, кафедра хирургических болезней №4 ФПК

Оперативное лечение ряда заболеваний органов грудной клетки осуществляется через срединную стернотомию. Однако, 2,5-4% операций осложняются передним медиастенитом и остеомиелитом грудины и ребер. Течение последнего нередко приобретает упорный характер, а многочисленные повторные операции с целью иссечения свищей и нежизнеспособных тканей, приводят к возникновению дефицита мягких тканей и костного каркаса. с образованием обширного дефекта передней грудной стенки. На основании полученных результатов анатомических исследований нами разработан и внедрен в клинику оригинальный способ пластики дефектов грудной стенки кожно-фасциально-мышечно-костным трансплантатом на основе широчайшей мышцы спины и мобильной сосудисто-нервной ножке (Федеральный патент России).

Предоперационная подготовка 14 больных с хроническим послеоперационным остеомиелитом грудины и ребер носила комплексный характер и определялась исходным заболеванием. Наряду с санацией гнойных очагов проводили адекватную дезинтоксикационную терапию. После установления объема поражения грудной стенки у 8 больных выполняли резекцию одной трети тела грудины с прилежащими на этом уровне передними отделами ребер. У 3 больных выполняли субтотальную резекцию грудины с сохранением рукоятки. У 2 больных произведена продольная резекция краев распила грудины. Одному больному произведена тотальная резекция грудины с сохранением передних отделов ребер. Средняя продолжительность межэтапного периода составляла 21 день. В

этот период рану вели "открытым" методом, с применением мазей. Критерием завершения первого этапа лечения было снижение микробной обсемененности раны до 10⁵ микробных тел в 1 г. ткани и цитологической картины фазы регенерации раневого процесса. Для ликвидации дефектов грудной стенки, возникших в результате резекции грудины и ребер, пластику сложным трансплантатом на мобильной сосудисто-нервной ножке выполняли у 14 больных. При этом клиническое излечение отмечено у 13 больных (92,9%). У одного больного через 6 месяцев после операции развился рецидив остеомиелита переднего отрезка IV ребра с прилежащим фрагментом грудины, что потребовало их резекции. Полученные результаты дают основание рекомендовать внедрение разработанной нами операции в комплекс хирургических методов реабилитации больных с гнойными осложнениями после операции на грудной стенке.

АСПЕКТЫ СОТРУДНИЧЕСТВА

Турлубеков К.К.

г. Кокшетау, Республика Казахстан, Городская станция скорой медицинской помощи

Наше сотрудничество с национальным научно - практическим обществом скорой медицинской помощи (ННПОСПП) началось с конца 2000года. Многим врачам города, студентам медицинского колледжа был продемонстрирован видеоролик, посвящённый небулайзерной терапии при приступах удушья. Данный метод лечения сегодня успешно применяется во многих лечебных учреждениях города. В станции скорой медицинской помощи имеются 4 небулайзера.

По рекомендации Московского государственного медико - стоматологического Университета (МГМСУ) с 2001г. стали применять сублингвальный метод купирования неосложнённых гипертонических кризов кордафлексом в дозе 10-20мг. (фирма ЭГИС АО). При этом исходно и через каждые 15 минут в течении 1 часа контролировалась динамика состояния, АД, ЧСС, снималась ЭКГ, фиксировались возможные побочные явления. Результаты заносились в специально разработанную карту. Кордафлекс нами применён у 225 пациентов, обратившихся на станцию скорой медицинской помощи в связи с внезапным повышением АД. Среди обратившихся было 182 женщины (80,9%) и 43 мужчины (19,8%). Снижение уровня систолического и диастолического давления на 10% от исходного в течении 1 часа произошло у 60% больных и на 20% у остальных пациентов. Применение нифедипина (кордафлекса) мы рекомендовали всем лечебным учреждениям для купирования неосложнённых гипертонических кризов. Также для этих целей мы успешно используем ингибиторы ангиотензинпревращающих ферментов (энам, энап). В связи с внедрением новой мето-

дики купирования гипертонических кризов, произвели анализ расхода медикаментов, традиционно используемых для купирования гипертонических кризов за 6 месяцев 2001 и 2002г.г. За первое полугодие 2002г. всего сделано 9195 инъекций (магния сульфат, дибазол, клофелин, папаверин), что меньше на 18065, чем за аналогичный период 2001г. Сотрудничая с МГМСУ, проводим дистанционное обучение сотрудников по циклу "Фармакотерапия неосложнённых состояний на догоспитальном этапе". В настоящий момент обучение проходят 20 медицинских работников, что составляет 25% от всего количества врачей и фельдшеров нашей станции. 5 врачей являются членами ННПОСМП.

Таким образом, сотрудничество Кокшетауской городской станции скорой медицинской помощи с ННПОСМП мы существенно улучшили качество оказываемой медицинской помощи, повышаем уровень теоретической подготовки сотрудников, получили экономию финансовых средств.

О ЗНАЧЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ СГУСТКА КРОВИ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

**Фигурнов В.А., Целуйко С.С., Сахарук О.В., Фигурнова Е.В.,
Фигурнов А.В., Романишвили О.А.**

г. Благовещенск, Россия, Амурская Государственная Медицинская Академия областная клиническая инфекционная больница

Проведённые нами многолетние исследования сгустка крови у доноров и при некоторых инфекционных и неинфекционных заболеваниях, показали его неоднородность и изменения при развитии инфекционного процесса. Проведены морфологические и гистологические исследования составных частей сгустка крови, нативных препаратов из жидкой части "шапки" сгустка, начаты исследования по возможности выделения HBSAg из "шапки" сгустка.

Как показали эти исследования при развитии патологического процесса изменяется гистоморфология фибрина сгустка крови, "шапки" и "клины" сгустка. Обращает на себя внимание, что у доноров, при обнаружении у них HBSAg и антител к вирусу гепатита "С" обнаруживаются разной степени изменения "шапки" "клины" и фибрина сгустка крови. Особенно быстро и наглядно это выявляется при исследовании нативных препаратов выполненных из "шапки" сгустка. При этом обнаруживается резкое увеличение в "шапке" малых и больших эхиноцитов, которые могут сливаясь между собой создавать массивные конгломераты клеток, появляются фрагменты ткани "шапки", содержащие короткие нити и клетки эхиноциты.

Кроме этого проведённые исследования показали, что при отсутствии HBSAg в сыворотке крови, не может выделяться из "шапки" сгустка как у доноров так и при вирусных гепатитах и некоторых других инфекционных заболеваниях. Кроме этого нами проведено исследование мазков крови, приготовленных их жидкой части сгустка.

Эти исследования также показали, что имеются различия между кровью доноров и больных. Особенно это касается количества появляющихся шиповидных клеток — эхиноцитов, которые на высоте инфекционного процесса могут занимать всё поле зрения препарата.

Исследования сгустка позволяют полагать, что проводимые диагностические изучения крови будут проводится не только с сывороткой крови, но и со сгустком.

ОБРАЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСА МЕЖДУ ГЛИКОГЕНФОСФОРИЛАЗОЙ И КРЕАТИНКИНАЗОЙ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ КРОЛИКА

Хакимова А.Х., Сколышева Л.К., Вульфсон П.Л.

г. Москва, Московский Государственный Медико-стоматологический Университет

В процессах жизнедеятельности клетки значительная роль принадлежит ферментативным реакциям, протекающим под действием фермент-ферментных комплексов. Изучению подобных комплексов в настоящее время уделяется особое внимание. Функционирование ферментов в клетке связано с их локализацией на клеточных структурах. Трансформация энергии в мышечной ткани обеспечивается обратимой ассоциацией ферментов на миофибриллярных белках. К такой группе ферментов следует отнести креатинкиназу, выполняющую структурную и ферментативную функции. Скорость креатинкиназной реакции зависит как от отношения АТР/АДР, так и от отношения креатинфосфат/неорганический фосфат. Быстрое использование Фн может повысить эффективность действия креатинкиназы. Утилизация Фн происходит в ключевой реакции гликогенолиза, катализируемой гликогенфосфорилазой. Локализация креатинкиназы и гликогенфосфорилазы на одних и тех же мышечных белках, в частности на М- и I- линиях миофибрилл, создает благоприятные условия для их ассоциации. Ассоциация фосфорилазы и креатинкиназы показана методом аффинной хроматографии. В качестве матрикса использована креатинкиназа, иммобилизованная на CNBr - селфарозе 4В. Показано, что между фосфорилазой и иммобилизованной креатинкиназой происходит образование комплекса. Рассчитаны константы диссоциации комплексов фосфорилазы со свободной и иммобилизованной креатинкиназой,

соответственно равные $1,91 \cdot 10^{-7} \text{M}$ и $4,9 \cdot 10^{-7} \text{M}$. Показано, что в присутствии аллостерического активатора фосфорилазы, АМР/0,02 - 0,15мМ/, взаимодействие указанных белков ослабляется, константа диссоциации комплекса с иммобилизованной креатинкиназой возрастает от $1,59 \cdot 10^{-6}$ до $9,66 \cdot 10^{-6} \text{M}$. На комплексе фосфорилазы с иммобилизованной креатинкиназой связывается одна молекула АМР. Методом кинетического анализа выявлено действие креатинкиназы на кооперативный эффект гликогенфосфорилазы по отношению к АМР. Полученные результаты позволяют считать, что специфический участок связывания креатинкиназы расположен на аллостерическом домене гликогенфосфорилазы.

СТРУКТУРА И ОБЪЕМ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Шогенов А.Г., Гуревич Б.Н., Эльгаров А.А., Сабанчиева Х.А.

КБР, Нальчик, Кабардино-Балкарский госуниверситет

В соответствии с научно-практическим проектом "Эпидемиология и профилактика основных сердечно-сосудистых заболеваний среди сотрудников органов внутренних дел" нами проанализированы материалы стационара и поликлиники для изучения частоты, структуры обращений за неотложной кардиологической помощью и разработки профилактических мер.

Среди обращений сотрудников органов внутренних дел (ОВД) артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь (ИБС) за последние три года устойчиво занимают 3-4 место. В 2001 г при сравнении с предыдущими 1999-2000 гг зафиксировано увеличение вызовов из-за АГ и гипертонических кризов (ГК) соответственно на 19,6 и 12,5%. При этом, в анамнезе сотрудников, нуждавшихся в неотложной помощи за три года, АГ или нейро-циркуляторная дистония (НЦД) по гипертоническому типу отмечались лишь в 40-56,5% случаев. Это обстоятельство указывает на связь дестабилизации гемодинамических показателей под влиянием психоэмоционального перенапряжения. В то же время за указанный период выросло число обращений по поводу ИБС, НЦД по кардиальному типу на 8,7-10,4%. Среди этих пациентов коронарный анамнез отсутствовал более чем у трети (36,0%). Чаще в неотложной помощи нуждались лица 24-35 лет, работа которых сопряжена с систематическим напряжением психической сферы (выполнение оперативных заданий, участие в антитеррористических мероприятиях). Более старшие сотрудники (40-49 лет), как показал анализ медицинской документации, в 1,5-2 раза реже обращались за неотложной помощью, хотя коронарный и гипертонический анамнез имели более 93,0%.

Неотложная помощь при АГ и ГК, как правило, была традиционной — папаверин и дибазол, серноокислая магнезия, клофелин. Со второй половины 2001 г в практику догоспитальной терапии сотрудников ОВД с не осложненными ГК (26 чел.) внедрены кордафлекс (10 мг, изредка 20 мг перорально), тензиомин (25 мг под язык) и эгилок (50 мг под язык), которые применялись в соответствии с протоколом клинических исследований под эгидой ННПОСП. Обычная терапия ГК оказалась эффективной лишь в 50% случаев; госпитализированы 12,5% и побочные эффекты отмечены у 46,0% больных. В то же время, ГК купированы в 90,0% случаев использования кордафлекса, тензиомина и эгилока. В этой группе госпитализированных в стационар не оказалось и побочные эффекты зафиксированы в 15,0% (4 чел.).

Догоспитальная терапия при ИБС и НЦД по кардиальному типу включала инъекции анальгетиков с димедролом, баралгина, папаверина и дибазола, прием атенолола и транквилизаторов, что позволило снять болевой синдром у 64,5% пациентов; госпитализированы 26,9%, в т.ч. и 7,1% с острым коронарным синдромом. В этой группе у большинства (76,5%) сотрудников ОВД в анамнезе была АГ с ГК у половины из них.

Итак, в структуре обращений за неотложной помощью сотрудников ОВД значительное место занимают АГ и ГК, что требует своевременной диагностики и оптимизации вторичной профилактики гипертонических состояний с учетом особенностей их профессиональной деятельности.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ

Эльгаров А.А., Мидова М.М., Сабанчиева Х.А., Жилова И.И.

КБР, Нальчик, Кабардино-Балкарский госуниверситет

Отсутствие систематической антигипертензивной терапии больных артериальной гипертонией (АГ), в том числе и адекватной коррекции имеющихся факторов риска, низкая информированность о последствиях гипертонии приводят к дестабилизации данной патологии и учащению ряда сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего гипертонических кризов (ГК). За последние 5 лет в Нальчике наблюдается рост обращений за неотложной помощью как по поводу АГ, так и ГК (на 11%). Аналогичная ситуация имеет место в большинстве городов страны.

В соответствии с протоколом межцентрового исследования ННПОСП нами изучена эффективность сублингвального применения тензиомина (каптоприла) и эгилока (метопролола) у 64 пациентов с неосложненным ГК. Тензиомин (Т) по 25 мг использован в 34 случаях, эгилок (Э) - по 50 мг в 30. Критериями оценки успешности применения Т и Э служили динамика общего состояния больных, уровней АД и ЭКГ, сравнительная оценка результатов лечения кон-

трольной группы — 46 больных ГК, для неотложной помощи которым применялись инъекции дибазола и папаверина, сернокислой магнезии, а также фуросемид и клофелин. По возрасту, полу и выраженности клинической картины наблюдавшиеся больные достоверно не различались. В единичных случаях дозы Т и Э увеличены до двух таблеток (соответственно до 50 и 100 мг).

При сравнении с исходными уровнями артериального давления (АД) 191,9 ± 21,8/106,7 ± 13,4 мм рт.ст. к 30-й минуте после приема Т отмечалось снижение показателей до 161,5 ± 20,1/90,6 ± 9,3 и через 60 минут составило 142,0 ± 13,8/84,7 ± 6,9 мм рт.ст. В этой группе эффективность неотложной терапии оказалась равной 91,0% (31 чел.). При сопоставимой динамике уровней АД после применения Э через 30 и 60 минут лечение оказалось результативным в 90,0% случаев (27 чел.). На это указывали улучшение самочувствия всех пациентов и положительная динамика ЭКГ-показателей.

В группе сравнения терапевтический эффект неотложной помощи зарегистрирован лишь у 54,3% больных, а побочные эффекты отмечались в 1,5-2 раза чаще, чем в группе наблюдения. Из числа пациентов, принимавших Т и Э, госпитализированных не оказалось. В то же время 25,0% больных ГК после традиционной программы лечения в связи с отсутствием гипотензивного эффекта и развитием осложнений доставлены в кардиологические отделения.

Резюмируя полученные результаты можно заключить, что сублингвальное (как правило 1 таб.) применение Т и Э при неосложненных ГК эффективно и эти препараты рекомендуются на догоспитальном этапе как эффективные средства.

КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

**Янбаева С.М., Закирова А.Н., Карамова И.М., Червякова К.В.,
Галимова Л.Р.**

г.Уфа, Республиканский кардиологический диспансер

Целью настоящей работы являлось изучение эффективности трехмесячного лечения вазилипом, начатого с 5-7 дней от развития симптомов нестабильной стенокардии.

Обследовано и проведено лечение 19 больных нестабильной стенокардией мужчин. Средний возраст 51±0,7 лет с уровнем холестерина более 5,0 ммоль/л, ХСЛПНП более 3,2 ммоль/л. Всем больным, начиная с первого дня поступления, давались рекомендации по диете. На 5-7 сутки к диетотерапии был добавлен вазилип в дозе 20мг в сутки. Определялся уровень фибриногена плазмы крови

методом Рутберга. Липидный спектр крови был представлен общим ХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, триглицеридами. Всем пациентам были проведены ЭКГ в динамике, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ.

В исследование отбирались больные с типичной клиникой нестабильной стенокардии, с перенесенным ранее инфарктом миокарда — 14 человек; ИБС, доказанной ранее путем проведения ВЭМ — 1 человек; или с депрессией сегмента ST по горизонтальному типу при суточном мониторировании ЭКГ—3 человека; коронароангиографическим исследованием — 1 человек. После 12-недельного курса лечения проводилась повторная оценка состояния больных, частоты приступов стенокардии и суточное мониторирование ЭКГ.

Концентрация фибриногена плазмы крови до приема вазилипа была несколько выше, чем у здоровых мужчин ($3,3 \pm 0,1$ г/л и $3,1 \pm 0,14$ г/л). Через 3 месяца лечения фибриноген снизился до $3,1 \pm 0,1$ г/л, т.е. до уровня здоровых мужчин. Под влиянием вазилипа на фоне базисной терапии нитратами и бета-блокаторами улучшилось состояние больных: уменьшилось число приступов стенокардии и доза принимаемого нитроглицерина. Лечение способствовало достоверному снижению уровня ХС, ХСЛПНП, ТГ уже через 1 месяц после приема препарата. ХСЛПНП снизился на 22%, уровень общего ХС на 14% от исходного уровня. ХСЛПВП повысился на 12%, в то время как уровень ТГ понизился только на 6%. Целевой уровень ХСЛПНП 3,0 был достигнут у 40% больных, а уровень менее 2,6 ммоль/л у 4% больных. Динамика ферментативных показателей ни у одного пациента не превысила допустимых значений. В ходе лечения "нежелательные" явления возникли у 1 пациента в виде диспептических расстройств. Однако он завершил лечение без дополнительной терапии.

Таким образом результаты трехмесячного наблюдения показали, что:

1. симвостатин (вазиллип) в суточной дозе 20 мг за 12 недель проявил выраженный гипохолестеринемический эффект при хорошей переносимости;
2. терапия статинами, направленная на снижение липидов крови и "стабилизацию" осложненной атеросклеротической бляшки, у больных нестабильной стенокардией соотносится с улучшением последующего течения заболевания.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Михальский В.Ф., Жеребина М.Ю.

ГКБ им. С.П.Боткина, г. Москва.

В последнее время отмечается увеличение количества гинекологических больных пожилого и старческого возраста оперированных по экстренным по-

казаниям. Как правило, у таких больных помимо основного гинекологического заболевания, по поводу которого предстоит оперативное лечение, имеется более двух сопутствующих заболеваний. Кроме того, снижение уровня эстрогенов у данной категории больных значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза, болезни Альцгеймера, а наличие атрофических изменений во влагалище приводит к снижению циклической трансформации влагалищного эпителия, что в свою очередь, является фоном для развития восходящей бактериальной инфекции в урогенитальном тракте.

ГКБ им. С.П.Боткина оказывает неотложную помощь круглосуточно. Больные поступают в стационар через приемное отделение, а в тяжелом состоянии в отделение неотложной хирургии или реанимации. При поступлении больной в приемное отделение первичный осмотр производит дежурный врач. После осмотра врач принимает решение: а) транспортировать больную в операционную, сообщая анестезиологам объем и характер предстоящего экстренного оперативного вмешательства или б) больная остается в приемном отделении для обследования. Тактику ведения дежурный врач согласовывает с ответственным гинекологом. Ответственность за транспортировку больной полностью возложена на дежурного врача. В приемном отделении больной выполняются необходимые исследования: анализы крови и мочи, группа крови и Rh, ЭКГ, рентгенография легких, при необходимости назначаются эндоскопические методы исследования, проводятся консультации хирурга, терапевта, уролога, невропатолога. Кроме того, в сложных случаях необходимо в приемном отделении организовывать консилиум на уровне ответственных врачей.

Для больных пожилого и старческого возраста особенно важным является организация лечебно-диагностических мероприятий при экстренных абдоминальных гинекологических операциях, включающих оценку степени тяжести больной перед операцией, дифференциальный подход к объему оперативного вмешательства, проведение реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Жеребина М.Ю., Михальский В.Ф.

ГКБ им. С.П.Боткина, г.Москва.

Несмотря на широкое использование современных аппаратных и медикаментозных средств, применяемых в анестезиологии и реаниматологии, совершен-

ствование оперативной техники, вероятность возникновения в раннем послеоперационном периоде гнойно-воспалительных осложнений у гинекологических больных пожилого и старческого возраста остается достаточно высокой.

Клиническая практика показывает, что применение современных антибактериальных препаратов не всегда приводит к купированию возникшего гнойно-воспалительного процесса в раннем послеоперационном периоде. Применение немедикаментозных средств, повышающих адаптационные возможности женского организма, обусловлено послеоперационной иммуносупрессией, связанной с действием токсических анестетиков и миорелаксантов на иммунокомпетентные клетки, повышением уровня эндогенных глюкокортикоидов.

Нами проведено изучение ранних и отдаленных результатов лечения у 35 больных оперированных по экстренным показаниям. Средний возраст больных составил $51,8 \pm 2,72$ лет. Экстренные операции выполнены 20 больным по поводу миомы матки, 10 больных оперированы по поводу перекрута ножки кисты яичника и 5 больных по поводу кисты яичника и острого аппендицита. Контрольную группу составило 30 больных оперированных по экстренным показаниям, которым ведение послеоперационного периода проводилось по традиционной методике.

В раннем послеоперационном периоде всем больным первой группы с 1 суток проводилось в/в введение озонированного физиологического раствора, в количестве 400,0 (концентрация 2 мг/л), в течении 4-5 дней. С 5-6 суток при получении результатов гистологического исследования больным проводилось воздействие низкоэнергетического лазерного излучения на область послеоперационного шва (аппарат "Рикта"). При динамическом контроле показателей периферической крови отмечено восстановление к 7-8 суткам до исходных значений, во второй группе к 10-11 суткам. При оценке иммунного статуса в первой группе не отмечалось характерного для первых суток выраженного снижения количества лимфоцитов.

Кроме того, отмечено более быстрое восстановление моторной функции желудочно-кишечного тракта, несмотря на отсутствие подготовки кишечника перед операцией, значительно менее выражен болевой симптом. Анализ осложнений показал, что в первой группе при применении озонолазерной терапии у одной больной, оперированной по поводу кисты яичника и острого аппендицита отмечен инфильтрат послеоперационного шва, других осложнений не было. В контрольной группе у 5 больных отмечены послеоперационные осложнения (инфильтрат послеоперационного шва, перитонит).

Таким образом, проведенное нами исследование убедительно показывает эффективность применения озоно-лазерной терапии в раннем послеоперационном периоде у гинекологических больных, оперированных по экстренным показаниям..

РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОТРОФИИ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРЬЯ

Дмитриев П.А., Гуменюк Е.Г.

г. Петрозаводск, ПетрГУ, кафедра акушерства и гинекологии, ЦРБ г. Кандалакша

Целью исследования явилось изучение факторов риска рождения ребенка с низкой массой тела в экологически и климатически неблагоприятных условиях Заполярья. Частота рождения детей с внутриутробной задержкой развития по нашим данным составила 13,2%.

Анализ возраста беременных не выявил особенностей. У половины обследованных в прошлом было прерывание беременности в различные сроки, в том числе у 10 (14,7%) — самопроизвольное. Среди соматической патологии чаще встречались простудные, детские инфекции, пневмония, хронический пиелонефрит, заболевания щитовидной железы, вирусный гепатит, хронический гастрит, аппендицит. 5 (7,4%) женщин перенесли сифилис. В структуре гинекологических заболеваний отмечались воспалительные заболевания половых органов (15 - 22,1%), эрозия шейки матки — (13 - 19,1%), миома матки — (1 - 1,5%), оперативное лечение по поводу болезни поликистозных яичников (1 - 1,5%), диатермокоагуляция шейки матки (5 - 7,4%). Хроническая никотиновая интоксикация была у 29,4% беременных.

Во время беременности у 12 (44,4%) женщин отмечена угроза прерывания, у 8 (27,6%) — анемия, у 6 (20,7%) — отеки беременных, у 2 (6,9%) — преэклампсия, у 3 (10,3%) — задержка внутриутробного развития плода, у 1 (3,4%) — стационарный пиелонефрит, у 1 (3,4%) — вирусный гепатит А, у 1 (3,4%) — ранний токсокоз, у 11 (37,9%) — кольпит.

В 12 (41,4%) случаях имело место преждевременное излитие околоплодных вод, при этом длительный безводный период зарегистрирован у 7 (30,4%), многоводие — у 1 (3,4%), наличие мекониальных вод — у 1 (3,4%). В 23 случаях (79,3%) роды произошли через естественные родовые пути. В 6 случаях (20,7%) выполнена операция кесарева сечения (предлежание плаценты, наличие рубца на матке, преждевременная отслойка плаценты, преждевременное излитие околоплодных вод на фоне незрелости родовых путей и тазовое предлежание плода, тонкокишечная непроходимость).

Задержка внутриутробного развития I степени выявлена у 36 (52,2%), II степени — у 27 (39,1%), III степени — у 6 (8,7%) новорожденных. Среди заболеваемости новорожденных выделены: внутриутробная задержка развития (7 - 25,1%), перинатальное поражение головного мозга (10 — 34,1%), синдром дыхательных расстройств (4 — 13,8%), конъюгационная желтуха (2 — 6,9%), анемия (2 — 6,9%), геморрагический синдром (1 — 3,4%), внутрижелудочковое кровоизлияние (1 — 3,4%).

Таким образом, у беременных в условиях Заполярья имеется высокий риск рождения ребенка с гипотрофией. Выделить специфические факторы, способные оказать влияние на задержку внутриутробного развития, нам не удалось.

МОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Иванова Н.А., Гуменюк Е.Г., Удодова О.А., Власова Т.А., Ившин А.А.
г. Петрозаводск, ПетрГУ, кафедра акушерства и гинекологии

При изучении причин возникновения энцефалопатии новорожденных всегда пытаются выявить факторы риска. Иногда инфекция очевидна, но чаще о ней свидетельствуют косвенные признаки (гипотрофия плода, хроническая внутриутробная гипоксия плода, многоводие или маловодие и др.). С другой стороны, хроническая плацентарная недостаточность тоже является известным фактором риска развития энцефалопатии.

Для решения вопроса об основной причине развития перинатальной патологии решающим звеном часто служит патоморфологическое заключение. Нами были изучены истории родов и морфологическое описание плаценты у 21 родильницы с подтвержденным диагнозом перинатального поражения центральной нервной системы у новорожденных.

Большинство женщин во время беременности имели различные бактериальные и вирусные инфекции. ОРВИ при сроке до 20 недель беременности перенесли 4 (19%), после 20 недель — 5 (23,8%) обследованных. Хронический пиелонефрит был у 5 (23,8%), обострение его во время беременности возникло у 2 (9,5%) женщин. Хроническая герпетическая инфекция во время беременности отмечена у 3 (14,3%) беременных. Подтвержденное многоводие или маловодие имели место у 5 (23,8%) пациенток. Кольпит перед родами отмечен у 4 (19%) беременных. Преждевременное излитие вод отмечено в 7 (33,3%) случаях, причем длительность безводного периода от 7 до 12 часов зарегистрирована у 4 (19%), а более 12 часов — у 3 (14,3%) пациенток. После родов у 8 (38%) новорожденных имелись признаки инфицирования.

Преэклампсия различной степени тяжести имела место у 7 (33,3%) беременных, задержка развития внутриутробного плода — у 8 (38%). У 9 (42,85%) беременных по данным БМК были признаки хронической внутриутробной гипоксии плода.

При исследовании плаценты признаки хронической плацентарной недостаточности выявлены в 14 (66,6%) случаях, острой плацентарной недостаточности — в 6 (28,6%) случаях. Явления хориоамнионита отмечены в 6 (28,6%) слу-

чаях. В 9 (42,8%) случаях имелись ДНК или РНК-вирусные поражения амниона, а в 6 (28,6%) — неспецифические признаки бактериальной инфекции. Только в 6 (28,6%) случаях при проведении морфологического исследования плацент не было признаков инфицирования.

Таким образом, внутриутробная инфекция и плацентарная недостаточность являются значимыми факторами риска для развития энцефалопатии новорожденных. В большинстве случаев ретроспективно можно предположить характер внутриутробного инфицирования, в том числе при отсутствии клинических проявлений во время беременности.

КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Веронский Г.И., Демин С.А., Ершов К.Г., Попов А.И., Тетерин Г.В.
г.Новосибирск. Муниципальная клиническая больница № 11

Актуальность проблемы пластики передней брюшной стенки обусловлена растущим числом больных с послеоперационными грыжами (ПВГ) и большим процентом их рецидивов.

Нами выполнена комбинированная пластика передней брюшной стенки по поводу ПВГ у 61 больного. В качестве имплантата использовали полипропиленовый сетчатый эндопротез фирмы "Этикон" (США) и "Эсфил" (Санкт-Петербург).

Средний возраст больных 57,2 г. У подавляющего числа больных грыжи возникли после срединной лапаротомии, реже в правом подреберье после холецистэктомии и в правой подвздошной области после аппендэктомии. Площадь грыжевых ворот колебалась от 30 см² до 250 см²

Показаниями к комбинированной пластике были ПВГ у ослабленных больных пожилого и преклонного возраста, рецидивные ПВГ и больших размеров ПВГ.

Грыжесечение выполнялось по стандартной методике с оставлением по необходимости рубцовоизмененного участка грыжевого мешка. Вариант закрытия грыжевых ворот зависел от подвижности его краев. Выполняли пластику брюшной стенки созданием дубликатуры апоневроза при хорошей подвижности тканей и отсутствии натяжения швов. При умеренном их натяжении сшивали края дефекта однорядным швом. Если невозможно было свести края дефекта без значительного усилия, закрывали по Напалкову или использовали ткани грыжевого мешка.

Перед закрытием дефекта местными тканями на его область укладывали со стороны брюшной полости на париетальную брюшину заплату из сетчатого эндопротеза так, чтобы ее края перекрывали края дефекта на 2 - 2,2 см. Эндопротез фиксировали по краям к передней брюшной стенке. Для этой цели накладывали нерассасывающие

П-образные швы через всю толщу мышечноапоневротического слоя и брюшину с захватом сетчатого имплантата. Швы накладывали так, чтобы при их завязывании, по окончании пластики, эндопротез был растянут, плотно прилагал к брюшной стенке и широко заходил за края дефекта. Сначала завязывали П-образные швы с одной стороны грыжевых ворот. Затем выполняли пластику дефекта по одному из вариантов. Далее завязывали остальные П-образные швы.

Чтобы не было контакта петель кишок с сетчатым эндопротезом, перед ним укладывали на петли кишок большой сальник. Подкожную клетчатку дренировали резиновыми выпускниками или по Редону на 1 - 2 суток. Обязательна ранняя активизация больных.

Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Не возникало сером. Не наблюдалось инфильтрации мягких тканей в зоне операции. Наблюдения за больными в течение 2 лет не выявили рецидива заболевания.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЛЬ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Фёдорова О.С., Безнощенко Г.Б.

г. Омск, Женская консультация Городской поликлиники №8

Известна роль тромбофилических состояний в невынашивании беременности (35 - 53% по данным различных авторов), а также неотложных состояниях гестационного периода, таких как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преэклампсия, тромбоэмболия легочной артерии, тяжелые формы плацентарной недостаточности с задержкой развития плода тяжелой степени, HELLP-синдром и т.п.

Тромбофилические состояния включают множество расстройств системы гемостаза с склонностью к тромбозам и имеющие в своей основе как приобретенные, так и наследственные факторы. Наиболее существенную роль при беременности (по тяжести и частоте встречаемости) играют антифосфолипидный синдром (АФС), дефицит антитромбина III, дефицит Pr C, дефицит Pr S, дисфибриногенемия, резистентность активированного Pr C, мутация FV Leiden, гипергомоцистеинемия, комбинированные дефекты гемостаза и др.

В амбулаторных условиях мы посчитали целесообразным обследовать женщин с синдромом потери плода, исключив другие причины невынашивания (анатомические изменения гениталий, эндокринные факторы, генетическую патологию, инфекционную патологию), на выявление тромбофилического состояния. С этой целью использовали трехэтапный тест по определению циркулирующего в крови антикоагулянта волчаночного типа (АВТ) и показатели коагулограммы (протромбиновое время, количество растворимых фибринмономерных комплексов, время фибринолиза, количество тромбоцитов, агрегацию тромбоцитов с универсальным индуктором агрегации). Обследовано дважды в каждом случае с перерывом в 6 недель 24 беременных и 17 женщин вне беременности. В группе беременных выявлен у 20,8% женщин АВТ и в 12,5% — тромбофилическое состояние. Среди женщин вне беременности — у 41,2% выявлен АВТ, в 11,8% — тромбофилическое состояние. Сформированы группы риска по тромботическим осложнениям из пациенток с выявленным АВТ и тромбофилическим состоянием. В этих группах проводилось динамическое клинико-лабораторное наблюдение и патогенетическая коррекция показателей гемостаза (аспирин, курантил №75 (№25), реополиглюкин, фолиевая кислота, витамины группы В, прерывистый плазмаферез по 2-3 курса за беременность) как при беременности, так и в прегравидарной подготовке. Перинатальные исходы все благоприятные, материнских осложнений не было.

ДОКЛАДЫ

ОСТРАЯ МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Воробьев А.И., Городецкий В.М., Шулутко Е.М., Васильев С.А.

г. Москва, Россия, Гематологический Научный Центр РАМН.

Острая массивная кровопотеря была и будет важнейшей проблемой для хирургов и терапевтов, акушеров и гинекологов, анестезиологов и реаниматологов, трансфузиологов, врачей скорой помощи. С ней встречаются в очаге поражения при техногенных и стихийных бедствиях, в приемном покое, в палате интенсивной терапии. Вместе с тем можно сказать, что острая кровопотеря представляет собой едва ли не самое распространенное повреждение организма на всем пути эволюции человека. Небольшие однократные кровопотери не представляют опасности, так как не ведут к заметным нарушениям жизнедеятельности. Опасны большие кровопотери, точнее, весь комплекс нарушений, который складывается в синдром острой массивной кровопотери.

До недавнего времени его терапия считалась решенной проблемой: надо остановить кровотечение и перелить донорскую кровь или эритроцитную массу. Необходимое для переливания количество эритроцитов определяли, исходя из объема кровопотери и уровня гемоглобина. Однако ориентация на достижение "нормального" уровня гемоглобина иногда приводила к переливанию значительных количеств (до 5-6 л) донорской крови, что сопровождалось развитием синдрома массивной трансфузии, рецидивом кровотечения, появлением признаков полиорганной недостаточности с высокой смертностью.

В последние десятилетия XX века стало ясно, что при переливании компонентов крови существенно возросла вероятность передачи вирусных инфекций. В России носительство вируса гепатита В составляет у потенциальных доноров 0,5-4%, вируса гепатита С- 0,7-10%. Большое распространение трансфузионного пути заражения ВИЧ-инфекцией (СПИД) в США, Японии, европейских странах также определялось высокой инфицированностью донорского контингента. В нашей стране до последнего времени распространенность СПИДа была на несколько порядков ниже, а значит, риск его трансфузионной передачи был невелик. Однако в последние 2-3 года наблюдается бурный рост этой инфекции и соответственно возрастает угроза ее трансфузионной передачи.

Нередко при обсуждении проблемы трансфузионной помощи при массивной кровопотери ставится вопрос о опасности невосполнения малокровия донорскими эритроцитами в сравнении с риском потерять больного от гипоксии. На первый взгляд, ответ очевиден: нельзя отказываться от переливания эритроцитов. Однако вопрос должен быть предельно уточнен — речь идет не о восполнении дефицита эритроцитов вообще, а о компенсации гипоксии, не больше.

При таком уточнении, отвечая на этот вопрос, следует признать, что наши привычные представления о циркулирующей крови как о некоей целостной системе не совсем точны. Основные элементы крови связаны между собой "транспортной магистралью" — кровеносными сосудами. Однако даже в кровотоке клеточные компоненты крови смешиваются лишь частично: в центре потока движутся эритроциты, к периферии оттеснены лейкоциты, непосредственно вдоль сосудистой стенки струятся тромбоциты. Все элементы взвешены в плазме, скорость движения которой вдоль сосудистой стенки выше, чем поток крови. Небольшие "запасы" эритроцитов располагаются вне русла кровеносных сосудов, прежде всего в селезенке. Резерв гранулоцитов, в 20-30 раз превышающий их количество в русле крови, остается в костном мозге. Очень высоко и не поддается точному измерению количество тромбоцитов в пристеночной части, около эндотелия сосудов. Плазма крови находится в динамическом равновесии с лимфой, интерстициальной и внутриклеточной жидкостью. Именно поэтому измерить объем кровопотери путем взвешивания салфеток во время операции можно, но сказать, насколько русло крови при этом обеднело плазмой, эритроцитами, тромбоцитами (о лейкоцитах можно не говорить ввиду их громадных запасов), даже теоретически невозможно.

Поэтому вопрос о величине кровопотери, представляющей опасность для жизни и требующей обязательного трансфузиологического замещения, должен рассматриваться по составляющим ее элементам и конечному результату их "работы" — обеспечение тканей кислородом, сохранение нормальных свертываемости, электролитного состава, осмолярности. Надо достаточно точно дифференцировать возможность гибели человека в результате массивной кровопотери вообще с вероятностью гибели в связи с уменьшением количества кислородоносителя. Очень хотелось бы найти "критическую цифру", которая могла бы определять необходимость переливания компонентов крови и их количество. Ее пытались найти в объеме кровопотери, уровне гемоглобина, насыщении гемоглобина кислородом. Но количество циркулирующих в здоровом организме эритроцитов, тромбоцитов, факторов свертывания "рассчитано" на большой их расход при повреждениях, на большую мышечную нагрузку. А сколько нужно таких элементов лежащему после ранения человеку, да еще с подаваемым кислородом? Для престарелого подходят одни цифры, для молодого — другие. Но нужно еще учесть объем повреждения тканей, выбрасывающих в кровь тромбопластин, уровень артериального давления, степень разбавления крови

вливаемыми растворами, их выделение через почки... Поэтому старое понятие "клиническая картина", качественно оценивающее состояние человека после массивной острой кровопотери, складывающееся из множества цифр, множества факторов, их оценки в динамике, только и может служить основой для решения вопроса о характере и объеме трансфузиологической помощи. При этом ни в коем случае нельзя скатываться на огульную "бескровную" тактику. Есть целый ряд состояний, при которых отказ от переливания компонентов крови означает гибель больного. Лечение не должно быть опаснее болезни, и если трансфузиолог идет на переливание вируснебезопасной трансфузионной среды (плазма, эритроциты, тромбоциты), он обязан обосновать это только витальными показаниями. Современные врачи привыкли к небезразличности и высокой инвазивности лечения. Когда речь идет о раковой опухоли, то необходимы операция, противоопухолевая химиотерапия. То и другое может стоить больному жизни, но выбирать между лечением и наблюдением в этом случае нельзя, потому что если не лечить, то смерть неизбежна. А какова угроза жизни больного при острой кровопотере? В этом надо разобраться. Во всяком случае, лечить нужно по крайней мере не рискуя жизнью потерявшего кровь.

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА - ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Мазо Е.Б.

г. Москва, Россия, Клиника урологии и оперативной нефрологии (зав. - член-корр. РАМН, проф. Е. Б. Мазо) РГМУ

Почечная колика (ПК) — один из наиболее сильных и мучительных видов боли, которая требует скорой диагностики и лечения. Риск возникновения ПК в течение жизни — 1-10% . Наиболее частой причиной ПК является мочекаменная болезнь (МКБ) в виде камней мочеточника или, что бывает сравнительно редко, камня чашечки ("чашечковая" колика). В любом случае ПК — следствие острого нарушения пассажа мочи по верхним мочевым путям (ВМП): чашечно-лоханочная система и мочеточник. Отсюда многие болезни, как урологические, так и неурологические, могут вызывать ПК в результате внутренней окклюзии или внешнего сдавления ВМП: острый и хронический пиелонефрит (продукты воспаления — слизь, фибрин, эпителий, лейкоциты), опухоль почки (гематурия в виде сгустков), туберкулез почки (некротическая ткань сосочка), травма почки (за счет сгустков крови или внешнего сдавления ВМП урогематомой), гинекологические или такие заболевания забрюшинного пространства, как ретроперитонеальный фиброз (болезнь Ормонда) и прочие.

Патогенез ПК: острая окклюзия ВМП а резкое повышение давления в чашечно-лоханочной системе а отек паренхимы а растяжение фиброзной капсулы почки. Боль при ПК является следствием гиперактивации барорецепторов чашечно-лоханочной системы и рецепторов фиброзной капсулы, которая по ThXI-ThXII сегментам спинного мозга передается в виде афферентных импульсов в кору головного мозга, где трансформируется как боль.

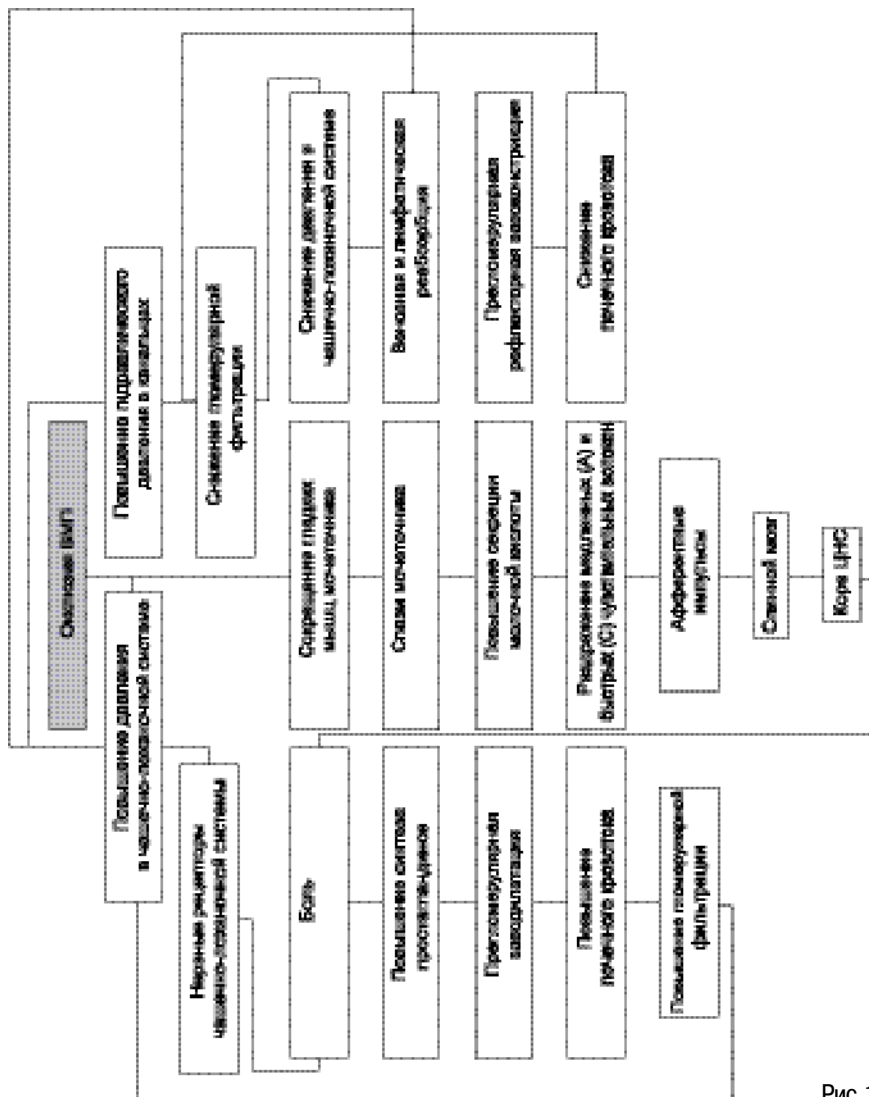


Рис.1

В основе этих этапов патогенеза ПК лежит множество патофизиологических процессов, представленных выше на рис. 1. Если представить патогенез ПК с точки зрения чистой прагматики, что, возможно, не менее важно для врача скорой помощи, можно увидеть, что схема его проста (рис. 2).



Рис.2

перекресте с подвздошными сосудами, юкставезикальном (предпузырном) и интрамуральном (внутри стенки мочевого пузыря) отделах. В последнем случае боль иррадирует в головку полового члена и может сопровождаться учащенным и болезненным в конце акта мочеиспусканием.

Боль может сопровождаться тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения, а так же задержкой отхождения газов и развитием пареза кишечника разной степени. Характер боли, особенно в первые 1,5-2 ч, заставляет больного менять положение тела, любое из которых, как правило, не приносит облегчения. Больной мечется, иногда наклоняет туловище, удерживая ладонь на пояснице со стороны боли. При локализации камня в юкставезикальном отделе мочеточ-

Из новых данных о патогенезе ПК можно выделить предположительную роль оксида азота в снижении прегломерулярного сопротивления кровотоку. По-прежнему, нет единого мнения о роли ангиотензина II, тромбоксана A2, антидиуретического гормона и эндотелина как медиаторов прегломерулярной вазоконстрикции.

Клиническое течение ПК. У взрослых боль обычно возникает внезапно, имеет постоянный и схваткообразный характер, локализуется в поясничной области или подреберье и иррадирует по ходу мочеточника в подвздошную, паховую области, в мошонку и ее органы, половой член, во влагалище и половые губы. Принято считать, что иррадиация боли снижается с перемещением камня, который в этом случае чаще всего останавливается в местах физиологических сужений мочеточника — лоханочно-мочеточниковом сегменте (соустье), при пе-

ника могут быть ложные позывы к дефекации и учащенное мочеиспускание.

Боль при ПК у детей младшего возраста обычно локализуется в области пупка, чаще сопровождается рвотой. Ребенок плачет, испуган. Острый приступ боли длится недолго (15-20 мин), что можно объяснить форникальной почечной резорбцией мочи. В этом случае возможно повышение температуры тела до 37,2-37,3°C.

ПК с острой болью в пояснице развивается примерно у 3% беременных женщин в третьем триместре. Клиническая картина чаще соответствует локализации обструкции в верхних двух третях мочеточника.

Диагностика ПК. Распознавание ПК основано на сборе анамнеза (наличие МКБ или других заболеваний, в патогенезе которых возможно развитие острой обструкции ВМП), картине заболевания, физикальном осмотре, ультразвукового исследования (УЗИ) почек и мочевых путей, радиоизотопных и рентгенологических методов исследования.

В клинической картине ПК первых двух часов может наблюдаться брадикардия и умеренное повышение артериального давления за счет рефлекторного механизма, однако эти изменения непостоянны. В анализе периферической крови может быть умеренное повышение количества лейкоцитов до 10-12x10⁹/мл. Гематурия — наиболее частый симптом ПК, который проявляется, как правило, в виде "свежей" эритроцитурии. В то же время нормальные показатели анализа мочи не исключают ПК, а — скорее — подтверждают ее, поскольку это свидетельствует об отсутствии поступления мочи из заблокированной почки со стороны колики при непораженной противоположной почке. Как было указано выше, одним из звеньев патогенеза боли при ПК является включение нервных рецепторов на уровне ThXI-L1, а поэтому эта боль может восприниматься и как следствие вовлечения некоторых органов желудочно-кишечного тракта и других мочеполовых органов, которые могут иннервироваться из сегментов этих уровней спинного мозга¹.

Например, боль при ПК вследствие камня мочеточника может иррадиировать в яичко, так как последнее имеет иннервацию того же уровня, что и почка и мочеточник — ThXI-ThXII, а при камне мочеточника на уровне его перекреста с подвздошными сосудами справа — иррадиировать в подвздошную область в точку McBurney, симулируя аппендицит и т. п.

С другой стороны, боль вследствие острого эпидидимита, орхита, перекрута семенного канатика (яичка) может и — нередко — иррадиирует в область поясницы и по ходу мочеточника, симулируя ПК.

Отсюда дифференциальную диагностику ПК проводят с "острым животом" (аппендицит, печеночная колика, холецистит, панкреатит, прободная язва желудка или 12-перстной кишки, кишечная непроходимость, тромбоз мезентерильных сосудов, аднексит, внематочная беременность, перекрут кисты яични-

ка), радикулитом, межреберной невралгией, Herpes zoster и т. д. Поскольку дифференциальная диагностика ПК с большинством указанных заболеваний детально приведена в учебниках по урологии, позволим себе остановиться лишь на некоторых из них.

Межреберная невралгия не имеет схваткообразного характера боли, зависит от положения тела, чего не бывает при ПК. Крайне редко ПК возникает с противоположной стороны по отношению к окклюзированному мочеточнику. Этот феномен описан Clark и Norman и назван "зеркальная боль". Полагают, что подобное явление может иметь место при таких аномалиях развития почек, как подковообразная, L- или S-образная почка и т. п. К сожалению, чувствительность и специфичность признаков и симптомов ПК составляют соответственно 73% и 46%. Зато удалось показать, что предшественниками ПК являются острая, длительная (до 10-12 ч) боль в животе или пояснице и микрогематурия (при более, чем 10 эритроцитах в поле зрения).

УЗИ — идеальное первичное обследование (и динамическое наблюдение) больных с ПК, так как оно неинвазивное, быстрое, с возможностью повторения, сравнительно недорогое и, что важно для врачей скорой помощи, — портативное, а отсутствие ионизирующего излучения и необходимости введения контрастных веществ — идеально для детей, беременных и больных с некоторыми поражениями почек, осложненных почечной недостаточностью, в том числе и в терминальной стадии.

УЗИ в серо-шкальном режиме выявляет камни в чашечно-лоханочной системе, а главное — в лоханочно-мочеточниковом сегменте и интрамуральном отделе мочеточника. Трансректальное и трансвагинальное УЗИ позволяют визуализировать конкременты в юкставезикальном отделе мочеточника. Выявление камня чуть ниже лоханочно-мочеточникового сегмента можно осуществить при пиелоуретероэктазии. УЗИ легко выявляет (калик)пиелозктазию. Однако, расширение чашечно-лоханочной системы зависит от полноты обструкции и ее длительности (1,5-2 ч). Более того, расширение чашечно-лоханочной системы может быть следствием пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса, длительно существующего хронического пиелонефрита, неоднократных ПК в анамнезе и других причин. Правда, такую картину наблюдают значительно реже, а потому расширение лоханки и/или чашечек (например, при внутрипочечной лоханке) — реальный признак ПК.

Только обзорный рентгеновский снимок почек и мочевых путей (обзорная урография) не является точным видом диагностики причины ПК, но его данные при так называемых рентгенопозитивных камнях особенно ценны в сочетании с результатами УЗИ.

Экскреторная урография остается важным методом диагностики ПК, но не первой линией исследования. В принципе, ее задача — определить сторону,

уровень и причину ПК. Ответить на эти вопросы не сложно: при условии, если врач предполагает, что он может получить на экскреторных урограммах в разный клинический период течения ПК, что позволяет сделать знание ее патогенеза. В первые 1-2 ч развития ПК на экскреторных урограммах со стороны окклюзии ВМП, как правило, длительное время наблюдают стойкую нефрограмму, что само по себе является признаком "блокады" почки при ПК. Визуализация чашечно-лоханочной системы и мочеточника над предполагаемым препятствием происходит большей частью медленно, последовательно, на "отдаленных" по времени урограммах, иногда сохраняясь через сутки. Иными словами, чем позже от начала ПК выполнена экскреторная урография, тем быстрее удастся выявить симптом "указательного пальца" — скопление контрастного вещества над предполагаемым препятствием в виде расширенного за счет временного снижения мышечного тонуса мочеточника.

С другой стороны, экскреторную урографию применяют, когда клиническая картина ПК требует экстренного вмешательства в виде чрескожной нефростомии или эндоуретеральных манипуляций для уточнения состояния ВМП и не только с пораженной, но и противоположной сторон.

Особым показанием к экскреторной урографии для диагностики ПК является отсутствие возможности к использованию более современных методов исследования (компьютерной или магнитно-резонансной томографии).

Ретроградную уретеропиелографию для диагностики ПК используют чрезвычайно редко, в особых исключительных случаях. Большое число грозных осложнений этого исследования (травматичность, инфекция, возможность пиеловенозных рефлюксов с развитием пиелонефрита) перекрывает его преимущества в виде диагностической ценности по сравнению с результатами хромоцистоскопии и катетеризации мочеточника, имеющих диагностическое и лечебное (ликвидация болевого синдрома при ПК) значение. В настоящее время этот метод исследования при абсолютных показаниях, главным из которых является атака острого пиелонефрита (обструктивный пиелонефрит), применяют чаще у женщин для ликвидации обструкции и дренирования ВМП стентом.

Радиоизотопные методы исследования для диагностики ПК используют не всегда из-за трудностей интерпретации кривых со стороны обтурации мочеточника: у одних — они обтурационного типа, у других — "паренхиматозного", характеризующего нефункционирующую, а на самом деле — блокированную почку, что является следствием обследования, ограниченного по времени.

В настоящее время все большее распространение для диагностики ПК получили компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Преимущества КТ, которая может быть выполнена как без, так и с введением контрастного вещества, в выявлении:

- всех конкрементов, вплоть до 1 мм, включая рентгенонегативные;

■ признаков увеличенной в размерах так называемой "большой белой почки" (обструктивная нефрограмма);

■ симптома "ободка" или "муфты" — отека парауретерального жира вокруг камня, что позволяет отличить его от флеболита, не имеющего вокруг себя такого "ободка".

КТ считают очень точным методом диагностики ПК с чувствительностью, специфичностью и точностью 94-100%, 92-99% и 94-100% соответственно. Не менее важно, что КТ одновременно может установить другие причины боли по состоянию позвоночника и органов брюшной полости.

Недостатками КТ являются невозможность установления степени обструкции, а также определенная доза облучения. Последнее обстоятельство исключает использование КТ у детей и беременных без абсолютных показаний. Риск воздействия радиации на плод абсолютно исключает использование КТ в первом триместре беременности. В то же время, МРТ не имеет ионизирующего излучения, что теоретически оправдывает ее использование в диагностике ПК у детей и беременных, в том числе в виде магнитно-резонансной урографии, особенно при атипической клинической картине заболевания.

Таким образом, диагностическая тактика при ПК складывается из двух этапов. Первый — достационарный — самый ответственный и, нередко, трудный: ее распознавание — задача врача скорой помощи или того, кто ее оказывает. В этом случае в распоряжении врача:

■ анамнез (неоднократные почечные колики в прошлом вследствие нефролитиаза с отхождением конкрементов, возникновение болей после тряской езды, бега, занятий спортом, физической нагрузки, обильного питья или — наоборот — резкого ограничения питьевого режима, пребывания в условиях высокой температуры окружающей среды, употребления в пищу больших количеств "солевых" продуктов, мяса — ураты, шоколада — оксалаты, молочно-растительных — фосфаты);

■ клиническая картина заболевания (поведение больного, раскрытая ладонь со стороны поясницы, дизурия, специфическая иррадиация болей, диспепсические проявления);

■ данные общего осмотра (наличие послеоперационных рубцов — следы аппендэктомии, холецистэктомии, по поводу перфоративной язвы желудка или 12-перстной кишки, кишечной непроходимости и т. п. — облегчают экстренный период дифференциальной диагностики ПК с выбором средств ее купирования);

■ данные физикального обследования (положительный симптом поколачивания поясницы со стороны болей);

■ экспресс-диагностика микрогематурии.

Будем надеяться, что в ближайшем будущем врачи скорой помощи будут

иметь в своем распоряжении портативный аппарат для УЗИ, овладев работой которого, они расширят свои "скорые" диагностические возможности, в том числе или, может быть, в первую очередь ПК.

Второй этап — стационарной диагностики ПК — не должен вызывать больших трудностей.

Лечение ПК выполняет две основные задачи: устранение боли и остановка или ликвидация обструкции. Если вспомнить этапы патогенеза ПК, станет ясно, что главным медикаментом скорой лечебной помощи для купирования болей при ПК является диклофенак натрия. Последний является антагонистом синтеза простагландинов, что способствует снижению фильтрации и, таким образом, внутрилоханочного давления. Кроме того, диклофенак натрия уменьшает воспаление и отек в зоне окклюзии, ингибирует стимуляцию гладкой мускулатуры мочеочника, что снижает или даже блокирует его перистальтику. Эти эффекты диклофенака натрия приводят к купированию боли при ПК, причем его анальгетический эффект одинаков с таковым у морфина при его внутривенном введении.

Диклофенак натрия применяют внутримышечно, внутривенно, перорально, сублингвально и ректально.

Кроме диклофенака натрия используют индометацин, пироксикам и другие нестероидные противовоспалительные препараты.

Парентеральная дозировка диклофенака натрия составляет 75 мг, ректальные свечи содержат 100 мг препарата как диклофенака натрия, так и индометацина (детские дозы — 50 мг).

Применение спазмолитиков (но-шпа, папаверин, платифилин) парентерально целесообразно, желательно в комбинации с диклофенаком натрия.

Считают, что эффективна акупунктура, весьма часто применяемая при ПК в Китае.

Следует помнить об отрицательном влиянии нестероидных противовоспалительных препаратов у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (эрозии, язвы), особенно в период или тотчас после их обострения. В этом случае на первый план скорой помощи выходят атропин, антидиуретики — десмопрессин (синтетический аналог вазопрессина).

При уверенности в диагнозе ПК не следует забывать о теплой ванне.

Содержание

Тезисы

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ (ПО ДАННЫМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. МАХАЧКАЛЫ ЗА 2001-Й ГОД) <i>Абдуллаев А.А., Мирзаханов Н.М., Исламова У.А., Зияутдинов М.А., Магомедэминова А.С., Магомедова Р.И.</i>	3
СТРУКТУРА ПОВОДОВ ДЛЯ ВЫЗОВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В г. МАХАЧКАЛЕ ЗА 1999-2001 гг. <i>Абдуллаев А.А., Зияутдинов М.А., Мирзаханов Н.М., Магомедэминова А.С., Магомедова Р.И., Исламова У.А.</i>	4
СОВРЕМЕННАЯ МЕТОДИКА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Агзамходжаев С.С., Ерманова Э.Р.</i>	5
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Агзамходжаев С.С., Ерманова Э.Р.</i>	7
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ БОЛЕЙ В АСПЕКТЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ <i>Асланян Р.Г., Габоян Р.А., Зограбян А.С.</i>	8
КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ БРЮШНЫМ ТИФОМ <i>Ахмедов Д.Р., Пашаева С.А., Тагирова З.Г., Алхлаева А.А.</i>	9
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КВАМАТЕЛА У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА <i>Байдурин С.А., Бекенова Ф.К., Байдурина Г.Т., Есмагамбетов Т.Т., Хасенова Б.Д.</i>	10
ТРОМБООПАСНОСТЬ ПОЛОЖЕНИЯ ТРЕНДЕЛЕНБУРГА ПРИ УРГЕНТНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА <i>Балановский А.П., Каиров Г.Т., Чернов Ю.Н., Правдин О.Г., Балановский П.А., Удут В.В.</i>	11
ЛАПАРОСКОПИЯ И УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ <i>Бараев Т.М., Масарский Л.Я.</i>	12

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ИЗОФОРМ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ И ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Бекенова Ф.К., Байдурин С.А., Рутенко Н.А., Швейкина Н.Г., Насурдина Г.Б., Хамитова С.Н.</i>	14
К ПРОБЛЕМЕ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ <i>Буданова М.В., Логвинова И.И., Малыгина Т.В., Ониангет Е.П., Зубова Л.А.</i>	15
ТРАДИЦИИ НАШЕЙ "СКОРОЙ" И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ 21 ВЕКА <i>Верткин А.Л., Намазова Л.С.</i>	16
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Верткин А.Л., Элькис И.С., Вилковский Ф.А., Бараташвили В.Л., Верткин М.А., Кривцова Е.В., Ваганова Н.В., Устинова С.В., Мкртычян А.В., Торшхоева Т.Т.</i>	18
ПОИСК НОВЫХ УЛУЧШАЮЩИХ ВАРИАНТОВ ОБЩЕГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ <i>Гвак Г.В.</i>	19
МЕТОДИКА КУПИРОВАНИЯ СТЕНОКАРДИТИЧЕСКОЙ БОЛИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕГЕМОГЛОБИНОВОГО НОСИТЕЛЯ КИСЛОРОДА <i>Гирина О.Н., Вершигора А.В., Киржнер Г.Д.</i>	20
ОПЫТ ПЯТИГОРСКОЙ ССМП В ИССЛЕДОВАНИИ ННПОСМП "БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА И НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ" <i>Гузёва И.В., Дмитриенко И.А., Морев И.И.</i>	21
О ПРИМЕНЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Гулевский Б.А., Швецов А.А., Качалов Н.А., Старостина Л.Н.</i>	22
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ <i>Дмитриенко И.А., Азарян С.Ю., Антонова Н.В., Шубина И.А., Морев И.И.</i>	23
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАГУСНЫХ ПРОБ В КУПИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Дьяконов А.А.</i>	25

ИНФАРКТ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Жилова И.И., Эльгаров А.А., Мидова М.М., Сабанчиева Х.А.</i>	26
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДИКЛОФЕНАКА (ВОЛЬТАРЕНА, НОВАРТИС ФАРМА) И МЕТАМИЗОЛА НАТРИЯ (АНАЛЬГИНА, РОССИЯ) ПРИ КУПИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СМП) <i>Жуков А.Е. (Пермь), Кошутин И. А. (Копейск), Морозов В.В. (Норильск), Чекменёв В.А. (Усть-Илимск), Гирель О.И., Тополянский А.В., Вёрткин А.Л. (Москва)</i>	28
ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ КАК ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РАБОТЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>Жуков А.Е., Тиунов В.К., Нелюбин В.В., Николаев В.Н., Девяткова Г.И.</i>	29
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НА СТАНЦИЮ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ УЧАСТКАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИК ГОРОДА КУРСКА <i>Иконникова И.Е, Перлюк Б.И, Остапенко Е.А, Дьякова Т.Г, Школьников С.А, Плотников А.В.</i>	32
КРИТЕРИИ БЕЗОПАСНОГО КАРБОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ <i>Каиров Г.Т., Балановский А.П., Чернов Ю.Н., Правдин О.Г., Балановский П.А., Удут В.В.</i>	33
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ БРОНХО-ОБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ <i>Камышова Е.А., Якушенко М.Н., Богатырева Л.А.</i>	34
ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАСЫПКИ ГРУНТОМ НА ГЛУБИНЕ <i>Каржауов А.К., Изимбергенов М.Н.</i>	36
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ <i>Ковалёва Н.Н., Дербинёва З.И., Сенин В.А.</i>	37
ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ "АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ" В Г.САРАПУЛЕ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Козлов С.Ю., Вязников О.А.</i>	38

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ОТКАЗАМИ ОТ ПИЩИ <i>Комиссаров А.Г.</i>	39
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ЖЕЛТУХИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ <i>Краснова М.В., Баранова Е.Н., Гафнер И. Ф., Бедин В.В.</i>	40
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО ВЫСОКОЧАСТОТНОГО АППАРАТА С АРГОНУСИЛЕННОЙ КОАГУЛЯЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Куцовол С.П., Низовой А.В.</i>	41
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ВЕРТЕБРОГЕН- НОГО КОРЕШКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА <i>Мартиросян Г.Р., Ованесян Г.А., Косян А.Ш., Ованесян И.Г.</i>	42
ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАРКОМАНАМ С СОСУДИСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ <i>Мельников В.В., Баранович С.Ю., Беребицкий С.Я., Паршин Д.С.</i>	43
ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬ- НОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛТУХ <i>Мирзоян С.О., Хондкарян К.В., Арутюнян Т.Р., Сейранян А.С., Балаян А.Б. Цатурян Н.М.</i>	45
СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКИХ ЖЕЛТУХ <i>Мирзоян С.О., Хондкарян К.В., Мовсесов В.А., Шаумян Л.М., Саргсян К.Г., Симонян Т.В.</i>	46
УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ ПЕ- РЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ КАК ЭКСПРЕСС МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Мирзоян С.С., Арустамян Л.В., Мириджанян Г.М.</i>	47
ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА <i>Михайлова И.С., Шуйская О.А.</i>	48
КАРДИАЛГИЯ И ИНФАРКТОПОДОБНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>Михайлова И.С., Забелин И.В.</i>	50

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Намазова Л.С., Торшхоева Р.М., Бараташвили В.Л., Верткин А.Л.</i>	52
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КРЫМСКОЙ ГЕМОРРАГИ- ЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ <i>Нарзиев И.И.</i>	53
АНТИДЕПРЕССАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ <i>Ованесян И.Г., Мартиросян Г.Р., Ованесян Г.А., Хачатрян Э.С.</i>	54
РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ <i>Плеханов С.М., Сафиулова И.А.</i>	55
СКЛЕРОТЕРАПИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА НА ВЫСОТЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Русин В.И., Переста Ю.Ю., Болдижар А.А., Русин А.В., Болдижар П.А., Румянцев К.Е.</i>	57
ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ СТАБИЛЬНОСТИ ГЕМО- СТАЗА ПРИ ЯЗВЕННОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ <i>Слесаренко С.С., Слесаренко А.С., Скудина Н.А.</i>	58
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ <i>Слесаренко С.С., Слесаренко А.С., Скудина Н.А.</i>	59
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ РАННЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИАПФ В ЛЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА <i>Соплебенко А.В., Корнаева И.Г., Астахова З.Т., Мосин Л.М., Гагагонова Т.М., Кошлякова Т.Н., Дигуров Б.С.</i>	60
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИТРОГЛИЦЕРИНА ПРИ ОСТРОМ КРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Сулейменова Б.А. (Астана), Ковалев Н.Н. (Кисловодск), Тоцкий А.Д., Панасенко С.А., Дмитриенко И.А. (Пятигорск), Малышева В.В. (Тверь), Ковалев А.З. (Южно-Сахалинск), Буклев Т.Б. (Ивантеевка), Корг А.Ю. (Челябинск), Дьякова Т.Г. (Курск), Турлубеков К.К. (Кокшетау), Талибов О.Б., Полосьянц О.Б., Мальсагова М.А., Верткин М.А., Верткин А.Л.</i>	61

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА ГРУДИНЫ <i>Татьянченко В.К., Загреба И.В., Лукаш А.И.</i>	62
АСПЕКТЫ СОТРУДНИЧЕСТВА <i>Турлубеков К.К.</i>	63
О ЗНАЧЕНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ СГУСТКА КРОВИ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ РАЗВИТИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА <i>Фигурнов В.А., Целуйко С.С., Сахарук О.В., Фигурнова Е.В., Фигурнов А.В., Романишвили О.А.</i>	64
ОБРАЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСА МЕЖДУ ГЛИКОГЕНФОСФОРИЛАЗОЙ И КРЕАТИНКИНАЗОЙ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ КРОЛИКА <i>Хакимова А.Х., Сколышева Л.К., Вульфсон П.Л.</i>	65
СТРУКТУРА И ОБЪЕМ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СОТРУДНИКАМ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ <i>Шогенов А.Г., Гуревич Б.Н., Эльгаров А.А., Сабанчиева Х.А.</i>	66
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ <i>Эльгаров А.А., Мидова М.М., Сабанчиева Х.А., Жилова И.И.</i>	67
КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ <i>Янбаева С.М., Закирова А.Н., Карамова И.М., Червякова К.В., Галимова Л.Р.</i>	68
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ <i>Михальский В.Ф., Жеребина М.Ю.</i>	69
ВЛИЯНИЕ ОЗОНО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ <i>Жеребина М.Ю., Михальский В.Ф.</i>	70
РИСК РАЗВИТИЯ ГИПОТРОФИИ ПЛОДА В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРЬЯ <i>Дмитриев П.А., Гуменюк Е.Г.</i>	72
МОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ <i>Иванова Н.А., Гуменюк Е.Г., Удодова О.А., Власова Т.А., Ившин А.А.</i>	73

КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ
Веронский Г.И., Демин С.А., Ершов К.Г, Попов А.И., Тетерин Г.В...... 74

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОЛЬ ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ
Фёдорова О.С., Безнощенко Г.Б...... 75

Доклады

ОСТРАЯ МАССИВНАЯ КРОВОПОТЕРЯ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ
ПРОБЛЕМЫ
Воробьев А.И., Городецкий В.М., Шулутко Е.М., Васильев С.А...... 77

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА - ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ
Мазо Е.Б...... 79