

---

СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2004

# **МАТЕРИАЛЫ**

## **Российского научного форума**

### **«СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2004»**

20-23 сентября  
МОСКВА,  
Центральный дом художника  
на Крымском валу

Москва 2004

---

Материалы Российского научного форума «СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2004»  
М., 2004 - 134 с.

Российская академия медицинских наук  
Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской  
помощи  
ЗАО «МЕДИ Экспо»

**5-94943-016-6**

©«МЕДИ Экспо», 2004

---

# ТЕЗИСЫ

## ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Абдуллаев С.А., Шоназаров И.Ш.**

*Самаркандский медицинский институт, Республика Узбекистан*

Исследование основано на 648 наблюдениях сочетанной травмой груди и живота. Из них 499 взрослых и 149 детей. Клиническая картина сочетанных травм груди и живота на догоспитальном этапе складывалась из ряда симптомов и синдромов, которые определяли тяжесть состояния пострадавших и лечебно-диагностическую тактику персонала.

406 (62,6%) из 648 при первичном осмотре на месте происшествия контакту были не доступны. Это в значительной мере усложняло догоспитальную диагностику и проведение неотложного лечения.

Лечебно-диагностическая тактика по отношению к пострадавшим с нарушенным сознанием строилась как из логического предложения причин, приведших к потере сознания (травма черепа, кровопотеря, острая дыхательная недостаточность), так и с учетом данных углубленного осмотра, анализа состояния дыхания, гемодинамики.

С учетом литературных данных и данных изучения клинической картины при сочетанной травме груди и живота на догоспитальном этапе мы в клинической картине выделили следующие синдромы, определившие диагностическую и лечебную тактику: расстройство дыхания, нарушения сознания, синдром травматического шока, острая кровопотеря, терминальное состояние. Выделение превалирующих синдромов предшествовало в первую очередь проведение первого неотложного догоспитального лечения, обеспечивающего безопасную транспортировку пострадавших в стационаре.

Посиндромная оценка состояния пострадавших на госпитальном этапе проведена у 136 больных из 648 наблюдавшихся, на которые были составлены догоспитальная карта больного с сочетанной травмой груди и живота:

Объем медицинских мероприятий зависел от первичного диагноза и был небольшим у пострадавших, находившихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Это были как раз те пострадавшие, которым был поставлен первично диагноз сочетанной травмы груди живота.

Весь объем медицинских мероприятий мы условно разделили на два типа:

Мероприятия для восстановления нарушения жизненных функций.

Мероприятия для обеспечения транспортировки в стационар.

Считаем, необходимым подчеркнуть, что данное деление является условным, т.к. одно и то же мероприятие может служить одновременно двум целям. Однако опыт показывает, что успешное восстановление жизненных функций, не подкрепленное

---

мероприятиям, обеспечивающими стабильность состояния пострадавшего на время транспортировки (особенно в случае длительной транспортировки – более 30 минут) - сводит на нет все усилия и пострадавший поступает в стационар в инкубельном состоянии.

Таким образом, динамическая оценка состояния пострадавших на догоспитальном этапе и при поступлении в стационар по превалирующему синдрому и ряду высокоинформативных признаков позволяет избежать диагностических ошибок, так и своевременно начать патогенетическое лечение.

## **АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТУБОУВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ**

**Азимова Ф.А., Каримов З.Д., Касымова Д.М., Хусанходжаева М.Т.**  
*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский Научный Центр Экстренной  
Медицинской Помощи*

Цель: оптимизировать тактику неотложной помощи при тубоовариальных гнойных образованиях придатков матки (ТОГО).

Методы. Обследованы 139 женщин с объемными полостными гнойными образованиями в области придатков матки. Все больные подразделялись на 4 группы. Тактика лечения больных определялась следующими критериями: анатомо-топографическим расположением образования в малом тазу и структурой ТОГО. I группу составили 42 женщины, оперированные в экстренном порядке по поводу перфорации ТОГО, осложненной диффузным и разлитым перитонитом. II группу составили 26 женщин, у которых с целью достижения «холодного» периода заболевания использовалась консервативная антибактериальная терапия. В III группу вошли 32 женщины, у которых основным способом лечения являлась трансвагинальная селективная пункционно-аспирационная терапия (ТСПА) ТОГО, а также больные, которым проводилась длительная микрокатетерная терапия ТОГО. В данной группе объединены типично расположенные ТОГО (т.е. позади матки и в области придатков) крупно-монокамерной и крупно-мультикамерной структуры. Методика осуществлялась под УЗИ контролем. В IV группу вошли 23 женщины, среди которых основным способом лечения являлась длительная микрокатетерная терапия малого таза. Данную группу составили женщины с атипично расположенными ТОГО (спереди и выше дна матки за терминальной линией малого таза) мелко-мультикамерной структуры.

Результаты. В I группе все больные оперированы в течение 1-х суток. Обращает на себя внимание существенный процент большого объема операции: ампутация - у 9 (21,4%), экстирпация матки - у 5 (11,9%), билатеральная сальпингооварэктомия - у 14 (33,3%). Во II группе «холодный» период заболевания достигнут у 20 (77,0%) больных, однако, у всех 26 пациенток сохранялись объемные образования в области придатков, что послужило причиной выбора оперативного метода лечения. В III группе стойкий клинический результат достигнут у всех 32 (100,0%) женщин. Все пациентки выписаны при стабильном исчезновении основных симптомов заболевания. Из числа 4-х

---

больных у 2(6,3%) проведена повторная ТСПА со стойким клиническим результатом в течение 8 месяцев наблюдения. У остальных 2(6,3%) решено использовать оперативный метод лечения. В IV группе «холодный» период заболевания с исчезновением или минимальным проявлением основных симптомов заболевания достигнут у всех 23(100,0%).

Выводы: разработанный алгоритм лечения ТОГО позволяет установить адекватный способ лечения с минимальными показателями оргауноносящих операций среди женщин активного репродуктивного возраста.

## **РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

**Алтыев Б.К., Гулямов Б.Т., Атаджанов Ш.К., Арипов У.Р., Хакимов Б.**  
*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи*

Клиника РНЦЭМП располагает опытом лечения 126 больных сочетанными травмами, за период с 2002 г по февраль 2004 г, у которых заподозрено повреждение органов брюшной полости. В возрасте 21-55 лет были 92 больных, т.е. 73% составили больные трудоспособного возраста.

При тяжелой сочетанной травме информативность УЗИ несколько снижается. У 36 (28,5%) пострадавших с повреждениями органов брюшной полости и гемоперитонеумом ультразвуковая картина была неинформативной. Проведение исследования затруднялось парезом кишечника (12 наблюдений), подкожной эмфиземой (6).

Из числа больных поступивших с сочетанными травмами у 72 (57%) произведена диагностическая лапароскопия. Показанием к проведению диагностической лапароскопии явились: нестабильная гемодинамика, при отсутствии явных клинических и ультразвуковых данных за повреждение внутренних органов; наличие небольшого количества жидкости на УЗИ; в случае любого вида оперативного вмешательства со стороны смежных специалистов.

Различные варианты повреждений органов брюшной полости выявлено у 51 (70,8%) больного, в том числе повреждения печени-24 (47%), разрывы селезенки у 17 (33,3%), разрывы обеих паренхиматозных органов у 6 (11,7%), разрыв тонкой кишки у 3 (5,8%) больных, надрыв брыжейки 1 случае. В 5 случаях с повреждениями печени гемостаз достигнут путем лапароскопической диатермокоагуляции (3) и использованием пластины «Тахокомб» (2), что явилось окончательным методом лечения. При небольших субкапсулярных гематомах печени (3) и селезенки (1), гематомы круглой связки печени (2), которые не нарастали, операцию заканчивали дренированием брюшной полости. В остальных 40 случаях произведены традиционные экстренные оперативные вмешательства. У 21 (29,1%) больных, том числе у 8 больных с повреждением тазовых костей и забрюшинными гематомами, лапароскопическое исследование позволило исключить повреждения со стороны органов брюшной полости. Послеоперационных осложнений в группе оперированных лапароскопическим способ не отмечалось.

---

Летальность в группе больных с сочетанными травмами отмечена в 30 случаях, что составляет 23,8 %. Основной причиной смерти была тяжелая черепно-мозговая травма 20 случаев, острая массивная кровопотеря в сочетании с шоком (6 случай).

Таким образом, сочетанная травма живота характеризуется крайне тяжелым течением, трудностью диагностики и лечения. Особенности диагностики и клинического течения, а также отсутствие общепринятой хирургической тактики настоятельно требуют продолжать дальнейший поиск рациональных методов лечения на основе более углубленного изучения данного вида травм.

## **ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ НЕЙРОТРАВМЕ КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ ПОЛИСИСТЕМНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

**Архипов И. В., Лушников А. В.**

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

Проблемы оказания медицинской помощи больным с тяжёлой сочетанной нейротравмой, безусловно, актуальны. В последнее десятилетие, значительно увеличился поток больных с указанной патологией. С 1993 по 2003 гг., в г. Саратове, количество травм и несчастных случаев увеличилось от 23500 до 29000 вызовов в год. До 15,0% среди этого класса патологии приходится на тяжёлую сочетанную нейротравму. Остаётся высокой летальность среди этой категории больных, колеблющаяся в стационарах г. Саратова, оказывающих экстренную медицинскую помощь, от 20 до 26,1%, что сравнимо с аналогичными показателями по РФ.

Особую актуальность проблемам оказания анестезиолого-реанимационной помощи при тяжёлой сочетанной нейротравме придаёт необходимость их комплексного решения. Оказание медицинской помощи при указанной категории патологии – всегда совместная работа многих лечебных и диагностических служб как догоспитального, так и госпитального этапов, нередко, стационаров разных уровней, оказывающих квалифицированную и специализированную медицинскую помощь, требующая чёткой координации. Оказание медицинской помощи этой категории больных должно строиться на принципах своевременности, доступности, этапности, последовательности и преемственности этапов, профильности и экономической рентабельности. Качество оказания медицинской помощи при политравме является наиболее объективным показателем готовности ЛПУ или отдельной службы к оказанию экстренной медицинской помощи. Тяжёлая сочетанная травма должна рассматриваться как критическое состояние, требующее проведения реанимационного пособия, направленного на восстановление и поддержание жизненно важных функций систем: центральной нервной, сердечно-сосудистой, внешнего дыхания, детоксикации. При этом, при оказании комплекса анестезиологического пособия и реанимационных мероприятий, акцент смещается в сторону последних. Несвоевременное оказание необходимого объёма анестезиолого-реанимационной помощи при тяжёлой сочетанной травме

---

ведёт к быстрому развитию полисистемной дисфункции, приводящей к смерти пациента. Приходится констатировать, что основы развития последней, с вовлечением центральной нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, закладываются в результате дефектов оказания анестезиолого-реанимационной помощи на догоспитальном этапе.

Исследование, результаты которого представлены в этих тезисах, проведено на базе ММУ «Городская станция скорой медицинской помощи» г. Саратова, с 1993 по 2003 гг.

Вне зависимости от того, где происходит происшествие, являющееся причиной тяжёлой сочетанной травмы, в крупных населённых пунктах или районах области, пострадавшие, в подавляющем большинстве случаев, поступают в стационары по линии СМП.

При оказании скорой медицинской помощи пациентам с тяжёлой сочетанной травмой, можно выделить 3 группы дефектов: связанных с материально-техническими, квалификационным и организационными проблемами. Главной материально-технической проблемой является несоответствие оборудования машин СМП приказу МЗ РФ № 100 от 26.03.99 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи населению РФ» (приложение 13 – «Примерный перечень оснащения выездной бригады»). До настоящего времени, даже в областном центре, указанному нормативному документу соответствует оснащение только реанимационных бригад. Подавляющее большинство линейных бригад не имеют даже ручных аппаратов ИВЛ, ларингоскопов, дефибрилляторов, кардиомониторов, наборов интубационных трубок, наборов для катетеризации магистральных вен и т.д. Фактически, линейные бригады, как врачебные, так и фельдшерские, оказывают СМП на автомобилях, оборудованных как санитарные, которые предназначены только для межстационарной транспортировки больных в удовлетворительном состоянии или перевозки медицинских грузов. Вместе с тем, как показывают наши исследования, только 20,1+0,1% вызовов к пострадавшим при травмах и несчастных случаях обслуживаются реанимационными бригадами и БИТ даже в г. Саратове (не говоря о малых городах и районных центрах области). Указанные нарушения в оснащении бригад СМП ведут к значительному снижению качества оказываемой на догоспитальном этапе анестезиолого-реанимационной помощи.

Не менее важными являются и дефекты оказания анестезиолого-реанимационной помощи на догоспитальном этапе, которые мы рассматриваем как квалификационные. Это, прежде всего, недостаточный уровень подготовки врачебного и фельдшерского персонала службы СМП в области сердечно-лёгочно-мозговой реанимации. Абсолютное большинство врачебного и фельдшерского персонала линейных бригад, а иногда и БИТ (кардиологических, неврологических) не имеют навыков интубации трахеи и проведения ИВЛ. Интубация трахеи, ИВЛ на догоспитальном этапе осуществляются не более чем 10% пострадавших с тяжёлой сочетанной нейротравмой, даже при наличии дыхательных расстройств. Данный дефект обуславливает высокий процент развития аспирационных осложнений (до 60%), усугубление гипоксического поражения головного мозга и, соответственно, прогрессирование его отёка при производимой транспортировке. Эта же причина затрудняет и проведение полноценной нейро-вегетативной защиты при тяжёлой сочетанной нейротравме на догоспитальном этапе. Вместе с тем, в районах области, при доминировании фельдшерских бригад,

---

отсутствует должность врача-диспетчера в отделениях СМП (нет в штатном расписании, где указан лишь фельдшер по приёму и передаче вызовов), соответственно, затруднена и координация деятельности фельдшерской бригады при оказании помощи столь тяжёлой категории больных.

Прямым следствием указанных проблем является несоблюдение критериев безопасности транспортировки, к которым относятся нейровегетативная стабилизация, поддержание проходимости дыхательных путей больного, обеспечение адекватного газообмена, наличие надёжного доступа в сосудистое русло, поддержание и мониторинг кровообращения, обеспечение оптимального температурного режима и безопасность транспортировки для персонала, осуществляющего её. Транспортировка, осуществлённая без должного соблюдения критериев её безопасности, является грубейшим дефектом оказания анестезиолого-реанимационной помощи на догоспитальном этапе, существенно ухудшает состояние больного и приводит к увеличению летальности. Основой этой летальности является развитие полисистемной дисфункции с вовлечением центральной нервной, дыхательной (лёгочные осложнения в том или ином виде отмечены в 100% результатов секционного исследования больных с тяжёлой сочетанной травмой), сердечно-сосудистой систем и системы детоксикации.

Наконец, 3-я группа дефектов связана с проблемами организационными. Для крупных населённых пунктов большое значение имеет госпитализация пострадавших по территориальному принципу, а не по нуждаемости в оказании тех или иных видов специализированной анестезиолого-реанимационной помощи. Лишь в случае крайней тяжести состояния больного бригады СМП, пренебрегая принципом территориальности, доставляют пострадавшего в ближайший многопрофильный стационар. Вместе с тем, соблюдение критериев безопасности транспортировки позволяет произвести доставку больного в стационар, отдалённый территориально, но оснащённый в соответствии с потребностями больного. Значительно обостряет эту проблему и субъективизм в диагностике наличия тех или иных повреждений у больного, отсутствие использования в работе СМП алгоритмов диагностики тяжести состояния больного, а также каналов оперативной связи и объективизации передаваемой информации, отражающей состояние больного. В результате, вопросы госпитализации остаются в компетенции врача бригады СМП или старшего врача смены. Возникновение же, в процессе оказания медицинской помощи в стационаре, потребности в лечебно-диагностических мероприятиях, возможность осуществления которых отсутствует в данном ЛПУ, решается позднее на уровне администрации стационаров, нередко затягивая оказание необходимого объёма медицинской помощи более чем на сутки, приводя, в свою очередь, к ухудшению качества оказываемой помощи и увеличению летальности. Указанные дефекты сводят на нет правило «золотого 1-го часа» с момента тяжёлой сочетанной нейротравмы.

Упомянув, таким образом, о многочисленных дефектах оказания анестезиолого-реанимационной помощи при тяжёлой сочетанной нейротравме на догоспитальном этапе, связанных с различными проблемами, нельзя не предложить возможных путей их решения. На наш взгляд, необходимо:

Приведение оснащения выездных бригад, в т.ч., средств связи, в соответствие с приказом МЗ РФ № 100 от 26.03.99 г;



---

Усиление подготовки врачей и фельдшеров выездных бригад в области СЛР на соответствующих базах высших и средних медицинских заведений;

Введение в отделениях СМП ЦРБ должности врача-диспетчера;

Внедрение алгоритмов диагностики тяжести состояния больного и отказ от госпитализации пациентов по территориальному принципу с переходом на госпитализацию по нуждаемости в том или ином виде специализированной медицинской помощи.

Соблюдение указанных мер позволит повысить своевременность и качество оказания анестезиолого-реанимационной помощи при тяжёлой сочетанной нейротравме на догоспитальном этапе и, соответственно, снизить летальность и инвалидизацию пациентов с указанным классом патологии.

## **ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДИ**

**Асамов Р.Э., Шукуров Б.И., Рахманов Р.О., Остроумова А.В.**

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан*

Торакоскопия по поводу травм груди выполнена у 105 пациентов (85%), при этом повреждение легкого выявлены у 33 пострадавших (31% от 105), из них у 2-х – двустороннее. При подозрении на ранение диафрагмы, а также в случаях локализации раны грудной клетки в «сердечной зоне» показания к торакоскопии расширяются. Так, ранение диафрагмы при эндоскопии выявлено у 9 пострадавших, ранения перикарда и легкого – у 2, ранение сердца – у 1 пациента. Продолжающееся внутриплевральное кровотечение из раневого канала грудной стенки диагностировано в 10 случаях.

У 50 пострадавших (47,6%) объем и характер травмы позволили завершить эндоскопическую ревизию санацией и дренированием плевральной полости без дополнительных вмешательств. В 8 случаях кровотечение остановлено эндоскопической коагуляцией. У 2-х больных с повреждением ткани легкого нам удалось ограничиться наложением эндошва на поврежденный участок органа. Переход к широкой торакотомии потребовался в 11 случаях: в 5 наблюдениях выполнена остановка кровотечения и удаление свернувшегося гемоторакса; в 2 случаях – ушивание ранения перикарда и в 4 наблюдениях – ушивание раны легкого (в 1 из них с ушиванием раны диафрагмы); еще в одном случае показанием к торакотомии явилось ранение сердца. У 9 пострадавших с ранением диафрагмы в 2-х случаях последующая лапароскопия (выполнена после видеоассистированного ушивания дефекта диафрагмы) не выявила повреждения органов брюшной полости. Конверсия торакоскопии в миниторакотомные видеоассистированные вмешательства (25) и срединную лапаротомию (7) потребовалась у 32 пациентов.

Таким образом, в более чем в половине случаев видеоторакоскопия явилась основным и окончательным методом диагностики и лечения при неотложных состояниях органов грудной клетки, способствует ранней диагностике и полноценной оценке характера неотложных состояний органов грудной клетки, значительно снижает травматичность хирургических вмешательств.

---

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА.**

**Ахтамов Дж.А., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Нарзуллаев С.И., Захидова С.Х.**

*Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Республика Узбекистан.*

Проанализированы лечение и исходы у 205 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости за 1992-2004 гг. При поступлении признаки травматического шока отмечены у 165 пострадавших, симптомы внутреннего кровотечения - у 89 и перитонита - у 55 больных. По показаниям с целью диагностики производили лапароскопию (37), рентгенографию: черепа (48), костей таза (18), позвоночника (31), ретроградную цистографию (15), УЗИ (165), компьютерную томографию (29 больных) и пункцию плевральной полости (28).

У 105 больных с закрытой травмой живота применили лапароскопию. Исследования проводили через 2-3 часа от момента поступления. Кровь или кровянистую жидкость либо кровь с примесью мочи обнаружили у 32 пострадавших. Отрицательные результаты исследования были у 10 больных. У 7 больных они были ложноположительными (у 6 с забрюшинной гематомой без повреждения органов брюшной полости, у 1 с ранением сосуда брюшной стенки при её проколе). Ложноотрицательных результатов было 3, таким образом, диагностическая ценность лапароскопии составила 81,0%.

Всем больным с предполагаемым или установленным диагнозом повреждения органов брюшной полости производили срединную лапаротомию. Оперировано 195 (95,1%) больных (249 операций). У 159 (79,9%) из них были обнаружены повреждения внутренних органов, у 11 лапаротомия оказалась диагностической. Ушивание раны кишки выполнено у 101 больных, раны почки - у 17, раны печени - у 28, раны брыжейки - у 17, раны мочевого пузыря - у 13, раны селезенки - у 3, капсулы поджелудочной железы - у 7. Спленэктомия произведена 15 больным, резекция кишки - 19, холецистостомия - 3, холецистэктомия - 4, нефрэктомия - 11, резекция маточной трубы - 7. Дренирование забрюшинной гематомы как самостоятельная операция произведено 4 больным. 10 больных с ушибом почки лечили консервативно.

У 27 (13,7%) пострадавших возникли осложнения, потребовавшие выполнения релапаротомии. У 11 пострадавших релапаротомия выполнена дважды, у 5 - трижды.

Наиболее частой причиной повторной операции при травмах живота был перитонит. У 6 пациентов он явился следствием не устраненного прогрессирующего первичного перитонита. У 7 больных причиной перитонита оказались незамеченные повреждения двенадцатиперстной (3), подвздошной кишки (2), желудка (1), а также несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки (1). Релапаротомия по поводу перитонита выполнена после первой операции в сроки от 18 до 24 ч у 11 пострадавших, позже 24 ч - у 16. Умерли 5 пациентов.

Послеоперационная летальность 6,98%. Причинами летального исхода были: постгеморрагический шок у 7 больных (до поступления), разлитой перитонит - у 5 и тяжёлая черепно-мозговая травма у 2 пострадавших.

---

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ ПЛАМЕНЕМ

**Баженова С.Я., Аксенова И.В., Котелевская Ж.В., Сорокина О.А.**

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

Значение ожоговой проблемы гораздо больше, чем люди представляют себе ее в разных странах. Ежегодно по разным причинам ожоги получают миллионы людей, примерно 2,5% умирают от данных повреждений, конечно уровень летальности во многом зависит от уровня ухода за ожоговыми больными и он отличается в разных странах.

На догоспитальном этапе у пострадавших, при ожогах пламенем более 10% площади тела, медперсонал станций скорой помощи чаще всего встречается с ожоговым шоком (2).

На практике, при первичной диагностике и прогнозировании тяжести ожогового шока, а также для определения лечебной тактики, необходимо ориентироваться на общую площадь поражения (особенно глубокого), от этого зависит объем и продолжительность инфузионной терапии. Диагностика глубины повреждения представляет определенные трудности, особенно в первые часы после ожога, когда наблюдается внешнее сходство различных степеней ожога. Тяжесть состояния больного определяется также возрастом и таким тяжелым поражением, как ожог дыхательных путей.

Цель данного исследования – показать особенности оказания догоспитальной помощи при тяжелых ожогах пламенем на примере анализа обслуженных вызовов ССМП г. Комсомольска на Амуре.

Исследование проводилось по данным 5 – летнего (1998 – 2002гг) периода. При исследовании учитывался травмирующий агент (ожоги пламенем), место происшествия, возраст пострадавших, пол.

За период с 1998 по 2002 гг. обслужено в возрасте с 20 до 80 лет 1366 ожоговых больных, из них ожог пламенем получили 85 больных, 22 из числа пострадавших травму получили вне помещения. По возрасту: с 20 до 30 лет – 30 больных (мужчин – 20, женщин – 10), с 31 до 40 лет – 18 больных (12 мужчин, 6 женщин), с 41 до 50 лет – 17 больных (все мужчины), с 51 до 60 лет – 8 больных (5 мужчин, 3 женщины), старше 60 лет – 12 больных (3 мужчины, 9 женщин). По полу: мужчин – 57 пострадавших, женщин – 28 пострадавших. В 89,4% случаев пострадавшие находились в алкогольном опьянении (76 человек). Из числа пострадавших от ожога пламенем у 76 человек глубина ожога была 2-3 степени с площадью повреждения от 10 до 80% поверхности тела. Из 85 обожженных больных 15 человек получили ожог дыхательных путей (17,6%).

При анализе объема оказания экстренной помощи при тяжелых ожогах пламенем выявлено: во-первых, не всегда в порядке оказания первой помощи применялось охлаждение обожженных поверхностей, которое сокращает длительность перегревания. Из 63 пострадавших, получивших ожоги в помещении, не было возможности охладить ожоговую поверхность в 55 случаях (87,3%). У 23 пострадавших момент обращения превышал 30 минут, у 17 больных отсутствовали условия оказания помощи в виде охлаждения, чаще всего при пожарах в квартирах (антисанитария, неисправ-

---

ности сантехники и др.), в остальных эпизодах причины неизвестны. Во-вторых, из-за длительно сохраняющегося общего удовлетворительного самочувствия и предполагаемого малого времени транспортировки (фактически среднее время транспортировки 15 минут 40 секунд) в ряде случаев вело к необоснованному отказу от проведения инфузионного лечения. Из 76 пострадавших с тяжелой степенью повреждений: ожог 2 – 3 степени и площадью от 10 до 80% поверхности тела, инфузионная терапия проводилась в 68,4% случаев (52 больных), у 13 обожженных инфузионная терапия не проводилась, так как было много пострадавших (трагедия в кафе «Чародейка»), где главным был фактор времени и неблагоприятные условия для оказания инфузионной терапии (холодное время года), в остальных случаях причины в картах вызовов не объяснены. Хотя конечно, раннее, в течение первого часа начало инфузионной терапии ожогового шока, является одной из возможностей улучшения результатов лечения. В - третьих технические трудности при выполнении диагностических и лечебных манипуляций.

На догоспитальном этапе в условиях скорой помощи в нашем городе медицинский персонал использует: трамал, транквилизаторы, нейролептики, наркотические анальгетики, все зависит от снабжения медикаментами и наличия того или иного препарата.

Немедленное назначение жидкости – следующее обязательное мероприятие у тяжело обожженного. При тяжелом шоке рассчитанный объем должен включать 2/3 кристаллоидов и 1/3 коллоидов.

Поскольку при ожогах из сосудистого русла вместе с плазмой уходит большое количество ионов натрия, инфузионная терапия в первую очередь преследует цель наполнения сосудистого русла и восстановления в нем содержания натрия. Для этого используются физиологический раствор или лактатный раствор Рингера. Последний более предпочтителен, поскольку по своему составу он ближе к внеклеточной жидкости.

В феврале 2001 года в кафе произошло чрезвычайное происшествие, где в результате поджога пострадало от ожогов пламенем 25 человек, в возрасте от 16 до 46 лет. Смерть до приезда – 3 женщины и 1 мужчина. Двое пострадавших уехали самостоятельно в лечебные учреждения попутным транспортом до приезда бригад скорой медицинской помощи.

На догоспитальном этапе в данном случае необходимо было решить следующие задачи: медицинскую сортировку; неотложные мероприятия по восстановлению и поддержанию жизненно важных функций; подготовку пострадавшего к транспортировке, корректную транспортировку пострадавшего в стационар в кратчайшие сроки.

В структуре поражений преобладали ожоги туловища и конечностей от 15 % до 80 % поверхности тела, все случаи - осложненные с шоком 1-2 степени.

Нуждались в эвакуации 19 (мужчин – 10, женщин – 9) человек, все доставлены в ожоговое отделение городской больницы бригадами скорой медицинской помощи.

В ликвидации последствий ЧС задействовано 6 бригад интенсивной терапии (противошоковые – 2, кардиологические – 2, неврологическая – 1, педиатрическая – 1). В 16-ти случаях была оказана первая врачебная помощь (обезболивание, обработка ожоговых поверхностей), в 3-х случаях квалифицированная врачебная помощь с при-

---

менением обезболивания, инфузионной терапии. Пострадавшие доставлены в стационар через 16 – 22 минуты с момента обращения на станцию скорой медицинской помощи в случае оказания первой врачебной помощи и через 42 минуты при оказании квалифицированной помощи.

Оказание помощи в сокращенном объеме в конечном итоге не повлияло на исход травмы, все остальные задачи догоспитального этапа в этом случае были выполнены в полном объеме.

Таким образом, залогом благоприятных исходов термической травмы является своевременная многокомпонентная комплексная терапия, фактор времени при госпитализации и наличие в городе специализированного отделения.

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФИЛЬНОСТИ ВЫЗОВОВ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ БРИГАД**

**Бакиев С.С., Нарзулаева М.А.**

*Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Республика Узбекистан.*

Скорая медицинская помощь (СМП) первой получает информацию о надобности в оказании экстренной медицинской помощи населению и отличается от других видов медицинской помощи тем, что существенное место в ней занимает догоспитальный этап. Свыше 70% всех больных, нуждающихся в скорой медицинской помощи, начинают получать её на догоспитальном этапе. Поэтому необходимо совершенствование организации диспетчерской службы, так как быстрое и грамотное решение диспетчера способствует возрастанию оперативности, профильности в направлении бригад и следовательно, госпитализации пострадавших в специализированные отделения в ранние сроки.

Целью исследования является изучение путей совершенствования координационно-диспетчерской службы (КДС). КДС была создана в январе 2003г. на базе Самаркандского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, первичным звеном которого является оперативно-диспетчерская служба, которая первым получает вызов от населения г. Самарканда и Самаркандской области. Исследования проводились путем статистической обработки поводов вызова по линии «03» за 10 месяцев 2003 года. Статистической обработке были подвергнуты материалы по 53084 вызовам. Из них специализированными бригадами обслужено 3861 вызов. Нами, на основе компьютерного анализа базы данных КДС для диспетчеров, разработана матрица направления специализированных бригад по профилю. Основными поводами вызовов специализированных бригад являются массовые катастрофы, автоаварии, падения с высоты, асфиксия, электротравма, отравления, инфаркт миокарда, кровотечения и т.д.

Специализированные бригады выезжали в 0,8 % случаев (от общего количества вызовов) по поводу кровотечения, 0,2 % - аварии, 33,7 % - «плохо с сердцем», 2 % - отравления, 0,2 % - электротравма, 0,1 % - тяжелая производственная травма, 0,26 % - асфиксия, 0,22% - парализовало, 0,1 % - укусы насекомых, 2,4 % - роды, 0,3% - травмы головы, 0,2 % - падение с высоты, 0,1 % - огнестрельное или ножевое ранение, 0,3 % - массовые катастрофы, пожары. До использования матрицы в КДС в I, II квартале 2003 года на

---

обслуживание вызовов специализированные бригады выезжали в среднем 183 раза. После внедрения матрицы в III, IV квартале 2003 года произошло резкое увеличение количества выездов специализированных бригад на обслуживание экстренных вызовов, составившей в среднем 474 выездов.

Если до использования матрицы процент наступления смерти при враче составил 0,09 % от общего количества вызовов, то после использования выявлено его уменьшение (0,02 %). Также до использования матрицы процент госпитализации в стационар составил 20 % от общего количества вызовов, а после использования матрицы - 28 %.

Таким образом, благодаря использованию диспетчерами “матрицы вызова” стала рациональной организация диалога диспетчера с лицом, вызывающим бригаду скорой помощи, и повод к вызову обрел высокую информативность. Быстрое и грамотное решение диспетчера способствовало возрастанию оперативности, профильности в направлении бригад.

## **СТРУКТУРА ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**Белых В.Н., Михайлова И.А., Пресекова Т.Ю.**

*Россия, г. Кемерово, ГКБ №3 им. Подгорбунского*

ГКБ №3 им «М.А.Подгорбунского» - многопрофильная больница на 760 коек. Ежемесячно обращаются за медицинской помощью до 3000 чел, из них по экстренной помощи поступают около 80%, плановых больных – 20%.

Нами проведён анализ обращений пациентов по экстренной помощи в приемное отделение за 8 месяцев. Так к нейрохирургам обратилось 6042 чел.(38,4%), хирургам 3194 чел.(18,3%), травматологам 2097 чел.(13,8%), гинекологам 2173 чел. (13,3%), терапевтам 1528 чел.(8,5%), неврологам 1450 чел.(7,7%). Обращено внимание на 2 пика обращаемости – в январе и июне месяце, преобладание мужчин (56,5%) над женщинами (43,5%) и лиц пенсионного возраста (59,1%).

Среди доставленных по экстренной помощи преобладала ЧМТ, удельный вес которой составил 31,9% среди всех поступивших больных, из них только в 52% случаев диагноз подтвердился, а в 48% был изменен. На втором месте по обращаемости пациенты с различными травмами, включая сочетанные –12,7%, при этом госпитализируются только 73%. На третьем месте пациентки с угрозой прерывания беременности 760 чел.(4,6%) и маточными кровотечениями 456 чел. (2,8%).

Среди больных с хирургической патологией лидирует патология гепатопанкреатодуоденальной зоны до 14,4% всех обратившихся, из них диагноз не подтверждается после дообследования у 20-40% больных. С подозрением на острый аппендицит доставлено 383 чел. (2,3%), диагноз подтвержден в 75% случаев. У пациентов с желудочно-кишечным кровотечением (1,7% от всех больных с хирургической патологией) диагноз не подтвердился в 3%. Тупая травма живота составила 5,1%, диагноз не подтверждён в 33,3% случаев. Больных с ущемлённой грыжей 0,7%, расхождение 0,7%. С диагнозом Тромбозы вен доставлено 3,5% больных хирургического профиля, рас-

---

хождение диагноза в 10%. Среди больных терапевтического профиля преобладали пациенты с острой пневмонией 351 чел. (22,9%) и больные с декомпенсацией сахарного диабета 229 чел. (14,9%). При этом диагноз пневмонии подтвердился только у 69,9% доставленных бригадой СП. Больные с ХОБЛ и бронхиальной астмой составили 211 чел. (13,8%). Среди поступивших с неврологической патологией у 60% выявлено ОНМК, у 18,3% - ДЭП и в 21,8% случаев другая патология (остеохондроз, невролгии, нейропатии т.д.).

Данный анализ позволяет оптимизировать работу приемного отделения с привлечением диагностических служб больницы, составить штатное расписание приемного отделения и рассчитать потребность в медикаментах.

## ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОКИНЕТИКА ТЕТРАМЕЗИНА

**Берлянд А.С., Беляк Л.И., Прокопов А.А.**

*Московский медико-стоматологический университет, кафедра общей и биоорганической химии*

Тетрамезин [N,N'-этилен-бис(3,3-диметилдиазирин)] - потенциальный антидепрессант с последующим транквилизирующим эффектом, в настоящее время проводятся его предклинические испытания. Необходимым этапом внедрения нового лекарственного средства в медицинскую практику является изучение его экспериментальной фармакокинетики, имеющее целью выработать рекомендации по оптимальному режиму дозирования препарата и его предпочтительной лекарственной форме.

Экспериментальную фармакокинетику тетрамезина изучали при внутривенном, пероральном и внутримышечном способах введения. Для каждого способа введения водный раствор препарата однократно вводили 36 беспородным крысам-самцам массой  $200 \pm 20$  г в дозе 200 мг/кг, и дополнительно для внутримышечного способа введения в дозе 500 мг/кг. Через определённые интервалы времени брали пробы крови из подязычной вены (2,5-3 мл) в гепаринизированные пробирки, кровь центрифугировали при 3000 об/мин в течение 10 мин, после чего отбирали 1 мл плазмы, в которой определяли содержание тетрамезина методом газо-жидкостной хроматографии. Расчёты фармакокинетических параметров проводили на ЭВМ по программе АСПИД.

При внутривенном введении тетрамезина наблюдаемая динамика концентраций препарата была адекватно формализована двухкамерной моделью, при этом кинетическая кривая хорошо описывается биэкспоненциальным уравнением. Полученные данные свидетельствуют о быстром распределении препарата по органам и тканям – период полураспределения составляет в среднем 6 мин. Константа скорости перехода тетрамезина из крови в ткани  $k_{12}$  высока и составляет  $2,01 \pm 0,81$  ч<sup>-1</sup>, переход из тканей в кровь происходит ещё быстрее:  $k_{21} = 3,99 \pm 0,86$  ч<sup>-1</sup>. Коэффициент равновесного распределения препарата между периферической и центральной камерами модели равен 0,504 и, таким образом, после достижения равновесия в тканях периферической камеры находится около 66,6% дозы препарата, а в центральной камере – 33,3%.

Тетрамезин быстро выводится из организма – период полуэлиминации составляет всего  $0,416 \pm 0,039$  ч, что свидетельствует об активной экскреции и биотрансформации



---

препарата, через 3 ч после введения он обнаруживается в плазме крови крыс только в следовых количествах. Общий клиренс тетрамезина, имеющий значение 2,08 л ч<sup>-1</sup> кг<sup>-1</sup>, указывает на очищение организма от препарата в основном за счёт метаболической элиминации.

Объём распределения в центральной камере составляет для тетрамезина  $0,673 \pm 0,087$  л кг<sup>-1</sup>, стационарный удельный объём его распределения, равный 1012 мл, значительно превышает объём крови у крысы, что свидетельствует об интенсивном захвате тетрамезина тканями. Площадь под кривой «концентрация-время», составляющая  $9,57 \pm 2,5$  мкг ч мл<sup>-1</sup>, была использована для оценки биодоступности тетрамезина при внутримышечном и пероральном способах введения, для которых были определены те же фармакокинетические параметры. Наиболее низкая биодоступность установлена при пероральном способе введения, когда она составила всего 10%, что авторы объясняют установленными пресистемным метаболизмом и гидролизом тетрамезина.

Следовательно, при назначении тетрамезина внутрь необходимо перенесение места всасывания препарата за пределы желудка, что возможно, в частности, при использовании кишечнорастворимого покрытия таблеток.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ**

**Валиев Э.Ю., Мусаев Т.С., Пак В.Д., Каримов Б.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Отдел сочетанных и осложненных травм*

Наше сообщение основано на опыте лечения 355 (23 %) больных с тяжелой травмой опорно-двигательной системы (ОДС) находившихся на стационарном лечении в отделении травматологии РНЦЭМП за период с 2001 по 2003 гг. У 25 (7,1%) пострадавших наблюдали клиническую картину жировой эмболии. У всех больных отмечены тяжелые, множественные повреждения нижних конечностей и костей таза, у 22 больных при поступлении имело место клиника травматического шока различной степени выраженности. У 18 больных клиника жировой эмболии развилась на 3-4 сутки, у 6 больных на 5-7 сутки, и у одного больного на 10 сутки. У 3 больных развилась клиника мозговой формы, у 22 – смешанная форма жировой эмболии. Диагноз устанавливался на основании клинических и лабораторных данных.

Опыт лечения больных с политравмой показывает, что ранняя оперативная стабилизация переломов является важнейшим моментом в профилактике и лечения синдрома жировой эмболии. Нами у 20 больных применены различные виды стабилизирующих операций при переломах конечностей и таза. Интрамедуллярный остеосинтез бедра выполнен у 8 больных, у одного больного выполнен остеосинтез обеих бедренных костей, переломы костей голени фиксировали с использованием аппаратов внешней фиксации – у 12 применен аппарат Илизарова, у 10 применен стержневой аппарат разработанный в клинике. Переломы костей таза у 7 больных стабилизирован стержневым аппаратом клиники. У 6 больных произведен остеосинтез плечевой кости с использованием аппарата Илизарова и у 4 больных произведен остеосинтез костей предплечья стержнями Богданова.



---

Таким образом, у 20 пострадавших произведено 47 оперативных вмешательств, остеосинтеза повреждений ОДА. У всех больных остеосинтез выполнен до 3 суток момента поступления больных в стационар. У 5 больных проводилось консервативное лечение повреждений ОДА, скелетным вытяжением и гипсовыми повязками. Улучшение состояния отмечено на 7 сутки у 5 больных, на 10-14 сутки у 14 больных, через 1 мес. У одного больного. Летальный исход отмечен у 5 больных, причем основное количество больных погибли на 2-3 сутки при диагностировании жировой эмболии, один больной погиб на 15 сутки из-за прогрессирования легочной патологии.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ В СИСТЕМЕ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Валиев Э.Ю., Тияков А.Б., Мадалиев М.Х., Сайфуллаев О.Э.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Отдел сочетанных и осложненных травм*

В отделении взрослой травматологии РНЦЭМП за 2001-2003 гг. пролечено 53 больных с повреждениями вертлужной впадины. Основной причиной повреждений явились ДТП – 34 больных, у 9 пострадавших в результате падения с высоты и у 10 больных в результате бытовой травмы. Преобладали лица мужского пола – 35, женщин- 18, основное количество больных- 45 были лица наиболее трудоспособного возраста 22-50 лет. Следует отметить, что у 45 больных помимо повреждений вертлужной впадины, имели место сочетанные повреждения. У 30 больных диагностирована черепно-мозговая травма, причем у 12 на уровне ушиба головного мозга тяжелой степени. У 4 больных отмечено повреждение внутренних органов – разрыв мочевого пузыря -2, разрыв селезенки – 1, разрыв печени -1. У всех 45 больных с сочетанными повреждениями имели место переломы костей конечностей.

Для получения более точной информации нами широко использованы возможности компьютерной томографии с моделированием трехмерного изображения и проведено у 10 больных.

Все больные были разбиты на пять групп, согласно классификации З.К.Башурова с соавт.(1983).

I и IV группа - 20 больных из-за незначительности анатомо-функциональных нарушений лечились консервативно. Тазобедренный сустав разгружался при помощи манжетного или скелетного вытяжения, получали физио-функциональные процедуры с последующим соблюдением ортопедического режима.

V группа - 15 больных требует индивидуального подхода так, как выраженным элементом патологии является вывих и лечение заключалось в устранении вывиха с последующим консервативным или оперативным лечением. У 7 больных выполнены оперативные вмешательства открытое вправление с остеосинтезом при помощи винтов.

II-III группа – 18 больных, у 13 применен метод оперативного вмешательства с использованием разработанного нами стержневого аппарата внешней фиксации.

---

Данная тактика и метод оперативного лечения, в условиях экстренной медицинской помощи позволяет раннюю активизацию и мобильность больного, снимает необходимость длительного пребывания больного в стационаре на системе скелетного вытяжения. Предупреждает возникновения различных гипостатических осложнений.

Предложенная тактика лечения больных с переломом дна вертлужной впадины показала себя наиболее эффективной в условиях экстренной помощи, значительно сократило пребывание больных в стационаре и может быть рекомендована к применению в системе экстренной медицинской помощи.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

**Валиев Э.Ю., Шермухамедов Д.А., Утешов М.Ш., Толипов Н.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Отдел сочетанных и осложненных травм*

В РНЦЭМП за период с 2001 по 2003 г.г. пролечены 320 больных с сочетанными повреждениями черепа и нижних конечностей. Открытые переломы были у 84 (73,7 %), закрытые у 236 (26,3 %). Изолированные переломы бедра наблюдались у 88 (27,5%) больных, голени у 163 (50,9%) переломы бедра и голени у 25 (7,8%). Переломы обеих бедер у 8 (2,5 %), обеих голеней у 16 (5%), множественные переломы обеих бедер и одной голени у 7 (2,2 %), обеих голеней и бедра у 10 (3,1 %), обеих бедер и обеих голеней у 3 (0,1 %).

В зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы пострадавшие были распределены следующим образом: сотрясение головного мозга у 210 (65,6 %), ушибы мозга легкой и средней степени тяжести у 55 (17,1 %), ушибы мозга тяжелой степени с переломами свода и основания черепа у 32 (10%), массивным субарахноидальным кровоизлиянием и формированием внутрочерепных гематом у 23 (7,1 %). Травматический шок различной степени тяжести наблюдали у 153 (47,8%) больных.

Все больные в приемном отделении обследовались согласно разработанным клинико-диагностическим стандартам. Для выбора рациональной тактики лечения в каждом конкретном случае важное значение имеет оценка тяжести ЧМТ и определение показаний к остеосинтезу.

В зависимости от основного повреждения определявшего тяжесть состояния пострадавших все больные были распределены на 3 группы. Больным первой группы проводился ранний остеосинтез (до конца 3 суток) с использованием аппаратов внешней фиксации, а также спице-стержневые аппараты, разработанные в клинике. Больным второй группы производили фиксацию костных отломков гипсовыми повязками, выполнение оперативного остеосинтеза откладывалось до полной стабилизации состояния пострадавшего. Больным третьей группы лечение повреждений ОДА выполнялся в полном объеме, предпочтение отдавали малоинвазивным методам остеосинтеза

У 13 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой с формированием внутрочерепных гематом ранний остеосинтез осуществлен параллельно с нейрохирургиче-

---

скими вмешательствами. Общая летальность составила- 10,6%(34 больных). В первые сутки после травмы погибли-12(3,7%) больных. В более поздние сроки, на 3-14 сутки, умерли 22 (6,8%) больных. В первой группе умерли 19 (5,9%), во второй 10(3,1%), в третьей 5 (1,5%) пострадавших.

Таким образом применение активной хирургической тактики по стабилизации переломов в ранние сроки позволил значительно улучшить результаты лечения больных с сочетанными повреждениями черепа и нижних конечностей.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ НОВОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА НИБЕНТАНА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ АРИТМИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**Валиев В.Г., Остроумов Е.Н., Горшков В.А., Безпрозванный А.Б.,  
Зелтынь Е.М., Шахова Н.И., Радзевич А.Э.**

*Кафедра терапии № 1 ФПДО МГМСУ, Научно - Исследовательский Институт Трансплантологии и Искусственных Органов МЗ РФ. Городская клиническая больница № 52, г. Москва*

Лечение суправентрикулярных нарушений ритма сердца остается актуальной проблемой кардиологии. Среди антиаритмических препаратов наибольшей эффективностью обладают препараты III класса по классификации Vaughan Williams.

Из антиаритмических препаратов, проявляющих свойства III класса, наиболее изучены амиодарон и соталол. Применяемые в клинической практике более 20 лет, эти препараты оказались эффективными при лечении суправентрикулярных аритмий. Вместе с тем, оба препарата обладают и проаритмическими свойствами, что заставляет продолжить активный поиск так называемых «чистых» препаратов III класса. К ним, по данным Л.С.Розенштрауха, может относиться синтезированный в Научно-исследовательском химико – фармакологическом институте Нибентан, продемонстрировавший, как в эксперименте, так и в клинической практике типичные для этого класса препаратов электрофизиологические свойства.

Материал и методы: нами обследовано 95 пациентов поступивших в ОКР по неотложным показаниям с пароксизмальными нарушениями ритма сердца у больных с ИБС, постинфарктным или миокардитическим кардиосклерозом, ХОБЛ, гипертоническим сердцем с явлениями ХСН или без них в возрасте от 30 до 65 лет. Сроки начала пароксизма от 24 до 72 часов. У 5 больных срок от начала пароксизма превышал две недели.

При проведении исследования применялся 1% р-р нибентана для внутривенного введения (ампулы по 2 мл.), изготовленный ЗАО «ВЕРОФАРМ» НИХФИ (Москва).

Препарат вводился внутривенно. Использовали 4 схемы введения нибентана (см. табл. 1)

**Табл. 1**

СХЕМА	ВЕЛИЧИНА БОЛЮСА	СУММАРНАЯ ДОЗА
1	0,125 + 0,05 + 0,05	0,225
2	0,25 (ед. болюс)	0,225
3	0,25 (1) + через 15 мин. 0,125	0,375
4	0,25 + 0,125 + 0,125	0,375

Условием для применения каждого последующего болюса была неэффективность предыдущего.

Снималась ЭКГ перед введением, через 1 – 4 - 6 и 24 часа, ЭХО КГ, исследования содержания Са, Mg, К, Na в плазме крови, ЧПЭС, динамически наблюдался уровень АД и ЧСС. 12 больным с ИБС проведена перфузионная томосцинтиграфия миокарда.

Результаты введения нибентана представлены в табл. 2.

**Табл. 2.**

Клиническая эффективность нибентана

	Мерцание-трепетание предсердий	Суправентрикулярная тахикардия	Суправентрикулярная экстрасистолия (>30 в 1 мин.)	Желудочковая тахикардия
N	80	4	9	2
n1	76	4	9	2

*n* – количество обследованных больных;

*n1* – количество случаев восстановленного синусового ритма.

При исследовании электрофизиологических параметров методом ЧПЭС на фоне введения нибентана отмечено увеличение рефрактерных периодов АВ узла и укорочение т. Венкебаха, в среднем, на 30 мсек, что отмечено и другими авторами. У всех пациентов после восстановления синусового ритма отмечались короткие (до 1 часа) периоды брадикардии с ЧСС 50 – 55 в 1 мин.

Во всех случаях введения нибентана не отмечалось статистически значимого снижения АД. В 1 случае после введения нибентана отмечалось развитие двунаправленной желудочковой тахикардии, успешно купированной одним разрядом дефибриллятора.

В процессе введения нибентана было отмечено преходящее появление у 60% больных отрицательных зубцов Т в грудных отведениях ЭКГ. Для оценки влияния нибентана на перфузию миокарда 12 пациентам с ИБС была проведена перфузионная томосцинтиграфия миокарда. По данным этого исследования ухудшения перфузии миокарда под влиянием нибентана не выявлено, наоборот, отмечена тенденция к уменьшению ишемизированной зоны миокарда. При исходно нарушенной перфузии в ряде случаев получены данные о её улучшении и уменьшении зоны ишемического повреждения.

Выводы:

1. Отечественный препарат нибентан, вводимый из расчета 0,125 мг/кг, является эффективным антиаритмическим средством для купирования суправентрикулярных нарушений ритма.

---

2. Нибентан проявил эффективность при купировании пароксизма желудочковой тахикардии.

3. В связи с практическим отсутствием гипотензивного воздействия на уровень АД, нибентан может являться препаратом выбора для купирования пароксизмов мерцательной аритмии у больных с относительной артериальной гипотонией и для купирования аритмогенного коллапса.

4. Введение нибентана не приводит к нарушениям перфузии миокарда у больных ИБС.

5. В ряде случаев для стойкого купирования суправентрикулярной аритмии необходимо повторное введение нибентана, что не приводит к ухудшению состояния больных и появлению побочных эффектов.

6. Актуально изучение влияния нибентана на внутрисердечную гемодинамику, коронарный кровоток и биохимические показатели крови при повторном и длительном инфузионном применении.

7. Нибентан может быть рекомендован для широкого клинического применения в неотложной кардиологической практике в условиях специализированного стационара.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛОРНОКСИКАМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Верткин А.Л., Вовк Е.И., Горужева Е.И.**

*ННПОСМП; Московский медицинский медико-стоматологический университет, кафедра клинической фармакологии.*

Введение. Общеизвестно, что пациенты с онкологическими заболеваниями имеют право на бесплатное и адекватное обезболивание в системе ОМС. На практике, онкологические больные получают адекватное обезболивание далеко не всегда. Так, у пациентов с верифицированным диагнозом и продвинутым онкопроцессом это нередко происходит вследствие недостаточной скоординированности онкологической и участковой служб в сфере регуляции применения наркосодержащих препаратов. Основной же причиной отсутствия фармакологического обезболивания у пациентов, впервые переживающих болевой синдром, или онкологических больных на ранних стадиях заболевания часто является отсутствие практики применения эффективных и безопасных ненаркотических анальгетиков на догоспитальном этапе специалистами скорой медицинской помощи.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности, безопасности и фармакоэкономической эффективности применения лорноксикама при догоспитальной терапии онкогенной боли. Также исследование имеет целью оценку количества и структуры вызовов СМП в связи с болевым синдромом у онкологических больных.

Материалы и методы. В исследование включено 500 пациентов с онкологическим заболеванием, не получающих системные наркотические анальгетики и обратившихся на СМП по поводу сильного болевого синдрома, которым на догоспитальном этапе однократно назначили 8 или 16 мг лорноксикама. Эффективность лорноксикама оце-

нивали при помощи визуально-аналоговой шкалы, в соответствии с которой больной или специалист СМП со слов больного отмечает выраженность болевого синдрома на 100-мм шкале (0 - отсутствие боли: 100 - максимально сильная боль) которую испытывает больной в данный момент и через 20 мин после введения препарата. Через 20 минут после введения препарата по пятибалльной шкале больной оценивает интенсивность боли до, и после лечения. Во время лечения специалист СМП в минутах измеряет латентный период анальгезии – интервал времени от введения препарата до появления устойчивого анальгетического эффекта.

Результаты и выводы. Лорноксикам является эффективным и безопасным средством догоспитального лечения боли у онкологических больных, не получающих наркотические анальгетики. Применение лорноксикама улучшает качество жизни указанной категории пациентов, поскольку позволяет: 1) обеспечить обезболивание в процессе организации догоспитальной терапии наркотическими анальгетиками; 2) отсрочить назначение или сократить дозу наркотических анальгетиков у онкологических больных.

## **ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Водопьянова Л.В., Куликова Е.Г., Ли О.В., Рожко Н.А.**

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

Нами проанализирована динамика роста обращаемости с фибрилляциями предсердий на станцию скорой медицинской помощи города Комсомольска-на-Амуре за период 1997-2003 годов. Фибрилляция предсердий по результатам работы станции скорой помощи города Комсомольска-на-Амуре выявлена у 1,6-2% обслуженных больных, причем число обращений больных с данной патологией растет. Средний возраст пациентов в 1997-1998 годах составил 68 лет, из них мужчины – 23%, женщины – 77%. Средний возраст пациентов в 2002-2003 годах составил 67 лет, из них мужчины – 31%, женщины – 69%. Население города (среднее число) в 1997-1998 годах составляло 298 450 человек, в 2002-2003 год - 284 575 человек.

Обращаемость за скорой медицинской помощью больных с фибрилляцией предсердий на 1000 населения г.Комсомольска-на-Амуре

	1997-1998 год		2002-2003 год	
	Кол-во	На 1000	Кол-во	На 1000
Число обращений больных с выявленной фибрилляцией предсердий	2064	6,9	2393	8,4
Перманентная форма	1130	3,8	1220	4,3
Пароксизмальная форма	936	3,1	1173	4,1

---

Критерий Стьюдента при сравнении разности показателей 1997-1998 и 2002-2003 годов составил соответственно 7,5 (общий показатель), 4 (перманентная форма) и 10 (пароксизмальная), т.е. с высокой степенью достоверности можно говорить о росте обращаемости больных в городе Комсомольске-на-Амуре с пароксизмами фибрилляции предсердий.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХОБЛ НА МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ**

**Годзенко В.А., Верткин А.Л., Кривцова Е.В., Аринина Е.Н.**

*г. Москва, Московский государственный медико-стоматологический университет, МСЧ ОАО «Мосэнерго»*

Цель: Создать программу профилактики и лечения больных ХОБЛ на многофункциональных промышленных предприятиях.

Исследование проведено у 3680 сотрудников холдинга «Мосэнерго», работающих с производственными факторами риска развития ХОБЛ.

I (основную) группу составили 1045 сотрудников, которым проводилась программа профилактики и лечения ХОБЛ с использованием небулайзерной терапии. Во II (контрольную) группу вошли 2635 аналогичных пациентов, которые не участвовали в профилактической программе, им проводилось традиционное лечение ХОБЛ.

Тяжесть состояния и эффективность терапии оценивались с учетом клинических данных, показателей спирометрии и пиковой объемной скорости выдоха (ПСВ). При посещении врача всем сотрудникам проводилось определение степени табачной зависимости с помощью теста Фаргестрома.

Полученные результаты

Проведенный сравнительный анализ показал, что эффективность небулайзерной терапии 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 течении (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) – 3,8% и 33,6% ( $p < 0,001$ ) соответственно, и меньший процент госпитализаций (11,4% и 15,3% соответственно).

Заболеваемость (число новых случаев ХОБЛ) через год после проведения профилактической программы в I группе была достоверно ниже, чем во II и составила соответственно 4,3:1000 против 9,5:1000.

Среднее число дней нетрудоспособности при обострении ХОБЛ было достоверно ниже в I группе и составило 15,8 дня против 19,7 дней во II группе ( $p < 0,05$ ).

---

Таким образом, небулайзерная терапия при лечении ХОБЛ как в стабильном течении, так и при обострении 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.

Внедрение программы профилактики ХОБЛ у лиц, работающих с производственными факторами риска, позволяет снизить заболеваемость ХОБЛ, активно выявлять болезнь на ранних стадиях, уменьшить количество обострений и число дней нетрудоспособности, что в конечном итоге обеспечивает фармакоэкономический эффект.

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО- ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Григорьев Ю.Г., Бобринская И.Г., Мишин В.Ю.**

*МГМСУ*

Успехи антибактериальной терапии и хирургических методов лечения создают возможность к продлению жизни больных туберкулезом легких. Однако, наряду с этим, растет и число лиц с остаточными пневмосклеротическими изменениями в легких. Даже при благоприятном течении и исходе туберкулез легких в 90-95% оставляет след в виде различных патоморфологических изменений.

Волнообразно протекая в течение многих лет, специфический процесс приводит к формированию хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Перибронхиальный фиброз и эмфизема, усугубляя механическую неоднородность легких, ведут к развитию дыхательной недостаточности и легочной гипертензии.

Результатом этих процессов является формирование хронического легочного сердца с постепенным развитием сердечной недостаточности. Сформировавшиеся синдромы легочной и сердечной недостаточности часто становятся причиной резкого утяжеления состояния больных, особенно при возникновении рецидивов основного заболевания и требуют интенсивной корригирующей терапии. По нашим данным из 419 больных в возрасте 60 лет и старше удельный вес больных с рецидивами процесса в возрасте до 70 лет составил 36,2%, в старшей возрастной группе 63,8%.

Целью настоящего исследования являлась оценка характера, частоты и тяжести нарушений легочного газообмена и КЩС у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких на фоне активного (первичного или рецидивного) туберкулеза легких. Обследовано 196 больных. Из 196 больных у одной трети диагностирован впервые выявленный туберкулез и у двух третей имел место рецидив заболевания.

Распределение больных с активным туберкулезом легких по возрасту и формам заболевания.



**Таблица №1**

группы больных	Возраст больных (в годах)	Общее кол-во больных	Формы туберкулеза легких				
			Очаговая	Инф-я	Туберкулема	Диссеминированная	Фибрино-кавернозная
1	60-70	150	70	40	4	15	21
2	71-95	269	70	115	29	18	37
Всего		419	140	155	33	33	58
%		100	33,4	37	7,9	7,9	13,8

Всем больным проводились исследования газового состава и КЩС артериализированной капиллярной крови на газоанализаторе фирмы Radiomet.

Результаты исследований выявили следующее. Дыхательная недостаточность различной степени тяжести была выявлена у 81,1% больных (таблица №2)

Изменения напряжения кислорода в капиллярной крови у больных туберкулезом легких в различных возрастных группах.

**Таблица 2**

Группы больных	Возраст больных	Кол-во больных	Гипоксемия отсутствовала (кол-во б-ых)	Гипоксемия (кол-во больных)		
				1 стадия	2 стадия	3 стадия
I	60-70	150	33	65	41	11
II	> 70	269	46	122	83	18
Всего		419	79	187	124	29
%%		100	18,9	44,6	29,6	6,9

У больных с выраженной гипоксемией на первый план выступала сердечная недостаточность на фоне легочного сердца со всеми ее типичными проявлениями. Показатели газового состава крови имели большое значение при декомпенсации легочного сердца, поскольку свидетельствовали о тяжести состояния пациентов и необходимости коррекции не только дыхательной, но и сердечной недостаточности

Изменения КЩС у больных туберкулезом легких в различных возрастных группах.

**Таблица №3**

Группы больных	возраст	К-во больных	Норма (к-во б-ых)	дыхательный		метаболический	
				ацидоз	алкалоз	ацидоз	алкалоз
I	60-70	150	54	40	27	13	16
II	>70	269	54	67	53	39	22
Всего		419	142	107	80	52	38
%%		100	33,9	25,5	19,1	12,4	9,1

Изменения КЩС свидетельствуют о том, что чаще всего возникал ацидоз, причем дыхательный ацидоз встречается чаще, чем метаболический, т.е. для больных туберкулезом легких любой формы характерна декомпенсированная форма дыхательной недостаточности с декомпенсацией КЩС. При присоединении сердечной недостаточности с нарушениями периферического кровообращения развивался декомпенсированный метаболический ацидоз.

---

Причинами нарушения дыхания и кровообращения у большинства больных были легочные изменения, нарушения бронхиальной проводимости в связи с хроническим бронхитом, изменениями механики дыхания, растяжимости легких, сопровождающихся гипертензией в малом круге кровообращения и нарушением вентиляционно-перфузионных отношений. Важную роль играли сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь, атеросклеротический коронарокардиосклероз, снижение сократительной способности миокарда.

Эффективность лечения больных в случае развития дыхательной и сердечной недостаточности в первую очередь зависела от коррекции этих синдромных нарушений. Поэтому в процессе лечения туберкулеза легких, особенно у пожилых пациентов необходим контроль газового состава крови и КЩС для своевременной диагностики и интенсивной терапии сердечно-легочной недостаточности.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Джумабаев Э.С., Асронов Ш.Я, Ташланов М.М.**

*Республика Узбекистан, г. Андижан, филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.*

Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и кафедра хирургических болезней им. С.У.Джумабаева АГМИ предлагает новый в условиях экстренных и экстремальных ситуаций метод введения антибиотиков в организм, именуемый лимфотропной антибиотикотерапией.

Прежде чем применить метод в условиях неотложной состояний мы обратились к экспериментальным исследованиям. У 38 собак с 8 часовым каловым перитонитом и дренированным лимфатическим протоком на шею проведены 4 серии экспериментов. Для изучения фармакокинетики нами выбран гентамицин, который использовался в дозе 1 мг/кг. В 1-ой серии антибиотик вводился внутримышечно, во второй – в периферическую вену тазовой конечности, в 3 серии лимфотропно и в 4-ой – подкожно. Методика лимфотропной терапии неоднократно публиковалась нами ранее. Концентрацию антибиотика в биологических жидкостях (кровь и центральная лимфа) исследовали через 0,5; 1; 3; 6 и 24 часа после введения. Концентрацию определяли методом. В качестве тест микроба использовали штамм B.Subtillis (6633) в микробной нагрузке 10<sup>8</sup> тел на 1 мл. питательной среды. Результаты сравнительной фармакокинетики показали, что метод лимфотропного введения антибиотика создаёт большее, более стабильное и длительное содержание препарата как в центральной лимфе, так и в крови, по сравнению с внутримышечным, внутривенными и подкожным введениями. Так например, через 3 часа от начала исследования в крови концентрация гентамицина при лимфотропном введении (6,46±1,45 мг/г) оказалась в 3 с лишним раза больше чем при в/м (1,65±0,58 мг/г), в/в (1,89±0,46 мг/г) методах введения, а через 24 часа при лимфотропном введении этот показатель равен субтерапевтической дозе

---

– 1,07±0,23 мг/г, тогда как при в/м и в/в введениях не обнаружено даже следов антибиотика. Аналогичная картина наблюдается при исследовании концентрации антибиотика в лимфе. Таким образом однократное лимфотропное введение гентамицина в среднетерапевтической дозе обеспечивает в течение 24 часов субтерапевтическую концентрацию антибиотика как в центральной лимфе, так и в крови.

Учитывая преимущественно лимфогенное распространение инфекции, а также возможность применения метода на самых первых этапах оказания помощи в условиях «03», принимая во внимание длительный лечебный эффект метода, не требующего частых повторных инъекций в течении суток, мы считаем, что лимфотропная антибиотикотерапия является антибиотикотерапией выбора в рассматриваемых ситуациях.

Нами проанализированы результаты применения метода лимфотропной антибиотикотерапии которая начиналась на этапе оказания помощи службой «03» и продолжалась в стационаре у 1526 больных с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости, которые составили основную группу. 1344 больных с идентичной патологией и объёмом оперативных вмешательств составили контрольную группу. У этих больных антибиотики вводились в/м или в/в. Вид используемых антибиотиков был идентичен в сравниваемых группах больных.

Результаты исследования показали, что использование лимфотропной антибиотикотерапии в комплексном лечении больных приводит к более благоприятному течению послеоперационного периода с более быстрой ликвидацией воспаления, отёка тканей, нормализацией температурной реакции и содержания лейкоцитов крови, быстрее восстанавливается перистальтика кишечника, уменьшается процент гнойно-септических осложнений как со стороны брюшной полости, так и послеоперационной раны. Все это позволяет более активно вести больных, с ранним кормлением и ходьбой. Благодаря использованию метода, в большинстве наблюдений удалось снизить число осложнений и летальность у больных с urgentной хирургической патологией. Так например, при деструктивном аппендиците процент гнойно-септических осложнений составил в основной группе 5%, контрольно-7%, летальность соответственно 0% и 0,28%, при перфоративной язве осложнения наблюдались в 5,8% в основной группе и 6,3% в контрольной, летальность 1,9% и 3,8% соответственно, при остром деструктивном холецистите процент осложнений равен 4,7 в основной группе и 6 - в контрольной, летальность 3,9 и 3,7%. Преимущества лимфотропной антибиотикотерапии наблюдались и по другим нозологическим единицам: ущемленной грыже, острой кишечной непроходимости, острому деструктивному панкреатиту и другим. При этом курсовая доза антибиотиков была сокращена в 4-5 раз, а число производимых инъекций в среднем в 3 раза. Всё это обеспечивает ощутимый экономический эффект, экономию времени и сил медперсонала, удобств больным. В случае полного перехода 350 коечного центра на лимфотропной антибиотикотерапии, экономия может составить более 40 тысяч долларов США в год.

Таким образом, предлагаемый метод лимфотропной антибиотикотерапии эффективен, экономически выгоден. Легко выполним на любых этапах медицинской помощи, апробован на большом экспериментальном и клиническом материале способствует снижению осложнений и летальности и может занять своё место в совершенствовании организации urgentной помощи больным.

---

## ВЫБОР МЕТОДА ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ

**Дибиров М.Д., Черкезов Д.И., Саркисян Ю.Г., Дибиров А.А.,  
Терещенко С.А., Панникова А.Б.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет*

Одной из самых частых причин летальности при хирургической патологии является эндотоксикоз.

При перитоните, панкреатите, ишемической непроходимости, механической желтухе, острой и хронической ишемии нижних конечностей эндотоксикоз является ведущей и основной причиной летальности, вызывая полиорганную недостаточность.

Экстракорпоральные методы детоксикации позволили значительно улучшить результаты лечения.

Нами проанализирован опыт экстракорпоральной детоксикации у 36 больных с разлитым гнойным перитонитом, 45 - с острым панкреатитом и 80 больных с острой и хронической ишемией нижних конечностей.

Эндотоксикоз II степени (средней тяжести) - уровень молекул средней массы от 400 - 600 у.е. отмечен у 52 (32%), эндотоксикоз III степени (тяжелый) - уровень молекул средней массы 600 - 800 у.е. отмечен у 109 (68%) больных. Критический эндотоксикоз IV степени - уровень средних молекул от 800 - 1000 и более в большинстве своем несовместим с жизнью.

Показанием к экстракорпоральным методам детоксикации (гемосорбция, плазмаферез, энтеросорбция) является неэффективность форсированного диуреза и прогрессирование тяжести эндотоксикоза. Исследования показателей недоокисленных продуктов выявили, что во II степени эндотоксикоза уровень пировиноградной и молочной кислоты составляет соответственно  $1,12 \pm 0,6$  мг% ( $N 0,58 \pm 0,2$ ) и  $29,2 \pm 3,5$  мг% ( $N 23,4 \pm 1,7$ ), а в III степени -  $1,96 \pm 1,1$  и  $41,5 \pm 6,7$ .

Соответственно с нарастанием эндотоксикоза в крови повышается количество циркулирующих иммунных комплексов во II степени -  $6,5 \pm 0,2$  ед. и в III степени -  $7,2 \pm 0,3$  ( $N$  до 2,2 ед.). При II степени эндотоксикоза фагоцитоз снижается в среднем на 25%, а в III степени на 30%.

Аналогичные изменения в сторону вторичного иммунодефицита по мере нарастания эндотоксикоза определяются при изучении клеточного и гуморального звеньев иммунореактивности.

Изучение гемокоагуляции показало, что в I - II степени эндотоксикоза отмечается выраженная гиперкоагуляция, а в III степени и особенно IV степени эндотоксикоза выявлена тенденция к гипокоагуляции потребления.

Гемосорбция в среднем 2-5 сеансов при устранении причины эндотоксикоза выполнена у 62 больных. Сорбция проводилась в течение 60 минут через день с использованием углеродных углей СКН.

Плазмаферез (3-5 сеансов) выполнялся в основном больным с III степенью эндотоксикоза ежедневно (в зависимости от течения эндотоксикоза) адекватным возмещением плазмы нативной плазмой.

Наряду с детоксикацией больные получали иммуностимулирующие и иммунозамещающие препараты. Коррекция нарушений гемокоагуляции проводилась с учетом ко-

---

агулограммы. У 16 больных с деструктивным панкреатитом и пантонекрозом произведено наружное дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией и реинфузией по Ярема И.В.

## **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА» У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Дибиров М.Д., Черкезов Д.И., Саркисян Ю.Г., Дибиров А.А.,  
Панникова А.Б., Буланова Т.В., Верткина Н.В., Терещенко С.А.**

Московский государственный медико-стоматологический университет

У лиц пожилого и старческого возраста причиной критической ишемии является окклюзия артерий дистальнее паховой связки. Процент ампутации при этом по литературным данным достигает до 50-60%

В течение 5 лет оперировано 86 пациентов пожилого и старческого возраста с атеросклеротической окклюзией бедренной, подколенной и берцовой артерий. Ишемия 3 стадии была у 48, 4 стадии у 38. Средний возраст больных составлял 74 года. Сопутствующая патология, была у всех оперированных больных. ИБС – была у 94%, хроническое неспецифическое заболевание легких у 84 %, патология почек и печени у 26%, инфаркт миокарда в анамнезе был у 64 из 84 больных, нарушение мозгового кровообращения у 28 больных. Больные сахарным диабетом в анализирующую группу не вошли.

В диагностике степени гемодинамических расстройств и локализаций окклюзии использовали ультразвуковое доплеровское исследование, реовазография, ангиография, компьютерная и магнитно-резонансная томография с контрастированием. По данным обследования хорошее дистальное русло было у 1 больных, удовлетворительное у 38, плохое у 36 пациентов.

В предоперационном периоде применялись мероприятия по снижению эндогенной токсемии, лечению сопутствующей патологии, повышению иммунореактивности, улучшению реологических свойств крови. За два часа до операции в/в вводили суточную дозу антибиотиков широкого спектра действия для профилактики инфекционных осложнений.

Оперативное вмешательство выполнено у 78 больных под перидуральной анестезией, у 8 под эндотрахеальным наркозом.

Бедренно-проксимально-подколенное шунтирование выполнено у 22 больных, бедренно-дистально-подколенное шунтирование у 36, бедренно-берцовое шунтирование у 12, артериализация поверхностной венозной системы у 9, глубокой венозной системы у 7. У больных с плохим дистальным оттоком у 22 выполнена атериевенозная фистула ниже места анастомоза. Поясничная симпатэктомия одновременно с артериализацией выполнена у 48 (45%) больных. Для шунтирования у 48 (69%) использовалась аутовена. При неадекватности аутовены у 22 (31%) больных для шунтирования использован протез «Gore-tex» с диаметром 6 мм или отечественные протезы «Экофом».

---

В раннем послеоперационном периоде тромбоз отмечен у 8 (11%) больных и у 4 (25%) больных с артериализацией венозного русла. Ампутация на беднее выполнена у 8 (9,3%) больных.

Из 78 больных с хорошим эффектом из клиники выписаны 44, с улучшением 26 и без эффекта 8 больных. Через 6 месяцев из 50 обследованных больных тромбоз шунта отмечен у 8 (16%). Ампутация выполнена у 6 (12%). У 42 (84%) больных кровообращение в конечности было достаточным для нормальной функции конечности.

Полученные результаты ревазуляризации конечности при дистальных окклюзиях и критической ишемии показывают высокую ее эффективность и необходимость выполнения восстановительных операций у лиц пожилого и старческого возраста.

## **КОРРЕКЦИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ ПРИ ХИРУРГИИ АОРТЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ**

**Дибиров М.Д., Черкезов Д.И., Саркисян Ю.Г., Дибиров А.А.,  
Панникова А.Б.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет*

Профилактика гнойно-септических осложнений при реконструктивных операциях на артериях тяжелой ишемии нижних конечностей является чрезвычайно важной и актуальной задачей современной ангиохирургии.

Тяжелая ишемия, выраженный эндотоксикоз, операционная травма, наркоз, кровопотеря приводит к вторичному иммунодефициту.

Изучено состояние клеточного и гуморального иммунитета у 190 больных с различными стадиями ишемии нижних конечностей.

При анализе результатов выявлено, что у больных с I и II стадиями ишемии существенно изменений в иммунном статусе нет. При III и особенно у больных с IV стадией ишемии отмечается выраженный иммунодефицит.

Изучение клеточного звена иммунитета показали, что в III стадии Т-лимфоциты (Е-РОК) снижены на 18-20% +/- 4,2%, в IV стадии на 25,14 +/- 5,7%. Одновременно происходит некоторая тенденция к повышению В-лимфоцитов (ЕАС-РОК) в III стадии на 29, +/- 5,3%, в IV стадии - 31,7 +/- 4,9%.

С нарастанием тяжести ишемии отмечается резкое снижение фагоцитоза на 23% при III стадии и до 30% - IV стадии.

Изучение иммуноглобулинов показало, что при III стадии концентрация иммуноглобулинов А, М, G повышается на 10%, а в IV стадии отмечается резкое снижение иммуноглобулина G на 20-25% и дальнейшее повышение иммуноглобулинов А и М на 15-20%.

У больных III и IV стадиями ишемии отмечается резкое повышение в крови циркулирующих иммунных комплексов на 30 и 50% соответственно.

Изучение иммунограмм после реконструктивных операций показало, что иммунодефицит нарастает соответственно тяжести операционной травмы, кровопотери, эндотоксикоза и степени ишемии.

---

С целью профилактики инфекционных осложнений в пред и послеоперационном периоде у 118 больных параллельно с детоксикационными мероприятиями (форсированный диурез, гемосорбция, плазмоферез) проводилась иммуностимуляция.

В течение 7-10 дней до операции и в течение 5-7 суток после операции назначались тималин по 10 мг 2 раза в день, Т-активин по 100 мг, продигозан, пропермил, левомизол в обычных терапевтических дозах. У больных с тяжелым иммунодефицитом наряду с иммуностимуляцией проводилась иммунозаместительная терапия (гипериммунная плазма, антистафилакокковый иммуноглобулин, нативная плазма).

В день операции утром вводились антибиотики широкого спектра действия в основном цефалоспорины 2 гр. в/м у больных с III стадией однократно, а в IV стадии в течение 5-7 суток после операции.

С применением иммунокоррекции оперировано 138 больных. Аорто-бедренное бифуркационное шунтирование выполнено у 66 больных протезирование у 12, подвздошно-бедренное шунтирование выполнено у 60 больных с III и IV стадиями ишемии.

Анализ результатов показал, что инфекционные осложнения после иммунокоррекции развились только у 5 (7%) больных. А в контрольной группе - 14,2%, что более чем в 3 раза превышает, чем у пациентов, получивших иммунокоррекцию.

Таким образом, полученные данные доказывают целесообразность иммунокоррекции в пред- и послеоперационном периоде у больных с III и IV стадиями ишемии.

## **МИНИИНВАЗИВНЫЕ СИМПАТЭКТОМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Дибиров М.Д., Черкезов Д.И., Саркисян Ю.Г., Терещенко С.А.,  
Дибиров А.А., Панникова А.Б.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет*

Лечение больных окклюзирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей у лиц пожилого и старческого возраста является одной из трудных задач хирургии. Атеросклеротическое поражение артерий является одной из главных причин смерти лиц данной возрастной группы. Выполнение реконструктивных операций таким больным сопряжено с огромным риском, а у 25-40% пациентов выполнить вмешательство невозможно из-за распространенности окклюзионного процесса.

Одним из методов влияния на коллатеральное кровообращение является хирургическое вмешательство на симпатической нервной системе. Внедрение миниинвазивных видеоэндоскопических операций позволило резко расширить показания к поясничной симпатэктомии и выполнить ее у крайне отягощенных сопутствующей патологией больных.

Нами выполнено 95 поясничных симпатэктоми в чистом виде у лиц пожилого и старческого возраста через кожный разрез длиной 2-3 см. выходили в забрюшинное пространство и с помощью видеоэндоскопической аппаратуры освещения и инструментов. Контрольная группа составила 39 больных с аналогичной клинической картиной, которым выполнена поясничная симпатэктомия через обычный люмботоми-

---

ческий доступ длиной 15-20см. по Такатсу (Takats). Другие доступы не использовали. Показаниями к симпатэктоми были: невозможность выполнить реконструктивные операции из-за многоэтажной локализации стенотически окклюзионного процесса с плохим дистальным оттоком.

Поясничная симпатэктоми выполнялась в основном при 3 стадии ишемии (69%) как при облитерирующем атеросклерозе, так и при диабетической макроангиопатии. При 2Б стадии ишемии показаниями к поясничной симпатэктоми (24% больных) служило отсутствие заметного улучшения кровоснабжения конечности при длительной неоднократной консервативной терапии. У больных с 4 стадией ишемии показаниями к симпатэктоми ставились невозможность выполнить реконструктивную операцию из-за сосудистого фактора (87%). Из 9 больных с 4 стадией заболевания у 6 были трофические язвы до 4-6 см. У 3 сухая ограниченная гангрена без выраженного перифокального воспалительного-некротического процесса.

Для уточнения показаний к симпатэктоми при дистальных окклюзиях использовалась проба с внутри артериальным введением мидокалма (но-шпы). При обследовании использовались следующие методы диагностики: кожная термометрия, реовазография, радиоизотопное излучение кожного и мышечного кровотока, ультразвуковая доплерография, дуплексное сканирование сосудов, ангиография, лабораторные исследования и стандартные методы клинической диагностики.

Из 95 оперированных больных у 10 (10,5%) больных, некоторые улучшение наступило у 69 (72,6%) больных.

Анализ осложнений после симпатэктоми в основной и контрольной группах показал, что у больных основной группы, несмотря на тяжесть состояния, количество осложнений в 3 раза меньше, чем у больных контрольной группы.

При правильном отборе больных поясничная симпатэктоми позволяет не только улучшить состояние больного, снять больвой синдром, но и заживить трофические язвы, а у части больных выполнить малые ампутации и достичь «независимости» от окружающих и родственников больного.

Таким образом, мининвазивная техника симпатэктоми позволяет в 2 раза расширить показания к операции у тяжелой категории больных и если нет противопоказаний к проведению наркоза или перидуральной анестезии, то к данному виду вмешательства. Нет хирургических противопоказаний.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ПЯТИГОРСКОЙ ССМП**

**Дмитриенко И.А., Морозов В.А., Морев И.И., Орлова М.Э.**

*Ставропольский Край, г. Пятигорск, Муниципальное Учреждение Здравоохранения «Пятигорская Станция Скорой Медицинской Помощи».*

Вызовы по поводу заболеваний, сопровождающихся подъемом артериального давления, составляют 24,4% от общего количества вызовов, из них 94% - кризовые со-



---

стояния. С 2001 года МУЗ «Пятигорская ССМП» участвует в исследованиях ННПОСМП по дифференцированной терапии гипертонических кризов, в течение этого времени на станции принят за стандарт и внедряется алгоритм лечения ГК, опубликованный в журнале «Неотложная терапия» №4-5 в 2001 году.

Проанализированы карты вызовов к больным с гипертоническими кризами в течение января 2001 и 2004 г. В январе 2001 года таких вызовов было 1162, 2004г. – 1203. По половому и возрастному составу группы достоверно не отличались. Однако имеется существенная разница в тактике лечения, спектре и количестве применяемых препаратов.

В январе 2001 года для лечения ГК на вызовах проведено 1733 инъекции (149,3% случаев), в 2004г. – 903 инъекции (75,3% случаев). Наиболее часто в 2001 году применялись: папаверин (77,7%), дибазол (72,4%), анальгин (58,9%), димедрол (45,4%). В 2004г. эти препараты использовались реже в 4,6 – 8,9 раз: папаверин в 10,2% случаев, димедрол в 9,9%, дибазол в 17,8%, анальгин в 6,6% случаев. Сернокислая магнезия применялась ранее в 17,2% случаев, причем 14,7% внутримышечно, в 2004г. – в 21,9% и только внутривенно. Кроме того, в 2001 году использовались: эуфиллин – в 21,5% сл., 11,3% в сочетании с сердечными гликозидами, фуросемид в 14,4% сл., внутривенное введение клофелина в 18% сл., а также платифиллин (2,2%), сульфокамфокаин (1,6%), аминазин (1,4%), дроперидол (4,8%) и в единичных случаях – но-шпа, баралгин, кеторол. Таблетки обзидана применялись у 3,8% больных.

В 2004 году в 50,1% случаев использованы таблетированные формы препаратов: бета-блокаторы в 17,8 % случаев ( эгилек – 3,6%, обзидан – 6,2%, анаприлин – 8,0%), кордафлекс в 19,5 %сл., клофелин в 7,9% сл., каптоприл или тензиомин в 4,9% сл. Использовались также – таблетки феназепам (4%), эуфиллин (10,2%), фуросемид (11,2%), дроперидол (1,6%). Не применялись в январе 2004 года платифиллин, сульфокамфокаин, аминазин, но-шпа, баралгин и внутривенные инъекции клофелина.

Работа по внедрению современных стандартов лечения требует постоянной кропотливой работы с персоналом выездных бригад, и проблема качества лечения напрямую связана с решением проблемы кадров на «Скорой». Так, например, из имеющихся в 2004 году случаев нарушения стандартов лечения ГК в 88,6% случаев авторы – медработники с более чем 30-тилетним стажем работы, привыкшие руководствоваться лишь собственным опытом, либо врачи - «внешние совместители».

Проведен также экономический анализ внедрения нового алгоритма лечения гипертонических кризов. Стоимость лечения на одном вызове по поводу ГК в 2001 году составила 9,8 руб., в 2004 году – 5,4 руб., что дешевле в 1,8 раза. Полученная экономия в расчете на годовое количество вызовов с ГК составила 73739,6 руб., данная сумма равна затратам на среднее месячное лекарственное обеспечение станции.

Таким образом, внедрение современных стандартов лечения гипертонических кризов позволило улучшить качество догоспитальной помощи при ощущимом снижении затрат.

---

# ТАКТИКА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

**Дмитриченко Н.Н., Кондратьев А.И., Ткаченко Т.В.**

*Государственная медицинская академия, г. Омск*

Определение адекватного объема инфузионной терапии является очень важным моментом лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при сопутствующей патологии (сахарный диабет, хирургические болезни и др.). В случае госпитализации и назначения внутривенной инфузии при различных неотложных состояниях у больных ХСН (как установленной, так и еще не диагностированной) нередко возникает нежелательная ятрогенная гипervолемия, угрожающая ухудшением состояния пациента.

С целью выявления ранних признаков сердечной недостаточности методом трансторакальной эхокардиографии обследовано 206 пациентов с ишемической болезнью сердца без клинических признаков застойной сердечной недостаточности (НУНА), поступавших в хирургические отделения многопрофильной больницы скорой медицинской помощи. Исследования выполнены на ультразвуковой системе Hewlett Packard SONOS-100. Определялись следующие параметры: размеры предсердий, систолический (КСР) и диастолический (КДР) размеры левого желудочка, показатели скорости трансмитрального кровотока (пики Е и А), фракция выброса левого желудочка (ФВ).

Бессимптомное увеличение размеров левого предсердия отмечалось у 36 больных (17,4%), причем у 20 человек (9,7%) были увеличены оба предсердия. Изменялись и показатели скорости трансмитрального кровотока. Обнаружено снижение раннего диастолического трансмитрального градиента давления и скорости нарастания пика Е, что свидетельствовало об удлинении изоволюмического расслабления; а также увеличение скорости пика А и компенсаторное усиление предсердного компонента.

Этот комплекс изменений можно расценить как тип замедленной релаксации диастолической дисфункции левого желудочка. Она преимущественно регистрировалась у больных со стенокардией напряжения II-III функционального класса, а также у пожилых.

У 90 больных (43,6%), кроме увеличения левого предсердия, увеличивался и левый желудочек (КДР, КДО превышали нормальные показатели), фракция выброса снижалась до 40%, что характеризовало систолическую дисфункцию левого желудочка, которая чаще наблюдалась у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.

Дилатационный синдром с увеличением всех полостей и снижением фракции выброса менее 40% при отсутствии выраженной клинической симптоматики ХСН выявлен у 12 больных (5,7%) с повторными и рецидивирующими инфарктами миокарда в анамнезе.

Таким образом, наряду с клинической оценкой, выявление ранних признаков сердечной недостаточности методом трансторакальной эхокардиографии (произведенной в плановом или неотложном порядке) позволяет своевременно внести соответствующие ограничительные коррективы в инфузионную терапию пациентов с

---

ишемической болезнью сердца при сопутствующей патологии для предупреждения таких острых осложнений, как отек легких и кардиальная астма.

## **СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ РЕБЕНКА 10 ЛЕТ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ.**

**Дубинин И.В., Васильева С.Н., Росоха Е.Г.**

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

Отмечая необходимость витамина С для нормального функционирования всех органов и систем организма, необходимо отметить, что употребление его детьми в больших дозах, без интенсивного расходования (т.е. при отсутствии острых инфекционных, гипоксических и прочих состояний, повышающих её потребление тканями), может привести к нежелательным последствиям.

На практике последствия передозировки аскорбиновой кислоты встречаются редко, либо не всегда связываются лечащим врачом с предшествующим употреблением витамина С. Вторым аспектом проблемы является редкость публикаций на эту тему, что приводит к недооценке врачами актуальности проблемы, хотя педиатры «скорой помощи» периодически в своей работе встречаются со случаями бесконтрольного употребления витамина С.

Нам удалось проследить случай отравления аскорбиновой кислотой у девочки 10 лет, с последующим развитием осложнения в виде острого гастрита и переходом его в хроническую форму.

Ребёнок В., 12 лет. Из анамнеза: до 10-летнего возраста перенесла трижды кишечные инфекции (в 3-, 5- и 9-летнем возрасте), ОРВИ- 1-2 раза в год, энурез с раннего возраста, простой гиперметропический астигматизм с 7-летнего возраста. Однократно, в 3-летнем возрасте, при лечении кишечной инфекции в стационаре, в анализе мочи выявлены ураты +++ . При обследовании у нефролога выставлен диагноз: “Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по гипотоническому типу”. Патологии со стороны почек не выявлено.

В 10-летнем возрасте (ноябрь 2001г) ребёнок самостоятельно купил в аптеке 2 флакона витамина С в драже и съел их в течении нескольких часов. Суммарная доза препарата составила 20 грамм (400 др. по 50 мг), при возрастной дозировке - 50 мг в сутки. На следующий день появились боли в животе, тошнота, отсутствие аппетита лёгкая желтушность кожных покровов. Ребёнок госпитализирован в стационар с диагнозом: “Острый гастрит. Вирусный гепатит?” Первоначально скрыв факт употребления витамина, девочка созналась в этом на третьи сутки, на фоне установления доверительных отношений с лечащим врачом. При обследовании в анализах мочи выявлена оксалурия ++, КФС+, реакция Сулковича ++, АКОС к оксалатам Са и фосфатам Са снижена, что отражает наличие мембранолиза. УЗИ: признаки гастродуоденита; панкреатопатии; дискинезии желчевыводящих путей, на фоне S-образной деформации желчного пузыря. Биохимический анализ крови без патологии. Был установлен диагноз: “Острый гастрит. Дискинезия желчевыводящих путей на фоне деформации желчного

---

пузыря. Панкреатопатия. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по гипотоническому типу. Энурез". Проведено лечение: диетотерапия, антациды, ферменты, церукал, платифилин, кислородный коктейль, седативная терапия, адаптогены, электрофорез с цинком и никотиновой кислотой на область мочевого пузыря. Выписана из стационара на 28 суток с улучшением, с рекомендациями по дальнейшему лечению.

В течение последующих двух лет неоднократно отмечались жалобы диспептического характера при нарушении диеты. В 2002 году ребёнок поставлен на диспансерный учет с диагнозом хронического гастродуоденита. В течение последних двух лет больная получала лечение по поводу обострения основного заболевания амбулаторно - 4 раза, однократно в стационаре. В последние 2 месяца наблюдения присоединились жалобы, характерные для гастроэзофагального рефлюкса: отрыжка воздухом и малыши порциями пищи после еды при наклонах, в положении лёжа.

Суммируя вышеперечисленное, отмечаем, что одномоментный приём большого количества аскорбиновой кислоты у данного ребёнка, не привёл к развитию патологии со стороны почек, что по данным литературы является наиболее прогнозируемым осложнением, однако, привёл к развитию патологии желудочно-кишечного тракта, с исходом в хронизацию процесса.

Целью нашей статьи является:

1 Описание конкретного случая отравления аскорбиновой кислотой в связи с недостаточностью публикаций по данной проблеме.

2 Обратить внимание практикующих врачей на необходимость серьёзного подхода к вопросу передозировки аскорбиновой кислоты у детей.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И АЛГОРИТМЫ КУПИРОВАНИЯ ТАХИКАРДИЙ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Дьяконов А.А., Тюлькина Е.Е.**

*ССМП, Ижевск, РУДН, Москва*

Актуальность темы. Решающее влияние на непосредственные и отдаленные результаты неотложной кардиологической помощи оказывает фактор времени. В подавляющем большинстве случаев urgentные состояния возникают вне кардиологических лечебных учреждений. Оптимальные условия для оказания неотложной помощи имеются в отделениях реанимации и палатах интенсивной терапии кардиологических отделений. Однако эти отделения обычно являются вторым (после скорой медицинской помощи), а часто – третьим этапом лечения (Руксин В.В., 1998).

Регулярные тахикардии с широкими QRS нередко встречаются в практике кардиологов, реаниматологов, врачей скорой помощи и требуют точного дифференциального диагноза для правильного определения лечебной тактики. Трудности дифференциальной диагностики тахикардий с широкими комплексами обусловлены недостаточной чувствительностью многочисленных критериев (Лебедев Д.С., 1998), а с точки зрения практического врача еще и трудны для запоминания. В результате возникает

---

необходимость в определении таких признаков, на основании которых можно было провести дифференциальную диагностику на догоспитальном этапе, не прибегая к специальным методам исследования и детальной оценке стандартной ЭКГ.

В результате проведенного исследования нами было выявлено, что регулярные тахикардии - пароксизмальные наджелудочковые тахикардии (ПНЖТ), пароксизмальные желудочковые тахикардии (ПЖТ) и пароксизмальное трепетание предсердий (ПТП) с регулярным АВ -проведением нередко встречаются в практике врачей СМП и для их купирования требуется четкое разграничение этих нарушений ритма сердца, так как методы и средства их лечения неодинаковы.

Согласно классификации тахикардии с широкими комплексами QRS включают:

- желудочковые тахикардии;
- антидромные реципрокные тахикардии (тахикардии при синдроме предвозвуждения желудочков, когда дополнительное предсердно-желудочковое соединение («пучок Кента») функционирует в антероградном направлении);
- наджелудочковые реципрокные тахикардии с блокадой ножки пучка Гиса;
- нодовентрикулярные, нодофасцикулярные и фасцикуловентрикулярные (волокна Махейма) тахикардии;
- предсердные тахикардии с блокадой ножки пучка Гиса;
- трепетание предсердий правильной формы с блокадой ножки пучка Гиса.

(Бокерия Л.А., 1990; Кушаковский М.С.,1998)

Целью настоящей работы явилось выявление признаков, наиболее характерных для того или иного вида регулярных тахикардий, позволяющих проводить дифференциальную диагностику на догоспитальном этапе, а также определение эффективности и безопасности алгоритмов купирования тахикардий с широкими QRS в условиях оказания помощи на догоспитальном этапе.

Результаты исследования и обсуждение. На догоспитальном этапе в условиях работы специализированной кардиологической бригады провели проспективное наблюдение (в течение 1993-2002 г.) у 314 больных с устойчивыми (от начала приступа до прибытия бригады) приступами регулярной тахикардии в возрасте от 9 до 94 (средний возраст  $57,8 \pm 0,9$ ) лет.

Мы попытались сравнить эти пароксизмальные тахикардии по основным показателям с целью определения наиболее характерных признаков для каждого вида пароксизмальных тахикардий и по совокупности отдельных признаков провести дифференциальную диагностику этих нарушений ритма сердца на догоспитальном этапе.

Как правило, диагностика ПТП не вызывает затруднений, так как на стандартной ЭКГ обычно четко определяются волны FF. В редких случаях, когда волны FF не видны, диагностировать ПТП можно с помощью внутривенного введения 10-30 мг АТФ, которая вызывает преходящее нарушение проведения в АВ – узле с появлением волн FF и нерегулярности ритма. Однако, с увеличением дозы АТФ возрастает его проаритмогенный эффект и влияние на системную гемодинамику (снижение периферического кровотока и вследствие этого снижение АД) [В.И. Метелица,1996, Е.А. Прохорович, 2002, С.М. Яшин, 2002, Donahue et al.,1998]. Поэтому в наших исследованиях АТФ применялась в дозе 10 мг; что, по нашим наблюдениям, было достаточно для преходящего нарушения АВ – проведения и выявления волн FF.

Наибольшие затруднения на догоспитальном этапе (в случае отсутствия чреспищеводной электрограммы) вызывает дифференциальная диагностика ПЖТ и ПНЖТ с широкими QRS. Почти по всем признакам ПТП имеет средние показатели по отношению к ПНЖТ и ПЖТ (таблица 1). Нами было выявлено, что такие признаки, как впервые возникший устойчивый приступ, наличие

**Таблица 1.**

Сравнительная характеристика регулярных тахикардий по основным показателям

Показатели	ПНЖТ (n=217)	ПТП (n=62)	ПЖТ (n=35)
1. Средний возраст (M± m, лет)	56,6 ± 0,9	62,9 ± 1,4	56,6 ± 2,2
2. Возрастные границы (лет)	9 – 94	32 – 86	24 – 85
3. Соотношение - муж : жен (%)	29,7 : 70,3	51,6 : 48,4	77,1 : 22,9
4. Спонтанное купирование приступа (%)	6,5	0	0
5. ДАА (M± m, лет)	9,6 ± 0,7	4,3± 0,6	1,7± 0,5
6. ДАА менее 5 лет (%)	45,7	70,9	91,4
7. Впервые возникший приступ (%)	4	20	47,1
8. ДАА максимальная (лет)	53	18	14
9. ДАА ≥ 15 лет (%)	21	3,2	0
10. Средняя ЧСС (M± m)	176,2 ± 1,4	155,7±5,1	179,6±3,9
11. ЧСС у больных, принимавших ААП (M± m)	169,2 ± 2	136 ± 3,6	178,3±15,1
12. ЧСС у больных, не принимавших ААП (M±m)	185,4 ± 1,6	172,6 ± 7,9	179,4± 3,6
13. Границы колебаний ЧСС (уд/мин)	120 – 260	80 - 300	98 – 238
14. ЧСС 200 и более в 1 минуту (%)	24,1	10,2	17
15. САД 1 (M± m)	112± 1,4	138± 4,6	93 ± 3,8
16. ДАД 1 (M± m)	75± 0,8	84± 2,3	62 ± 2,9
17. САД 2 (M± m)	132 ± 1	129± 2,4	114± 2,9
18. ДАД 2 (M± m)	84± 0,5	79 ± 1	74± 1,8
19. Min АД во время приступа (САД / ДАД)	40 / 10	60 / 30	40 / 10
20. Max АД во время приступа (САД / ДАД)	250 / 140	230 / 140	130 / 90
21. САД < 100 мм.рт.ст. во время приступа (%)	26,4	8,5	52,9
22. САД ≥ 140 мм.рт.ст. (%)	19	51,5	0
23. Границы продолжительности приступа	20 мин-1,5сут	30 мин – 3 сут.	40 мин-12 час
24. Наличие органических заболеваний (%)	35,8	77,4	97,1
25. ИБС (%)	30,2	61,3	85,3
26. Острый инфаркт миокарда (%)	1	1,6	17,6
27. Постинфарктный кардиосклероз (%)	7,4	8,1	70,6
28. Хроническая аневризма левого желудочка (%)	1,5	1,8	35,3
29. QRS ≥ 120 мсек. (%)	16,3	24,6	97,1
30. Средняя ширина QRS (M± m, мсек.)	83,8 ± 1,7	103,7 ± 2,5	156,3 ± 2,7
31. QRS > 140 мсек. (%)	6,4	7,7	74,3
32. QRS < 120 мсек. (%)	83,7	75,4	0
33. Применение ЭИТ для восстановления СР (%)	0,5	15,4	30

---

Примечание:

ДАА – давность аритмического анамнеза;

ЧСС – частота сердечных сокращений;

ААП – антиаритмические препараты;

САД 1 – исходное систолическое артериальное давление;

ДАД 1 – исходное диастолическое артериальное давление;

САД 2 – систолическое артериальное давление после восстановления синусового ритма;

ДАД 2 – диастолическое артериальное давление после восстановления синусового ритма;

Min АД – минимальное артериальное давление во время приступа;

Max АД – максимальное артериальное давление;

ЭИТ – электроимпульсная терапия;

СР – синусовый ритм

постинфарктного кардиосклероза, хронической постинфарктной аневризмы и  $QRS > 140$  мсек. характерны для ПЖТ. Суммарная совокупность этих признаков составила 227,3% против 19,3% при ПНЖТ (в соотношении 11,8:1).

Давность аритмического анамнеза  $> 5$  лет,  $QRS \leq 140$  мсек. и отсутствие органических заболеваний более характерны для ПНЖТ. В совокупности эти признаки составили 231,1% против 37,2% при ПЖТ (соотношение – 6,2:1). А такие признаки, как спонтанное купирование пароксизма до прибытия бригады, давность аритмического анамнеза  $> 15$  лет, исходное систолическое АД  $> 130$  мм.рт.ст., комплекс  $QRS < 120$  мсек. в наших наблюдениях при ПЖТ не регистрировались ни разу (0%), тогда как сумма этих признаков при ПНЖТ составила 130,2%.

Одним из методов системного анализа данных является дискриминантный анализ. Суть дискриминантного анализа состоит в возможности классифицировать объекты, основываясь на совокупной оценке описывающих их признаков. Если использовать геометрические представления, то можно сказать, что некоторая совокупность объектов, относящихся к одному классу, образует «облако» в пространстве, задаваемом исходными признаками. Для успешной классификации при этом необходимо: чтобы некое «облако», составленное из случаев, принадлежащих к одному из классов, в основном было бы сконцентрировано в некоторой области пространства признаков; чтобы в данную область попала, как можно меньшая часть «облаков», составленных из объектов других классов. Использование дискриминантного анализа необходимо для объективного подтверждения предположения о различии всех трех исследованных нами групп.

Произведенный дискриминантный анализ позволил увидеть, насколько учтенные нами показатели позволяют классифицировать исследованные случаи по указанным трем группам.

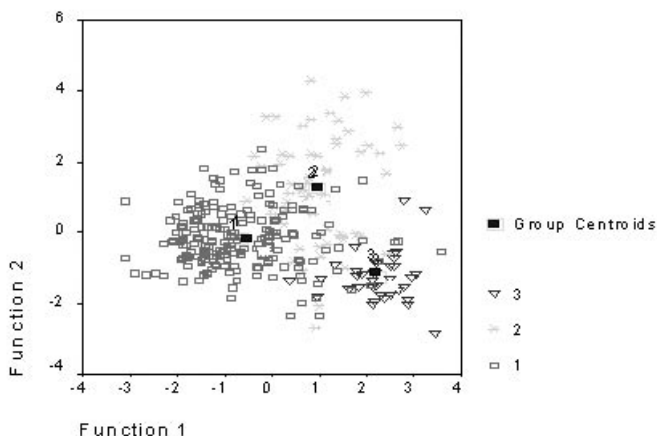
На рисунке 1 представлены сведения об итоговых результатах исследования. Точность результатов для случаев 1 группы (ПНЖТ) составила 80,4%, для второй (ПТП) – 69,4%, третьей (ПЖТ) – 94,3%.

Таким образом, проведенный нами дискриминантный анализ наглядно продемонстрировал, что исследуемые нами группы различаются между собой, образуя три различных класса и при выборе купирующей терапии врачам догоспитального этапа можно ориентироваться на совокупность перечисленных выше признаков.

---

**Рисунок 1.**

Диаграмма рассеивания дискриминантного анализа.



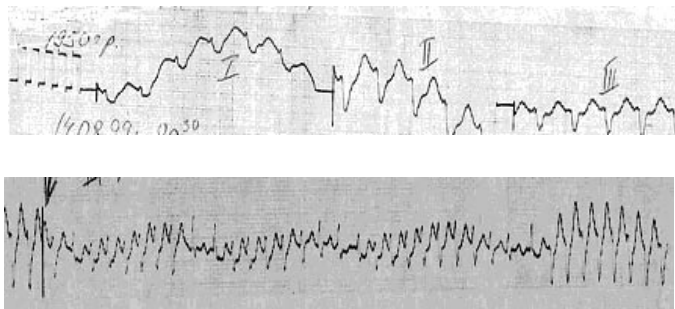
Учитывая, что врачу первого контакта у постели больного нередко сложно установить истинный генез данного вида ПТ, эксперты Американской кардиологической ассоциации предложили следующий алгоритм действий в этой ситуации: последовательное введение аденозина в дозе 6-12 мг, лидокаина до 3 мг/кг, прокаинамида до 17 мг/кг. Первые два препарата мало токсичны и относительно безопасны, но в то же время аденозин (АТФ) может быть эффективен при ПНЖТ с аберрацией за счет блокады ножки пучка Гиса, а в ряде случаев – при пароксизмальной антидромной тахикардии. Лидокаин способен прервать ЖТ. Прокаинамид эффективен при любом генезе данной пароксизмальной тахикардии [Руксин В.В., 1998, Прохорович Е.А., 2002]. Другими авторами [Гоер К., Кавалларо Д., 1996] лечение тахикардии с широким QRS предлагается начинать с лидокаина, а затем вводить АТФ.

В значительной части случаев механизм тахикардии оставался неясным. Использование адениновых нуклеотидов (АТФ, аденозин) помогает в дифференциальной диагностике механизма тахикардий с широкими QRS в связи с высоким купирующим эффектом при реципрокных АВ - тахикардиях. А в случаях с пароксизмальными предсердными тахикардиями и пароксизмами трепетания предсердий правильной формы, за счет способности вызывать кратковременные нарушения АВ - проведения, выявление предсердной активности (появление регулярных волн Р или F и нерегулярных комплексов QRS с последующим продолжением тахикардии). Активность АТФ в отношении ЖТ и антидромных тахикардий мала. В то же время АТФ хорошо переносится как больными с ЖТ, даже в случае тяжелого повреждения миокарда, так и больными с тахикардиями на фоне синдрома WPW [Лебедев Д.С., 1998]. Однако, АТФ, как вазодилататор, влияющий на системный и коронарный кровоток, подобно дипиридамолу, способен вызывать синдром обкрадывания с развитием веретенообразной ЖТ [Crea F. et al. 1999]. Это подтверждается нашим наблюдением (рисунок 2).



## Рисунок 2.

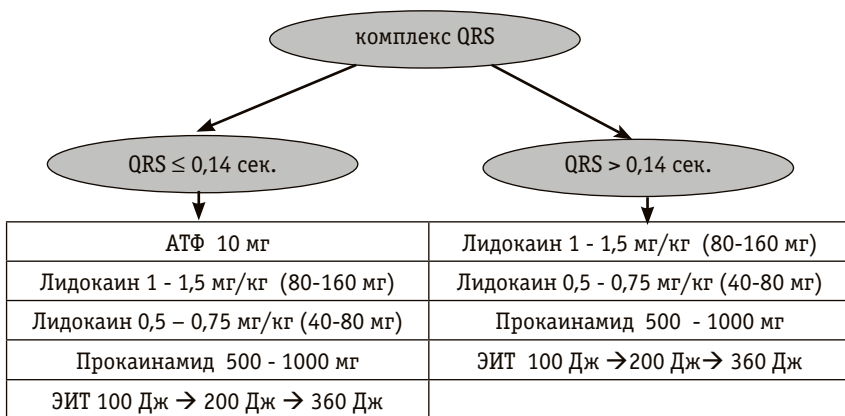
Проаритмогенное действие АТФ у больного с пароксизмальной желудочковой тахикардией



На рисунке представлена ЭКГ больного М., 49 лет. С целью дифференциальной диагностики этому пациенту с регулярной тахикардией с широкими QRS (верхний отрезок ЭКГ) была применена АТФ (10 мг внутривенно), после чего развился эпизод ЖТ типа «torsade de pointes» (нижний отрезок ЭКГ) со спонтанным переходом в регулярную тахикардию, в дальнейшем купированную лидокаином.

Таким образом, применение АТФ у больных с ПЖТ небезопасно и может вызвать веретенообразную тахикардию с последующей фибрилляцией желудочков. Поэтому следует избегать применения ее у пациентов с комплексами QRS  $>0,14$  сек. С учетом этого, а также принимая во внимание совокупность факторов, характерных для того или иного вида тахикардий, нами предлагается следующий алгоритм купирования регулярных недифференцированных тахикардий с широкими QRS.

Алгоритм купирования регулярных недифференцированных тахикардий с широкими QRS



---

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОКАИНАМИДА И АМИОДАРОНА У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ПЕРОРАЛЬНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Дьяконов А.А., Тюлькина Е.Е.**

*ССМП, Ижевск, РУДН, Москва*

В отличие от пароксизмальной желудочковой тахикардии, фибрилляция предсердий (ФП) не представляет непосредственной угрозы жизни больного [Ю.А.Бунин, 2002, С.И.Терещко и др., 2002]. Электрическая кардиоверсия более эффективна, чем фармакологическая, однако для нее требуется соответствующая аппаратура и опытный анестезиолог, поэтому лечение фибрилляции предсердий - трепетания предсердий (ФП-ТП) предпочтительно начинать с медикаментозной терапии, если нет выраженных нарушений гемодинамики [М.С. Кушаковский, 1999, ACC/AHA/ESC].

Подходы к фармакотерапии ФП за последние годы в значительной степени изменились. Учитывая риск тромбоэмболии при затянувшейся ФП, вопрос о ее купировании должен быть решен в течение 48 часов. Кроме того, ФП вызывает определенные изменения в предсердиях, которые, в свою очередь, могут способствовать персистенции ФП. Эти изменения описывают как «электрофизиологическое ремоделирование предсердий» и выражаются, в первую очередь, в прогрессирующем укорочении эффективного периода предсердий по мере удлинения эпизода ФП. Поэтому восстанавливать синусовый ритм при ФП следует как можно раньше [А.В.Недоступ, 2001, ACC/AHA/ESC].

Мнения ученых относительно использования кордарона в качестве купирующего действия противоречивы [Cairns et al. 1997]. По мнению Недоступа А.В. (1998) лучший купирующий эффект при ФП обеспечивает не наиболее распространенный прокаиnamид, а амиодарон. В противоположность этому, по мнению ряда авторов, в/в введение кордарона достоверно не отличается от плацебо, хотя может происходить замедление частоты желудочковых сокращений [Л.В.Чирейкин, Б.А.Татарский, 1999].

Эксперты ACC/AHA/ESC дают разные рекомендации по фармакологической кардиоверсии в зависимости от длительности пароксизма ФП. У больных с длительностью ФП не более 7 дней рекомендуется использовать дофетилид, ибутилид, пропafenон, флекаинид, амиодарон и хинидин, эффективность которых считается доказанной. Эффективность прокаиnamида, в таких случаях значительно ниже или недостаточно изучена. Несмотря на то, что эксперты ACC/AHA/ESC относят прокаиnamид к IIb классу с уровнем доказательности C, среди клиницистов, особенно врачей СМП, он сохраняет свою популярность при лечении ФП и является основным препаратом для купирования аритмий на этапе СМП [М.С.Кушаковский, 1999, В.А.Михайлович, 2001, Е.А.Прохорович, О.Б.Талибов, А.В.Тополянский, 2002].

Целью исследования явилось проведение сравнительной оценки эффективности прокаиnamида и амиодарона в зависимости от продолжительности приступа и предшествующей пероральной антиаритмической терапии (ААТ).

---

Результаты и обсуждение. Амидарон применяли внутривенно (в/в) струйно 5 мг/кг до максимальной дозы 450 мг в 52 наблюдениях у 50 больных. В 978 случаях у 595 больных второй группы был применен прокаинамид в/в струйно на 0,9% растворе натрия хлорида со скоростью введения 100 мг/мин до максимальной дозы 1000 мг, а для пациентов с массой тела  $\geq 90$  кг и больных, длительно страдающих ФП-ТП с трудно купируемыми пароксизмами – до 1500 мг.

По экстренным показаниям у 20 больных ритм восстанавливали методом электроимпульсной терапии (ЭИТ), показаниями для которой являлись отек легких, выраженная артериальная гипотония или безуспешность медикаментозной терапии. Эффективность наружной ЭИТ в этой группе больных оказалась равной 75% (15 человек из 20). У 2 больных с безуспешной ЭИТ восстановили ритм после медикаментозной терапии и еще у 3 пациентов ритм восстановить не удалось, но после проведения симптоматической терапии состояние больных улучшилось, явления недостаточности кровообращения уменьшились.

Острые гемодинамические расстройства (отек легких, коллапс) возникали только у пациентов с органическими заболеваниями сердца. Так, при ИБС по экстренным показаниям ЭИТ применена у 14 пациентов (в том числе у 5 с постинфарктным кардиосклерозом и 1 – с острым инфарктом миокарда), у 4 больных с алкогольной кардиомиопатией (во всех случаях сопровождавшейся коллапсом), а также по одному случаю - при ревматическом пороке сердца и тромбоэмболии легочной артерии.

Результаты лечения ФП прокаинамидом, как и другими препаратами [М.С.Кушаковский, 1998], а также скорость восстановления механической функции левого предсердия после фармакологической кардиоверсии зависят от времени, когда оно начато. Лучшие результаты лечения прокаинамидом (90%) получены при лечении ФП длительностью не более 24 часов; если продолжительность ФП превышает 24 часа, то купирующее действие прокаинамида снижается до 33% [С.Г.Канорский, 2002, АСС/АНА/ESC]. А по результатам наших исследований 93,4% больных с пароксизмами ПФП-ТП обращаются на СМП в течение первых 24 часов с момента возникновения приступа.

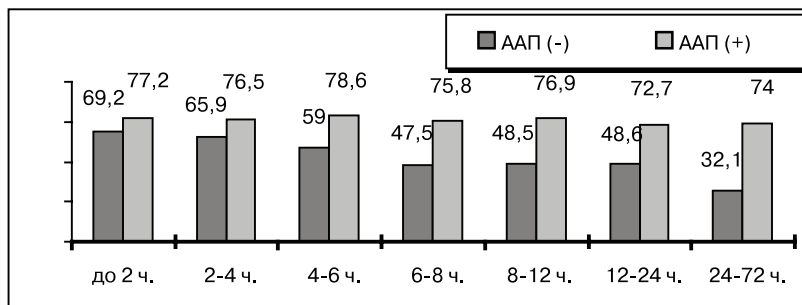
М.С. Кушаковский полагает, что купирующая эффективность амидарона невелика (21-57-60%). Такого же мнения придерживается G.Boriani et al. (1998) которые в своих исследованиях вводили амидарон в дозе 5 мг/кг (болус), а затем 1,8 г капельно за 24 часа. В течение 1 часа СР был восстановлен у 6% ,  $\leq 3$ ч – 25% и  $\leq 8$ ч – 57% больных. Напротив, S.Vardas et al.(1997) полагают, что введение 600 мг амидарона в/в за 30 сек восстанавливает СР у 81% больных с ФП.

В наших наблюдениях ритм удалось восстановить у 70,8% больных при длительности наблюдения в течение 15 – 20 минут после окончания введения ААП. Однако время действия амидарона и прокаинамида значительно превышает сроки, в течение которого проводился анализ эффективности. Поэтому нами была предпринята попытка анализа эффективности ААП на основании повторных вызовов у больных, оставленных дома с некупированным приступом. В результате проведенного исследования было выявлено, что эффективность ААП у больных с продолжительностью приступа до 24 часов, с учетом возможного спонтанного купирования, составила в группе амидарона – 82,7%, в группе прокаинамида – 95,6%. Таким образом, эффективность прокаинамида у пациентов с длительностью пароксизма до 24 часов выше ( $p < 0,05$ ), чем амидарона.

Эффективность прокаиамида в купировании ФП-ТП коррелировала с продолжительностью приступа (рис.1). Сопоставление эффективности в/в примененного прокаиамида в зависимости от продолжительности приступа свидетельствовало о наибольшей терапевтической активности прокаиамида в группе пациентов с предшествующей пероральной ААТ -76,6%, чем у больных без предшествующей пероральной ААТ - 59,8%, статистически достоверную ( $p<0,05$ ) при продолжительности ПФП-ТП 4 часа и более (78,6% и 59% соответственно). Так, эффективность прокаиамида (69,2%) у больных с длительностью приступа до 2 часов выше ( $p<0,05$ ), чем в группах больных с продолжительностью пароксизма 6 часов (47,5%) и более. Однако подобная закономерность не прослеживалась у пациентов, принимавших ААП. При длительности приступа до 72 часов эффективность прокаиамида у больных с предшествующей пероральной ААТ практически не изменялась (77,2% при длительности приступа до 2 часов и 74% при продолжительности ФП-ТП 24 - 72 часа), тогда как в группе больных без предшествующей пероральной ААТ эффективность прокаиамида снижалась ( $p<0,001$ ) с 69,2% (при длительности приступа до 2 час.) до 32,1% (с продолжительностью ФП-ТП 24-72 часа).

### Рисунок 1.

Характеристика клинической эффективности (%) в/в введенного прокаиамида в зависимости от предшествующей пероральной ААТ (время наблюдения после окончания инъекции - до 20 мин).



Примечание: ААП(-) – без предшествующей пероральной ААТ; ААП(+)- с предшествующей пероральной ААТ.

В группе амиодарон у пациентов с предшествующей пероральной ААТ также отмечена тенденция более высокой - 18,5% ( $p>0,05$ ), эффективность купирования, чем у больных без предшествующей пероральной ААТ -12%.

Представляет интерес сравнительная характеристика эффективности купирования ФП-ТП при в/в введении прокаиамида у больных с предшествующей пероральной терапией в зависимости от характера приема (постоянный превентивный или только во время приступа) и конкретного препарата, принадлежащего к тому или иному классу ААП. В связи с этим нами изучена купирующая эффективность прокаиамида в группах больных с длительностью пароксизма до 4 (при однократном приеме ААП) и до 24 часов (в группе больных с постоянной превентивной пероральной ААТ).

Первую группу с длительностью приступа до 4 часов и приемом ААП только во время пароксизма составили 109 наблюдений у 104 больных и 250 случаев у больных не

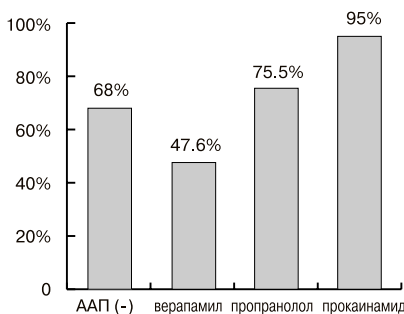
принимавших ААП. 48 пациентов в 49 случаях с целью купирования приступа принимали пропранолол в дозе от 10 до 80 мг; в среднем  $32 \pm 2,2$  мг. В другой группе 21 человек принимал верапамил. Средняя доза составила  $101 \pm 13,5$  мг (от 40 до 320 мг). В следующую группу включены 40 наблюдений у 36 больных, которые с целью восстановления СР использовали прокаинамид в дозе 25 – 100 мг (в среднем  $56,9 \pm 3,8$  мг).

С высокой степенью достоверности у больных, принимавших прокаинамид перорально, прокаинамид, введенный в/в, эффективнее не только по сравнению с группой больных не принимавших ААП, а также по отношению к группе пропранолол и верапамил. Противоположный эффект получен у пациентов, применявших верапамил перорально с целью купирования приступа ФП-ТП – по нашим данным он затрудняет купирование пароксизма.

Несмотря на отсутствие свойств, позволяющих купировать ФП, верапамил с успехом применяют для контроля ЧСС [Ю.А.Бунин, 2002, А.В.Недоступ, 2002, АСС/АНА/ЕСС]. Однако теоретически антагонисты кальция могут даже препятствовать купированию ФП, так как способность укорачивать потенциал действия предсердий и вызывать локальную задержку межпредсердного проведения, может привести к возникновению внутрипредсердного re-entry [М.С.Кушаковский, 1998]. В ряде клинических исследований продемонстрировано неблагоприятное действие верапамила на электрофизиологические свойства миокарда предсердий, повышающие риск возникновения мерцания или тахикардии [В.А.Ягенский, А.А.Гросу, 1997]. Это было подтверждено в исследованиях С.Г. Канорского с соавт. (2000). Верапамил назначался с профилактической целью и была отмечена тенденция к учащению пароксизмов ФП.

## Рисунок 2

Эффективность прокаинамида у больных с длительностью пароксизма до 4 часов в зависимости от предшествующей пероральной ААП



Примечание: прокаинамид : ААП (-) ; прокаинамид : верапамил ; прокаинамид : пропранолол ; пропранолол : верапамил .  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$

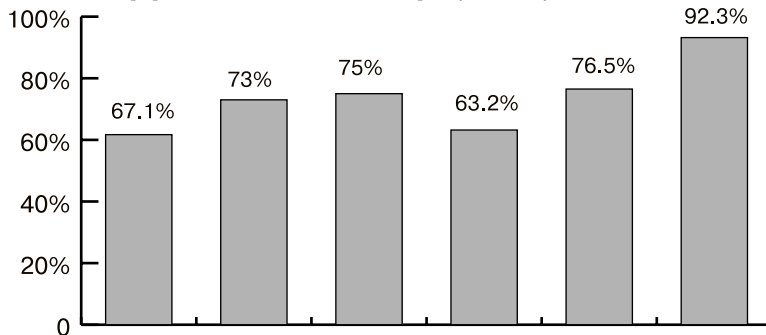
По нашим наблюдениям эффективность примененного в/в прокаинамида в группе больных, принимавших верапамил (47,6%), даже ниже ( $p > 0,05$ ), чем в группе пациентов, не принимавших ААП (68%), что, возможно, служит косвенным доказательством способности верапамила оказывать проаритмическое электрофизиологическое remodelирование в предсердиях (рис.2).

Вторую группу составили 292 больных с предшествующей превентивной пероральной ААП. 64 пациента с превентивной целью принимали пропранолол в дозе от 20 до 120 мг, в среднем  $60 \pm 3,1$  мг. В другой группе 19 человек принимали верапамил. Средняя доза составила  $187,4 \pm 15,6$  мг (от 80 до 320 мг). В следующую группу включены 44 больных, которые с целью восстановления синусового ритма использовали ателолол в дозе 25 – 100 мг (в среднем  $76,9 \pm 4,1$  мг). 34 пациента регулярно принимали дигоксин в дозе 0,25-0,5 мг ( в среднем  $0,258 \pm 0,08$ ). Пятую группу сооставили 118 человек, которые использовали амиодарон в дозе 200-400 мг ( в среднем  $201,6 \pm 1,6$  мг).

В этой группе наибольшая эффективность отмечена у пациентов, регулярно принимавших пропранолол (П-л)-92,3%, которая статистически достоверно выше не только по отношению к больным, не принимавшим ААП (ААП-)-61,7%, но и по отношению к пациентам, принимавшим с превентивной целью амиодарон (А)-73%, ателолол (Ат)-75%, дигоксин (Д)-76,5%. Вызывает интерес различие в эффективности купирующей терапии прокаинамидом у больных, принимавших с превентивной целью  $\beta$ -блокаторы. Как известно, пропранолол, в отличие от ателолола, обладает свойствами ААП I группы, в частности – мембраностабилизирующей активностью [Р.М.Фогорос, 1999]. Вследствие этого, по-видимому, произошло потенцирование мембраностабилизирующего действия прокаинамида и пропранолола, что и привело к большей эффективности при купировании ФП-ТП. Наименьшая эффективность в/в примененного прокаинамида зарегистрирована при превентивном приеме верапамила (В)-63,2% (рис.3)

### Рисунок 3

Сравнительная характеристика эффективности примененного в/в прокаинамида у больных с превентивной пероральной ААП длительностью приступа до 1 сут.



Результаты купирующей терапии в группах показали, что в целом средние дозы принятых перорально ААП в группах с восстановленным СР были выше, за исключением группы верапамил. Однако статистически достоверным различие оказалось только в группе пропранолол.

После введения прокаинамида у большинства больных отмечается умеренное (до 30%) расширение QRS на ЭКГ, что является проявлением его электрофизиологического действия [С.Г.Канорский, В.В.Скибицкий, 1998]. В исследованиях М.С.Кушаковского (1999) и С.Г.Канорского (1998) не наблюдалось выраженного удлинения интервала QT [66,82].

---

В наших наблюдениях в/в применение прокаинамида приводило к достоверному увеличению продолжительности QRS во всех группах. Наибольший градиент (18,5%) отмечен в группе больных, регулярно принимавших амиодарон, а наименьший (12,8%) – в группе пациентов, принимавших во время приступа прокаинамид, а также (13%) - в группе без предшествующей пероральной ААТ. Также однозначно, во всех группах, зарегистрировано незначительное ( $p > 0,05$ ) увеличение скорректированного интервала QT. Сравнительный анализ продолжительности зубца Р после восстановления СР показал, что у пациентов, превентивно принимавших  $\beta$ -блокаторы (пропранолол и атенолол), его показатели статистически достоверно больше ( $121,9 \pm 2,4$  и  $121,8 \pm 5$  мсек.) не только в сравнении с группой без предшествующей пероральной ААТ -  $97,4 \pm 4,5$  мсек, но и с пациентами, использовавшими для профилактики ФП-ТП другие ААП. Интервал PQ в группе больных, принимавших пропранолол, больше ( $215,9 \pm 6,7$  мсек.), чем в группах верапамил ( $p < 0,01$ ) –  $184 \pm 7,8$  мсек., амиодарон и без предшествующей пероральной ААТ ( $p < 0,05$ ).

Полученные результаты свидетельствует о том, что эффективность купирующей терапии прокаинамидом у больных с предшествующей пероральной ААТ в целом выше во всех группах, независимо от продолжительности приступа, однако статистически достоверно - только при продолжительности приступа 4 часа и более. Средние купирующие дозы прокаинамида в группах без предшествующей и с предшествующей пероральной ААТ практически одинаковы ( $969 \pm 14$  и  $986 \pm 10$  мг соответственно), статистически не различаются.

Корреляционный анализ показал, что эффективность купирования ФП-ТП в группе больных без предшествующей пероральной терапии зависит от продолжительности пароксизма ( $r = -0,831$ ) и не зависит от других факторов: возраста ( $r = 0,068$ ), давности аритмического анамнеза ( $r = 0,043$ ), систолического и диастолического АД ( $r = 0,043$  и  $0,083$ ), пола больных ( $r = -0,093$ ), этиологических факторов – ИБС ( $r = -0,02$ ). Тогда как в группе с предшествующей пероральной терапией корреляционной связи не установлено ( $r$  варьировал от  $-0,167$  до  $0,149$ ).

Таким образом, ФП-ТП у пациентов с предшествующей пероральной ААТ легче поддается купированию при в/в применении прокаинамида и амиодарона. Значимых проаритмических эффектов при этом не наблюдалось. Трактовка результатов лечения ФП-ТП при в/в введении прокаинамида неоднозначна. В группе больных без предшествующей пероральной ААТ эффективность напрямую зависит от длительности пароксизма, в то время как в группе пациентов с предшествующей пероральной ААТ продолжительность приступа не оказывает влияния на успех терапии и эффективность купирования в этой группе больных выше.

# ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА

**Жилова И.И., Эльгаров А.А.**

*Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, медицинский факультет университета.*

Неотложные сердечно-сосудистые состояния у лиц операторских профессий, прежде всего водителей автотранспорта (ВА), имеют медико-социальное значение в связи с угрозой для жизни и высоким риском возникновения дорожно-транспортных происшествий.

Проведен анализ материалов ССМП и поликлиник г.Нальчика в связи с кардиальной патологией за период с 1994 по 2003 гг. Число вызовов в связи кардиоваскулярными состояниями с 1994 по 1998 гг возросло с 6980 до 10788; при этом обращения по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) увеличились на 14,6%. Значительной оказалась и динамика вызовов из-за инфаркта миокарда (ИМ) - 12,0%, особенно наглядная после 1995 г. В структуре обращений населения за неотложной помощью в связи с ИБС и ИМ за этот период ВА занимали заметное место: 12,5% в 1994 и 17,9% в 1998 г. В течение второго пятилетия (с 1999 по 2003 гг) тенденция к росту изучаемых показателей не только сохранилась, но и стала более стремительной. Всего неотложных сердечно-сосудистых состояний в 1999 г зарегистрировано 10587, в т.ч. ИБС - 3084, ИМ - 356, а в 2003 г - 14976, 4894 и 972 соответственно. Вклад ВА в приведенные показатели, особенно общее число обращений, увеличился на 10,6-14,2%. В целом за 10 лет обращаемость населения в связи кардиоваскулярными неотложными состояниями возросла в 1,5 раза, в то время как число вызовов ВА - в 2,5 раза. Значительной оказалась динамика у ВА в связи с гипертоническими кризами вообще и осложненными острым коронарным синдромом, в частности. Сравнительная оценка частоты основных клинических вариантов ИМ и возраста в целом и среди ВА (только мужчины) обнаружила преобладание классического (ангинозного), церебрального и аритмического, а также крупноочагового у последних. Кроме этого, острый коронарный синдром с 1999 по 2003 гг достоверно чаще регистрировался у ВА до 40 лет. При этом, динамика частоты ИМ среди ВА в молодом возрасте за весь 10-летний период оказалась равной 12-24%, а среди мужчин общей популяции - 5-10,5%. В целом, стабильным остался процент госпитализированных больных ИБС (65-80), за последние 5 лет повысилось число ВА с острым коронарным синдромом, доставленных в специализированные ЛПУ (до 93%). Догоспитальная смертность и число осложнений оказались выше среди ВА (17,5 и 29,9% соответственно), чем в популяции мужчин (14,9 и 20,0%). Показательно, что отказавшихся от стационарного лечения ВА было больше (на 20%).

Приведенные данные позволили определить меры вторичной профилактики ИБС как среди населения, так и ВА.



---

## ПРОФИЛАКТИКА ОТРАВЛЕНИЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

**Журтова И.И., Эльгаров А.А.**

*Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, медицинский факультет университета.*

За последние годы наблюдается рост показателей смертности от внешних причин, главные из которых транспортные несчастные случаи и химические отравления, в т.ч. и самоубийства. Так, по стране смертность вследствие случайного отравления и воздействия алкоголем на 100 000 населения возросла от 25,8 в 2000 г до 29,8 в 2003 г, а самоубийства - от 39,4 до 40,9. По Южному федеральному округу частота обсуждаемого параметра ниже (9,3 - 11,2 и 25,0 - 27,6 соответственно), но сохраняется тенденция к неуклонному повышению, что требует специального повышенного внимания. Кроме того, проблема химических отравлений, как случайных, так и намеренных в молодежной среде в настоящее время приобретает особую остроту. Увеличение их частоты напрямую связано с возрастом. Так, если в 5-9 лет число умерших на 100 000 населения из-за случайного отравления (воздействия) алкоголем и преднамеренных самоповреждений (включая самоубийства) составляют 0,0 и 0,3 соответственно, то в 10-14 лет - 0,1 и 0,4, в 15-19 лет - 1,7 и 24,2 и в 20-24 лет - 7,5 и 47,2. Наблюдаемая тенденция сохраняется с увеличением возраста до 45-49 и 50-54 лет.

Для разработки комплекса профилактических мер осуществлены анализ частоты и причин отравлений среди подростков и молодых людей в регионе и эпидемиологические исследования лиц 10-24 лет для выявления состояния соматического и психического здоровья, определения предикторов необдуманных решений.

Установлены рост числа отравлений и суицидальных (в т.ч. завершенных) попыток в течение 2000-2003 гг: соответственно 106 и 42 в 2000, 134 и 59 - в 2001, 136 и 62 - в 2002, 142 и 62 - в 2003 г. С возрастом (от 10-14 до 20-24 лет) их частота возрастала в 1,5 - 2 раза. Среди преднамеренных отравлений с целью самоубийства в 25% случаев причиной необдуманного действия могли быть конфликты с родителями и друзьями; в 19,6% - «странности» в поведении, замкнутость, неуверенность, отчужденность, неустойчивое настроение и признаки депрессии; в 10% - особенности телосложения (рост, вес, внешний вид), наличие хронических заболеваний (в т.ч. и неизлечимых у ближайших родственников); в 2% - эпизоды отравлений и самоповреждения среди членов семьи и окружения. Различные формы хронических неинфекционных болезней и их факторы риска установлены эпидемиологическим исследованием школьников и студентов в 80% случаев. По данным психологического тестирования 15%-й выборки, в большинстве случаев (80%) выявлены признаки лабильного и частично циклоидного типов акцентуации характера (непредсказуемая изменчивость настроения, строгая зависимость активности, сна и аппетита от настроения, высокая чувствительность к отношению окружающих), а у остальных 20% - психастенического и частично шизоидного типов (нерешительность, склонность к пространным рассуждениям, повышенная боязнь за собственное будущее и судьбу близких, склонность к углубленному самоанализу и появлению навязчивых мыслей и переживаний, неспособность отвечать за себя и свои поступки). На основе выполненной работы определены приоритеты в формировании рационального образа жизни и укреплении здоровья лиц молодого возраста в рамках образовательного проекта для школьников и студентов.

---

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ СУПРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ**

**Зайнутдинов О.У., Ахмедов Р.Н, Рахимов М.Р. Халилов М.Л.**

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

Целью настоящего изучения является оценить эффективность чрескожной пункционной нефростомии при суправезикальной обструкций различной этиологии. За период 2002 по настоящее время в урологическом отделений РНЦЭМП находились 129 больных с клиникой суправезикальной обструкций, подвергшиеся перкутанной нефростомии. Наиболее частой причиной суправезикальной обструкций является мочекаменная болезнь, которая встречается у 87 (67,4%) больных. У остальных больных причиной обструкции явились онкологическая патология органов малого таза со сдавлением одного или двух мочеточников у 29 (22,3%) больных. Сужение мочеточника и лохано-мочеточникового сегмента выявлено у 8 (6,2%) больных. Беременность выявлена у – 3 (2,3%), канцероматоз органов брюшной полости с прорастанием процесса в забрюшинное пространства у – 2(1,55%), ятрогенное повреждение мочеточника также у – 2 (1,55%), мочеточника - влагищный свищ у 1(0,77%) больного. Чрескожная пункционная нефростомия применена у 129 больных. Из них в 34 случаях манипуляция выполнена с двух сторон. Среди двухсторонней перкутанной нефростомии в 11 случаях причиной обструкций явились камни обоих мочеточников. У 23 больных причиной двусторонней обструкций мочеточников было сдавление их опухолевым процессом органов малого таза. Использование чрескожной пункционной нефростомии обеспечивало удовлетворительное отведение мочи, что способствовало к быстрому купированию обструктивного пиелонефрита на фоне применения инфузионной и антибактериальной терапии. Полное урологическое обследование с целью выявления причины, вызвавшей острое нарушение оттока мочи проводили только после выведения больного из критического состояния. Таким образом, чрескожная перкутанная нефростомия является незаменимым малотравматичным и высокоэффективным вмешательством для экстренной урологической помощи у больных с суправезикальной обструкцией. Перкутанная нефростомия позволяет выполнять радикальные вмешательства в холодном периоде после купирования воспалительного процесса и стабилизации состояния больного. Данное вмешательство является не дорогим, технически не сложным, после операционный койка день сокращается 2,4 раза по отношению к традиционным способом нефростомии.

## **АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ В ЧЕЛЯБИНСКОМ ОКВД**

**Захарова М.А.**

*Россия, г. Челябинск, областной кожно-венерологический диспансер.*

Современные достижения автоматизации учреждений здравоохранения позволили внедрить в деятельности ОКВД компьютерные программы в нескольких направлениях:

---

- комплексная автоматизация финансово-экономической деятельности – «Парус», единый информационный массив системы «Консультант-Плюс»;

- сбор и обработка статистических отчетов КВУ области о заболеваемости ИППП и заразными кожными болезнями с последующим формированием установленных отчетных форм, а также персонифицированной базы данных о больных сифилисом и гонорей с 1995 года, урогенитальным хламидиозом с 2002 года;

- обработка информации о стационарных больных ОКВД с последующим формированием установленных отчетных форм деятельности учреждения;

- применение программы «Gel-analysis» в лабораторной диагностике ИППП методом полимеразной цепной реакции;

- применение комплекса аппаратно-программного электро-лазерно-магнитной терапии (КАП-ЭЛМ-01 - «Андро-Гин») в лечении хронических простатитов различного генеза.

Применяемые компьютерные программы финансово-экономической деятельности и лечебно-диагностического процесса разрабатывались известными фирмами и получили широкое распространение во многих регионах страны. Кроме того, в диспансере разработаны и внедрены в повседневную деятельность программы «Кадры» и «Отпуск», что позволяет качественно и оперативно формировать штатное расписание, тарификационные списки, а также планировать и контролировать правильное использование отпусков.

В статистической деятельности диспансера применяются только разработанные в ОКВД программы. Разработанные программы позволяют проводить всесторонний анализ эпидемиологической ситуации как в городах и районах области, так и в области в целом. Оперативным носителем информации для программ по учёту заболеваемости на этапе «КВУ – ОКВД» является «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки» (Ф 089/у-кв – 2003г). Одной из негативных сторон, влияющих на дальнейшее совершенствование программ является частая смена учётных форм заболеваемости. В деятельности ОКВД применяются программы «Регистратура» для учёта посещений поликлинического отделения и «Стационар» для всестороннего анализа деятельности стационарных отделений.

Одним из новых направлений использования компьютерных технологий в ОКВД является внедрение программы «Gel-analysis», предназначенной для оценки количества и молекулярной массы нуклеиновых кислот и белков, а также программы КАП-ЭЛМ-01- «Андро-Гин» в лечении хронических простатитов различного генеза, основанной на комплексном применении электроимпульсной терапии в сочетании с магнитно-лазерным облучением.

---

## ТЕРАПИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЯЗАНИ

**Иванова М.А., Якушин С.С., Окороков В.Г., Майорова Л.И.,  
Филичкин А.А.**

*Россия, г. Рязань, медицинская служба Академии права и управления Минюста Рос-  
сии, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.*

На фоне современных достижений медицинской науки сохраняется достаточно высокий уровень летальности при остром коронарном синдроме (ОКС), в частности, при инфаркте миокарда (ИМ), в связи с чем актуально изучение осуществляемого на практике лечения ИМ.

Цель. Сравнительное изучение медикаментозной терапии ИМ на этапе скорой медицинской помощи (СМП) в г. Рязани до и после внедрения в практику Российских рекомендаций по лечению ОКС без подъемов сегмента ST на ЭКГ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ ведения на этапе СМП 124 больных ИМ, лечившихся в 2000 г. (до внедрения в практику Рекомендаций), и 90 больных ИМ, лечившихся в 2002 г. (после внедрения в практику Рекомендаций). Группы были сопоставимы по полу и возрасту больных, глубине, локализации и классу тяжести ИМ, наличию постинфарктного кардиосклероза и сопутствующих заболеваний.

Результаты. По сравнению с 2000 г. в 2002 г. на этапе СМП расширилось применение аспирина (с 0,8% до 46,7%) и гепарина (с 41,1% до 63,3%). Увеличилась частота использования наркотических анальгетиков (с 30,2% до 50,6%), в основном за счет морфина, частота назначения которого увеличилась более, чем в 10 раз (с 1,9% до 22,8% случаев в 2000 и 2002 гг. соответственно). Введение наркотических средств возросло в первые 6 часов ИМ с 33,8% до 64,3%, при длительности ИМ 7–12 часов – с 14,3% до 50,0% случаев анальгезии, и не изменилось при длительности ИМ свыше 12 часов. Первоначальное введение при купировании болевого синдрома в первые 12 часов ИМ ненаркотических анальгетиков уменьшилось, но все же неоправданно распространено (69,8% в 2000 г. и 48,1% случаев анальгезии в 2002 г.).

Таким образом, качество лечения ИМ на этапе СМП в г. Рязани улучшается, однако для обезболивания часто выбираются ненаркотические анальгетики, еще недостаточно распространено назначение аспирина и гепарина. Выявленные негативные моменты возможно и необходимо корректировать проведением дополнительной работы среди врачей СМП.

---

## ОБРАЩАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

**Иванова М.А., Якушин С.С., Окороков В.Г., Майорова Л.И.,  
Филичкин А.А.**

*Россия, г. Рязань, медицинская служба Академии права и управления Минюста России, Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.*

Уровень летальности при остром инфаркте миокарда (ОИМ) во многом определяется продолжительностью времени от начала заболевания до обращения больного за врачебной помощью.

Цель: изучение влияния клинической характеристики больных ОИМ на сроки обращения в службу скорой медицинской помощи (СМП).

Материал и методы. Изучались данные медицинской документации 75 больных ОИМ, обратившихся в службу СМП и госпитализированных в областной кардиологический диспансер. Средний возраст больных составил  $64,5 \pm 3,1$  года, было 33 мужчины и 42 женщины, преобладали повторные (54,7%), передние (61,3%), крупноочаговые (52,0%) ОИМ, имевшие ангинозную форму проявления (86,7%). Проводился анализ сроков обращаемости в службу СМП в зависимости от клинической характеристики больных.

Результаты. В среднем время от появления симптомов заболевания до вызова СМП у наших больных было достаточно продолжительным и составило: для всех больных 2 ч 25 мин; для подгрупп: мужчин – 2 ч 6 мин, женщин – 3 ч 3 мин; лиц в возрасте 41 – 59 лет – 2 ч 24 мин, 60 – 74 лет – 2 ч 16 мин, 75 – 79 лет – 3 ч 56 мин; больных с отсутствием стенокардии до развития ОИМ – 1 ч 37 мин, с наличием стенокардии – 3 ч 12 мин; больных с первым ОИМ – 1 ч 12 мин, с повторным ОИМ – 3 ч 8 мин. Не было выявлено различий в сроках обращения в зависимости от локализации и глубины ОИМ.

Вывод. При ОИМ имеется поздняя обращаемость за медицинской помощью, особенно женщин, лиц старческого возраста, больных со стенокардией и ОИМ в анамнезе, т.е. пациентов, составляющих при ОИМ, согласно данным литературы, группу риска по летальному исходу. В связи с этим среди данных категорий населения, во-первых, требуется максимально увеличить санитарно-просветительную работу, а, во-вторых, необходима высокая настроенность врачей СМП в отношении ОИМ.

---

## УСЛОВИЯ ТРУДА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Измеров Н.Ф., Королева Е.П., Старожук И.А.**

*г. Москва, ГУ НИИ медицины труда РАМН*

Труд персонала выездных бригад скорой медицинской помощи (СМП) характеризуется наличием ряда профессиональных: факторов, которые могут вызывать повышенное функциональное перенапряжение при работе, способствовать возникновению заболеваний, снижать надежность и эффективность выполнения профессиональных обязанностей. К таким факторам относятся: повышенная нервно-эмоциональная и выраженная статическая нагрузка при оказании экстренной медицинской помощи и транспортировке больного; повышенные уровни шума и вибрации, неэргономичность рабочих мест в салоне автотранспорта; контакт с высокоактивными лекарственными препаратами и инфекционными больными; перенос медицинской аппаратуры (до 15 кг); сменный график работы.

Высокая общественная значимость труда персонала бригад СМП, наличие в его труде профессионального риска обусловила необходимость проведения специальных комплексных исследований на станциях СМП различных регионов по определению степени нервной напряженности, тяжести и вредности труда, углубленного анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности для обоснования соответствующих мер социальной защиты, а также оздоровительных мероприятий.

Изучение материалов субъективной оценки качественных показателей, определяющих физическую и нервно-эмоциональную напряженность труда медицинского персонала СМП во время вызова позволило ранжировать их по значимости в порядке убывания следующим образом: физическая тяжесть при транспортировке больных и выполнения лечебных процедур, оказание медицинской помощи на улице и в машине, тяжесть состояния больного, оказание помощи лицам в нетрезвом состоянии. В последнее время усилилось влияние такого фактора, как наличие опасности для собственной жизни (нападения неизвестных лиц с целью ограбления, агрессивность со стороны больных и их родственников и др.).

Санитарно-гигиенические условия труда медицинского персонала и водителей бригад СМП могут быть охарактеризованы как неудовлетворительные.

Температура воздуха в летнее время превышала допустимые на 3-110С, концентрации оксида углерода в воздухе салона и кабины автомобиля в значительной степени (максимально в 3-4 раза) превышала предельно допустимые для атмосферного воздуха, а в отдельных случаях даже для воздуха рабочей зоны. Шум в кабинах и салонах автомобилей превышал предельно допустимые значения практически на всех частотах. Уровни звука выше допустимых на 15 дБ в салонах и на 18 дБ в кабинах автомобилей. Используемые в СМП автомобили не позволяют создать в салоне рабочие места для медицинского персонала, отвечающие современным требованиям эргономики и обеспечивающие выполнение медицинских манипуляции в удобной позе.

Неудовлетворительные условия имеются и на большинстве станций СМП, где персонал проводит значительное время в ожидании вызовов. Большинство из них распо-

---

ложено в приспособленных помещениях, жилых домах, не соответствуют современным нормам по площади, планировке, набору помещений, санитарно-техническому оснащению. Многие подстанции не имеют своей территории и гаражей для стоянки автомобилей. Основная масса автомобилей размещается под открытым небом, что приводит к перегреву летом и переохлаждению зимой и, в свою очередь, неблагоприятно сказывается на микроклимате кабин и салонов автомобиля.

Специфика характера деятельности и условий труда персонала нашла отражение в демографических характеристиках персонала СМП, показателях текучести кадров, степени укомплектованности штатов, субъективных оценках, объективных данных психофизиологических изменений и состояния здоровья.

Среди обследованного медицинского персонала доля лиц, особенно мужчин, предпенсионного и пенсионного возраста незначительна. Врачи-мужчины в возрасте 50-54 лет составляют 2-8% обследованных, практически не работают мужчины-врачи старше 60 лет. Среди женщин (врачей и фельдшеров) после достижения пенсионного возраста работает 1-9% опрошенных. Вместе с тем обращает на себя внимание недостаточная укомплектованность кадрами службы СМП. Штатная численность (укомплектованность) медицинского персонала СМП в отдельных регионах сократилась, причем в наибольшей степени среди врачей. На некоторых станциях укомплектованность медицинским персоналом составляет 54,5%.

Штатная численность персонала в основном, обеспечивается за счет широкого распространения совместительства. Так, по данным анкетного опроса, от 67 до 100% фельдшеров-мужчин и от 48 до 74% фельдшеров-женщин работают на 1,5 ставки. Среди врачей-мужчин совместительство отмечено у 86-93%, у врачей-женщин - в 42-46% случаях. Выявлена тенденция к увеличению текучести кадров.

Объективные данные по оценке условий труда подтверждаются субъективными оценками, получаемыми в ходе анкетного опроса персонала СМП. По мнению большинства врачей (72%) и фельдшеров (62%), их труд может быть расценен как «тяжелый» и «очень тяжелый».

Условия труда расцениваются большинством персонала бригад СМП как «неудовлетворительные» (врачи – 64%, фельдшеры – 63%). Существующие условия и характер труда, а также принятый график работы, приводят к развитию у персонала выраженного утомления, которое проявляется после 12 часов работы у 61% врачей, и более 12 часов - у 25% врачей. Характер жалоб, предъявляемых большей частью опрошенного медицинского персонала (86%), различен. Это раздражительность, повышенная утомляемость, головная боль, снижение работоспособности, утомление глаз, снижение внимания, общая слабость и др.

Основным источником плохого самочувствия являются преимущественно производственно-профессиональные факторы: перегрузки в работе, нерациональный режим работы, недостаточное оснащение оборудованием, нехватка медицинского персонала, выраженные статические нагрузки при работе, нерациональные рабочие позы при обслуживании больных в автомобиле и др.

При психофизиологическом исследовании у персонала СМП были выявлены нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы и изменения в нервно-эмоциональном состоянии, что является проявлением неблагоприятного воздействия

---

факторов профессионального риска на организм работающих и может быть причиной возникновения заболеваний.

Состояние здоровья персонала бригад СМП оценивалось на основании анамнестического метода и углубленного изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

В структуре хронических заболеваний, врачей и среднего медицинского персонала обследованных регионов на первый план выходят: остеохондроз (от 33 до 86% опрошенных), вегето-сосудистая дистония (от 34 до 83%), гипертоническая болезнь (от 19 до 31%). Наиболее высокие показатели у медицинского персонала г. Москвы.

В отдельных группах обследованных отмечено широкое распространение и других болезней: аллергические заболевания (особенно среди фельдшеров), болезни печени и желчевыводящих путей, другие болезни желудочно-кишечного тракта. Во всех регионах среди медицинского персонала зарегистрированы случаи вирусного гепатита.

Анализ материалов заболеваемости с временной утратой трудоспособности лиц медицинского персонала СМП г. Москвы выявил, что частота случаев заболеваемости среди них, в сравнении с аналогичными показателями, касающимися всех работников здравоохранения г. Москвы, выше.

Значительное превышение показателей заболеваемости обусловлено большей частотой случаев временной нетрудоспособности по следующим формам и группам болезней: заболевания костно-мышечной системы (в 1,5 раза), гастрит и дуоденит (в 2,8 раза), психические расстройства (в 2,8 раза), осложнения беременности и послеродового периода (в 1,3 раза), а также в связи с травмами на производстве (в 3,6 раза). Врачи и фельдшера СМП также чаще болеют острыми респираторными заболеваниями (в 1,3 раза) и гриппом (в 1,3 раза).

В группе болезней «психические расстройства» временная нетрудоспособность вызвана в основном вегето-сосудистой дистонией по гипертоническому типу. Эта группа представлена также травматическими энцефалопатиями и невротическими реакциями. Эти показатели в 1,45 раза выше, чем среди работников здравоохранения г. Москвы в целом.

Заслуживает внимания большая частота осложнений беременности и послеродового периода. В 74% случаев временная нетрудоспособность по этой группе связана с угрозой выкидыша. Частота абортот у медработников СМП в 2 раза выше, чем у работников здравоохранения, причем 30% всех абортов представлены самопроизвольными абортами.

Болезни костно-мышечной системы в, основном, представлены радикулитами, люмбаго, ишиасом, остеохондропатиями и костно-мышечными деформациями.

При анализе «прочих» болезней выявлено, что в 21% случаев временная нетрудоспособность вызвана инфекционными заболеваниями (корь, скарлатина, краснуха, ветряная оспа, гепатит, менингит, рожистое воспаление, опоясывающий лишай и др.). 11,7% составляют медикаментозные аллергии.

Проведенный анализ состояния здоровья медицинского персонала СМП позволяет с очевидностью утверждать, что выявленные среди медицинских работников выездных бригад СМП формы болезней, такие как вегето-сосудистая дистония по гипертоническому типу, радикулиты, остеохондропатии и костно-мышечные деформации,



---

осложнения беременности и послеродового периода, лекарственные аллергии, инфекционные заболевания могут быть отнесены к производственно-обусловленным болезням, в этиологии которых ведущую роль играют неблагоприятные факторы трудового процесса и санитарно-гигиенические условия труда (неблагоприятный микроклимат, транспортная вибрация, контакт с лекарственными препаратами, инфекционными больными), характерные для труда медицинского персонала СМП.

Полученные материалы свидетельствуют о необходимости совершенствования мер социальной и правовой защиты персонала СМП.

Для предупреждения вредного воздействия неблагоприятных факторов условий и характера труда, профилактики переутомления, повышения работоспособности и сохранения здоровья персонала СМП необходимо реализовать разработанный комплекс санитарно-гигиенических и медико-профилактических мероприятий.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОЗВОНОЧНО- СПИНАЛЬНЫХ ТРАВМ ПО МАТЕРИАЛАМ**

### **РАБОТЫ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП**

**Исаков Б.М., Джаббаров С.К., Шарипов А.А., Ташланов М.М.,  
Кулабдиев А.М., Эргашев Х.А.**

*Республика Узбекистан, г. Андижан, филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.*

В травматизм последних десятилетий характеризуются ростом тяжелых поврежденных позвоночника (ПП) таких как компрессионные переломы III-IV степени, переломо-вывихи тел позвонков, переломы дужек позвонков с компрессией спинного мозга (СМ) и корешков. Также в большинстве случаев повреждения приобретают характер сочетанных травм, где чаще отмечается сочетания с ЧМТ, переломами костей конечностей, повреждениями органов грудной и брюшной полостей.

Актуальность изучения данной патологии связано с тем, что до сегодняшнего дня нет единых схем лечения ПП и СМ, а также тем, что, не смотря на применение самых высокотехнологических методов диагностики и лечения, исход таких заболеваний и травм сопровождается высокой инвалидностью и летальностью пострадавших.

Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2000 по 2003 г. находились 78 больных с ПП. Из них 17 (21,7%) женщин, мужчин - 61 (78,2%). При распределении по возрасту основной контингент больных составили больные молодого, работоспособного возраста - от 20 до 45 лет - 57 (73,1%).

По механизму травмы распределение больных было следующим: падение с высоты - 49 больных (62,8%), транспортные происшествия - 17 больных (21,8%), ножевое ранение - 2 больных (2,6%). По количеству поврежденных позвонков: 1 позвонок - 68 больных (87,2%), 2 позвонка - 9 больных (11,5%), 3 позвонка - 1 больной (1,3%).

По уровню локализации: V Th3-Th6 4 больных (5,1%), Th 7 - Th10 - 7 больных (8,9%), V Th 11- Th12 - 47 больных (60,2%), V L1- 18 больных (23,1%), V L3 - 2 больных (2,6%).

---

Среди общего количества больных травмы получили: на производстве - 12 (15,4 %), в быту – 54 (75,6 %), уличная травма – 7 (8,9 %).

Из общего количества больных сочетанная травма наблюдалась у 13 (16,6 %) больных: с ЧМТ – 9 больных (11,5 %), с переломами костей конечностей - 3 (3,8 %), с повреждением органов брюшной полости – 1(1,3%).

При обследовании больных у 16 (20,5 %) больных отмечено наличие осложнённых ПП. Из них у 12 больных (15,4%) переломы и перелома-вывихи тел позвонков и у 4 (5,1%) больных переломы дужек позвонков со сдавлением СМ и его корешков. При клинико-неврологическом обследовании больных у 62 (74,5%) больных признаков повреждения СМ не наблюдалось, но течение заболевания у 7 (8,9%) пострадавших осложнялось нестабильностью позвоночника.

Консервативное лечение проводилось в 55 (70,5 %) случаях, 23 (29,5%) больному были применены различные оперативные пособия по лечению ПП.

Из 23 больных 9 (11,5%) больных проведено задняя фиксация повреждённого сегмента позвоночника различными металлоконструкциями: ХНИИОТ - 7 больных (8,9%), ЦИТО - 2 больных (2,5%).

Остальные 14 (17,9%) больных из за наличия признаков повреждения СМ произведено оперативное вмешательства по устранению компрессии СМ – на уровне 1-2 позвонков, ревизия эпи- и субдуральных пространств + задний спондилодез позвоночника различными металлическими конструкциями.

Из 14 (17,4%) оперированных больных в 2-х случаях (2,5%) были выявлены признаки анатомического перерыва СМ, у остальных 12(15,4%) больных были выявлены признаки отёка СМ, субдуральные кровоизлияния - гематомиилия у 5(6,4%) больных. Во многих случаях причинами компрессии дурального мешка являлись фрагменты тел и дужек поврежденных позвонков, оборванные связки и элементы межпозвоночных дисков.

В 18 (23,1%) наблюдениях оперативные вмешательства были проведены в первые часы после травмы – от 3 до 12 часов.

У 5 (6,4%) больных оперативные вмешательства были проведены в течении первых 3 суток. Причинами проведения поздних операций являлись нахождение больных в состоянии шока, наличием поврежденных других органов и систем.

Изучение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения показало, что у 23 оперированных больных у 12 (29,5%) получены хорошие результаты, у 9 больных (11,5%) удовлетворительные, и у 2 больных (2,6%) неудовлетворительные результаты.

Неудовлетворительные результаты у 2 больных были связаны с наличием анатомического перерыва СМ и послеоперационном периоде и в процессе наблюдения за больными регресса в неврологическом статусе не наблюдались.

Таким образом, компрессионные переломы тел III-IV степени, нестабильные переломы тел позвонков являются показаниями к проведению оперативных вмешательств в первые часы после травмы. Проведение оперативных вмешательств в ранние сроки после ПП является профилактическим мероприятием возрастных осложнений. Проведение ранних операций при ПП и СМ способствует более раннему восстановлению утраченных функций СМ.

---

---

## ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОГО ШОКА У ДЕТЕЙ

**Карабаев Х.К., Ахтамов Ж.А., Абдусаломов Ф.М., Тагаев К.Р.,  
Кенжемуратова К.С.**

*Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Республика Узбекистан.*

За период с 1999 по 2003 гг и I квартал 2004 года в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП находилось на лечении 315 детей, из них в возрасте до 3-х лет - 119. У 117 больных площадь глубокого ожога составила 2-5% поверхности тела, у 90 больных – 6-10%, у 108 больных – 11-20% поверхности тела. Среди детей с глубокими ожогами у 85% диагностируется шок. Из них в 96% наблюдений торпидная и в 4% случаев эректильная фаза шока.

Лечение ожогового шока у детей начинается еще на догоспитальном этапе применением обезболивающих в сочетании с антигистаминными препаратами, которые усиливают их действие, оказывают седативный противорвотный эффект. В зависимости от возраста детей вводится внутривенно 1% раствор промедола одновременно с 1% раствором димедрола 0,3-1,0 мл; 0,125% раствора новокаина 30-50 мл и проводится новокаиновая блокада по А.В.Вишневскому.

Жидкость вводят в течении 2-х суток. Согласно противошоковым стандартам в первые 8 часов после травмы вводится 1/3 жидкости. В 16 часов первых суток – ещё 1/3 жидкости и остальная 1/3 часть – вводится детям на вторые сутки.

В тех случаях, когда имеется рвота, жидкость вводится внутривенно сверх регидратационной жидкости в виде 10% и 20% раствора глюкозы с инсулином.

Лечение детей в стадии шока нужно проводить индивидуально, учитывая степень и тяжесть шока, площадь и глубину поражения, возраст пострадавших и на основании показателей лабораторных данных.

При I степени ожогового шока у детей внутривенно вводится 1% раствор промедола (0,1 мл на год жизни), 0,125% раствор новокаина (25-30 мл), плазма (50-100 мл), 10% раствор глюкозы с инсулином (100-150 мл + 4 ед. инсулина), полиглюкин (150-200 мл). В течение суток переливается жидкость около 10% веса тела ребенка, т.е. 750-1500 мл в зависимости от возраста детей.

Трансфузионная терапия ожогового шока II степени проводится в течении 2х суток. Учитывая степень гемоконцентрации, уровень гематокрита, ОЦК, КЩР и других параметров гемодинамики и степени диуреза детям вводится жидкость в следующих соотношениях: 1/3 белковых препаратов (плазма), 1/3 коллоидных растворов (полиглюкин, гемодез) и 1/3 – 10% раствор глюкозы, 30-60 мл 4% раствора бикарбоната натрия. По показаниям вводится корглюкон, строфантин, кокарбоксилаза, димедрол, преднизолон. Маннитол и гипосульфат натрия применяются в основном у детей с олигоанурией.

Лечение III степени ожогового шока проводится аналогично со II степенью, но им необходимо вводить внутривенно преднизолон 10-15 мг в сутки, контрикал (10 000-15 000 ед.), кордиамин, строфантин, эуфиллин, кокарбоксилазу.

После внедрения стандартов лечения летальность в стадии шока снизилась с 6,8% (1999) до 1,0% (2004).

---

## **ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА**

**Карданова О.А., Эльгаров А.А.**

*Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, медицинский факультет университета, Чегемская центральная районная больница.*

Для формирования программы профилактики гипертонических кризов (ГК) в условиях сельского района нами выполнены анализ материалов ССМП за 2001-2003 гг и амбулаторных карт 78 лиц с артериальной гипертонией (АГ), обратившихся за неотложной помощью, а также апробирование кордафлекса (нифедипина) при неосложненном ГК у 36 пациентов.

Результаты. В структуре кардиоваскулярной заболеваемости населения района в течение 2001-2003 гг на долю АГ и коронарной болезни сердца приходится соответственно 41,0 и 44,0%. При этом у половины (47,9%) больных АГ ежегодно регистрируются острый коронарный синдром, нарушения мозгового кровообращения, сердечная недостаточность, внезапные сердечные аритмии, 3/4 которых развивается на фоне ГК. Частота осложненных и особенно неосложненных ГК выросла за последние 3 года в 1,7 раза. По данным районной ССМП, в 2001 г в связи с АГ, осложненной ГК, за неотложной помощью обратились 108 пациентов, в 2002 г - 231 и в 2003 - 264, что составило 6,5-9,0% от всех обращений и 25,0-31,4% от числа вызовов по поводу заболеваний органов кровообращения. Чаще ГК обнаруживались в возрасте 50 лет и старше (82,5%) независимо от пола, а до 40 лет - в основном у мужчин. Большинство обращений (около 84,5%) приходится на вечернее и ночное время. В 79,5-89,0% случаев диагностированы неосложненные ГК. Вместе с тем, ежегодно у 40-54 больных АГ на амбулаторном приеме или при активном посещении на дому врачом диагностируется ГК.

Оценка амбулаторных карт части пациентов с ГК выявила увеличение количества лиц, не принимающих лекарства вообще или периодически; отсутствие немедикаментозных средств, способствующих гипотензивному эффекту и модификации образа жизни; явно малое число больных, активно и регулярно выполняющих врачебные рекомендации. Обязательное правило - взятие на учет больного с ГК - практически не используется на практике.

Для купирования ГК в 36 случаях (средний возраст 59,7+12,4 лет) нами применен кордафлекс (10-20 мг сублингвально в соответствии с проектом ННПОСМП). К 30 минуте наблюдалось снижение показателей АД от 190,3+21,6/102,6+9,6 до 160,5+19,8/90,3+8,6 мм рт.ст., а через 1 час - до 139,0+11,6/84,8+6,8 мм рт.ст. Клинически значимых побочных эффектов не выявлено, за исключением покраснения лица у 17 человек.

Приведенные результаты свидетельствуют о наличии резервов в системе динамического наблюдения лиц с АГ и указывают на необходимость повышения уровня информированности врачей (активное выявление, вторичная профилактика) и населения (последствия нелеченной АГ) в рамках разрабатываемого проекта «Регистр АГ в условиях сельского района».

---

## **К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТОМ ЯИЧНИКОВ**

**Каримов З. Д., Тухтабаева Б.М., Хусанходжаева М.Т.,  
Азимова Ф.М.**

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

Целью нашего исследования, проводившегося на протяжении последних трех лет, явилось изучение эффективности метода трансвагинально-пункционно-аспирационной склеротерапии (ТПАС) у больных с осложненными формами эндометриоидных кистом (ЭК) придатков матки.

Под наблюдением находились 34 женщины с осложненными формами ЭК яичников. У 14 из них отмечалась картина предперфорации кистомы, у 10 развились воспалительные изменения. Длительность эндометриоза среди обследованных больных колебалось от 8 месяцев до 3х лет. Все женщины были в браке. У 17 (50%) женщин отмечено первичное бесплодие, у 17 (50%) в анамнезе 1 – 2 родов. Во всех случаях, помимо клинических данных, диагноз верифицирован данными УЗИ и характерным “шоколадным” содержимым кист, полученным при ТПАС. Из числа женщин вошедших в разработку у 53% имели место двусторонние кистомы, у 47% односторонние. При этом у всех 18 женщин с двусторонними образованиями яичников при ТПАС получено характерное “шоколадное” содержимое кистом с обеих сторон.

Противопоказаниями к данному методу лечения были атипичное расположение и многокамерная сложная структура образования, выявляемая при УЗИ.

У 27 (79%) женщин метод ТПАС применен в первую фазу, у 7 (20%) во вторую фазу менструального цикла. Под местной анестезией (лидокаин 2% - 2,0 мл) на фоне контроля УЗИ проводили пункцию кистозного образования. После полного опорожнения кистомы ее полость промывалась физиологическим раствором и заполнялась 6,0-20,0 мл этанола – у 11 (32%) женщин, 5,0 –10,0мл спиртового раствора йода – у 13 (38%) женщин. Экспозиция склерозирующего раствора проводилась в течении 10 минут после чего его аспирировали. Все больные после пункции в течении 3-6 дней получали комбинированную антибактериальную терапию с последующим приемом дановала по традиционной (400,0мг в сутки непрерывно в течении шести месяцев) схеме.

Наблюдения за больными в течении 6-12 месяцев после ТПАС показало : к оперативному лечению пришлось прибегнуть у 2 из 34 женщин из-за прогрессирующего нагноения ЭК. У остальных 32 женщин рецидива ЭК не отмечено.

Таким образом, ТПАС может рассматриваться как метод выбора лечения ЭК не только в «холодном» периоде заболевания, но и при развитии осложнений ЭК (предперфорация, нагноение). Это способствует органосохраняющей реабилитации среди женщин молодого репродуктивного возраста.

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

**Ковалева Н.Н.**

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

Проанализированы все случаи внезапной смерти среди жителей г. Железнодорожска за 2001-2003 годы. Объектом исследования явились 2750 карт вызова скорой помощи к умершим вне стационара, из которых только 306 случаев (11%) отвечали критериям внезапной смерти.

При анализе первичных документов внезапно умерших (амбулаторные карты, карты вызова скорой помощи, опрос свидетелей) было выявлено, что в 127 случаев (42%) смерть была «моментальной» или «мгновенной». В 99 (32%) случаев смерть наступила в течение часа с момента появления первых симптомов недомогания, в 61 (20%) – от часа до 6 часов, в 17 (6%) – от 6 до 24 часов. Тревожным можно считать тот факт, что 42% (130 чел.) внезапно умерших не состояли на учете в поликлинике. По данным амбулаторных карт 48 (16%) пациентов наблюдались с гипертонической болезнью, 35 (11%) – с ИБС, 25 человек (8%) – перенесли ранее инфаркт миокарда, 2 человека наблюдались после аорто-коронарного шунтирования (АКШ), 15 (5%) – перенесли острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), у 23 (7%) человек регистрировали различные нарушения ритма и проводимости. По данным опроса родственников умерших выявлено, что 66 человек (22%) злоупотребляли алкоголем.

Причины смерти внезапно умерших вне стационара, состояние миокарда, коронарных артерий изучены на основании данных 264 вскрытий (86%). В 24 случаях (9,1%) смерть была обусловлена поражением центральной нервной системы – внезапная мозговая, или церебральная смерть, в 90,9% случаев – нарушением сердечной деятельности. Морфологические причины внезапной сердечной смерти представлены в таблице.

**Таблица 1.**

Причины внезапной сердечной смерти

Причины ВСС (n – 240)	Количество	%
Инфаркт миокарда	25	10,4
Острая коронарная недостаточность	130	54,2
Тромбоземболия легочной артерии	6	2,5
Пороки сердца	2	0,8
Гипертрофическая КМП	4	1,7
Дилатационная КМП	3	1,25
Рестриктивная КМП	1	0,4
Алкогольное поражение сердца	62	25,8
Синдром WPW	1	0,4
Аномалии коронарных артерий	3	1,25
Разрыв аневризмы грудной аорты	3	1,25

Макроскопически острый инфаркт миокарда был обнаружен в 25 случаях (10,4%), в том числе в 3-х случаях с разрывом миокарда. Патологоанатомические признаки острой коронарной недостаточности выявлены в 130 случаях (54,2%). К ним относили наличие выраженного атеросклеротического стеноза коронарных артерий и участки

---

неравномерного кровенаполнения миокарда. В 12 случаях из 130 (9,3%) найден тромбоз просвета артерий. Признаки стенозирующего атеросклероза коронарных артерий были обнаружены в 164-х случаях, что составило 68,3% среди случаев внезапной сердечной смерти, постинфарктный кардиосклероз – 42 случая (17,5%), мелкоочаговый кардиосклероз 52 случая (21,7%), аневризма миокарда -18 случаев (7,5%).

Почти в 26% (62 случая) на секции у внезапно умерших выявлена алкогольная кардиомиопатия. В 22% случаев (13 внезапно умерших женщин и 46 мужчин) обнаружен алкоголь в крови менее 3,5 ‰. Стеноз коронарных артерий не обнаружены в возрасте 20-29 лет, в молодом возрасте (40-49 лет) степень стеноза меньше и преобладает поражение одной ветви коронарной артерии. В 60-69 лет в 25 % случаев внезапно умерших наблюдался стеноз коронарных артерий. В большинстве случаев внезапной смерти увеличена масса сердца. У лиц старше 40 лет в 75% масса сердца превышала 400 г у мужчин и 350 г у женщин. Это подтверждает, что гипертрофия миокарда является одним из показателей повышенной вероятности внезапной смерти.

Таким образом, на догоспитальном этапе основная нозологическая причина внезапной смерти – ишемическая болезнь сердца, острая коронарная недостаточность.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭНАЛАПРИЛАТОМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Ковалева Н.Н., Яценко Л.Ю.**

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

Повышение артериального давления (АД) повсеместно является одним из наиболее частых поводов вызова скорой медицинской помощи. Статистические данные свидетельствуют, что за последние 5 лет число вызовов по поводу повышения АД в нашем городе увеличилось с 9 до 11% от общего количества вызовов.

Нами проанализирована эффективность и безопасность парентерального применения эналаприлата (энап, «КРКА», Словения) при неосложненном гипертоническом кризе. Зарегистрированное показание для применения энапа - артериальная гипертензия в случаях, когда пероральное лечение невозможно. В некоторых работах отмечается возможное применение препарата при неосложненном гипертоническом кризе.

В исследование включено 36 больных с САД 210 мм рт. ст. и выше и ДАД 110 мм рт. ст. и выше с однопиковой клинической картиной криза. Средний возраст составил  $56 \pm 3,5$  у женщин (n=20) и  $58 \pm 5,5$  (n=16) у мужчин. Чаще всего в момент криза ведущими жалобами больных были головная боль и головокружение - 42%, дискомфорт в области сердца - 26%, нарушения зрения – 8%, тошнота, рвота – 7%.

Лечение проводилось эналаприлатом 1,25 мг в/в на физиологическом растворе в течение 5 минут, после чего определяли динамику АД и ЧСС каждые 15 минут. Эффективным было лечение у 32 (89%) больных. Наблюдалось снижение среднего САД в течение 60 минут на 27% (рис. 1). У 1-го больного наблюдалось избыточное снижение АД, у 3-х – недостаточное снижение. Следует отметить, что во всех случаях эффектив-

ного лечения уже в момент завершения введения энапа больные отмечают субъективное улучшение состояния, купируется головная боль, тошнота и нарушения зрения. Побочные эффекты в виде покраснения лица и сердцебиения возникли 4-х больных. Динамика показателей АД и ЧСС представлены в таблице.

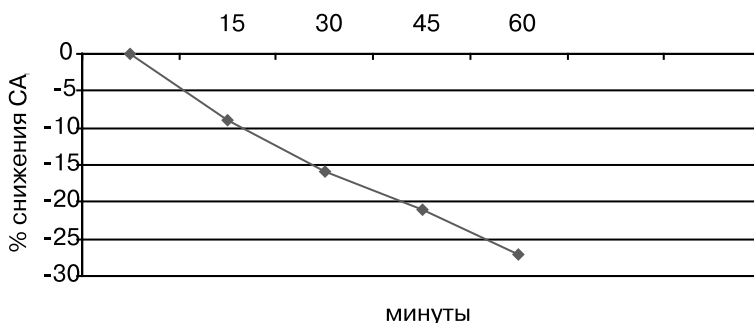
**Таблица 1.**

Динамика АД и ЧСС.

Показатели	До инфузии	После инфузии	15 мин.	30 мин	45 мин	60 мин
САД	217±2,9	210±2,5	196±2,3	182±2,4	172±1,9	158±2,0
ДАД	119±2,1	117±1,6	111±1,9	107±2,5	101±1,7	94±2,6
ЧСС	82±2,5	80±2,2	76±2,8	75±2,6	73±1,8	71±2,0

**Рисунок 1.**

Динамика САД при лечении Энапом



Таким образом, Эналаприлат при парентеральном введении оказывает плавное гипотензивное действие, не приводит к избыточному снижению АД и артериальной гипотензии, безопасен, хорошо переносим и может применяться для купирования неосложненных гипертонических кризов с САД не < 210 мм рт. ст. и ДАД не < 110 мм рт. ст.

Клиническое значение функциональной митральной регургитации у больных острым инфарктом миокарда

Ирина.Севастьянова.Комарова (тел. 322-1912), В.В.Желнов

Кафедра госпитальной терапии 2 ММА им.И.М.Сеченова, ГКБ 7

Патофизиологические механизмы развития функциональной митральной регургитации (ФМР) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) и роль ее в процессе ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) в настоящее время изучены не полностью. Внедрение в кардиологическую практику доплер-ЭхоКГ методов исследования расширило возможности врача в ранней диагностике ФМР без применения сложных и небезопасных инвазивных методов исследования.

Целью исследования явилось: изучить влияние ФМР на течение ОИМ.

Были поставлены следующие задачи:

1. Определить количественные показатели ФМР методами цветового доплерографического картирования сходящегося потока и количественной доплер-ЭхоКГ у больных ОИМ.



---

2. Оценить клиническое значение ФМР и ее связь с развитием СН и прогноз у больных ОИМ.

Исследование было проведено у 61 пациента (44 мужчины и 17 женщин) в возрасте от 34 до 84 лет (средний возраст 62.6 ± 1.5 года) с ФМР, поступивших в блок кардиореанимации отделения неотложной кардиологии с диагнозом острого инфаркта миокарда. Все больные имели различные функциональные классы острой сердечной недостаточности (ОСН) по классификации Killip: I класс 34 больных, II класс 17, III-IV класс 10. Исследования выполнены на сканирующей системе Acuson 128 XR, с использованием 2.5 MHz-трансдьюсера и записаны на VHS-видеокассеты для дальнейшего анализа. Двухмерная ЭхоКГ была выполнена стандартным двух- и четырехкамерным доступами для визуализации митрального кольца в двух ортогональных проекциях. Спектр скорости регургитационного потока в отверстиях регургитации был получен постоянноволновым доплером, где луч был направлен параллельно потоку. ФМР была оценена двумя количественными методами: цветовым доплеровским картированием с использованием метода расчета площади проксимальной изоскоростной поверхности (PISA-метода) и традиционным методом количественной доплер-ЭхоКГ (Q-DE-метод). Измерения проводились во время одного и того же обследования в пяти сердечных циклах, результаты которых, были усреднены. В исследование не включались пациенты с патологией аортального клапана; с митральной регургитацией вследствие пролапса или органического поражения митрального клапана; с нарушениями сердечного ритма в момент обследования.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что результаты этих двух взаимодополняющих методов сопоставимы и могут использоваться в равной степени для количественной оценки ФМР, что исключает ошибку измерений.

В результате проведенных исследований у всех больных выявлена высокоскоростная митральная регургитация, достигающая в некоторых случаях 600 см/с, занимающая по продолжительности большую часть систолы. Площадь регургитационного отверстия, через которое проходила струя регургитирующей крови из ЛЖ в левое предсердие у 34 больных была очень маленькой (0.04 ± 0.19 см<sup>2</sup>) и не оказывала существенного влияния на гемодинамику. У этих больных отмечалась ОСН I функционального класса. У остальных больных площадь регургитационного отверстия была в диапазоне 0.2 ± 0.52 см<sup>2</sup>. Среди них у 17 больных диагностировалась ОСН II класса, а у 10 III-IV класса. Напрашивался вывод о том, что чем меньше площадь регургитационного отверстия, тем выше скорость проходящего через него кровотока, и наоборот. Но между этими показателями была выявлена лишь слабая обратная линейная зависимость. Это можно объяснить тем, что на скорость потока в отверстии регургитации оказывает существенное влияние градиент давления между левыми камерами сердца.

Наличие регургитационного потока и отверстия, через которое кровь поступает из желудочка в предсердие, свидетельствует о развитии относительной митральной недостаточности у больных ОИМ. Регургитационный объем был в диапазоне от 5,57 мл до 71,5 мл, а регургитационная фракция в пределах от 6,4% до 59 %.

При сопоставлении полученных количественных показателей ФМР с выраженностью ОСН у больных ОИМ отмечено, что средние значения радиуса сходящегося потока, площади регургитационного отверстия и регургитационного объема возрас

---

с увеличением фракции регургитации и функционального класса ОСН. При анализе истинных значений этих показателей в группах больных каждого отдельного класса ОСН были выявлены лишь слабые прямые корреляционные связи. И это не случайно, так как на величину любого из этих показателей влияет множество гемодинамических факторов. И ни один из указанных показателей нельзя рассматривать в отдельности. Но все же главным ориентиром степени тяжести регургитации является регургитационная фракция (RF), которая наиболее точно отражает гемодинамические нарушения, вызванные обратным током крови в левое предсердие. На основании анализа величины RF мы выделили четыре степени тяжести ФМР: I степень легкая ФМР RF до 10%; II степень умеренная ФМР RF

10% - 29%; III степень ФМР средней тяжести RF 30% - 49%; IV степень очень тяжелая ФМР RF 50% и более. У больных с тяжелой, резистентной к стандартной лекарственной терапии сердечной недостаточностью IV класса фракция регургитации превысила 50%.

Таким образом, определение количественных показателей ФМР у больных ОИМ имеет важное значение в оценке тяжести регургитации, в прогнозировании развития сердечной недостаточности, а также в решении вопроса о тактике ведения больного.

Выводы:

1. Для неинвазивной оценки количественных параметров ФМР у больных ОИМ целесообразно использовать комбинацию двух доплер-ЭхоКГ методов исследования.
2. Определение количественных показателей ФМР у больных ОИМ позволяет оценить степень тяжести регургитации и ее динамику при медикаментозном лечении.

## **ДИАБЕТИЧЕСКИЙ КЕТОАЦИДОЗ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ В НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ**

**Кондратьева Н.А., Голецова З.Ш.**

*Омская государственная медицинская академия, Больница скорой помощи №1, г. Омск*

В процессе формирования кетоацидоза при сахарном диабете 1 типа (СД1) максимально выражено накопление продуктов незавершенного окисления жирных кислот и избыточный синтез кетотел. Частичные ингибиторы окисления жирных кислот, в частности - Триметазидин (Тр), способствуют сдвигу от окисления жирных кислот к окислению глюкозы. В результате этого утилизация кислорода осуществляется более эффективно, и происходит уменьшение внутриклеточного образования кислых метаболитов. Тр уменьшает выраженность внутри- и внеклеточного ацидоза, уменьшает адгезивность тромбоцитов, обладает антитромбоцитарным и антиагрегантным действием (Метелица В.И., 2002). Известно, что инсулинотерапия при СД1 увеличивает поступление глюкозы в клетку, а Тр «переключает» метаболизм на окисление глюкозы через ингибицию 3-кетоацилКоА-тиолазы, непосредственно препятствуя образованию субстрата для синтеза кетотел (Опалева-Стеганцова В.А., 2002). В этой связи актуально изучение комплексного действия Тр на метаболизм, гемостаз и сосуды при острых осложнениях СД 1, так как и инсулин, и Тр в итоге действуют однонаправленно. Обследовано 52 пациента в возрасте от 16 до 40 лет. Все больные находились на лечении в отделениях неотложной терапии по поводу диабетического

---

кетацидоза (после нарушений диеты, стрессов, при неадекватном лечении СД1, в том числе – в дебюте СД1). Средняя продолжительность кетацидоза при обычной терапии составила 5,5 койко-дней. Препарат назначался с момента поступления 31 пациенту в суточной дозе 60 мг в связи с официальным показанием - диабетическими хориоретинальными нарушениями, имевшимися у всех больных СД1 с кетацидозом. Обнаружено укорочение сроков кетацидотического состояния в среднем на 1,8 койко-дня по показателям кетотел мочи в сопоставимых группах пациентов с различной интенсивностью кетогенеза. Спонтанная агрегация тромбоцитов (АТ) исходно составила  $1,9 \pm 0,03$  отн.ед, а при лечении Тр к 20-м суткам уменьшилась до  $1,31 \pm 0,07$  отн.ед (в группе сравнения – до  $1,79 \pm 0,1$  отн.ед). Индуцированная АТ (5 мкМ АДФ) исходно составила  $77,3 \pm 8,1\%$ , в группе Тр на 20-е сутки -  $51,2 \pm 3,4\%$ , а в группе сравнения без Тр -  $67,3 \pm 4,2\%$ . Показатели коагуляционного звена гемостаза при назначении Тр не обнаруживали четкой динамики. Изучение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВР) плечевой артерии при помощи манжеточной пробы до и после лечения Тр демонстрируют улучшение вазомоторной NO-зависимой функции эндотелия. Так в группе контроля прирост ЭЗВР (% диаметра сосуда) составил  $10,34 \pm 1,5$ ; в группе кетацидоза до лечения -  $2,37 \pm 2,5$ ; после лечения с Тр -  $9,67 \pm 3,26$ ; после лечения без Тр -  $6,42 \pm 2,61$ . Таким образом, патогенетически обоснованное назначение триметазидина в комплексной терапии декомпенсации СД 1 типа оказалось эффективным для сокращения продолжительности кетацидоза, а также – для коррекции сопутствующих сосудистых нарушений.

## **ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ И ДООПЕРАЦИОННЫЙ ПРОГНОЗ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Костюченко К.В., Рыбачков В.В.**

*Россия, Ярославль, МКУЗ МСЧ ОАО «Автомобиль», Кафедра госпитальной хирургии ЯГМА*

Адекватная оценка тяжести состояния пациента на ранних этапах лечения обеспечивает ускорение диагностического процесса, а значит, уменьшает число неблагоприятных исходов. Ретроспективный анализ лечебно-диагностических мероприятий у 275 пациентов, оперированных по поводу различных форм распространённого перитонита (РП) основывался на определении критериев дисфункции систем органов, наиболее простых для диагностики: частота сердечных сокращений  $>110$  в минуту, частота дыхательных движений  $>24$  в минуту, среднее артериальное давление  $<71$  мм Нг, показатель шкалы комы Glasgow. Наличие трёх и четырёх критериев расценивалось как полиорганная дисфункция, наличие двух критериев – как биорганная дисфункция, наличие одного – как моноорганная дисфункция. За положительный исход приняты выздоровление и отсутствие релапаротомии по поводу прогрессирующего перитонита с исключением из группы пациентов, которым изначально применялся метод этапных санационных релапаротомий. Прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР) рассчитывалась по формуле Байеса [Р.Флетчер, 1998].

---

Наличие полиорганной дисфункции на догоспитальном (дооперационном) этапе при РП в значительной мере обуславливает 85,7%-ную летальность. ПЦПР в отношении окончательного исхода составила всего 0,4%, а прогноз вынужденной релапаротомии составил 93,9%. Биорганная дисфункция при летальности 61,9% сочетается с ПЦПР соответственно 10,2% и 96,7%. Моноорганная дисфункция приводит к 20,1% летальности, а прогноз неблагоприятных исходов составил соответственно 60,4% и 46,5%; при отсутствии критериев дисфункции отмечена летальность 8,3%, а прогностические показатели составили соответственно, 78,4% и 3,5%.

Установленные корреляционные взаимоотношения позволяют утверждать о существенной информативной ценности избранных критериев дисфункции, легко определяемых на догоспитальном (дооперационном) этапе и позволяющих поднять уровень предоперационной подготовки, ускорить решение о госпитализации (операции), а также избрать наиболее целесообразные методы диагностики. Неспецифичность вышеуказанных критериев при наличии основных симптомов хирургических заболеваний не мешает принять правильное тактическое решение, как хирургом, так и врачом другой специальности. Вышеуказанные критерии дисфункции могут быть использованы в тех случаях, когда более сложные методы догоспитальной (дооперационной) диагностики недоступны.

## **ТАКТИКА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Котельников Г.П., Труханова И.Г., Малыгина А.В., Тарасова С.В.**

*Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии реаниматологии и скорой помощи ИПО.*

Травматическая болезнь головного мозга относится к той патологии, при которой страдают нервные механизмы регуляции физиологических систем и висцеральных органов, нарушаются функции важнейших адаптивных нейроэндокринных механизмов (симпатико – адреналового, гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового), наблюдаются значительные и стойкие изменения в метаболизме организма пострадавшего. Установлено, что непосредственно после травмы отмечается значительная интенсификация обменных процессов (период «пожарообмена»), неизбежно приводящая к истощению внутренних ресурсов нервной ткани (развитие «энергетического дефицита»). На фоне продолжающегося энергетического дефицита развиваются процессы, связанные с накоплением токсических продуктов (период «клеточной интоксикации») и вторично обусловленными структурными изменениями. Непосредственно на месте происшествия больному необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей и остановить кровотечение. На догоспитальном этапе обеспечивают стабильность гемодинамики, проводят глюкокортикостероидную терапию. Для купирования рвоты применяют церукал, реглан по 10мг внутримышечно. Внутривенно струйно вводят реланиум в дозе 10мг в случае возникновения эпилептических припадков. Эуфелин внутривенно струйно в дозе 10мл 2,4% раствора как противорвотное,

---

сосудорасширяющее, бронхорасширяющее и мембранстабилизирующее средство. Дифференцированная терапия при лёгкой ЧМТ включает: анальгетики (анальгин 50% раствор 2мл внутримышечно, баралгин 5мл внутримышечно, реланиум 2мл внутримышечно), ноотропы (ноотропил в дозе 4-8 г/сут., разделённой на 2 приёма утром и вечером). При ЧМТ средней и тяжёлой степени тяжести включают следующее. Противошоковая терапия: маннитол 100-200мл 20% раствора, при необходимости добавляют фуросемид в средней дозе 20-40мг внутривенно струйно. Антигипоксическая терапия: внутривенно 10% раствор глюкозы в комплексе с инсулином и ионами калия. Противосудорожная терапия: фенитоин, насыщающая доза 15мг/кг, поддерживающая доза 300-400мг/сут. внутривенно. Антигеморагическая терапия: этанзилат 12,5% раствор 2мл внутримышечно или внутривенно струйно 2-3 раза в день, контрикал внутривенно капельно по 10000-20000ед. Порофилактика ДВС синдрома: свежезамороженная плазма.

## **НОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ**

**Кулдашев К.А.**

*Республика Узбекистан, г. Андижан, филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи, Государственный медицинский институт*

Проблема лечения сочетанной травмы в последнюю четверть XX века заняла одно из ведущих мест, что объясняется ее большой социальной значимостью. Сочетанные травмы являются одной из трех основных причин смертности населения, причем у населения в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место.

Наши научные исследования основаны на анализе 315 больных, прошедших комплексное обследование и лечение в отделениях нейротравматологии и нейрорезанации Андижанского филиала РНЦЭМП. Возраст больных от 16 до 76 лет, в исследуемых группах мужчины составляли большинство (132) Катamnез больных с 1997 по 2004 гг.

В нашем РНЦЭМП созданы специальные приемные отделения для больных с сочетанными травмами. В этот комплекс входит единовременная квалифицированная помощь нейрохирурга, травматолога, окулиста, Лор-врача, невропатолога, гинеколога, хирурга, уролога с последующими клиническими и параклиническими методами исследования. Этот фактор позволил осуществить своевременное полное клиническое диагностирование и оказание экстренной помощи при сочетанных травмах.

В зависимости от тяжести повреждений черепно-мозговой травмы (ЧМТ), позвоночника, спинного мозга (СМ) и опорно-двигательного аппарата (ОДА) нами использована Ганновская классификация сочетанных травм и классификация сочетанных черепно-мозговых травм института нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН. На этой основе мы разработали и предложили классификация сочетанных травм.

Сочетанные травмы – СТ.

СТ I степени – нетяжелая ЧМТ и нетяжелые внечерепные повреждения.

СТ II степени – нетяжелая ЧМТ и тяжелые внечерепные повреждения.

---

---

СТ III степени- тяжелая ЧМТ и нетяжелые внемозговые повреждения.

СТ IV степени- тяжелая ЧМТ и тяжелые внемозговые повреждения.

К тяжелым ЧМТ отнесены ушибы головного мозга средней и тяжелой степени, с давления мозга. Нетяжелым ЧМТ; сотрясения и ушибы головного мозга легкой степени.

К тяжелой травме ОДА и СМ отнесены переломы бедра, таза, большеберцовой кости, плеча, множественные переломы костей конечностей, стабильные и нестабильные переломы и вывихи позвонков, с повреждениями СМ и без него, его корешков. К нетяжелым травмами ОДА и СМ отнесены закрытые переломы костей лицевого черепа, кисти, стопы, предплечья, малоберцовой кости, носа, односторонние переломы 1-3 ребёр без повреждения плевры, ушибы туловища и конечностей.

В нашем исследовании диагностика и лечение больных с сочетанными травмами разделены на 2 больших этапа: догоспитальный, стационарный.

Наш опыт показывает, что перед врачом скорой помощи стоят следующие задачи: выявление витальных нарушений и их немедленное устранение; осмотр больного, полнота которого зависит от места осмотра (улица, помещение и т.д.) и времени суток и года. Выявление причин жизнеопасных нарушений и установление предварительного до госпитального диагноза; решение вопроса о госпитализации больного; выбор места госпитализации пострадавшего в соответствии с профилем патологии; при массовых повреждениях определение очередности госпитализации, определение стационара.

После госпитализации больных, диагностика сочетанных травм имела следующие особенности: наличие переломов крупных сегментов конечностей осложняло неврологическое исследование, определение мышечного тонуса, рефлексов, патологических знаков. Отсутствие жалоб на боль и нарушения функции конечностей у больных с тяжелой ЧМТ наряду с недостаточным осмотром на догоспитальном этапе и в приемном отделении послужило причиной более поздней диагностики (на 2, 3 сутки) переломов лодыжек, малоберцовой, лучевой и мелких костей кисти. При затруднительных ситуациях инструментальные исследования, такие, как рентгенологические, эхоэнцефалоскопия, компьютерная топография, магнитно – резонансная топография приобретали особое значение. Для проведения комплекса нейротравматологического обследования и лечения, при необходимости экстренной операции на головном и спинном мозге больным I – II группы и частично III – группы с целью иммобилизации переломов накладывали гипсовые лонгеты, аппараты внешней фиксации. Это позволяло в дальнейшем поворачивать больных, пунктировать, что способствовало профилактике пневмоний, пролежней и т.д. Лечение больных с грубыми нарушениями функций жизненно важных органов, вызванных ЧМТ, осуществлялось в 3 этапа.

Современное комплексное диагностики и оптимальная нейротравматологическая помощь при сочетанных травмах позволяет уменьшать сроки пребывания в стационаре и уменьшается реабилитационный период.

---

## **РОЛЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.**

**Куликов К.Г., Васюк Ю.А., Ющук Е.Н., Дударенко О.П.**

*Кафедра госпитальной терапии №1 с курсом Эхо-КГ ФПДО МГМСУ, Москва, Россия.*

Цель исследования: изучить возможности оценки вариабельности сердечного ритма (BCP) в прогнозировании смертности у больных ХСН.

Как известно, состояние вегетативной нервной системы (ВНС) оказывает большое влияние на сердечную деятельность и может, в некоторой степени, определять течение и прогноз ХСН. По мнению ряда авторов, наиболее специфичной и чувствительной методикой, позволяющей определить влияние ВНС на деятельность сердца является оценка BCP с помощью 24-часового мониторингирования ЭКГ по Holter.

По результатам многих исследований можно констатировать, что у больных с ХСН показатели BCP снижены по сравнению с нормой и коррелируют с тяжестью заболевания, оцененной такими показателями как функциональный класс ХСН по NYHA, конечно-диастолический размер левого желудочка (ЛЖ), фракция  $\wedge$  выброса ЛЖ и максимальное поглощение кислорода. Так, в исследовании UK-HEART было обнаружено, что один из показателей BCP SDNN является независимым предиктором общей смертности и наиболее сильным предиктором смертности от прогрессирования ХСН при сроке наблюдения до 482 дней. Ежегодная смертность у пациентов с SDNN более 100 мс, от 50 до 100 мс и менее 50 мс составила соответственно 5,5%, 12,7% и 51,4%.

В исследование включено 74 больных ХСН со сниженной насосной функцией сердца (фракция выброса левого желудочка менее 40%), развившейся в результате перенесённого инфаркта миокарда. Всем больным назначалась стандартная терапия ХСН (иАПФ, р-блокаторы, диуретики). Проводилось суточное мониторингирование ЭКГ по Holter с анализом временных и спектральных параметров BCP на этапе включения в исследование и через 6 месяцев лечения. В процессе 6-ти месячного наблюдения умерло 8 больных.

По нашим данным, у умерших больных отмечалось достоверное снижение показателя BCP SDNN по сравнению с остальными пациентами ( $38,1 \pm 8,6$  мс и  $128,4 \pm 24,8$  мс соответственно), а также LH/HF ( $1,3 \pm 0,1$  и  $2,9 \pm 0,2$  соответственно) и HF ( $48,3 \pm 3,3$  мс<sup>2</sup> и  $75,2 \pm 5,4$  мс<sup>2</sup> соответственно).

Полученные данные позволяют рекомендовать метод BCP для прогнозирования выживаемости больных ХСН.



---

# РОЛЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЦИТОКИНОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

**Лазарева Н.Б.**

*Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова*

Цель исследования: изучить динамику концентрации циркулирующих медиаторов воспаления (ИЛ-6,8,10, ФНО- $\alpha$  и СРБ) и их роль в оценке эффективности эмпирической антибактериальной терапии у больных тяжелой внебольничной пневмонией, сопровождающейся синдромом системного воспалительного ответа (ССВО).

Задачи исследования: 1).Охарактеризовать системную воспалительную реакцию у больных внебольничной пневмонией (ВП), сопровождающейся ССВО, на основании уровня циркулирующих провоспалительных (ИЛ-6, 8, ФНО- $\alpha$ , СРБ) и противовоспалительных (ИЛ-10) маркеров. 2).Сопоставить концентрацию про-и противовоспалительных маркеров со значением таких клинических параметров, как температура, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений и число лейкоцитов, отражающих тяжесть состояния больных ВП. 3).Изучить влияние антибактериальной терапии на концентрацию медиаторов системного воспалительного ответа у больных ВП. 4).Изучить прогностическую ценность количественного измерения циркулирующих маркеров воспаления с целью ранней оценки эффективности проводимой эмпирической антибактериальной терапии.

Материалы и методы исследования. В исследование была включена основная группа (больные ВП с признаками ССВО) и контрольная группа (больные ВП без признаков ССВО). В основную группу вошли больные с пневмонией, клиническая картина которых соответствовала критериям ССВО (два или более признака (ACCP\SCCM,1992): а) температура  $>38^{\circ}\text{C}$  или  $<36^{\circ}\text{C}$ ; б) ЧСС  $>90/\text{мин}$ ; в) ЧД  $> 20/\text{мин}$  или  $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ мм рт ст}$ ; г) лейкоциты  $>12000$  или  $<4000$  в мл, или палочко-ядерные  $>10\%$ . Оценка тяжести состояния на момент поступления проводилась на основании шкалы тяжести пневмонии British Thoracic Society (BTS,2001). В зависимости от тяжести состояния больные были разделены на 2 группы. Критериями неэффективности эмпирической антибактериальной терапии считались (M. Ioanas et al, 2003): а) сохранение температурной реакции ( $>38,30\text{C}$ ) при наличии гнойного характера мокроты; б) увеличение площади воспалительного инфильтрата в сочетании с ухудшением оксигенации крови;в) динамическое ухудшение состояния, связанное с развитием септического шока или СПОД. Результаты анализа лабораторных показателей, полученные в ходе настоящего исследования не влияли на стратегию терапии и выбор лекарственных средств. Значения лабораторных и клинических показателей, изучаемых у всех больных на 1,3,5,7 и 10 сутки, сравнивались между 1, 2 и контрольной группами. СРБ определялся в системном кровотоке иммунотурбидометрическим методом (R.Greiner, Flach, Germany) анализатором Hitachi 917. Уровень ИЛ-6, ИЛ-8 и ИЛ-10 в плазме крови измерялся количественным ELISA тестом с использованием наборов фирмы Diagnostic Products Corporation (Los-Angeles, USA).

Результаты. У больных ВП, сопровождающейся ССВО, отмечается выраженная системная воспалительная реакция, которую отражает высокий уровень циркулирую-



---

щих провоспалительных (ИЛ-6, 8, СРБ) и противовоспалительных (ИЛ-10) маркеров. У больных тяжелой ВП концентрация изучаемых цитокинов было достоверно выше, чем у больных нетяжелой ВП. В контрольной группе концентрация изучаемых маркеров воспаления находилась в пределах референтного интервала на всем протяжении исследования, все пациенты показали положительный клинический ответ на эмпирическую терапию. Среди всех изучаемых маркеров воспаления только для ИЛ-6 на протяжении всего периода исследования была выявлена корреляция с клиническими параметрами (ЧДД ( $r=0.69$ ,  $p<0.0001$ ) и ЧСС ( $r=0.57$ ,  $p<0.0001$ ). После проведения оценки эффективности назначенного лечения 18 пациентов с тяжелой ВП и 12 пациентов с нетяжелой ВП не показали положительного клинического ответа на проводимую эмпирическую антибактериальную терапию, т.е. ответ не зависел от тяжести состояния больных на момент госпитализации ( $p=0.2$ ). При анализе чувствительности и специфичности (AUC) изучаемых маркеров воспаления ИЛ-6 обладал наилучшей прогностической ценностью в отношении разделения пациентов на лиц с положительным и отрицательным клиническим ответом (AUC (0,77,  $p<0.001$ )).

Выводы. 1) Назначение эмпирической антибактериальной терапии сопровождается снижением концентрации ИЛ-6, ИЛ-10, СРБ, вне зависимости от характера клинического ответа, через 72 часа лечения, что указывает на способность антибиотиков модулировать выраженность системной воспалительной реакции у больных тяжелой ВП. 2) ИЛ-6, определяемый в плазме, демонстрирует высокую прогностическую ценность в отношении клинического ответа, оцениваемого на 3 сутки с момента назначения этиотропных средств. 3) Повышенная концентрация ИЛ-10 и высокая степень корреляции с циркулирующим ИЛ-6 свидетельствует об индукции эндогенной реакции, направленной на поддержание баланса между про- и противовоспалительными звеньями иммунного ответа организма. 4) Сравнительное изучение про- и противовоспалительных маркеров показало, что динамическое исследование концентрации ИЛ-6 отражает связь с клиническими параметрами и тяжестью состояния больных на протяжении всего периода исследования и может являться дополнительным маркером в оценке тяжести состояния больных ВП, сопровождающейся ССВО.

Практические рекомендации: 1) При назначении эмпирической антибактериальной терапии тяжелой ВП, сопровождающейся развитием ССВО, рекомендуется проводить определение концентрации ИЛ-6 до начала терапии и через 72 часа с целью оценки ее эффективности. 2) Для данной категории больных, имеющих на момент госпитализации в стационар концентрацию ИЛ-6  $>1000$  pg/ml характерна высокая вероятность отрицательного клинического ответа при проведении эмпирической антибактериальной терапии, оцениваемого по традиционным клиническим параметрам через 72 часа.

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.

**Майкова Н.Ю., Ли О.В., Водопьянова Л.В., Куликова Е.Г., Ермакова Т.И., Проценко Н.А.**

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

Нами проанализировано изменение структуры причин летальных исходов в присутствии медицинского работника станции скорой медицинской помощи города Комсомольска-на-Амуре за 1995-2003 годы. Сравнению подлежали данные статистического анализа периодов 1995-1997 и 2001-2003.

Сравнительная характеристика причин догоспитальной летальности в присутствии врача за периоды 1995-1997гг. и 2001-2003 гг.

Причины	1995-1997 годы		2001-2003 годы	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Сердечно-сосудистые заболевания:	139	50,5	180	55,7
А) из них инфаркт миокарда	61	22,2	73	22,6
Б) хроническая сердечная недостаточность	26	9,5	51	15,8
ОНМК	34	12,3	37	11,5
Травмы	25	9,0	37	11,5
Отравления	18	6,5	12	3,7
Пневмонии с инфекционно-токсическим шоком	8	2,9	22	6,8
Онкологические заболевания	24	8,7	18	5,5
Прочие	17	6,2	17	5,2
Всего	275	100	323	100

Таким образом, при сравнении периодов 1995-1997 годов и 2001-2003 годов в структуре причин догоспитальной летальности в присутствии врача отмечается увеличение процента смертельных исходов при пневмониях, осложненных инфекционно-токсическим шоком на 3,9% (критерий Стьюдента = 4) и хронической сердечной недостаточности на 6,3% (критерий Стьюдента = 3,3). Смертельные исходы при пневмонии в большинстве случаев наблюдались у больных, страдающих хроническим алкоголизмом, ослабленных другой сопутствующей патологией и связаны с поздним обращением за медицинской помощью.

## ОПЕРАЦИЯ Ф.Г.НАЗЫРОВА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ПРИ УГРОЗЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН

**Мансуров А.А.**

*РСЦХ им. акад. В.Вахидова, Навоийский филиал РНЦЭМП Республика Узбекистан*

В РСЦХ им. Академика В.Вахидова в 1998г разработаны эффективные методы остановки и долгосрочной профилактики кровотечения из варикозных вен при синдроме портальной гипертензии, которые уже успешно используются в повседневной практике клиники, и внедрены в стационарах экстренной помощи гг. Ургенча, Навои, Намангана, Ташкентского вилоята.

---

Данные способы разобщения варикозных вен гастроэзофагеального коллектора у больных с портальной гипертензией включают проксимальную мобилизацию желудка, с экстраорганной перевязкой левой желудочной артерии и вены и предупреждение кровотечения путем прошивания, через все слои стенку желудка, источников венозного притока инструментальным (УО-60) или лигатурным методом, с последующим наложением кардиофундального анастомоза. На разработанные методы получены 2 патента РУз и они уже известны как операция Ф.Г. Назырова.

Основным отличительным признаком лигатурного метода от инструментального является использование вместо аппарата УО-60 шелковой лигатуры (№5), накладываемой циркулярно в область субкардии, что позволяет использовать этот вид вмешательства повсеместно. Учитывая вышеописанные отличительные стороны в настоящий момент, мы используем в основном лигатурный метод.

Указанные операции апробированы у 50 больных в РСЦХ имени академика В. Вахидова; у 24 больных в Наманганском областном филиале РНЦЭМП; у 4 в Навоийской области; у 6 больных в Ташкентской области и 3 больных в Ургенчском филиале РНЦЭМП.

86% больных составили больные циррозом печени, 14% - с тромбозом портального бассейна. При этом операция произведена у 18 больных на высоте кровотечения из варикозных вен пищевода, причем у 2-х на фоне ранее перенесенной спленэктомии, у 4 операции Пациора, у 4 после спленоренального анастомоза. У 13 больных операция сопровождалась спленэктомией, показанием к которой в основном явилось тромбоз селезеночной вены (6 больных) и выраженного гиперспленизма в сочетании с гигантской спленомегалией (7 больных циррозом печени). Количество детей до 14 лет составило 15%.

У всех больных предоперационная эндоскопия определила варикозное расширение вен 3 степени, причем в 9 случаях отмечено их тотальное расширение на всем протяжении пищевода. В последующих эндоскопических наблюдениях после операции отмечены уменьшение напряжения варикозных вен со стабильной положительной динамикой с течением времени.

Сравнительный анализ использованных разобщающих операций показал, что ни в одном случае после применения тотальных видов прерывания гастроэзофагеального коллектора рецидив кровотечения не наступил, и ни один больной из этой группы повторно не подвергся другим методам лечения по поводу ВРВПЖ.

Выводы:

Операция Ф.Г.Назырова является операцией выбора при тотальном тромбозе портальной системы, когда по анатомическим условиям наложение портосистемного шунта невозможна.

У больных с циррозом печени, осложненным варикозными венами пищевода операция Ф.Г.Назырова показана при выраженном гепатофугальном кровотоке.

---

## АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Мартынова Н.Я., Фомина С.И., Зинькова Т.М., Баженова С.Я.**

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

За период 2002 - 2003 годов проанализировано лечение на догоспитальном этапе 552 пациентов, обслуженных кардиологическими бригадами, с ХСН, из них: ишемическая болезнь сердца (ИБС) привела к ХСН в 316 случаях (57,25%); артериальная гипертензия (АГ) – 212 случаев (38,41%); 24 случая (4,35%) приходится на пороки сердца, миокардиты, миокардиодистрофии, кардиомиопатии.

Два заболевания – ИБС и АГ составляют 95,66% случаев. Поэтому мы проанализировали случаи ХСН у этой исследуемой группы, причем у больных, имеющих недостаточность кровообращения (НК) II А, Б и III стадии.

Большинство пациентов в исследуемой группе получают сердечные гликозиды – 96,59%, диуретики – 98,48%, ингибиторы АПФ – 93,18%, нитраты – 96,59%;  $\beta$  - блокаторы принимали 57,39% пациентов, амиодарон (кордарон) – 20,45%, антиаритмические препараты I класса – 17,80%, антагонисты Са<sup>+</sup> - 4,2%.

Остановимся подробнее на этих группах препаратов.

Сердечные гликозиды несколько десятилетий составляют основу медикаментозной терапии ХСН и назначаются всем больным с клиническими проявлениями ХСН. Наиболее распространен в применении – дигоксин. Но больные принимают этот препарат длительно, не меняя дозы, не учитывается возраст и побочные явления при назначении дигоксина. Зачастую применяют его как монотерапию. Дигоксин назначается в дозе 0,25 мг/сутки. Чем старше больной (более 70 лет), тем доза препарата должна быть ниже. Чем тяжелее протекает НК, тем более снижается доза дигоксина. Часто больные вызывают скорую помощь с симптомами передозировки сердечными гликозидами - нарушение ритма, желудочно-кишечные расстройства, неврологические синдромы (синкопальные состояния), синдром ре-декомпенсации.

Диуретики уже достаточно давно входят в базисную терапию ХСН. Но практически у всех исследуемых нами больных наблюдалась одна и та же схема приема одного препарата – фуросемида – 1 таблетка два раза в неделю. Хотя в зависимости от выраженности симптомов НК, различают активную и поддерживающую терапию, назначают диуретики ежедневно до снижения симптомов НК или назначают комбинацию мочегонных препаратов, используя, кроме петлевых, тиазидные диуретики, калий сберегающие. Диуретики комбинируют с ингибиторами АПФ, сердечными гликозидами.

Ингибиторы АПФ назначены в 93,18% случаев. У больных ХСН ингибиторы уменьшают одышку, повышают толерантность к физической нагрузке, снижают частоту экстренных госпитализаций. Ингибиторы АПФ назначались, в основном, больным с АГ, хотя их должны принимать не только больные с повышенным артериальным давлением и клиникой ХСН, но и скрытой дисфункцией левого желудочка (например, больные после инфаркта миокарда с нормальными цифрами артериального давления).

$\beta$  адреноблокаторы (БАБ). Назначение препаратов этой группы больным с ХСН наблюдалось значительно реже, чем выше перечисленные препараты (в 57,39% слу-

---

чаев), так как долгое время ХСН являлась противопоказанием для назначения БАБ у больных с ИБС и АГ. Но сейчас взгляды на БАБ значительно изменились, и они показаны больным с ХСН, особенно при наличии аритмий, тахикардии, в комбинации с ингибиторами АПФ и диуретиками, начиная с малых доз, учитывая противопоказания (бронхоспазм, АВ- блокады). Не следует назначать их больным с острой сердечной недостаточностью, в том числе при наличии выраженной задержки жидкости, требующей интенсивного диуреза, проведения внутривенных вливаний и необходимости госпитализации больного по поводу ХСН. В таких случаях необходимо добиться сначала стабилизации состояния больного.

Нитраты назначены в нашей группе больных почти во всех случаях. Причем больные, в основном, получали нитросорбид, который при длительном, непрерывном приеме вызывает толерантность к нему, возникают приступы стенокардии, задержка жидкости, симптомы ХСН.

Антагонисты Са<sup>+</sup> назначались больным с ХСН крайне редко (4,2%). По литературным данным «результаты исследований не позволили подтвердить благоприятное влияние антагонистов Са<sup>+</sup> на симптомы ХСН или выживаемость больных. Применение этой группы препаратов при ХСН постоянно не рекомендуется.

Противоаритмические средства. У больных с ХСН бывают срывы сердечного ритма по типу пароксизма мерцания предсердий, желудочковых аритмий и высок риск внезапной смерти. В этих случаях больным вводятся противоаритмические препараты I класса (новокаинамид). Эти препараты нецелесообразно применять больным с ХСН из-за их отрицательного инотропного эффекта, кроме неотложного лечения угрожающих жизни желудочковых аритмий. Для этой группы больных препаратом выбора является амиодарон (кордарон). Это единственный препарат, не оказывающий клинически значимого отрицательного инотропного действия, и он улучшает систолическую функцию левого желудочка. Кроме этих препаратов мы встречали назначения нестероидных противовоспалительных средств, которые снижают эффект диуретиков и ингибиторов АПФ, и могут ухудшить функцию сердца и почек.

Из нашего анализа лечения больных с ХСН можно сделать вывод, что задачи лечения не решаются в полном объеме (продление жизни больного и улучшение качества жизни). Больные не выполняют не медикаментозное лечение (преодоление факторов риска, включая диету, прекращение курения и приема алкоголя, снижение веса, умеренную физическую активность).

Медикаментозное лечение необходимо начинать как можно раньше, на стадии бессимптомной дисфункции левого желудочка, так как ХСН – это прогрессирующий процесс.

Выбор препаратов зависит от типа и тяжести ХСН, но первым препаратом должен быть ингибитор АПФ с индивидуальной дозой.

Лечение больных необходимо проводить постоянно с корректировкой комбинаций препаратов и их дозировки. При этом нужно учитывать:

ХСН у пожилых. Терапию проводить с осторожностью, учитывая побочные явления, корректируя дозы препаратов.

ХСН и ИБС. У этих больных одновременно наблюдается стенокардия; в этих случаях показано применение нитратов, антагонистов Са<sup>+</sup> и БАБ.

---

ХСН и АГ. Подбирать оптимальные дозы ингибиторов АПФ и диуретиков. Усилить гипотензивный эффект назначением антагонистов Ca<sup>+</sup> дигидропиридинового ряда II поколения.

ХСН и аритмии. Воздержаться приема препаратов I класса, используя амиодарон.

Все указанные недостатки в лечении на догоспитальном этапе обусловлены низкой укомплектованностью поликлиник участковыми врачами и невыполнением больными рекомендаций, особенно по поводу не медикаментозной терапии.

## **НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ЛЕТУЧИХ НАРКОТИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ (ЛНДВ)**

**Москвичев В. Г.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической фармакологии, Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи, г. Москва*

После десятилетия «затишья» специалисты различных областей медицины вновь стали встречаться с употреблением ЛНДВ, широко используемыми ранее, в 80-х годах XX столетия детьми и подростками нашей страны, с характерным ингаляционным путем введения этих веществ.

Арсенал используемых на сегодняшний момент ЛНДВ крайне разнообразен и представляет довольно широкий, постоянно пополняющийся список средств бытовой и промышленной химии, порой весьма неожиданных. В нем можно встретить: горючее для авиамоделей, лак для обуви, антипригарный состав для кухонной посуды, аэрозоли (освежители воздуха, дезодоранты, спреи для борьбы с насекомыми, лаки для волос, краски), средства для тушения пожара (из огнетушителя), жидкости для снятия лака, газы для зажигалок, пятновыводители и обезжиривающие средства, канцелярские маркеры и жидкости для коррекции текста, разбавители красок, средства для расширения коронарных артерий. Т.о., в большинстве случаев данную группу веществ составляют жидкости (преимущественно обладающие растворяющим эффектом, реже газы и сочетания первых двух - смеси (аэрозоли)). Объединяющим является присущее им всем физико-химическое свойство – летучесть, дающее возможность употреблять ЛНДВ ингаляционно.

В РФ отсутствует специализированное наркологическое догоспитальное звено (за исключением негосударственных, коммерческих выездных наркологических бригад), поэтому вся медицинская помощь больным (в том числе и неотложная), оказывается врачами бригад СМП.

В течение двадцатилетнего периода (1984-2004 гг) проводилось катamnестическое наблюдение 100 потребителей ЛНДВ, начавших употребление их в детском или подростковом возрасте. Кроме того, было обследовано более 750 человек употребляющих или ранее употреблявших ЛНДВ с целью изменения своего психического состояния (получения специфической эйфории). В процессе исследования выявлен ряд характерных неотложных состояний, возникающих у потребителей ЛНДВ и требующих немедленного медицинского вмешательства.

---

Неотложные ситуации наиболее часто наблюдались у новичков, принимающих ЛНДВ в одиночку. Обычно это было следствием неумелого приема, незнания элементарных правил приема установленных в группах потребителей ЛНДВ.

Но в ряде случаев критические состояния встречались и у тех несовершеннолетних, которые принимали ЛНДВ длительно и в группе. Это было следствием утраты количественного контроля, а также погони за исчезающей в результате привыкания и роста толерантности к токсическому агенту эйфории.

Были выделены наиболее часто встречающиеся опасные для жизни и здоровья ситуации, связанные с употреблением ЛНДВ, требующие неотложного медицинского вмешательства.

Непосредственное влияние токсического агента:

передозировки (отравление) ЛНДВ (токсикологическая ситуация);

развитие острого психотического состояния (психиатрическая ситуация);

судорожный синдром (неврологическая ситуация);

Опосредованное влияние токсического агента:

гипоксия головного мозга - удушье в процессе приема средства «смерть в мешке» или респираторный дистресс-синдром (реанимационная ситуация);

травматические поражения в результате нарушения координации, галлюцинаторных переживаний (травматологическая, хирургическая и реанимационная ситуации);

Отставленные проявления употребления ЛНДВ:

соматогенный этап отравления (возможно при несистематическом и даже однократно использовании больших доз ЛНДВ, учитывая выраженную токсичность некоторых веществ – например, хлорированных углеводородов).

Одновременно выявлено, что вызов к потребителям ЛНДВ бригад СМП или обращение к врачу по поводу проявлений абстинентного синдрома (относящегося к разряду неотложных наркологических состояний) – не было характерно. Тем не менее, учитывая то обстоятельство, что абстиненция протекает с большим числом разнообразных соматоневрологических проявлений (в том числе с повышением температуры тела до субфебрильных цифр), то такая патология часто принималась врачами как соматическая или неврологическая болезнь, по поводу которой даже назначалось лечение.

То., практика наглядно показала, что оказание догоспитальной медицинской помощи при расстройствах, связанных с неблагоприятными последствиями употребления ЛНДВ (за исключением реанимационных, травматологических, и в ряде случаев неврологической и токсикологических ситуаций) проводится врачами общих бригад СМП, и значительно реже – педиатрических. В связи с чем четко определяется крайняя необходимость знания медицинским персоналом бригад СМП особенностей клиники опьянения ЛНДВ, возникающего при разовом употреблении, и тех расстройств, которые появляются в процессе систематического употребления этих средств – развитием зависимости.

---

## НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕОТЛОЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Москвичев В.Г.**

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра клинической фармакологии, Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи, г. Москва*

В настоящее время врачам различных специальностей все чаще приходится сталкиваться с патологией ранее входившей в компетенцию узких специалистов. Одной из таких областей, представляющей особый интерес, является наркологическая патология, обусловленная негативной социально-экономической ситуацией в стране в 90-х годах XX века и ведущая к обширным разрушительным социально-популяционным последствиям (Т.Б. Дмитриева, 2002; Н.Н. Иванец, 2002; И.Н. Пятницкая, 2003). Наиболее яркими представителями наркологических проблем являются различные формы злоупотребления психоактивными веществами (алкоголь, наркотики, токсикоманические средства), сопровождающиеся серьезными соматическими расстройствами (П.П. Огурцов, 2002; Т.В. Чернобровкина с соавт., 2003).

Наибольшее распространение в России получило употребление алкоголя (В.Б. Альтшуллер, 2002). По данным Российской Ассоциации общественного здоровья уровень потребления алкоголя в России один из самых высоких в мире. Неумеренное потребление алкоголя в течение короткого периода времени способно вызвать острое отравление этанолом, а длительное его употребление, даже в субтоксических дозах, приводит к развитию хронической алкогольной интоксикации, висцеропатиям и, зачастую, является основной причиной смертельных исходов. Не случайно, что в последнее пятилетие наблюдается увеличение числа регистрируемых алкогольных психозов на фоне общего роста смертности от причин, связанных с употреблением алкоголя (Г.М. Энтин с соавт., 2002; Е.А. Кошкина с соавт., 2003), ухудшая и без того сложную демографическую ситуацию в стране.

До последнего времени медицинскими последствиями употребления алкоголя, наркотических и токсикоманических средств занимались главным образом наркологи и психиатры. Однако сейчас врачи общемедицинской практики, главным образом терапевты, все чаще сталкиваются с алкоголь- или наркообусловленными расстройствами у пациентов. Считается, что четверть всех госпитализируемых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и др., составляют пациенты, ранее не состоявшие на наркологическом учете, но страдающие алкоголизмом. Тем не менее, не ведется официальная статистика того, какова доля больных поступает в терапевтические стационары (в т. ч. по скорой медицинской помощи в реанимационные и разнопрофильные отделения) с наркологической патологией, замаскированной тяжелым соматическим фоном.

Злоупотребляющие психоактивными веществами лица, многократно обращаются в различные медицинские учреждения по поводу соматических заболеваний, травм, особенно часто к ним вызывается скорая медицинская помощь (СМП). Ургентные со-



---

стояния, сопряженные с употреблением алкоголя, наркотиков и токсикоманических средств, являющиеся поводом вызова бригад СМП, требуют не только учета сочетанной патологии (соматической и наркологической) врачами догоспитального звена, но и специалистами, оказывающими раннюю госпитальную медицинскую помощь. От правильности терапевтической тактики неотложных состояний, отягощенных острым или хроническим употреблением алкоголя, зависят ближайшие и отдаленные исходы, в том числе и досуточная летальность в стационаре (являющаяся одним из критериев качества оказания экстренной медицинской помощи, дающая возможность оценить эффективность диагностических и лечебных мероприятий).

Таким образом, врачи-терапевты сталкиваются в общеклинической практике с пациентами, соматическая патология которых обусловлена или утяжелена употреблением алкоголя или иных психоактивных веществ, при отсутствии у них явных типичных признаков алкогольной, наркоманической или токсикоманической зависимости. Отсутствие этих признаков у больного долгое время нестораживает врача в плане возможного развития тяжелого поражения внутренних органов, а развившаяся патология не расценивается как следствие чрезмерного употребления алкоголя или наркотическими средствами. Неадекватная оценка состояния больного (вовремя незамеченная наркологическая патология) приводит к утяжелению состояния (в том числе развитию неотложных состояний – отравления, абстинентного синдрома и острых психозов), недостаточному или неправильному лечению, и, как результат, к летальным исходам. В этом отношении демонстративен высокий показатель досуточной летальности таких больных.

Также важным представляется диагностика сочетанной патологии, связанной с употреблением алкоголя или наркотиков, у пациентов раньше, чем им может быть выставлен диагноз «алкоголизм» или «наркомания». Например, такие соматические последствия хронической алкогольной интоксикации как цирроз печени, энцефалопатия и ряд других, по сути, представляют собой позднюю диагностику. Однако, большинство врачей не владеют знаниями по диагностике и лечению расстройств здоровья, связанных с употреблением алкоголя и иных психоактивных веществ, считая такую патологию не входящей в сферу их профессиональных обязанностей. Положение осложняется тем, что в связи с тяжестью соматического состояния, лечение неотложных наркологических состояний проводится на терапевтической койке.

Все вышеприведенное наглядно демонстрирует, что отсутствие дефиниций, дающих возможность выстроить единый алгоритм оказания неотложных мероприятий для больных, употребляющих психоактивные вещества, ведет к высокой степени расхождения диагнозов, в том числе и по сопутствующим заболеваниям, и по возникающим жизненно важным осложнениям на догоспитальном и раннегоспитальном этапах, что препятствует преемственности и снижает качество лечебного процесса.

---

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ КООРДИНАЦИОННО- ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ В ОРГАНИЗАЦИЮ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Нарзулаева М.А., Бакиев С.С.**

*Республика Узбекистан, г. Самарканд, Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи.*

Ежегодно служба скорой медицинской помощи г. Самарканда обслуживает более 72000 вызовов. Вместе с тем, ранее существовавшая система организации скорой медицинской помощи населению, не обеспечивала необходимой эффективности, являясь к тому же высоко затратной. Бригады выполняли несвойственные им функции: снятие ЭКГ, инъекции, в том числе онкологическим больным, по назначению врачей поликлиник, лечение больных с острыми простудными заболеваниями, обострением хронических заболеваний.

Целью исследования явилось проведение сравнительного изучения результатов внедрения координационно-диспетчерской службы (КДС).

За 4 года функционирования службы экстренной медицинской помощи (ЭМП) выявлена тенденция снижения общего количество вызовов от населения города Самарканда и Самаркандской области. Если общее количество вызовов за период 1999-2000 гг принять за 100%, то в 2001 году этот показатель составил 90% вызовов, в 2002 году – 86% , в 2003 году - 79%. Такое снижение, объясняется не только естественной миграцией населения г. Самарканда и низкой обращаемостью в службу «03», но и созданием КДС на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП, задачами которого являются прием, анализ и дифференцировка всех вызовов, отсеивание некорректных ложных вызовов, вызовов к хроническим больным и т.д. В работе СМП наблюдаются повторные вызова, которые бывают из-за недостаточного, в лечебно-профилактическом отношении обслуживания больного, т.е не соблюдения стандартов действия при оказании первой медицинской помощи; вызовов к хроническим больным; при вызове линейными бригадами на себя кардиологических бригад для снятия ЭКГ и т.д. Организационно-методическая работа КДС привела к тому, что количество повторных вызовов к больным уменьшились (0,9% от общего количества вызовов). Для сравнения в 1999-2000 гг. количество повторных вызовов составляло в 1,8 раза больше по сравнению с 2003 годом, в 2001 году – в 2,2 раза и в 2002 году - в 1,5 раза больше.

С организацией Самаркандского филиала РНЦЭМП экстренных больных стали привозить в эти Центры, где были концентрированы необходимые специалисты по оказанию неотложной специализированной помощи. Если госпитализация больных в СФРНЦЭМП 1999-2000 гг. составляла среднем 14 % от общего количество вызовов, то в последующие годы количество их нарастало (в 2001 г.-18,2 %, в 2002 г. – 20 % от общего количества вызовов). Благодаря созданию КДС увеличился % госпитализации больных составила 29,7 %. В 2001 году врачи скорой помощи пребывали в приемном покое для госпитализации больного в среднем 30 минут, а в 2002 г - 20 минут. Благодаря организации КДС в 2003 году время пребывания бригад СМП в приемном покое стационара сокращено до 5 минут.

---

Таким образом, организация КДС повысило качество работы СМП: уменьшились количество повторных вызовов, время пребывания бригад СМП в приемном покое СФРНЦЭМП и увеличился процент госпитализации экстренных больных.

## **СОЗДАНИЕ РАЙОННЫХ И МЕЖРАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ОДИН ИЗ ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

**Нихоношин А.И.**

*г. Сатка Челябинской обл. МУЗ «ССМПСР»*

Скорая медицинская помощи в районе до 2002 года оказывалась Саткинской станцией и двумя отделениями в г. Бакале и п. Межевой.

За период с 1992 – 2002 гг. в Саткинском районе неуклонно увеличивалась обращаемость сельского населения района за скорой медицинской помощью и в 2004 году она составила 115,4 на 1000 населения. При этом вызова по перевозкам больных, то есть предварительно обслуженных медицинскими работниками ФАПов составляли 15%, а остальные вызова – 85% поступали от самих больных во время отсутствия работников ФАПов.

При этом увеличилось количество обращений в часы работы ФАПов и амбулаторий с 36,1% до 38,6%. При этом наблюдался рост числа внезапных заболеваний с 23,7% до 63,8%, то есть к тем больным, которым помощь должна быть оказана еще до приезда скорой медицинской помощи.

Возросло количество вызовов к детям на 8,9%, несчастных случаев на 2,4%.

Для повышения качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе сельскому населению района в нашем районе Постановлением Главы № 24 от 16.01.2002 года проведена централизация службы скорой медицинской помощи на базе существующей станции в г. Сатке, с передачей их материальных и кадровых ресурсов отделений при больницах.

Это позволило:

Создать целостную организацию и единый коллектив;

Выработать единую систему подхода и тактику при оказании скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе;

Укрепить материально-техническую базу образованных подстанций (подстанция г. Бакала переведена в новое помещение; с преобразованием подстанция п. Межевой радиофицирована. Все новые подстанции оснащены необходимым оборудованием, электрокардиографами и т.п.);

Появилась возможность повышения квалификации сотрудников путем проведения выездного сертификационного цикла;

Снизить количество, выполняемых отделениями несвойственных скорой функций;

Укрепить статистику и преемственность в работе поликлиник и стационаров;

Выработать единую стратегию службы;

---

Разработать Положение «О системе организации скорой медицинской помощи в районе»;

Снизить досрочную летальность с 17% до 5,5%;

Повысить качество оказываемой помощи при сохранении ее объемов невзирая на низкое финансирование.

Так количество снятых электрокардиограмм:

2001 год 2002 год

г. Бакал 1,8% 9,8%

п. Межевой --- 13,7%

г. Сатка 18,8% 23,9%

Смерть в присутствии бригады:

2001 год 2002 год

п. Межевой 0,1% 0,05%

(то есть в 2 раза меньше)

п. Межевой обслуживает в основном сельское население и бригады не были оснащены всем необходимым и меньше всего подготовлены к оказанию экстренной медицинской помощи в сложных ситуациях.

Повторные вызова, связанные с дефектом обслуживания:

2001 год 2002 год

г. Бакал 20,6% 2,7%

(то есть в 9 раз)

п. Межевой 5,7% 2,3%

(то есть в 2 раза)

Расхождения диагнозов скорой медицинской помощи и стационаров:

2001 год 2002 год

г. Бакал 6,7% 1,8%

(то есть снижение в 3,5 раза)

п. Межевой 7,4 % 2,9%

(то есть снижение в 2,5 раза)

г. Сатка 3,5% 2,1%

Опоздания на экстренные вызова, в процентах:

2001 год 2002 год

п. Межевой 2,8% 1,8 %

г. Сатка 0,9 % 0,3%

Отказы в госпитализации в связи с необоснованной доставкой больного в стационар:

2001 год 2002 год

г. Бакал 4,4% 0,8%

(то есть снижение в 5 раз)

п. Межевой 17,7% 8,8 %

(то есть снижение в 2 раза)

г. Сатка 4,0 % 1,2%

Медико-экономическое обоснование централизации службы скорой медицинской помощи

---

Финансирование службы с 1992 года постоянно уменьшается, что наглядно видно из таблицы:

Годы	Общая сумма бюджета, тыс. руб	Ср. стоимость вызова (руб.)	В т.ч. зарплата и начисления, тыс. руб.	Доля зарплаты и начислений, %
1992	19289	482	7188	37,3
1993	146636	3,666	61135	41,7
1994	516000	12,900	333600	64,7
1995	1235,0	31	771,2	62,4
1996	1870,6	47	1376,1	73,6
1997	2255,6	56	1462,5	64,8
1998	1999,6	50	1459,9	73,0
1999	2556,4	64	1933,9	75,6
2000	4076,3	102	2984,4	73,2
2001	4628,8	106	3414,8	84,3
2002	6811	170	6628	97,3
2003	9026	225	8493	94,1
2004	12755	303,69	11016	86,3

По разработанным специалистами Министерства Здравоохранения формулам подсчета стоимости 1 вызова по медико-экономическим стандартам, по 5 группам сложности (см. Том 3 разработка НХМ) наш бюджет должен быть 75 миллионов рублей при средней стоимости 1 вызова в 3694 рублей.

На сегодняшний день вызов стоит 317,5 рубля, вместо 588,0 рублей, определенной Постановлением Губернатора, а обеспечение бригад медикаментами – 6 рублей на 1 вызов. Таким образом бюджет скорой по Программе государственных гарантий должен быть равен 23,5 миллиона рублей (40.000 выездов X 588,0 рублей). Таким образом недофинансирование скорой по Программе государственных гарантий составляет 50%, а по медико-экономическим стандартам – 80%. И о каком развитии станции можно говорить, если в планируемом бюджете ФОТ с начислениями составляет 97,3% (см. таблицу). Бюджетное недофинансирование станции компенсирует за счет платных услуг, сумма которых составляет ≈ 2 миллиона рублей в год или 25% планируемого бюджета.

Эти средства, заработанные в основном стоматологической службой, идут в основном на оплату ГСМ, медикаментов, связи, запасных частей к санитарным автомобилям, коммунальных услуг, ремонты зданий, командировочные расходы, периодические издания, хозяйственные расходы и очень мало идет на оплату труда.

Поэтому централизация скорой предполагает выделение ее расходов в бюджете района отдельной строкой, что позволит обратить внимание руководителей района и области на низкое финансирование службы и обосновать методику расчета потребности населения в скорой медицинской помощи, которая основана на утвержденной Губернатором Программе государственных гарантий. Учитывая, что лекарства очень дорогие, а прожиточный минимум нашего населения низкий, а скорая бесплатна и доступна, обращаемость на скорую будет возрастать или сохранится на средней цифре за 10 лет (40.000 выездов в год). А если учесть формирование и становление врача общей практики в районе, работа которого будет неразрывно связана со службой скорой медицинской помощи, то количество вызовов еще более возрастет, несмотря на тенденцию снижения естественного прироста населения.

---

## ВЫВОД:

Централизация службы Скорой медицинской помощи:

ликвидировала разрыв при оказании скорой медицинской помощи городскому и сельскому населению;

улучшила материально техническую базу новых подстанций;

приблизила специализированную скорую медицинскую помощь жителям сельских районов;

разгрузила руководителей ЛПУ (больниц, где были отделения) от дополнительной нагрузки;

создала и сплотила новый коллектив сотрудников скорой;

позволила привлечь дополнительных инвесторов (БРУ);

позволила сэкономить средства от выполняемой отделениями несвойственной им скорой функций, а их выполнение позволила поставить на договорную основу;

создала региональный филиал ННПОСМП;

улучшила имидж скорой в глазах всего населения района;

впервые разработана организационная технология формирования системы оказания скорой медицинской помощи в муниципальном образовании – при крайне низком финансировании службы.

Данная модель базируется на реализации предложенного принципа:

«Целесообразности и единого подхода в оказании скорой медицинской помощи» на всех этапах под руководством единого административно-методического центра.

Благодаря реализации данной модели достигнута общедоступность современных стандартов оказания как квалифицированной, так и специализированной скорой медицинской помощи всему населению района.

Простота, воспроизводимость и экономическая целесообразность модели определила возможность ее тиражирования в другие районы Челябинской области и Российской Федерации.

А при создании районных (впоследствии и межрайонных) центров скорой и неотложной медицинской помощи на базе существующих самостоятельных станций и возможной передачей им в административное подчинение ФАПов весь догоспитальный этап оказания скорой и неотложной медицинской помощи, сосредоточится в одних руках.

Появится одно юридическое лицо (а не семь), которое будет отвечать за всю помощь на догоспитальном этапе.

Эффект реализации этой идеи будет в 10 раз выше при полноценном финансировании скорой и ФАПов в соответствии с Программой государственных гарантий, рассчитанной на основе методики, предложенной МЗ РФ.

---

# ОПЫТ И АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

**Перевощиков В.В., Блинова Е.П., Вязников О.А., Вавилов В.Ю.**

*ССМП г. Саранга Удмуртской Республики*

С 2001 года на ССМП г.Саранга Удмуртской Республики применяется небулайзерная терапия у больных с бронхиальной астмой, обструктивным бронхитом и у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом (ОСЛТ), для проведения которой приобретено 5 небулайзеров на 10 бригад. За 3 года накоплен опыт по применению небулайзерной терапии (НБТ). Для проведения анализа по применению НБТ все больные были распределены на 5 групп : - эуфилинозависимые (ЭЗ), -имеющие противопоказания для НБТ (ПП), -отказавшиеся от НБТ (О),- требующие применения НБТ (ТП),- которым применялась НБТ (Н), что отражено в таблице № 1.

Анализ применения НБТ за 2001-2004 гг. таблица 1

количество больных	причины не применения НБТ			ТП		
	ЭЗ	ПП	О	Всего	Н	
3126	1166	488	438	1094	711	
%	100	37,3	15,6	14,0	33,1	22,6

В 2001-2004 годах небулайзер был применен в 711 случаях по общепризнанным методикам.

Отмечается высокий % эуфилинозависимых больных- 37.3%, основной причиной чего является недооценка небулайзерной терапии в поликлиниках и стационарах. Среди противопоказаний к применению НБТ -15.6% основное место занимают сопутствующие заболевания: острый коронарный синдром, гипертонические кризы, передозировка бронхолитиков в индивидуальных ингаляторах. Основной причиной отказов от применения НБТ является низкая информированность больных и негативное отношение некоторых медработников к НБТ.

Суммированная эффективность НБТ за 2001-2004 гг. :

Приступ полностью купирован- 84.6%

Приступ купирован частично-9,4%

Приступ не купирован и потребовалась госпитализация- 6 %

Выводы:

1. НБТ является одним их эффективных методов оказания помощи на догоспитальном этапе.

2. Предложенный метод анализа применения НБТ позволяет дифференцировано подходить к подведению итогов и выявлению причин не применения НБТ в условиях оказания скорой помощи.

3. С целью достижения наиболее благоприятного эффекта от применения НБТ необходима преемственность в ее применении между поликлиникой, ССМП и отделениями стационаров.

4. Не маловажное значение имеет достаточное обеспечение небулайзерами бригад скорой помощи.

---

## **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТЕ: ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ИЛИ ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ**

**Пулатова Ю.У., Каримов З.Д., Тухтабаева Б.М., Хусанходжаева М.Т.**  
*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский Научный Центр Экстренной  
Медицинской Помощи*

Разработан и внедрен в практику способ длительной микрокатетерной антибактериальной терапии малого таза (ДМАТМТ) (Государственное патентное ведомство РУз, № IDP 2001 0762), который заключается в пункции и катетеризации позадидаточного пространства, введении в полость малого таза антибиотиков и антисептиков по часам. Катетеризация дугласова кармана производилась специально изготовленным пластиковым катетером (Государственное патентное ведомство РУз, № IDP 2001 0862) из термопластичного полимера по Шарьеру 8-12 (до 2,0 мм. в диаметре), дистальному концу которого предварительно предавалась форма «rig tail» для надежной фиксации в полости малого таза, проксимальный конец катетера заглашался пробкой. Через микрокатетер проводили лаваж дугласова пространства физиологическим раствором путем 2-3 кратного дробного введения. Дополнительного дренирования позадидаточного пространства не осуществлялось. В лечении использовались антибактериальные препараты с учетом антибиотикограммы. В типичную схему ДМАТМТ входили: базовый антибиотик через 6-8 часов, метронидазол 0,05% - 10,0 мл. и диоксидин 1% - 10,0 через 12 часов. Длительность ДМАТМТ определялась динамикой исчезновения основных симптомов заболевания и обычно не превышала 5-6 суток.

Обследовано 104 женщины детородного возраста с острым пельвиоперитонитом на почве ОВЗПМ без объемных образований малого таза. Все пациентки были разделены на две группы в зависимости от метода лечения. Клиническое наблюдение за пациентками обеих групп показало существенное различие основных параметров клинической стабилизации больных: боли в животе к концу первых - началу вторых суток прекращались у 85,5% пациенток I группы, 35,5% больных II группы; температура тела на 1-2 суток нормализовывалась у 90,0% женщин I группы, у 55,0% пациенток II группы; в I группе повторные ознобы не отмечались, во II группе это наблюдалось у 25,0% женщин; перитонеальные явления и метеоризм стойко ликвидировались на 2 сутки после начала лечения в I группе, во II – эти симптомы исчезали на одни сутки позже; экссудация в малом тазу, по данным УЗИ, отсутствовала к концу вторых суток почти у всех женщин I группы, тогда как во II-й в эти сроки эти признаки имелись у 16,0% пациенток.

Выводы: ДМАТМТ не требует использования высокотехнологичной дорогостоящей аппаратуры и дачи общей анестезии, что в совокупности существенно снижает общие затраты на лечение. Способ является не менее эффективным методом лечения острого гинекологического пельвиоперитонита по сравнению с лапароскопией.



---

## ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

**Рогачев В. И.**

*г. Рязань, БСМП*

Клиническими проявлениями синдрома диабетической стопы (СДС) страдают 50-60% диабетиков. Своевременность оказания хирургической помощи больным с осложненными формами СДС часто является определяющим фактором сохранения нижней конечности. При весьма слабом охвате этих пациентов специализированными кабинетами с возможностью диспансерного наблюдения и фактически отсутствием подиатрической службы, существенная роль в реализации принципов органосберегающего лечения этих больных ложится на поликлинических хирургов и бригады СМП. За последние 10 лет нами отмечена тенденция сокращения госпитализации больных осложненным СДС через СМП, однако эти больные остаются наиболее тяжелыми, с высокой прогнозируемой летальностью и наиболее часто встречающейся полиорганной недостаточностью. Наличие интоксикации, сопровождаемой декомпенсацией сахарного диабета, кетоацидозом и декомпенсацией как правило нескольких тяжелых сопутствующих заболеваний, заставляет критично относиться к транспортабельности ряда тяжелых больных, что диктует необходимость начинать терапию, направленную на восстановление функции жизненно важных органов еще до госпитализации. При этом следует помнить, что в настоящее время основной причиной госпитальной летальности больных СДС является острый инфаркт миокарда, развившийся у большинства больных до помещения в стационар. Проводимая на догоспитальном этапе терапия должна включать седативный компонент, призванный снизить эмоциональные переживания, связанные с возможной потерей конечности. Нежелательно быстрое внутривенное введение значительных объемов жидкостей (особенно декстранов) из-за возможного развития сердечной астмы, основной причиной которой следует считать диабетическое поражение миокарда (диастолическая дисфункция) и быстрый подъем АД. Нормализация АД может и должна осуществляться на догоспитальном этапе. Тактика хирургического лечения больных СДС по современным представлениям определяется формой синдрома и в особенности – состоянием магистрального кровотока. Поэтому все больные с ишемической формой СДС независимо от возраста должны быть осмотрены сосудистым хирургом с оценкой возможности реваскуляризации. При сомнениях относительно развития рожистого воспаления дистальных отделов нижних конечностей у диабетиков следует первично доставлять больных в отделения гнойной хирургии. Инвалидизирующий характер возможной операции и жизненная потребность ее обуславливает стремление выработать у больного высокую приверженность к лечению. Противоречивость врачебных суждений, высказанных больному, о характере лечения при данной патологии недопустимо. Решение вопроса о необходимости и объеме хирургического вмешательства должно осуществляться специалистом стационара, врачи СМП должны лишь убедить больного и его родственников в необходимости госпитализации. Вместе с тем следует полностью информировать пациента о возможных неблагоприятных последствиях:

---

как отказа от госпитализации, так и невозможности адекватного амбулаторного лечения с активным перемещением больного и нагрузкой на пораженную стопу.

## **ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

**Садчикова Г.Д., Гасанова Т.А.**

*Россия, г. Саратов, Саратовский государственный медицинский университет, Кафедра скорой медицинской и анестезиолого-реанимационной помощи ФПК ППС*

Известно, что представители микрофлоры кишечника крайне чувствительны к разного рода вмешательствам во внутреннюю среду организма, а длительное применение глюкокортикоидов и цитостатических иммунодепрессантов не только поддерживают иммуносупрессивный фон, но и грубо вмешиваются в баланс кишечной микрофлоры. Микроорганизмы кишечной трубки высвобождают значительные количества низкомолекулярных пептидов, которые крайне необходимы для обеспечения адекватных иммунных реакций организма хозяина. При этом, бифидо и лактобактерии можно считать мягкими иммуностимуляторами. Очевидно, что нарушение биоценоза кишечника будет поддерживать нарушение иммунологической реактивности макроорганизма.

Обследовано 37 больных системной красной волчанкой и 20 практически здоровых лиц. Забор материала на дисбактериоз кишечника проводился на фоне применения преднизолона и циклофосфана в дозах адекватных степени активности и характеру течения заболевания и в отсутствии этих препаратов.

У всех пациентов системной красной волчанкой обнаружен дисбактериоз кишечника. При остром и подостром течении умеренной и высокой активности – второй и третьей степени, т.е., отсутствовали бифидо и лактобактерии, снижено количество кишечной палочки, присутствовала кокковая патогенная флора. При хроническом течении минимальной активности – первой степени, патогенная кокковая флора отсутствовала. При этом, у пациентов, длительно получавших преднизолон и циклофосфан или какой-то один из препаратов отмечался дисбактериоз третьей степени, присутствовала патогенная кокковая флора.

В условиях дисбактериоза, когда количество бактерий резко возрастает и изменяется состав биоценоза, снижается количество бифидо- и лактобактерий и, как следствие, значительно снижается колонизационная резистентность слизистой, снижается устойчивость кишечной стенки к ее заселению патогенными микроорганизмами (а норме они присутствуют в небольших количествах), прежде всего относящимися к семейству энтеробактерий грамотрицательных микроорганизмов. Развивается патологический иммунный ответ, вялотекущее воспаление, приводящее к истощению сил иммунной системы. Исследование иммунного статуса у данной категории больных в совокупности с дисбактериозом различных локализаций представляется перспективным и поможет уточнить патогенез аутоиммунных заболеваний.

---

## ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ НЕКОТОРЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В Г. САРАТОВЕ (ЗА 2001-2003 Г.Г.)

**Садчикова Г.Д., Молчанова Л.И.**

*Россия, г. Саратов, Саратовский Государственный Медицинский Университет, Кафедра скорой медицинской и анестезиолого-реанимационной помощи ФПК ППС*

Городской ревматологический диспансер

По данным ВОЗ среди всех причин временной утраты трудоспособности ревматические заболевания занимают третье место, первичного выхода на инвалидность – четвертое место.

Высокая медико-социальная значимость этой проблемы состоит в том, что чаще заболевают люди молодого возраста, рано выходят на инвалидность, а системными заболеваниями болеют женщины фертильного возраста, что отрицательно сказывается на их репродуктивной функции.

Был проведен анализ общей заболеваемости ревматическими болезнями, первичная заболеваемость, количество инвалидов, первичный выход на инвалидность, смертность, уровень диспансеризации в г. Саратове. Все данные приведены в абсолютных числах и /на 1000 населения.

В 2001 году было зарегистрировано 48291 / 64,0 больных ревматическими заболеваниями, в 2003 – 49260 / 65,0. Причем, выросла первичная заболеваемость с 19143 / 25,4 в 2001 году до 20085 / 26,9 в 2003. Количество инвалидов не значительно выросло с 944 / 1,3 в 2001 году до 952 / 1,6 в 2003. Смертность от ревматических болезней в целом снизилась и составила 9 / 0,01 случаев, в то время как в 2001 году этот показатель составлял 22 случая / 0,03. Уровень диспансеризации уменьшился с 6354 / 8,4 в 2001 году до 5765 / 7,7 в 2003.

В структуре ревматических болезней увеличилось число больных диффузными болезнями соединительной ткани (226 / 0,3 в 2001; 280 / 0,4 в 2003), летальность снизилась с 3 случаев в 2001 до 1 в 2003 г. Отмечен рост числа болезней суставов: ревматоидного артрита с 1352 / 1,8 в 2001 до 1448 / 1,9 в 2003; остеоартроза с 9361 / 12,4 в 2001 до 10696 / 14,1 в 2003; реактивного артрита (в том числе болезни Рейтера) – 285 / 0,4 в 2001 – 333 / 0,4 в 2003. Летальных исходов нет. Выросло число инвалидов в этой категории больных. Возрос охват данной категории больных диспансерным наблюдением.

Таким образом, высокая частота ревматических болезней, рост первичной заболеваемости, увеличение числа инвалидов свидетельствуют об актуальности данной проблемы и требуют дальнейшего совершенствования ревматологической службы в регионах.

---

## **ВЛИЯНИЕ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Сайпиев А. С.**

*Республика Узбекистан, г. Наваи.*

Эффективность и прогноз специализированной медицинской помощи при сочетанных травмах во многом зависит от оказания необходимой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Нами проанализированы результаты лечения пострадавших с сочетанными травмами госпитализированных в Навоийский филиал РНЦЭМП, в зависимости от вида оказанной помощи и транспортировки на догоспитальном этапе.

За период 2000-2003 гг. в отделениях реанимации и сочетанных травм госпитализированы 287 пострадавших с различными сочетанными травмами.

Из числа госпитализированных 161 (56%) доставлены по линии скорой медицинской помощи, 126 (44%) доставлены различными попутными транспортом.

Причины возникновения сочетанных травм - в 218 (76%) случаях дорожно-транспортные происшествия, 34 (12%) падение с высоты, 17 (6%) различные производственные травмы, 18 (6,3%) другие виды травматизма.

По времени доставки пострадавших в стационар: в течение 1 часа 197 (68%) до 2 часов 63 (22%) более двух часов 17 (5,9%).

Сотрудниками скорой помощи не диагностированы наличие сочетанных травм у 41 (26,4%) пострадавших, наличие различной степени тяжести травматического шока у 29 (18,3%) пострадавших.

Объем оказываемой медицинской помощи зависело от бригады скорой медицинской помощи и заключался в следующем :

Наложение жгута при наружных кровотечениях, освобождение верхних дыхательных путей при закупорке, установление воздуховода или интубации , наложение различных транспортных шин при переломах конечности, наложение асептической повязки при ранениях, общее и местное обезболивание, инфузионная терапия при травматическом шоке, симптоматическая терапия при психомоторных возбуждения и дорогах.

Летальные исходы составили 34 (12%).

Летальность среди поступивших в стационар по линии неотложной медицинской помощи составила 12 (35%), а среди больных доставленных попутными транспортом - 22 (65%).

Таким образом, своевременная неотложная медицинская помощь, пострадавшим с сочетанными травмами и ранняя доставка их в специализированное медицинское учреждение приводит к уменьшению различных осложнений и снижению летальности.

---

## СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОЦИАЛЬНОЙ, ГРАЖДАНСКОЙ И ПРАВСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

**Скичко О.В.**

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

При анализе данных МУЗ ССМП города, по расчетам корреляционной зависимости между увеличением обращаемости за экстренной медицинской помощью взрослых и детей, находящихся в алкогольном опьянении, 1999 - 2001 годов статистически выявлена и достоверно доказана корреляционная зависимость высокой степени. То есть количество обратившихся «пьяных» детей тождественно количеству обратившихся на МУЗ ССМП «пьяных взрослых». Ситуация до 2004 года усугублена бесконтрольным употреблением молодежью пива. По данным медицинских стационаров города процент госпитализации с осложнениями острой алкогольной интоксикацией составляет четвертую часть от общего числа госпитализаций, по данным наркологического диспансера женский алкоголизм увеличивается с каждым годом. Такая динамика также характерна для курения конопли. Противостоять сложившейся ситуации может только четкая и грамотная, а главное совместная работа наркологической, педагогической и психологической службы. Но наиболее эффективные медицинские методики дают устойчивую ремиссию лишь в 4 – 6% случаев и непомерно дороги. Профилактические программы, направленные на обучение молодежи «безопасному поведению», в процессе их практического применения и последующего нашего анализа выстроены по стереотипной схеме, стилистика их одна и та же. Смысл - зависимость рассматривается как один из способов выражения социального поведения, утверждается на сознательном и подсознательном уровне модель тяжелой хронической болезни, нельзя формировать брезгливо – отталкивающее отношение к любой зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), переключение ответственности родителей на нарколога, психолога и педагога. Мы не видим особой разницы между злоупотреблением препаратами конопли, пивом и никотином, а относимся к этому как к состоянию предзависимости (злоупотреблению) или зависимости от ПАВ. На основании этого сотрудниками МУЗ ССМП предложена и одновременно подтверждена практической деятельностью программа, объединяющая деятельность добровольных, независимых, общественных объединений: Федерация Автомобильного Спорта и Туризма Хабаровского края, конно – спортивного клуба «Орлик», Социального Молодежного Медико – Педагогического Центра. Цель программы - формирование современных мета - психологических личностных оснований у молодежи города.

---

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КФК И МВ-КФК У ПОСТРАДАВШИХ С УШИБОМ СЕРДЦА.

**Стажадзе Л.Л., Спиридонова Е.А., Клопов Л.Г., Беркович Н.М.,  
Лачаева М.А.**

*НПЦ Экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы, ФГУ УНЦ Медицинского центра Управления делами Президента РФ*

Определение ферментативной активности КФК и МВ-КФК является одним из рутинных методов диагностики травматических повреждений сердца. Вместе с тем, прогностическое значение указанного метода в комплексе объективного обследования больного в настоящее время имеет неоднозначную оценку.

Результаты исследования.

Нами проведено исследование уровня креатинфосфокиназы и ее МВ-фракции у 25 пострадавших с сочетанной травмой и закрытой травмой груди. Забор крови производили в первые 12 часов после поступления в стационар и в динамике, в течение 1-х суток, а у части больных - на 2-3 сутки после травмы.

Исследования содержания КФК в сыворотке крови выявили значительное увеличение ее уровня. При поступлении и в течение 12 ч после травмы уровень общей креатинфосфокиназы был повышен у всех пострадавших. Активность этого фермента увеличивалась в 2,4 – 34,4 раза: у 11 пациентов – до 10 раз, у 6 пациентов – в 10-20 раз, у 5 – в 20-30 раз и у 3 – более чем в 30 раз.

Анализ активности МВ-КФК в ближайшие 12 ч после травмы выявил гиперферментемию у 24 из 25 пострадавших. Соотношение МВ-фракции креатинфосфокиназы к общей креатинфосфокиназе (КФК-МВ/КФКобщ) колебалось от 1,78% до 54,15 %. У 6 пациентов это соотношение составляло больше 5 %, у 3 – больше 4%, у 14 больных это соотношение составило меньше 4%.

Исследование ферментного спектра в динамике в течение первых-вторых суток после травмы показало, что уровень общей КФК у 6 пострадавших нарастал в 1,2-2,7 раз; у 10 пострадавших снижался, но не доходил до нормы, и у 9 - оставался без изменений. Активность КФК-МВ спустя несколько часов после первой пробы увеличилась в 1,5-2,2 раза у 7 больных, уменьшилась – у 8 больных, и осталась без изменений у 10. Причем, у 3 пациентов на фоне снижения в динамике общей креатинкиназы, МВ-фракция в динамике нарастала, и, наоборот, у 2 пациентов при повышении значения общей КФК уровень МВ-КФК уменьшался. У 4 пострадавших в динамике увеличилась сывороточная активность как общей КФК, так и МВ-фракции.

Обсуждение результатов.

Результаты исследований показали, что повышение уровня КФК имело место во всех случаях. Более того, у пострадавших, которые помимо травмы груди имели множественные сочетанные повреждения, в частности, перелом костей таза, активность сывороточной креатинфосфокиназы повышалась до 29-30 раз.

По данным литературы значительное повышение активности креатинкиназы в сыворотке крови у пострадавших с сочетанной травмой обусловлено, прежде всего, повреждением поперечнополосатой мускулатуры и поражением нервной ткани. Это

---

подтверждено рядом исследователей, которые наблюдали увеличение креатинкиназы при скелетной травме, а также при тяжелых физических нагрузках (Collinson P.O. et al., 1995; Mair J. et al., 1992). Кроме того, в литературе описано повышение активности КФК при различной патологии центральной нервной системы, после хирургических операций, на фоне употребления алкоголя, при шоке различной этиологии (Комаров Ф.И. и соавт., 1981; Сидельникова В.И., 2001). Так, 7 из наших пациентов поступали в состоянии алкогольного опьянения, у 12 имело место травматическое повреждение головного мозга той или иной степени тяжести, у 4 было произведено скелетное вытяжение и у 1 пострадавшего - операция лапаротомии и спленэктомии.

В целом, отмечая повышение активности креатинкиназы у больных, нельзя не отметить, что степень повышения активности не всегда была связана с объемом и тяжестью травмы напрямую. Так, например, у пациента с переломом обеих пяточных костей, которому исключили диагноз ушиба грудной клетки, уровень общей КФК был увеличен в 11,4 раза по сравнению с нормой. Тогда как у пациента с диагнозом при поступлении ушиб сердца в сочетании с переломом костей свода черепа, сотрясением головного мозга, переломом одного ребра справа и двух ребер слева с повреждением легкого, тканевой эмфиземой КФК сыворотки крови была повышена в 5,89 раза.

Вышеуказанные данные можно объяснить следующим образом - креатинкиназа человека состоит из двух субъединиц – М и В, которые образуют три фракции: ММ-изофермент – мышечный тип, МВ-изофермент – сердечный тип и ВВ-изофермент – мозговой тип. В сыворотке крови в норме эти фракции имеют следующее соотношение: ММ – 94-96%, МВ – 4-6%, ВВ – отсутствует или следы (Сидельникова В.И., 2001). Так, при поражении того или иного органа повышается сывороточная активность соответствующей фракции. В связи с этим рядом авторов было предложено исследование КФК-МВ для верификации диагноза ушиба сердца (Голиков А.П., Борисенко А.П., 1976; Lindsey D., 1978). Последнее основано на том, что при ушибе и контузии сердца гистологически выявляются инфарктоподобные изменения миокарда - множественные точечные кровоизлияния в субэпикардиальных отделах, размножение отдельных мышечных волокон и групп с геморрагическим пропитыванием, отек и, иногда, некроз кардиомиоцитов. (Вагнер Е.А., 1981; Сапожникова М.А., 1988; Tencer M.L., 1985; Sakka S.G. et al., 2000).

Результаты наших исследований показали, что в группе больных с закрытой травмой груди повышение МВ-фракции КФК имело место в 96% случаев. Литературные данные подтверждают этот факт (Biffi W.L. et al, 1994; Kaye P., O'Sullivan I., 2002; Sybrandy K.C., 2003).

Обращает на себя внимание разнообразие и индивидуальность изменения уровней КФК и КФК-МВ в динамике в течение первых-вторых суток после травмы. Также мы не проследили четкой зависимости повышения уровней ферментов при хирургических вмешательствах и других манипуляциях.

Наиболее информативным для постановки диагноза ушиба сердца в настоящее время по данным ряда исследователей считается соотношение МВ-фракции креатинфосфокиназы к общей креатинфосфокиназе (КФК-МВ/КФКобщ) свыше 5% (Keller K.D., 1988; Fabian T.C. et al, 1991).

Несмотря на то, что практически у всех больных в нашем исследовании был высокий уровень МВ-КФК, только у 6 пациентов (24%) отношение КФК-МВ/КФКобщ было

---

больше 5 %. Вместе с тем, важно отметить, что клинические проявления патологии сердца (жалобы на боль в области сердца, изменения показателей гемодинамики, изменения на ЭКГ и др.) встречались у значительно большего числа пострадавших, а именно в 92% случаях.

Выводы.

В результате проведенных исследований установлено:

1. Повышение уровня креатинкиназы в группе пострадавших с закрытой травмой груди наблюдается в 100% случаев. Увеличение уровня МВ-фракции КФК было выявлено в 96 % случаев.

2. Динамика изменения ферментативной активности КФК и КФК-МВ не является специфичной и носит индивидуальный характер.

3. Соотношение МВ-фракции креатинфосфокиназы к общей креатинфосфокиназе (КФК-МВ/КФКобщ) свыше 5% встречается в 24% случаев в исследованной группе.

4. При диагностике травматических повреждений сердца целесообразна оценка результатов исследования ферментативной активности КФК и КФК-МВ в комплексе с клиническими проявлениями и данными других объективных методов обследования (ЭКГ, ЭХО-КГ, сцинтиграфия миокарда и др.).

Литература.

- Сидельникова В.И. Биохимические анализы в клинике. Справочник. М.: МИА. 2001. 126 с.
- Сапожникова М.А. Морфология закрытой травмы груди и живота. М.: Медицина. 1988. 160 с.
- Вагнер Е.А. Хирургия повреждений органов грудной клетки. М.: Медицина. 1981. 316 с.
- Толиков А.П., Борисенко А.П. Клиника, диагностика и некоторые вопросы патогенеза травматического поражения сердца. // Тер. арх. – 1976. - №9.- с. 88-93.
- Sakka S.G., Huettemann E., Giebe W., et al. Late cardiac arrhythmias after blunt chest trauma. // Intensive Care Med 2000; 26:792-5.
- Tenzen M.L. The spectrum of myocardial contusion: a review.// J. Trauma. 1985; 25:7:620 - 627.
- Lindsey D., Navin T.R., Finley P.R. Transient elevation of serum activity of MB isoenzyme of creatine phosphokinase in drivers involved in automobile accidents. // Chest. – 1978.- vol. 74, № 1. – p. 15-18.
- Keller K.D. Creatine phosphokinase-MB assays in patients with suspected myocardial contusion: Diagnostic test or test of diagnosis? // J. Trauma. – 1988. – 28:58-63.
- Fabian T.C., Cicala R.S., Croce M.A., et al. A prospective evaluation of myocardial contusion: correlation of significant arrhythmias and cardiac output with CPK-MB measurements. J. Trauma. 1991; 31:653.
- Sybrandy K.C., Cramer M.J.M., Burgersdijk C. Diagnosing cardiac contusion: old wisdom and new insights.// Heart. 2003; 89:485-489.
- Biffi W.L., Moore F.A., Moore E.E., et al. Cardiac enzymes are irrelevant in the patient with suspected myocardial contusion. // Am. J. Surg. 1994; 168:523-7.
- Kaye P., O'Sullivan I. Myocardial contusion: emergency investigation and diagnosis. // The Emerg Med J., 2002, 19:8-10.
- Collinson P.O., Chandler H.A., Stubbs P.J. et al. Cardiac troponin T and CK-MB concentration in the differential diagnosis of elevated creatine kinase following arduous physical training.//Ann. Clin. Biochem. 1995; 32:450-3.
- Mair J., Wohlfarter T., Koller A., Mayer M., Artner-Dworzak E., Puschendorf B. Serum troponin T after extraordinary endurance exercise (Letter). // Lancet. 1992; 340:1048.



---

## **ГАЗООБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ**

**Столярова Н.А., Садчикова Г.Д., Лопатин И.В.**

*Россия, г. Саратов, Саратовский Государственный Медицинский Университет, Кафедра скорой медицинской и анестезиолого-реанимационной помощи ФПК ППС*

В структуре больных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии до 10% всех нозологических форм составляют пациенты с распространенной пневмонией, которая занимает одно из ведущих мест среди летальных исходов. При этом отмечается нарастание частоты госпитальной и вентилятор-ассоциированной пневмонии, протекающих наиболее тяжело.

Проведено исследование нарушений газообмена у 70 больных с распространенной пневмонией в возрасте от 25 до 70 лет. Сопутствующая патология у большинства больных была представлена легкой и умеренной артериальной гипертонией, с минимально выраженными признаками поражения органов-мишеней. Установлено, что наряду с вентиляционными механизмами нарушения газообмена в 30% случаев встречается легочная гипертензия, достигающая до 25% от системного артериального давления.

Нарушения легочного газообмена исследовали методом «Микро-Аструп» в артериальной и смешанной венозной крови. Рассчитывали оптимальность вентиляционно-перфузионных отношений по величине сосудистого венозного шунта (расчетный метод Золотокрылиной Е.С., 1998). Давление в легочной артерии определяли расчетным по методу Душанина С.А., 1987, основанному на анализе начальной части желудочкового комплекса электрокардиограммы и эхокардиографически. Кроме того, степень легочной гипертензии подтверждали рентгенологическим исследованием легких. Все исследования выполнялись в динамике.

Установили, что помимо вентиляционных нарушений легочного газообмена существует механизм легочной гипертензии. Степень вентиляционно-перфузионных отношений высоко и положительно коррелировала со степенью легочной гипертензии. При этом, степень легочной гипертензии не всегда соответствовала системной гипердинамией кровообращения малого круга кровообращения, что требует отдельного мониторингирования гемодинамики малого круга у больных с распространенной пневмонией.

Интенсивная терапия легочной гипертензии на основе сочетанной коррекции гемодинамики малого и большого кругов кровообращения позволила снизить величину внутрилегочного венозного шунта, улучшить показатели газового состава артериальной крови.

Использование установленных фактов повысило эффективность антибактериальной терапии, сократило частоту выполнения фибробронхоскопии и сроки пребывания больных в отделении реанимации.

---

## АЛГОРИТМ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА.

**Стулин И.Д., Мусин Р.С., Мнушкин А.О., Шибалев А.Л., Солонский Д.С., Нестерова О.С., Шапкин Н.М., Лисичкина Г.А., Кашеев А.В., Стулин Г.И., Борисова О.В., Мацкеплишвили М.Т., Синкин М.В., Сурикова И.Л., Лочан Н.В., Жигалин В.И., Багирь Л.В., Кружко Д.А.**  
*г.Москва МГМСУ, Кафедра неврологии лечебного факультета.*

Неинвазивный комплексный мониторинг церебральных функций у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в силу ряда причин не получил широкого распространения в клинической практике. Однако, существует необходимость создания мониторингового контроля жизненных функций организма, обусловленная чрезвычайной медицинской и социальной значимостью сосудистых заболеваний мозга.

Многолетний собственный опыт клинико-инструментального слежения за больными с ОНМК в составе мобильной нейро-диагностической бригады Управления здравоохранения г. Москвы и блока интенсивной терапии ГКБ № 6 позволил разработать алгоритм диагностики ОНМК. Все врачи приемного отделения и БИТ прошли обучение в Научно-Методическом центре МЗ РФ «Ультразвуковые и тепловизионные методы диагностики в плановой и неотложной неврологии» факультета постдипломного образования Московского Медико-Стоматологического Университета. Наличие на кафедре и в больнице современных отечественных ультразвуковых и тепловизионных приборов (большинство из которых разработаны, апробированы, и запущены в серийное производство нашими сотрудниками совместно со специалистами АО ИНЭУМ и БИОСС), а также ряда зарубежных диагностических систем предоставляет возможность следущей последовательности комплексного обследования.

В приемном отделении больницы:

1. Инфракрасная радиометрия (ИР) - моментальная регистрация абсолютной температуры орбит, кистей, голей, стоп.

При стено-окклюзирующих поражениях каротидного бассейна в большинстве случаев регистрируется гипотермия в зоне васкуляризации глазной артерии, гомолатеральной закупорке.

В ряде наблюдений у больных с сочетанными стенозами МАГ и нижних конечностей выявляется понижение инфракрасной радиации стопы на стороне сужения подвздошно-бедренных артерий. Примерно у половины больных с кровоизлиянием в правое полушарие головного мозга отмечается умеренная, но чёткая левосторонняя гемигипотермия. Напротив, повышение термальной активности в области варикозных узлов нижних конечностей характерно для субклинического флеботромбоза и требует соответствующего лечения. Больные с явными и скрытыми флебитами ног обследуется особенно тщательно, чтобы не пропустить возможный источник тромбоэмболических осложнений.

Почему начинаем именно с ИР?

Во-первых, инфракрасный радиометр портативен, удобен и дает точную информацию.

---

Во-вторых, это наиболее быстроосуществимая и несложная процедура.

В-третьих, проведение тепловидения после УЗДГ, ЭХ\_ЭС требует удаления геля и вазелина, маскирующих возможные термоасимметрии.

2. Аудиологическое доплеровское исследование портативным отечественным прибором МИНИДОП (фирма Биосс). Последовательно озвучиваются ОСА, ПА и ГА. Из компрессионных проб допускается только пережатие ветвей НСА - снижение ЛСК по ГА на стороне предполагаемой закупорки каротида, особенно в сочетании с гипотермией той же орбиты делает весьма вероятным предположение об окклюзирующем процессе.

Обязательны условием является наличие или отсутствие, интенсивность и симметрия венозных шумов от глазничных вен и позвоночного сплетения. Основная задача врача ПО при этом - определение равномерности или неравнозначности сигналов при озвучивании симметричных участков ОСА, ГА и ПА.

3. Эхоэнцефалография - аппараты ЭХО-12 и портативный современный прибор СОНОМЕД-315Р (фирмы СОНОМЕД разработанный совместно фирмой СОНОМЕД и МГМСУ). Основная задача врача ПО при этом, естественно, - верное определение положения срединных структур.

Наличие даже минимального смещения М-Эха, особенно в сочетании с дополнительными высокоамплитудными сигналами является поводом для вызова врача БИТ с мобильным УЗ-комплексом (совместное производство МГМСУ и АО ИНЭУМ) - Эхо-ДГ-Комплекс-М. Проводится тщательное измерение эходистанции, ширины 3-го желудочка, амплитуды пульсации М-Эха.

Особое внимание уделяется наличию или отсутствию, так называемого «гематом комплекс Эха» (ГКЭ) - сигнала перед конечным комплексом на стороне оболочечной гематомы. Регистрация при ГКЭ резко усиленного ретроградного потока по глазничной вене гомолатеральной объемному очагу почти наверняка подтверждает наличие оболочечной гематомы, чаще всего-субдуральной. Последние годы мы нередко сталкиваемся с подобными ситуациями, когда больные, поступающие с диагнозом ОНМК или «Состояние после неизвестного припадка» при отсутствии анамнестических и клинических проявлений ЧМТ, имеют вышеуказанную патологию. Наличие триады - смещение М-Эха, ГКЭ, дисциркуляция по глазничной вене, делает необходимой рентгенографию черепа, а при наличии томографа- КТ и срочную консультацию нейрохирурга.

Важной функцией нашего научно-методического центра является также участие в комиссии по апробации новой мед. техники. К сожалению, некоторые из многообещающих отечественных аппаратов весьма чувствительны к электронным помехам. Это заставило соорудить экранированную камеру, в которой гораздо информативнее работают такие приборы как глубинный термотопограф, регистрирующий яркостную температуру глубинных структур мозга; ЭЭГ и ВП, а также несколько новейших диагностических систем по биорезонансной и парамагнитной технологии, которые осуществляются в БИТ на стадии клинических испытаний.

Поэтому исследования в БИТ проводятся в следующей последовательности:

1. Глубинная термометрия (локализация, объем, темп полушарного поражения).
2. Корпоральная поверхностная термография (исследование температурной карты всего тела).

---

3. Церебральная оксиметрия (насыщение и расход кислорода в мозговой ткани).

4. Первичное дуплексное сканирование - регистрация моделей и объема кровотока в истоках сонных, позвоночных артерий и яремных венах.

5. Первичная ТКД с оценкой циркуляции по внутричерепным сегментам сонных и позвоночных артерий. При затруднении идентификации каротидных ветвей основное внимание уделяется локации ствола СМА и сравнение потока в контралатеральной артерии. Обязательно учитываются необычные и/или асимметричные сигналы от венозных коллекторов.

6. ЭЭГ.

7. У некоторых пациентов регистрируются слуховые ВП.

Истинный мониторинг, т.е. непрерывное многочасовое слежение за функциями мозга реально осуществимо при постоянной фиксации датчиков на голове пациента - это ТКД, ЭЭГ и ЦО.

Для устранения электрических помех ТКД и ЭЭГ проводятся раздельно.

Все остальные перечисленные приемы осуществляются дискретно с любой частотой повторов.

На наш взгляд, указанный комплекс наиболее информативен при различного рода «возмущающих» состояниях или манипуляциях - люмбальная пункция, струйное введение лекарств, синхронизация с ИВЛ.

Уникальна возможность своевременного распознавания иктусов (внезапных ликвородинамических кризов) с помощью Эхо-ЭГ, Эхо-Пульсографии желудочков и ТКД. Усиление асимметрии и амплитуды дополнительных сигналов вкупе с появлением ундулирующей пульсации М-Эха и межполушарной асимметрией ЛСК, могут являться предтечей прорыва крови в желудочковую систему или вклинения мозга.

В наблюдениях ОНМК, протекавших с судорожными фокальными припадками, удалось зарегистрировать резкое плеторическое полнокровие в теменно-височной области по данным ТКД-мониторинга (существенное изменение ЛСК, циркуляторного сопротивления при значительной венозной дисциркуляции). Эти дистемии совпадали с локализацией эпилептогенного очага по данным ЭЭГ и опережали развитие фокальных судорог на 4-18 мин., что подтверждает значительную роль сосудистого фактора в эпилептогенезе.

ТКД и ЦО мониторинг - единственные неинвазивные диагностические приемы, показывающие течение церебрального ангиоспазма у больных с САК. Билатеральная ТКД и ЦО мониторинг СМА у больных с эмболическими инсультами позволяет фиксировать наличие, сторонность, источник и величину эмболических субстратов.

Многообещающим представляется также комплексное инструментальное слежение за спящим «инсультным» больным.

Таким образом, дальнейшее совершенствование методологии и технических характеристик инструментальных методов диагностики в неотложной неврологии сулят значительный прогресс в процессе мониторинга гемо- ликвороциркуляции у больных с ОНМК.

---

# СОВРЕМЕННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА СМЕРТИ МОЗГА

**Стулин И.Д., Мусин Р.С., Шибалев А.Л., Мнушкин А.О., Власов П.Н.,  
Кащеев А. В., Синкин М.В.**

*г. Москва МГМСУ, Кафедра неврологии лечебного факультета.*

Смерть мозга - полное и необратимое прекращение всех его функций, регистрируемые при работающем сердце и ИВЛ. Концепция диагностики смерти человека на основании диагноза смерти мозга (СМ) признана общественностью всего мира. СМ развивается, в тех случаях, когда внутричерепное давление возрастает настолько, что начинает превышать системное артериальное.

Диагностика СМ тесно связана с проблемой забора органов для мультиорганной трансплантации, а так же с возможностью прекращения реанимационных мероприятий. В России приказом Министерства здравоохранения №460 узаконен алгоритм диагностики СМ на основании присутствия общепринятых клинических критериев в течение 6-24 часов, в зависимости от генеза поражения мозга, и отсутствия дыхательных движений во время разъединительного теста (РТ). Для сокращения времени наблюдения законом предлагается проведение 2-х кратной селективной церебральной панангиографии.

В 1995 году по инициативе Департамента здравоохранения г. Москвы, на базе кафедры неврологии и нейрохирургии ММСИ была создана Мобильная Нейродиагностическая бригада (МНДБ). Основной задачей МНДБ является немедленный выезд для консультаций и клинико-инструментального мониторинга больных с прогрессирующей церебральной комой, поступающих в нейрореанимационные отделения ведущих московских клиник.

Целью нашей работы было выявление степени информативности комплекса ультразвуковых, электрофизиологических и тепловизионных методов исследования функционального состояния головного мозга для диагностики СМ.

Материалы и методы:

За время работы МНДБ с 1995 нами было осмотрено более 800 больных, находившихся в коме II-IV. Кроме клинической диагностики всем больным осуществлялся инструментальный мониторинг с помощью следующих методик:

1. ультразвуковые: эхоэнцефалоскопия (Эхо-ЭС), транскраниальная доплерография (ТКД), ультразвуковая доплерография внутренних и наружных сонных артерий (УЗДГ).

2. электрофизиологические: электроэнцефалография (ЭЭГ), комплекс из зрительных, акустических, соматосенсорных вызванных потенциалов (ММВП).

Так же проводилась телетермография (ТТГ) с помощью переносной тепловизионной камеры и инфракрасная церебральная оксиметрия (ЦО).

Диагноз СМ был установлен у 94 больных, что составило 12% от их общего числа. Уже первая запись ЭЭГ в 72 из 94 наблюдений больных с подозрением на СМ, зарегистрировала непрерывное (не менее 6 часов) биоэлектрическое молчание. У 22 больных исходная ЭЭГ регистрировала низкоамплитудную полиморфную активность, чередующуюся с периодами «молчания», которая исчезла у них больных уже через 40-360 мин непрерывной записи. В то же время, данные ВП, в основном совпадавшие с ре-

---

---

зультатами ЭЭГ, у одного пациента с «молчащей» ЭЭГ, зарегистрировали ослабленный, паттерн, позволивший, по крайней мере, говорить о функционировании стволовых структур.

Наиболее интересными, на наш взгляд, были данные ТКД. Именно этот метод в условиях «молчащей ЭЭГ» и всех клинических признаках СМ, у 35 из 94 пациентов, при первичном озвучивании, определял наличие ослабленного, но, несомненно, присутствующего кровотока по внутричерепным сосудам. Мы отмечали изменение рисунка доплерограммы - нивелирование диастолической составляющей и, как следствие, резкое изменение индексов пульсации и циркуляторного сопротивления.

Динамический ТКД-мониторинг у вышеуказанных пациентов регистрировал прогрессирующее падение ЛСК по внутримозговым сосудам вплоть до полного исчезновения регистрации потока через 4-20 часов после первичного осмотра. В остальных наблюдениях изначально не удавалось определить поток по артериям большого круга мозга. Телетермография у 87 из 94 больных при первичном осмотре обнаружила гипотермию обеих орбит  $<30$  оС. Важно при этом, что у 46 из 94 указанных пациентов, наряду с выраженной гипотермией внутренних углов глазницы (которые в норме на 0.6 -1.2 оС теплее наружных в результате кровотока по глазничной ветви из ВСА), регистрировался относительный «разогрев» наружных сегментов лица. Это соответствует описанному зарубежными авторами симптому «горячего носа» наблюдаемого при проведении радиоизотопного исследования.

Мы проводили сравнение данных ЦА с данными ТКД у 11 больных. В то время, как у 7 из них при ЦА определялся феномен стоп-контраста на ТКД отмечался паттерн оточного кровотока, сохранявшийся до 50 минут. У остальных кровотоков по внутричерепным сосудам не определялся. Это говорит о сходной чувствительности и информативности ТКД и ЦА в диагностике прекращения мозгового кровотока.

Всем больным с клинико-инструментальными критериями СМ проводился разведнительный тест (РТ) согласно протоколу, утвержденному приказом МЗ РФ. Различные осложнения были зафиксированы у 57% пациентов. Из них респираторный ацидоз развился у 67%, выраженная артериальная гипотензия у 12%, гипоксемия у 20% обследованных. В результате асистолия в ближайшие часы после теста развилась у 20% больных.

Выводы: Данные наших и анализ зарубежных исследований убедительно показывают высокую специфичность и информативность ТКД, ЭЭГ и ММВП, особенно при одновременном их использовании. В сочетании они обладают информативностью и специфичностью такой же, как и ЦА. Таким образом, комплекс из этих быстроосуществимых прикроватных методов возможно использовать в качестве альтернативы проведения ЦА для сокращения времени наблюдения. Эхо-ЭС, ЦО и ТТГ могут быть использованы как ориентировочные, помогающие в диагностике прогрессивной церебральной комы. Так же необходимо доработать протокол проведения разведнительного теста. В связи с достаточно частым развитием асистолии, РТ надо проводить в конце 6 часового периода наблюдения. Так же возможно рассмотреть вопрос о пересмотре параметров газовых показателей начала теста и его прекращения. Возможно, снижение необходимого уровня  $pO_2$  преоксигенации и увеличение показателей  $pCO_2$  на момент начала разведнительного теста.

---

Практические рекомендации: Необходимо внести дополнения в инструкцию по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга, узаконив комплекс из ТҚД, ЭЭГ и ММВП в качестве альтернативы ЦА для сокращения времени наблюдения, а так же видоизменить протокол проведения РТ.

## **ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2D6 НА ФАРМАКОКИНЕТИКУ, ФАРМАКОДИНАМИКУ И РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Сычев Д.А., Раменская Г.В., Кукес В.Г., Андреев Д.А., Игнатъев И.В.**

*Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия*

*Институт клинической фармакологии НЦ ЭСМП Минздрава РФ, Москва, Россия*

Цель работы. Оценить влияние носительства «медленных» полиморфных аллелей изофермента цитохрома P-450 (CYP2D62, CYP2D64, CYP2D65) на режим дозирования и метаболизм метопролола у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. У 30 больных (18 мужчин и 12 женщины) в возрасте 43-75 лет с ХСН II-III функционального класса (ФК), и фракцией выброса (ФВ) менее 35 %, принимающие в течение не менее 6 месяцев метопролол, методом ПЦР определяли наличие «медленных» мутантных аллелей CYP2D62 (замена в 430 положении цитидилового нуклеотида на тимидиловый), CYP2D64 (замена в 1846 положении гуанилового нуклеотида на адениловый), CYP2D65 (делеция гена CYP2D6). Также проводили острый лекарственный тест (ОЛТ) с метопрололом в дозе 50 мг, при этом определяли максимальную концентрацию метопролола и его N-деметилированного метаболита в плазме крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Результаты. Из 30 больных, 22 являлись гомозиготами по «дикому» аллелю (генотип CYP2D61/CYP2D61), 4 больных- гомозиготами по «медленному» аллелю CYP2D64 (генотип CYP2D64/CYP2D64), 4 больных гетерозиготами по «медленному» аллелю CYP2D64 (генотип CYP2D61/CYP2D64). «Оттитрованная» доза метопролола у гомозигот по «дикому» аллелю составила  $90,0 \pm 14,6$  мг/сутки, гетерозигот-  $88 \pm 12,1$  мг/сутки, в то время как у гомозигот по «медленному» аллелю «оттитрованная» дозы была достоверно ниже-  $47 \pm 8,9$  мг/сутки ( $p < 0,05$ ). При проведении ОЛТ с метопрололом в дозе 50 мг максимальная концентрации метопролола была достоверно выше у гомозигот по «медленному» аллелю ( $109,4 \pm 11,3$  нг/мл), по сравнению с гомозиготами по «дикому» аллелю ( $45,1 \pm 8,9$  нг/мл) и гетерозиготами ( $52,1 \pm 8,5$  нг/мл) ( $p < 0,05$ ). Максимальная концентрация N-деметилированного метаболита была достоверно ниже у гомозигот по «медленному» аллелю ( $5,6 \pm 2,3$  нг/мл), по сравнению с гомозиготами по «дикому» аллелю ( $16,3 \pm 5,0$  нг/мл) и гетерозиготами ( $14,5 \pm 2,5$  нг/мл) ( $p < 0,05$ ). При этом у гомозигот по «медленному» аллелю наблюдалась выраженная брадикардия (менее 56), что не отмечалось у гомозигот по «дикому» аллелю и гетерозигот.

Выводы. Фармакокинетика, и, в частности интенсивность биотрансформации метопролола, а как следствие этого фармакодинамика и режим дозирования метопролола зависит от генетического полиморфизма CYP2D6.



---

## УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗРЫВОВ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И КРОВОТЕЧЕНИЙ

**Таджиев Р.Н.**

*Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Республика Узбекистан.*

Среди поврежденных различных органов брюшной полости, повреждения печени являются наиболее тяжелыми и сложными для распознавания. Различают закрытые и открытые повреждения. Закрытые повреждения печени составляют 1/3 среди всех травм органов брюшной полости. Прямые резкие удары в область печени приводят к образованию разнообразных по форме и глубине разрывов органа. Характерными признаками на УЗИ являются одиночные или множественные звездообразно расходящиеся трещины в паренхиме печени. Иногда капсула печени при этом остается неповрежденной, образуются под капсульные гематомы и разрывы паренхимы, а также спустя некоторое время - разрывы капсулы печени и кровотечение в брюшную полость (двухфазные разрывы печени). Характерными признаками являются наличие свободной жидкости (крови) под диафрагмой, под самой печенью, в правом боковом канале, меж петлями кишечника, а также в полости малого таза. Субкапсулярные гематомы печени на УЗИ имеют вид неправильной формы образования, пониженной эхогенности, различных размеров. При открытых повреждениях печени на УЗИ отмечаются повреждение капсулы, паренхимы печени и наличие свободной жидкости в брюшной полости. При повреждениях желчного пузыря отмечаются спавшийся желчный пузырь или вообще желчный пузырь не визуализируется и характерная клиника желчного перитонита с наличием свободной жидкости в брюшной полости.

Повреждения селезенки встречаются в среднем в 22% случаев всех повреждений органов брюшной полости. Диагностика открытых повреждений селезенки не представляет затруднений, на УЗИ отмечается наличие повреждений капсулы, паренхимы и наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Под капсульные закрытые повреждения селезенки сопровождаются увеличением органа, усилением интенсивности паренхимы. Нарастание этих признаков предшествует разрыву капсулы селезенки. Так называемые двухфазные разрывы органа могут наблюдаться спустя нескольких часов. Повреждения кишечника возникают при тупой травме живота или проникающих ранениях живота. При ранении кишечника происходит излияние кишечного содержимого в брюшную полость и возникновение разлитого перитонита. Ранение кишечника всегда сопровождается кровотечением, особенно если поврежден сосуды и брыжейка, при этом на УЗИ отмечается наличие свободной жидкости (крови) в брюшной полости.

Таким образом, при различных повреждениях органов брюшной полости ультразвуковая диагностика позволяет определить разрывы органов и кровотечения возникающих вследствие травм.



---

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВЫПОТОВ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Таджиева Ф.Н.**

*Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Республика Узбекистан.*

Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый холецистит занимает второе место после аппендицита, составляя по данным разных исследователей 10-15%. Характерными признаками на УЗИ является увеличение размера желчного пузыря, утолщение стенок желчного пузыря, наличие конкрементов и песка. Иногда визуализируется деструктивное расслоение стенок желчного пузыря, с появлением вокруг пузыря воспалительной жидкости (выпота).

Ультразвуковая диагностика позволяет различать границы и структуру поджелудочной железы (очаговые и диффузные изменения). При интерстициальном панкреатите выявляется увеличение размеров органа, сохраняется четкая ограниченность его от окружающей ткани, появляется передаточная пульсация с аортой. При деструктивном панкреатите поджелудочная железа теряет однородность, контуры ее сливаются с окружающим фоном, обнаруживаются бесструктурные участки. При развитии псевдокисты определяется однородное образование с хорошо очерченной капсулой оттесняющее соседние органы. При наличии выпота в сальниковой сумке визуализируется жидкость. Для решения вопросов хирургической тактики принципиальное значение имеет ранняя диагностика острой кишечной непроходимости. Типичная рентгенологическая семиотика острой кишечной непроходимости чаще всего развивается спустя несколько часов от начала заболевания. Ультразвуковое исследование при острой кишечной непроходимости более информативно. Основными признаками по данным эхографии являются расширение диаметра тонкой кишки более 5 см, утолщение стенки кишки, маятникообразное движение кишечного содержимого. Наряду с определением кишечной непроходимости в большинстве случаев можно диагностировать уровень препятствия. А также определить наличие свободной жидкости.

При аппендиците воспаленный червеобразный отросток на УЗИ визуализируется в поперечном срезе как фиксированная структура с концентрическими слоями (как мишень). Внутренний просвет может быть гипоехогенным, окруженной зоной гиперэхогенного отека. Вокруг зоны отека визуализируется гипоехогенная стенка червеобразного отростка. В продольных срезах определяется червеобразный отросток с толстыми отечными стенками, перифокальным отеком или выпотной жидкостью вокруг отростка, иногда визуализируются фибринозные изменения стенок червеобразного отростка. При перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки основными признаками ультразвуковой диагностики являются наличие свободной жидкости в эпигастральной области, под печенью, иногда наличие жидкости в боковых каналах брюшной полости и в полости малого таза. При прикрытой перфорации жидкость на УЗИ может не определяться.

Таким образом, при острых хирургических заболеваниях методом ультразвуковой диагностики можно диагностировать характер воспалительных процессов органов

---

брюшной полости и наличие воспалительной свободной жидкости, а также проводить дифференциальную диагностику острого живота.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Ташкенбаева Э.Н.**

*Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Республика Узбекистан.*

Для реализации проекта «Использование лазеров в экстренной медицине» в Самаркандском филиале РНЦЭМП был проведен ряд преобразований. Создано отделение кардиореанимации, которое занимается острой коронарной патологией. В целях улучшения экстренной специализированной помощи населению Самаркандской области и формирования прямой взаимосвязи терапевтической службы Филиала со станциями скорой помощи был организован блок интенсивной терапии. Медицинская помощь при неотложных состояниях терапевтического профиля разделяется нами на следующие этапы: I- догоспитальная экстренная помощь на месте заболевания и во время доставки в стационар; II- лечение в отделении интенсивной терапии и кардиореанимации; III- дальнейшее лечение в отделении ранней реабилитации.

При медикаментозном лечении улучшение состояния больных наступает лишь у 55% больных, в то же время использование лазера позволяет повысить эффективность до 99%. Эффективность лазерной «борьбы за выживание» уже почувствовали на себе сотни пациентов. За 2003 год обследовано 289 больных с ОИМ. Из них мужчин 174, женщин - 115. В контрольную группу вошли 177 больных ОИМ, не получавших лазеротерапию (2002 год). В основную группу вошли 182 больных, которым применяли лазеротерапию на фоне медикаментозной терапии. У больных ОИМ наилучший клинический эффект наблюдался при низкоинтенсивном лазерном излучении (НИЛИ) мощностью 5-7 Вт. При котором проявляется антиаритмический, антиангинальный эффект лазера. Однако в 50% случаев у больных госпитализированных в Самаркандский филиал на вторые и более сутки от начала заболевания данные эффекты лазера отмечались лишь на третьи сутки с момента начала лечения, что говорит о необходимости ранней госпитализации и своевременного начала НИЛИ по стандарту. Положительная динамика со стороны ЭКГ, приближение «ST» к изоэлектрической линии и переход в подострую стадию на третий день регистрировалось у 80%, на пятый день у 20% пациентов. Значительно уменьшилось число больных с нарушениями сердечного ритма. Из числа больных, получавших комбинированное лечение с применением НИЛИ не отмечался летальный исход. При анализе продолжительности среднего пребывания больных ОИМ обнаружилось сокращение количества койко-дней на 20%. Летальность за 2002 год составила 25,9%. Однако после проведения реструктуризации терапевтической службы, организации КДС, специализированных кардиобригад, кардио-реанимации, отделения интенсивной терапии, а также утверждение в стандартах действий применение НИЛИ, глубокий анализ каждого смертного случая позволило сократить летальность от ОИМ в Самаркандском филиале практически в 2 раза, т.е. летальность в 2003 году составила 13%.

---

Следовательно, этапная организация терапевтической службы, включение в стандарты действия НИЛИ, позволило в Самаркандском филиале РНЦЭМП резко сократить среднее пребывание койко-дней больных ОИМ и летальность.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПО МАТЕРИАЛАМ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. ИЖЕВСКА**

**Тюлькина Е.Е., Дьяконов А.А.**

*РУДН, Москва, ССМП, Ижевск*

Уникальностью современной службы скорой помощи является то, что она по структуре обслуженных вызовов, как в зеркале, отражает состояние социального, экономического и медицинского здоровья страны, региона или города. Практически по всем показателям, в том числе и по нарушениям ритма сердца, наблюдается рост числа обращений. [Листратенков В.В. и др. 2001].

Фибрилляция (ФП) и трепетание предсердий (ТП) относятся к наиболее распространенным нарушениям ритма сердца [ACC/ANA/ESC, 2001] и встречаются в практической деятельности врача любого профиля, особенно врачей кардиологических бригад [Недоступ А.В. и др., 2001]. Распространенность в значительной мере зависит от популяции, выбранной для исследования [Быкова Е.С., 2001]. С возрастом число таких пациентов увеличивается. Для всей России прогнозируется увеличение удельного веса пожилых и старых людей. Этот факт объясняет и оправдывает растущее внимание клиницистов к этой аритмии как к одной из острейших и узловых проблем герокардиологии [Егоров Д.Ф., 2001].

За последние полвека произошло резкое учащение пароксизмальной формы ФП. Если даже сделать допущение, что в разных странах и географических зонах распространенность ФП неодинакова, то все же придется признать, что по частоте эта аритмия уступает только экстрасистолии и является причиной около 80% всех «аритмических вызовов» кардиологической бригады [Кушаковский М.С., 1998, Власенко С.А. и др., 1998].

Другой, немаловажный, аспект проблемы – это рецидивирующий характер заболевания, отсутствие точного знания о времени наступления следующего пароксизма [Тюлькина Е.Е. и др., 2000].

В лечении ФП и ТП в настоящее время используются медикаментозные методы, направленные на восстановление синусового ритма, профилактику пароксизмов, контроль частоты желудочкового ритма [Гуков А.О., 2000]. Поскольку до сих пор не доказано, что антиаритмическая терапия (ААТ) продлевает жизнь, то первоочередной задачей является уменьшение клинических проявлений [Чирейкин Л.В., Татарский Б.А., 1999].

Таким образом, анализ структуры вызовов СМП позволяет реально оценить ситуацию, как в стране, так и в конкретном городе. Количество и структура вызовов могут быть использованы для определения приоритетов оказания плановой медицинской помощи населению, оценке эффективности проводимого лечения на амбулаторном этапе.

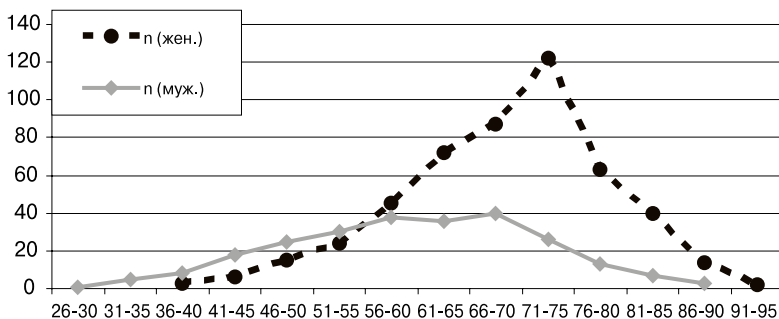
Целью настоящей работы явилось изучение распространенности пароксизмальных форм ФП и ТП, анализ частоты возникновения, циркадности и распределения случаев по времени суток и сезонов года с выявлением наиболее уязвимых аритмогенных периодов и временных интервалов, а также влияния на характер течения ФП и ТП приема больными антиаритмических препаратов (ААП).

Результаты и обсуждение. На догоспитальном этапе (ДГЭ) в условиях работы специализированной кардиологической бригады исследовали 1688 случаев пароксизмальных форм ФП и ТП у 743 больных (493 женщины и 250 мужчин) в возрасте от 29 до 94 лет (средний возраст  $66,5 \pm 0,37$ ). У всех больных регистрировали время возникновения приступа в течение суток и сезонов года, его продолжительность, давность аритмического анамнеза (ДАА), прием ААП, артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС) и дефицит пульса (ДП) во время и после купирования приступа. Характер НРС устанавливали на основании регистрации электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях (электрокардиограф ЭКГТ-03М).

Что касается распространения пароксизмов ФП среди мужчин и женщин, то по данным Фремингемского [Brand F.N. et.al, 1985] и других исследований некоторое преобладание этой аритмии отмечается у мужчин, а заболеваемость ФП у лиц старше 22 лет была 2%, причем у мужчин несколько выше (2,2%), чем у женщин (1,7%). Распространенность мерцательной аритмии (МА) увеличивается с возрастом от 0,5% среди 50 – 59 - летних до 8,8% у 80 – 89 -летних [Шестаков В.Н., 1999, Kannel W.B. et al 1998]. Пожилые люди с заболеваниями сердца страдают ФП в 9,1% случаев, т.е. почти каждый 10 – 11 человек [Егоров Д.Ф., и др. 1998], а в наблюдениях Гинзбурга М.Л. и др. (2001) ФП – наиболее часто встречающаяся форма пароксизмальной тахикардии у пожилых (91% случаев).

### Рисунок 1

Распределение больных с мерцательной аритмией по возрастным группам



По нашим наблюдениям среди больных с ФП и ТП в целом преобладали лица женского пола. Соотношение больных мужчин и женщин – 1:1,97. При анализе распределения больных по возрастным группам (рис.1) выявлено, что в группах 26-35 лет больные только мужского пола, тогда как появление

больных женщин с пароксизмами ФП и ТП зарегистрированы после 35 лет. С возрастом отмечался постепенный рост числа больных как мужского, так и женского

пола. Число мужчин в возрастных группах до 55 лет преобладало. После 55 лет число больных женщин резко возросло и значительно превысило число больных мужчин. Напротив, число последних после 55 лет стабилизировалось до возрастной группы 66-70 лет, после чего стало сокращаться. Пик числа больных женщин пришелся на группу 71-75 лет.

74,29% больных составляли лица 60 лет и старше, в основном – женщины. Среди больных женщин - 84,99% в возрасте 60 лет и старше, тогда как число мужчин в этих группах – 53,2%.

**Таблица 1**

Распределение больных с ФП и ТП по возрастным группам

Возрастные группы	Зрелый (до 60 лет)	Пожилой (60 – 74)	Старческий (75 – 89)	Долголетие (90 и старше)
Женщины(%)	15,01	56,39	28,19	0,41
Мужчины(%)	46,8	41,6	11,2	0,4

Как видно, наиболее многочисленной группой больных были женщины пожилого, а почти третья часть больных женщин - старческого возраста, тогда как большая часть больных мужчин - в группе зрелого возраста.

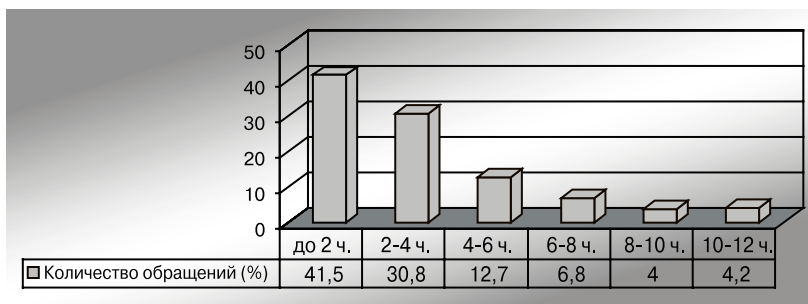
Появление первых в жизни приступов может быть в разном возрасте. В наших наблюдениях – от 26 до 88 лет.

В подавляющем большинстве случаев (88,82%) больные с ФП и ТП обращались в течение первых 12 часов от начала возникновения приступа (рис.2), а в первые сутки – 93,42%.

Анализ количества случаев обращений больных с ФП и ТП по времени суток (рис.3) свидетельствовал о равномерном, в течение суток, распределении, с некоторым уменьшением в дневное время. Частота возникновения приступов несколько выше в период с 21 до 24 часов. Пик приступов ФП и ТП приходился на время с 22 до 23 часов, а наименьшее их число – с 13 до 14 часов.

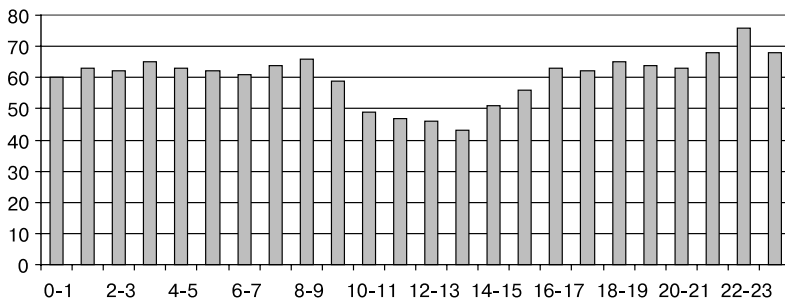
**Рисунок 2**

Распределение обращений больных в зависимости от продолжительности приступа в течение первых 12 часов.



### Рисунок 3

Количество обращений больных с ФП и ТП по времени суток



В течение суток обращаемость на ССМП г.Ижевска по поводу приступов ФП и ТП варьировала от 1 до 12 вызовов. 53,7% больных обращались за медицинской помощью неоднократно. Из них 54,7% - от 2 до 5 раз, 23,2% - от 5 до 10 раз и 22,1% - 10 раз и более. Наибольшее количество обращений в течение года одним больным, зарегистрированное нами – 56.

В зависимости от времени возникновения повторных приступов ФП и ТП (таб.3) выявлены группы больных, у которых приступы возникают только днем, вечером или ночью, в других – смешанные, преимущественно днем, вечером или ночью, а также бессистемным возникновением приступов в течение суток.

**Таблица 3.**

Распределение больных с ФП и ТП на группы в зависимости от времени возникновения приступов в течение суток

День (с 8 до 16 часов)	6,92%
Вечер (с16 до 24 часов)	11,95%
Ночь (с 0 до 8 часов)	8,8%
Смешанные: 1. (преимущественно днем)	17,53%
2. (преимущественно вечером)	28,41%
3. (преимущественно ночью)	18,84%
Бессистемные (равномерно в течение суток)	7,55%

Сезонные циркадные колебания пароксизмов ФП и ТП представлены на рис.4. Так, наибольшее количество приступов пришлось на период февраль – апрель, а наименьшее – на июнь-август. Пик возникновения приступов отмечен в марте-апреле (примерно 1/5 от общего количества).

ДАА варьировала от впервые возникшего приступа до 45 лет. Впервые возникший приступ выявлен у 9,53% больных. Преобладающее число больных (38,10%) имело короткий (от 1 до 5 лет) аритмический анамнез, 31,45%- средний (от 5 до 10 лет) и 20,92% - длительный (10 лет и более). Известно, что фибрилляция и / или ТП часто прекращается спонтанно. В наших наблюдениях до прибытия бригады приступы купируются в 34 (2%) случаях. Из них в 7 (0,4%) – спонтанно и в 27 (1,6%) – на фоне перорального приема больными ААП (таб.4).

## Рисунок 4

Количество обращений больных с ФП и ТП по месяцам года

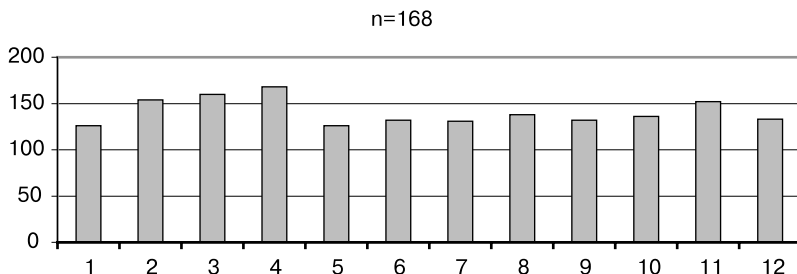


Таблица 4

Эффективность пероральной ААТ для восстановления синусового ритма

ААП	П-д•	П-л•	П-л••	Ат••	В•	В••	А••	Д••
(n)	79	58	64	43	38	21	124	33
Эффективность(%)	16,5	3,5	1,6	4,7	5,3	0	3,2	0

• однократный прием во время приступа; •• постоянная превентивная ААТ;

p<0,05; p<0,01; p<0,001;

П-д - (прокаинамид); П-л - (пропранолол); Ат - (атенолол); В - (верапамил); А - (амиодарон); Д- (дигоксин).

Эффективность восстановления СР пероральным приемом прокаинамида (16,5%) достоверно выше, чем всех других ААП

При регистрации ЭКГ в наших наблюдениях соотношение широких комплексов QRS к узким составило 1:8,47. В 85,9% случаев широкие комплексы QRS были обусловлены блокадой ножек пучка Гиса, в 11,8% - аберрацией и в 2,3% - синдромом WPW. Узкие комплексы несколько чаще регистрировались при ФП (89,76%), чем при ТП (88,24%). Соотношение ФП:ТП было 9,8:1. Кроме того, у 5,59% больных во время разных приступов были зарегистрированы как ФП, так и ТП. В 4,31% на одной ЭКГ – сочетание ФП и ТП.

Этиологию мерцательной аритмии часто бывает трудно доказать. В течение длительного времени основными этиологическими факторами ПФП-ТП считались митральный стеноз, атеросклеротический кардиосклероз, тиреотоксикоз. Однако внедрение в клиническую практику ультразвуковых, радионуклидных, электрофизиологических методов исследования, позволило не только глубже оценить возможные этиологические факторы ПФП-ТП, но и выявить другие кардиальные и экстракардиальные факторы. В последние годы явно преобладают случаи неревматической природы ФП, в частности алкогольно-токсической и нервно-вегетативной (адренергической, вагусной и смешанной) природы. Значение тиреотоксикоза хотя и не столь велико, но сомнений не вызывает и у лиц в возрасте 60 лет и старше ФП нередко бывает связана с повышением содержания в плазме крови тиреотропного гормона; это характерно для субклинической формы гипертиреоза [Кушаковский М.С., 1998]. Однако подавляющее число больных с ФП страдают ИБС (51,2%-75%) [Егоров Д.Ф. и др., 1998, Тюлькина Е.Е., 1998]. По данным исследования ALFA (1999), наиболее часто ФП сочетается с клапанными

пороками сердца, ИБС и артериальной гипертензией, особенно если одновременно имеется гипертрофия левого желудочка [ACC/AHA/ESC,2001].

В наших наблюдениях ФП и ТП зарегистрированы на фоне ИБС у 59,15%, (постинфарктный кардиосклероз - 22,37%, острый инфаркт миокарда -1,37%), гипертонической болезни - 10,05%, атеросклеротического кардиосклероза - 6,85%, ревматизма - 5,25%, алкогольной кардиомиопатии -4,11%, тиреотоксикоза - 2,51%, СССУ и миокардитического кардиосклероза - по 1,14%, не выясненной этиологии 8,2%. В единичных случаях так называемыми причинами явились синдром WPW, пролапс митрального клапана, острое нарушение мозгового кровообращения, электротравма, черепно-мозговая травма. Большинство пациентов предъявляли жалобы на перебои в работе сердца и сердцебиение, боли в грудной клетке. В наших наблюдениях это сочетание жалоб было самым частым. Но нередко больные, чаще пожилого и старческого возраста, предъявляли жалобы на боли коронарного характера и при этом не ощущали сердцебиений. Пароксизмальная форма ФП может иметь латентное течение, клинически не проявляясь. В наблюдениях А.В. Фоякина (2002 г.) это было отмечено у 42,4% пациентов.

В нашем исследовании в единичных случаях больные вообще не предъявляли жалоб и начало пароксизма они определяли только при регулярной пальпации пульса в течение суток

**Таблица 5**

Характеристика жалоб больных с ФП-ТП

Жалобы	Полученные данные	Недоступ А.В. [2001]
Сердцебиение	88,16%	98%
Боли в грудной клетке	60,21%	58%
Одышка	28,95%	30%
Слабость	39,31%	80%

В исследованиях Ellenbogen K. et al. (1999) у 60–85% больных регистрировалась тахисистолическая форма ФП (ЧСС превышала 100 уд/мин).

По материалам ССМП средняя ЧСС во время приступа при ФП и ТП составила 122,22 ±0,68 (от 58 до 186) в минуту, дефицит пульса -15,79±0,29. В 90,74% случаев выявлена тахиформа, несколько чаще при ТП (94,29%), чем при ФП (89,76%), нормоформа зарегистрирована в 8,64% (ТП - 5,71% и ФП - 9,45%) случаях, брадиформа - 0,62% (ТП - 0% и ФП - 0,79%).

**Таблица 6**

Влияние приема ААП на гемодинамику во время пароксизма ФП и ТП (продолжительность приступа ≤1сут.).

Показатели (n)	ААП (-) (341)	Анаприлин (75)	Атенолол (44)	Верапамил (54)	Кордарон (118)	Н-амид (58)	Дигоксин (32)
Возраст	65,94±0,66	67,03±0,95	62,65±1,87	68,64±1,97	67,08±0,81	66,31±1,42	68,94±1,54
САД 1	145,2±1,69	143,75±2,05	139,43±4,54	142,69±2,85	147,69±2,8	143,75±3,38	143,13±4,84
ДАД 1	86,02±0,78	85,42±0,96	83,98±2,53	84,26±1,25	86,58±1,22	85,39±1,45	84,06±2,3
САД 2	135,42±0,91	137,17±1,49	134,32±2,48	133,24±2,15	137,12±1,59	137,03±1,92	131,88±2,6
ДАД 2	81,38±0,4	82,46±0,62	79,77±1,0	79,35±0,93	81,38±0,66	82,42±0,9	79,53±1,15
ЧСС 1	128,96±1,12	116,92±1,8	116,05±3,0	116,37±2,8	115,85±1,6	120,9±2,3	123,3±2,6
ДП 1	18,64±0,51	14,17±0,78	13,64±1,17	13,51±1,2	13,45±0,69	15,03±0,9	15,44±1,3
ЧСС 2	82,97±0,76	75,35±0,97	78,55±1,96	80,11±1,39	77,55±1,04	78,47±1,24	81,19±1,22



---

Примечание: звездочки – различие с показателями в группах больных принимавших ААП с группой больных, не принимавших ААП (-  $p < 0,001$ ; -  $p < 0,01$ ; -  $p < 0,05$ )

ААП(-) – группа больных, не принимавших антиаритмических препаратов;

САД1, ДАД1 – исходные систолическое и диастолическое АД;

ЧСС1 – исходная частота сердечных сокращений; ДП1- дефицит пульса

ЧСС2 – частота сердечных сокращений после оказания помощи;

Выявлено, что средняя ЧСС у больных, принимавших ААП, ниже ( $p < 0,001$ ) -  $117,27 \pm 0,84$  в мин., чем у больных не принимавших ААП -  $128,96 \pm 1,12$  (таб.б). В связи с этим больные, принимавшие ААП перорально до начала инъекционной терапии, переносили приступы мерцательной аритмии легче, у них реже возникали осложнения.

АД варьировало от 280/140 до 70/40 ( в среднем систолическое (САД) –  $146,09 \pm 1,02$  и диастолическое (ДАД) –  $85,99 \pm 0,53$ ) мм. рт. ст.

В результате проведенного исследования выявлено, что пароксизмы ФП и ТП имеют циркадность, проявляющуюся в сезонных и суточных закономерностях: число рецидивов приступов увеличивалось в весенние (конец февраля – апрель) и, в меньшей степени, в осенние (октябрь – ноябрь) месяцы, а в течение суток – преобладание ночных приступов над дневными. В целом пароксизмальная форма ФП и ТП чаще встречалась у женщин, в основном - за счет групп пожилого и старческого возраста. Узкие комплексы на ЭКГ регистрировались в 8,5 раз чаще широких. Средняя ЧСС у больных, принимавших ААП, статистически достоверно ниже, чем у больных, не принимавших ААП. Наиболее эффективный препарат для перорального купирования пароксизма – прокаринamid. В подавляющем большинстве случаев больные с пароксизмами ФП и ТП обращались за медицинской помощью в первые часы от начала возникновения приступа. В зависимости от времени возникновения приступов в течение суток выявлены группы больных, у которых рецидивы пароксизмов возникают только днем или ночью, а также смешанные и с бессистемным возникновением.

Таким образом, проведенное исследование позволяет оптимизировать превентивную терапию пароксизмов ФП и ТП в соответствии с циркадными колебаниями, а в случаях, когда оказание медицинской помощи по каким-либо причинам невозможно или отсрочено, давать рекомендации больным для самостоятельного купирования приступа пероральным приемом прокаринamида.

## **МЕТОД ТЕРМОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ШОКА**

**Фаязов А.Д.**

*Республика Узбекистан, г. Ташкент, Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи МЗ РУз, отдел комбустиологии*

Диагностика ожогового шока нередко представляет большие трудности, что связано с особенностями его проявлений, в значительной мере отличается от таковых при травматическом шоке. Общеизвестные методы оценки тяжести ожогового шока (кожно-ректальный градиент, площадь и глубина ожоговой поверхности, показатели ЦВД, почасового диуреза и т.д.) в полной мере не удовлетворяют клиницистов, что дает основание разработки новых способов определения тяжести ожогового шока.

---

Ожоговый шок сопровождается нарушением функций центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, эндокринной систем и резким нарушением всех видов обмена веществ. Ожоговый шок может развиваться сразу же после ожога или спустя некоторое время, поскольку в течение первых 4-6 часов в результате спазма периферических сосудов и централизации гемодинамики имеет место компенсация наступивших нарушений и клинические признаки ожогового шока отсутствуют.

Одним из основных задач первой врачебной помощи на догоспитальном этапе является своевременная и адекватная оценка тяжести ожогового шока, для проведения противошоковой терапии.

В отделе комбустиологии РНЦЭМП с 2002 года для оценки тяжести ожогового шока у 160 тяжелообожженных применен нами разработанный метод, основанный на термометрии. Предлагаемый нами способ диагностики тяжести ожогового шока основан на измерении температурной разницы в подмышечной области и в I межпальцевом промежутке нижней конечности или подошвенной поверхности стопы. Нами полученные результаты показывают, что показатель термометрии при легком ожоговом шоке колебалась в пределах 0,5-2оС. При тяжелом и крайне тяжелом ожоговом шоке этот показатель колебался в пределах 2-4оС и свыше 4оС соответственно.

Таким образом, нами предложенный метод термометрии позволяет значительно упростить процедуру оценки тяжести ожогового шока, своевременно и квалифицированно проводить объем противошоковой терапии и улучшить результаты лечения тяжелообожженных.

## **НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ**

**Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю. Зайнутдинов О.У., Холматов А.А.,  
Халилов М.Л.**

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

За период функционирования Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г. Ташкента нами накоплен достаточный опыт работы с данным контингентом больных. В 2001-2003 г.г. в Центр были доставлены 720 больных с политравмой, 488(60,8%) из них доставлены после дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), у 66 (9,1%), травма получена в результате падения с высоты, уличная травма у 155 (21,5%) производственная у 21. Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) + повреждения опорно-двигательного аппарата (ОДА) наблюдались у 595 больных, грудная клетка + повреждения ОДА у - 86, Повреждения ОДА + повреждения органов брюшной полости у - 39, повреждения ОДА + органов забрюшинного пространства у - 27.

В клинике разработаны и используются лечебно-диагностические стандарты. Мы придерживаемся активной хирургической тактики в отношении повреждений опорно-двигательного аппарата у больных с политравмами. Это стало возможным

---

благодаря высокому уровню реанимационно-анестезиологической службы, медикаментозному и техническому обеспечению, а также привлечением всех специалистов хирургического профиля. Больной с политравмой госпитализируется в шоктовую палату приемного покоя, где на фоне интенсивной терапии проводятся диагностические мероприятия с участием врачей хирургического профиля, после выявления доминирующей патологии, больной по показаниям переводится в операционную. В клинике выполняются современные методы стабилизирующих операций на поврежденных сегментах конечностей, также разработаны и внедрены малоинвазивные методы остеосинтеза на основе аппаратов внешней фиксации. Оперативные вмешательства осуществляются в максимально ранние сроки, а при наличии сопутствующих повреждений со стороны внутренних органов остеосинтез проводится параллельно или последовательно с вмешательствами при доминирующей патологии.

В заключение необходимо отметить, что разработанный нами комплекс организационных и лечебно-диагностических мероприятий позволил снизить летальность в два раза, уменьшить сроки пребывания их в стационаре и значительно улучшить результаты лечения.

## **ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**

**Хаджибаев А.М., Зайнутдинов О.У., Валиев Э.Ю., Хакимов Б.К.  
Кульматов О.А.**

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

Под нашим наблюдением находилось 116 пациентов с политравмой, с доминирующей патологией со стороны органов живота и брюшинного пространства. По механизму травмы чаще всего выявлены, автодорожные травмы – 57,6%, падения с высоты у 24,7% больных. Из сопутствующих патологии повреждения грудной клетки и ее органов зафиксированы у 43 (37,1%), черепно-мозговая травма у- 23 (19,8%) пострадавших. Повреждение опорно-двигательного аппарата (ОДА) имели место у 81 (69,8%) больных.

Объем диагностических и лечебных мероприятий осуществлялся согласно разработанных в клинике лечебно-диагностических стандартов.

При диагностике повреждений внутренних органов мы широко применяли ультразвуковое исследование и лапароскопию. В диагностике абдоминальных и брюшинных повреждений чувствительность данного метода составила 88%. Ценность лапароскопии состоит в возможности визуальной оценки состояния внутренних органов и структур, что повышает эффективность распознавания травматических повреждений и снижает количество «напрасных» лапаротомий.

Диагностическая лапаротомия с ревизией органов брюшинного пространства произведена у 13 (11,2%) пациентов, эффективность ее составила 91,6%. Во всех случаях оперативные лечения произведены первые 2 часа после поступления в стационар.

---

Всего произведены 29 ушивание раны печени, 26 – спленэктомий, ушивание раны тонкого и толстого кишечника – 17, резекция тонкой кишки с еюна-еюнаанастомозом в 8 случаях, ушивание раны брыжейки и большого сальника - 7, нефрэктомия с лапаротомным доступом в - 5, поясничным доступом – 6 случаях. Ушивание раны почки с нефростомией произведены в 5 случаях. Оперативное лечение завершилось с дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства. Ушивание раны мочевого пузыря с эпицистостомией и экстраперитонизацией мочевого пузыря произведено в 12 случаях. При наличии сопутствующих повреждений со стороны внутренних органов остеосинтез проводится параллельно или последовательно с вмешательствами при доминирующей патологии. Всего выполнены 96 оперативных вмешательств, из них остеосинтез бедра – 36, костей голени – 29, костей верхних конечностей (плеча-6, предплечья-9) и костей таза – 16.

Таким образом, при диагностике и лечении сочетанных травм необходимо, чтобы в состав дежурной бригады входили все специалисты хирургического профиля. Наш опыт показывает, что в составе дежурной бригады необходимо выделить ответственного врача, который определяет тактику лечебно-диагностических мероприятий в каждом конкретном случае, в зависимости от доминирующей патологии.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ**

**Хаджибаев А.М. , Маликов Ю.Р., Янгиев Б.А., Мельник И.В.,  
Ураков Б.Х.**

*Республика Узбекистан. г. Ташкент, Республиканский Научный Центр экстренной медицинской помощи*

В настоящее время предложено множество различных вариантов прогнозирования рецидива гастродуоденального кровотечения. Однако, не существует высоко достоверной и общепринятой методики прогнозирования.

На основании анализа клинического материала из 469 больных с кровотечениями из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, находившихся на стационарном лечении в РНЦЭМП с 2001 по 2003г. были определены ряд клинических и эндоскопических факторов, влияющих на возникновение рецидива кровотечения. В соответствии с значимостью, каждому из данных признаков, по формуле Байеса был вычислен соответствующий балл, и создана прогностическая бальная шкала. В шкалу включены следующие показатели: гемодинамика (шок 1ст. (1,7), шок 2ст. (9,1), шок 3ст. (20,7)); сопутствующая патология ( гипертоническая болезнь (8,9), ИБС (18), почечная патология с ХПН (16,2), сахарный диабет (17,6), печеночная патология (цирроз, гепатит) (12,9)); тяжесть постгеморрагической анемии (1ст. (-9,8), 2ст. (-5,0), 3ст. (-4,3), 4ст. (11,1)); размер язв: (до 0,5см. (-12,9), до 1,0 см. (-7,4), до 2см. (-0,3), более 2см. (10,7)); локализация язв: луковица ДПК (передняя стенка (-5,1), задняя стенка (3,7), нижняя стенка (-10,1), верхняя стенка (-0,6), задне- верхняя стенка (13,0), передне -верхняя стенка (-0,7), передне- нижняя стенка (2,9), «целующиеся язвы» (-2,7)); желудок (-1,1); эндоскопическая характеристика гемостаза по Форрест (1а (после диатермокоагуляции) (11,1), 1б (после диатермокоагуляции) (-0,3) , 2а (-2,1), 2б (-7,1), 2с (-10,4) ,

---

3 (-4,3). При положительной сумме баллов прогнозируется высокий риск рецидива кровотечения, при отрицательной сумме - отсутствие рецидива. Из 469 больных рецидив кровотечения в стационаре возник у 38 (8,1%). При подсчете баллов по данной шкале правильно прогнозирован рецидив у 31(81,6%), однако у 7 ( 18,4%) рецидив не прогнозировался. Из 431 больного с отсутствием рецидива правильный прогноз получен у 377 (87,5%) , у 53 (12,5%) больных данной группы ложно прогнозировано возникновение рецидива.

Таким образом, применение шкал раннего прогнозирования рецидива позволяет определить оптимальную тактику лечения больных с кровотечениями из хронических гастродуоденальных язв и улучшить результаты их лечения.

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**

**Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Ризаев К.С., Каттабеков О.А.,  
Асомов Х.Х.**

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

Наша клиника располагает опытом лапароскопического ушивания перфоративных язв у 42 больных. Мужчин было 39, женщин-3. Язвы желудочной локализации – 1, язвы ДПК- 41. Возраст больных составил от 15 до 62 лет. Сроки от момента перфорации до операции составили от 2 до 12 часов.

У 25 больных диагноз перфоративной язвы установлен до операции и у 12 больных диагноз установлен только с помощью диагностической лапароскопии.

Размеры перфорационного отверстия колебались от 2-3 мм до 10 мм. Количество излившегося желудочного содержимого и реактивного выпота варьировала от 50 мл до 1200 мл и имел место серозно-фибринозный перитонит диффузного распространения. У 4 пациентов обнаружена каллезная язва в передне верхней стенке 12-перстной кишки с перфоративным отверстием более 1 см., что потребовало перехода к открытой операции. Ушивание проводилось через все слои в один ряд при небольших размерах отверстия или в 2 ряда при большой перфорации с инфильтрацией краев. Этап ушивания прободного отверстия в среднем составил 20 мин., основное время тратится на санацию брюшной полости. У 6 больных проводилось комбинированное лапароскопическое ушивание интраоперационной видеотелегастроскопией перфоративной язвы. Данный метод позволил определить герметичность ушивания, степень деформации и нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки. Через ирригационную систему промываем места наибольшего скопления выпота, фибрина с последующей аспирацией. К месту ушивания в обязательном порядке устанавливаем силиконовый дренаж.

У одного больного в послеоперационном периоде на третьи сутки выявлены признаки недостаточности эндошвов с явлениями перитонита, произведена лапаротомия, резекция 2\3 желудка по Бильрот 1 в модификации профессора Л. Г. Хачиева. Случаев летального исхода не было.

Таким образом, преимуществами лапароскопического ушивания перфоративных язв явились ранняя реабилитация больных, сокращение послеоперационного пери-

---

---

ода, профилактика спаечного процесса, отсутствие послеоперационных грыж и нагноений, а также косметический эффект. Относительными противопоказаниями для этого метода являются гигантские с каллезными краями язвы диаметром более 1,0 см, перитонит в терминальной стадии, невозможность выполнения полноценной санации брюшной полости.

## **ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**Хаджибаев А.М., Хусанов М.У., Вохидов У.Ю., Мадаминов А.А.**

*Узбекистан, г.Ташкент и г.Карши, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи и его Кашкадарьинский филиал*

На догоспитальном этапе скорой медицинской помощи остается высоким доля несвойственной нагрузки, связанной с оказанием помощи хроническим больным в отделения экстренной медицинской помощи. Врачами скорой помощи на догоспитальном этапе из-за неправильной интерпретации анамнестических данных и состояния больного, допускаются ошибки в своевременной госпитализации. Перестраховывая себя, врачи службы «03» позволяют себе «гипердиагностику». Это неэффективно использует потенциал врачебных и специализированных бригад на вызовах и при транспортировке, где медицинская помощь должна предоставляться в объеме доврачебной помощи. Подобное недостаточное взаимодействие догоспитального и госпитального этапов оказания экстренной помощи, слабая готовность к работе в условиях чрезвычайных ситуаций не позволяет оказывать квалифицированную медицинскую помощь на должном уровне.

С целью преодоления таких недостатков в 2002 году в Кашкадарьинском филиале Центра экстренной медицинской помощи создана и функционирует единая система мониторинга для централизованного управления службой «03». Это позволило резко снизить расхождение диагнозов скорой помощи и приемного отделения стационара центров. Наиболее значимое снижение расхождений диагнозов при этом явилась патология гепатобилиарной системы (на 8,6%), язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (на 7,3%), закрытых травм внутренних органов с кровотечением (на 6,8%). В то же время, почти неизменным остался процент расхождения диагнозов при остром аппендиците (на 1,2%) и острой кишечной непроходимости (на 1,1%). Большую помощь при этом сыграло внедрение на догоспитальных этапах единых технологических требований, протоколов и стандартов оказания скорой медицинской помощи, учитывающих этапы ее оказания и отражающих преемственность в их деятельности, объема и виды помощи. Это позволило снизить высокую долю несвойственной нагрузки на догоспитальном этапе и недостаточно эффективную структуру

---

оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе, повысить эффективность использования дорогостоящих ресурсов. А повышение научно-методического сопровождения скорой медицинской помощи позволило правильно определять тактику ведения больных на всех этапах.

Таким образом, подобное преобразование улучшило качество работы «03», что на 12% уменьшило ежегодное обращение хронических больных в связи с передачей таких больных в поликлинику по месту жительства. Одновременно увеличился коэффициент госпитализированных больных с интенсивным использованием коечного фонда.

## **УСИЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ КАШКАДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**Хусанов М.У.**

*Узбекистан, г.Карши, Кашкадарьинский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи*

В системе медицинского обслуживания населения страны важная роль принадлежит службе скорой медицинской помощи. Главной особенностью реформирования службы скорой медицинской помощи стала централизация госпитализации больных по экстренным показаниям с научным подходом к организации работы бригад скорой помощи. Объединение всех учреждений, так или иначе участвующих в оказании экстренной медицинской помощи (ЭМП) населению, в единую Службу является целесообразным с точки зрения адресного финансирования с тем, чтобы реально обеспечивать государственные гарантии бесплатности и доступности услуг по экстренной медицине для всех слоев населения. В рамках такой единой Службы имеется реальная возможность создания действенного механизма непрерывного контроля и методологического совершенствования качества медицинской помощи.

В связи с повышением оперативности и эффективности Службы скорой помощи «03» население стало шире использовать их возможности. С точки зрения экстренной медицины, максимальное приближение первой медицинской помощи (Служба «03») к месту катастрофы способствует раннему началу лечебно-диагностического процесса. Вследствие концентрации всех основных специальностей в учреждениях госпитального этапа ЭМП, а также в связи со значительным улучшением диагностических возможностей приемных отделений служб ЭМП удалось снизить количество необоснованных госпитализаций. Политика Правительства страны по усилению первичного звена здравоохранения, максимальное приближение и доступность услуг СЭМ существенно разгрузило нагрузку на службу «03».

Учитывая чрезвычайную важность в этом вопросе службы «03» правительством страны принята Государственная программа, в которой предусмотрено развитие и оснащение службы скорой помощи на 2003-2005 годы, разработанная для укрепления материально-технической базы этого сектора здравоохранения. Финансирование



---

программы будет осуществляться по следующим направлениям: первое - это капитальный ремонт станций и подстанций служб скорой помощи; второе - оснащение скорой медицинской помощи автотранспортом и средствами радиосвязи, необходимой лечебно-диагностической аппаратурой и средствами оказания первой медицинской помощи.

При преобразовании службы скорой медицинской помощи будет учитываться географическая структура и скученность населенных пунктов Республики Узбекистан. Так, в Кашкадарьинской области, состоящая из горных, равнинных и степных зон в службе «03» предполагается следующее: для горных районов области на 10,0 тысяч населения - выделение 1 носилочной санитарной автомашины, а для населения равнин и степей на 12,0 тысяч населения - 1 носилочной санитарной автомашины.

## **БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Цыганкова О.В., Васляева С.Н., Волон Н.А.**

*Российский государственный медицинский университет*

Целью исследования явилось выявление безболевой ишемии миокарда (БИМ) у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК) без клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы: исследовано 100 мужчин без клинических проявлений ИБС в возрасте 42-65 лет (средний возраст  $54,6 \pm 7,0$  года) с доплерографически и ангиографически подтвержденным ОААНК. Длительность ОААНК составила от 2 до 20 лет (в среднем  $6,1 \pm 0,9$  года). На основании Европейской классификации (1992г.) хроническая ишемия нижних конечностей 2а стадии диагностирована у 58 пациентов (58%), 2б стадии - у 31 больных (31%) и 3 стадии - у 11. Всем больным проводили суточное мониторирование электрокардиограммы (СМЭКГ) с определением количества и продолжительности эпизодов БИМ, желудочковых аритмий; чреспищеводную электрокардиостимуляцию предсердий (ЧПЭС) с определением числа сердечных сокращений, индуцирующих ишемию миокарда; тредмилметрию по модифицированному протоколу Брюса. В первую группу вошли 26 пациентов, у которых при СМ ЭКГ были выявлены эпизоды БИМ, во вторую - 74 больных, у которых диагностически значимых смещений сегмента ST не было. У 14 больных с эпизодами БИМ была выполнена коронароангиография.

Результаты: у пациентов первой группы при СМ ЭКГ были выявлены от двух до пяти эпизодов БИМ, суммарная продолжительность которых составила  $31,6 \pm 4,2$  мин. При проведении тредмилметрии безболевая депрессия сегмента ST отмечена у 18 больных (69,2%), у 8 пациентов проба была прекращена из-за болей в ногах. При проведении ЧПЭС выявили диагностически значимую депрессию сегмента ST в первом и последующих желудочковых комплексах после прекращения стимуляции у 17 пациентов (65,4%). Частота электрической стимуляции, инициирующая ишемию миокарда, колебалась от 110 до 140 имп./мин, составив в среднем по группе  $122,5 \pm 14,8$  имп./мин. Данные



---

коронароангиографии подтвердили наличие у больных различной степени атеросклеротического поражения ветвей коронарных артерий. В первой группе по данным СМЭКГ монотопные желудочковые экстрасистолы зарегистрированы у 16 пациентов и в среднем по группе составили  $28,4 \pm 3,9$  в час. Во второй группе подобная экстрасистолия отмечена у 27 пациентов и в целом по группе их количество равнялось  $11,2 \pm 2,4$  в час ( $p_{1-2} < 0,001$ ). Сравнительный анализ наличия факторов риска ИБС в обеих группах показал, что у больных с ОААНК с эпизодами БИМ уровень общего холестерина составили  $7,48 \pm 0,24$  ммоль/л, при отсутствии эпизодов БИМ –  $5,7 \pm 0,22$  ( $p < 0,01$ ).

Частота выявления БИМ не зависела от продолжительности и степени тяжести хронической ишемии нижних конечностей.

Выводы: эпизоды БИМ выявлены у 26% больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей без клинических проявлений ишемической болезни сердца. Желудочковая экстрасистолия достоверно чаще регистрировалась у больных с признаками безболевого ишемии миокарда. Уровень общего холестерина, превышающий 7,0 ммоль/л у пациентов с ОААНК без клинических проявлений ИБС, является прогностически неблагоприятным признаком возможного наличия безболевого ишемии миокарда и требует дополнительного обследования этой группы больных (СМЭКГ, тредмилметрия или ЧПЭС).

## **ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ.**

**Черный А. И.**

*Россия, Саратов, Саратовский Государственный Медицинский Университет, Кафедра Скорой медицинской и анестезиолого-реанимационной помощи.*

Цель исследования: снижение психоневрологических осложнений (головной боли) на основе разработки премедикации и интраоперационной поддержки гемодинамики во время спинномозговой анестезии при хирургическом вмешательстве.

Материал и методы: клинические исследования проведены у 60 пациентов оперированных в условиях спинномозговой анестезии. Группу 1 составили 30 пациентов, которые оперированы в условиях спинномозговой анестезии.

В группу 2 вошли 30 пациентов, которым в процессе подготовки к анестезии, а также в послеоперационном этапе, с целью стабилизации гемодинамики, использовали ингибиторы фосфодиэстеразы (эуфиллин в дозе 720 мг/сут) и блокаторы кальциевых каналов (нифедипин в дозе 30 мг/сут). Исследования проведены на следующих этапах: при поступлении больного в стационар, в ходе анестезиологического пособия, через 1 час после окончания операции, на 2-е и 4-е сутки послеоперационного периода. Мозговой кровоток (МК) оценивали по ультразвуковому исследованию средней мозговой артерии ("Satellite 2595 X DVD", Toshiba, Япония). При этом исходные по-казатели МК принимались за 100%, что позволило на последующих этапах исследования проводить оценку изменений показателей в процентах от исходного. Ликвородинамика оценивали по ликворному давлению во время пункции и внутриглазному давлению, которое определяли тонометром Маклакова. Вегетативный статус пациентов оценивали по индексам Кердо и Хильдебранта и характеру дер-

---

мографизма. Определялись и рассчитывались показа-тели центральной гемодинамики (УОК, МОК, ОПСС, СДЛА), церебральное перфузионное давление. Инфузионную поддержку осуществляли путем введения кристаллоидов: до операции из расчета 10мл/кг массы тела и 15 мл/кг/ч интраоперационно.

Результаты. Установлено, что при развитии спинального блока происходило снижение систолического, диастолического и среднединамического артериального давления (САД, ДАД, СДАД), общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС), частоты сердечных сокращений (ЧСС), при практически неизменном ударном объеме кровообращения (УОК). При анализе интракраниальной доплерограммы выявлен ряд гемодинамических изменений, расцениваемых как дезорганизация МК, максимум которой достигается при «обвале» гемодинамики у пациентов с симпатикотонией. Использование вазоактивных препаратов предотвращало спазм мозговых сосудов, как проявление дезорганизации МК.

Вывод: применение вазоактивной терапии на до- и послеоперационном этапах позволило избежать дезорганизации церебральной перфузии на фоне адекватной волемической коррекции.

## **НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН-СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

**Шогенова А.Б., Шогенов А.Г., Эльгаров А.А.**

*Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, медицинский факультет университета, медотдел МВД КБР.*

Состояние здоровья женщин-сотрудников органов внутренних дел (ОВД) остается недостаточно исследованным, хотя оно в определенной степени зависит от условий их трудовой деятельности. Нами осуществлены эпидемиологические исследования 436 женщин-сотрудников различных подразделений ОВД в возрасте 20-50 лет, а также изучены медицинская документация 25%-й выборки (амбулаторные карты, истории болезни, заключение психологического тестирования), показатели заболеваемости за 2001-2003 гг.

Массовое профилактическое обследование женщин выявило достаточно высокую частоту хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), в т.ч. и болезней женской половой сферы, их отдельных факторов риска (ФР). Наиболее распространенными оказались заболевания органов дыхания (42,5%) и пищеварения (37,6%), мочеполовой сферы (22,6%), органов кровообращения (19,9%) и эндокринной системы (19,0%). Среди ФР ХНИЗ часто регистрировались низкая физическая активность (НФА) и избыточная масса тела (ИМТ) - в 92,4 и 60,0% случаев соответственно, артериальная гипертония (АГ, 37,5%), неустойчивость психоэмоциональной сферы (49,7%), дислиппротеидемии (29,9%), качественные и количественные отклонения привычек питания (75%); иногда - курение и употребление алкоголя (12,0 и 14,7%). Показательно, что 2/3 женщин не знали о наличии у них указанных ХНИЗ и отдельных ФР (АГ и дислиппротеидемии). Об этом свидетельствовали и результаты изучения медицинской документации. Кроме того, анализ материалов заболеваемости женщин подтвердил данные эпидемиологического обследования. В частности, заболевания органов дыха-

---

ния за 3 года на 1000 работающих составили 318,9 в 2001 г, 360,8 - в 2002 и 291,1 - в 2003; мочеполовой сферы - соответственно 35,7 - 35,2 - 30,2; желудочно-кишечного тракта: 23,7 - 31,0 - 30,2; сердечно-сосудистые: 30,8 - 23,1 - 21,4 и эндокринные болезни: 23,8 - 30,2 - 27,4.

Обнаружена зависимость показателей заболеваемости женщин от специфики их производственной деятельности.

Интересно, что в структуре обращений женщин за неотложной медицинской помощью за три года преобладали бронхолегочная (26,4%), гастроэнтерологическая (20,5%), кардиоваскулярная (19,8%), гинекологическая (19,0%) патология и острые аллергии (12,8%). Оценка врачебной помощи на догоспитальном этапе выявила наличие резервов в повышении качества неотложной терапии прежде всего при синдромах обструкции дыхательных путей, острого живота, гипертоническом кризе, нарушениях ритма сердца и проводимости, анафилактическом шоке и крапивнице.

Результаты проведенного исследования использованы для разработки образовательного проекта для медицинских работников (врачей ССМП и ведомственной поликлиники) и женщин-сотрудников ОВД, а также алгоритма оказания помощи при наиболее распространенных неотложных состояниях.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Эльгарова Л.В., Хван В.В., Эльгаров М.А., Эльгаров А.А.**

*Кабардино-Балкарская Респ.-ублика, Нальчик, медицинский факультет университета.*

Для оценки качества диагностики и лечения подростков с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) на догоспитальном этапе нами обработаны материалы ССМП и детских поликлиник г. Нальчика за 3 года. Общее число обращений детей и подростков за неотложной помощью имеет тенденцию к росту: от 6768 в 2001 до 7915 в 2003 году. В структуре вызовов преобладали внезапные заболевания (79-84%) и несчастные случаи (8-12%). Частота НЦД среди подростков 12-19 лет за указанный период колебалась в пределах 4,5-11,7%, которая строго зависела от пола и возраста. Среди лиц мужского пола НЦД выявлялась в 1,5-2 раза реже (1,5-3%), чем среди женской популяции (3,8-6,5%). У младших (12-15 лет) подростков НЦД регистрировалась достоверно реже (2,3-4,9%), чем у старших (16-19 лет, 9,1-14,6%). Следует отметить более высокий процент обнаружения НЦД по гипертоническому типу, далее - смешанному и гипотоническому типам. Оценивая уровень диагностики НЦД на догоспитальном этапе, обращает на себя внимание, во-первых, нередкое использование нозологических и синдромных диагнозов: гипертоническая болезнь (без указания давности повышенного АД, специального обследования и динамического наблюдения), артериальная гипертензия, вегето-сосудистая дистония. Во-вторых, вызывают сомнения критерии повышенного АД или гипертонического криза (120/80 мм рт.ст.) у подростков с НЦД по гипертоническому типу. В третьих, 15-18% вызовов по поводу гипертензивных

---

реакций у подростков следует признать не обоснованными и в этих случаях можно ограничиться рекомендациями по телефону. Объем и содержание неотложной терапии подростков с гипертезивными реакциями, как правило, «повторяют» назначения взрослым пациентам с гипертоническим кризом (дибазол, папаверин и анальгин?) и очень редко применяются современные методы оказания помощи (нифедипин, тензиомин, эгилок - сублингвально в адекватных дозах). Как следует из анализа случайной выборки амбулаторных карт подростков, обращавшихся за медицинской помощью, причинами неотложных состояний 12-19-летних подростков можно считать отсутствие программы динамического наблюдения за лицами с НЦД или недостаточная её реализация, несоблюдение врачебных рекомендаций, употребление алкоголя, психоэмоциональные стрессы, резкая смена погодно-климатических условий и физическое (умственное) перенапряжение.

Итак, обучение врачей ССМП и поликлиник алгоритму диагностики и современной неотложной терапии подростков с НЦД, динамического наблюдения с использованием комплекса различных медико-психологических и образовательных способов профилактики гипертензивных реакций повысит результативность мониторинга повышенного АД среди подростков.

---

## СОДЕРЖАНИЕ

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Абдуллаев С.А., Шоназаров И.Ш.	3
АЛГОРИТМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПРИДАТКОВ МАТКИ Азимова Ф.А., Каримов З.Д., Касымова Д.М., Хусанходжаева М.Т.	4
РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ Алтыев Б.К., Гулямов Б.Т., Атаджанов Ш.К., Арипов У.Р., Хакимов Б.	5
ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ТЯЖЁЛОЙ СОЧЕТАННОЙ НЕЙРОТРАВМЕ КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ ПОЛИСИСТЕМНОЙ ДИСФУНКЦИИ Архипов И.В., Лушников А.В.	6
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМЕ ГРУДИ Асамов Р.Э., Шукуров Б.И., Рахманов Р.О., Остроумова А.В.	9
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА. Ахтамов Дж.А., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Нарзуллаев С.И., Захидова С.Х.	10
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗА- НИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ ПЛАМЕНЕМ Баженова С.Я., Аксенова И.В., Котелевская Ж.В., Сорокина О.А.	11
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФИЛЬНОСТИ ВЫЗОВОВ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ БРИГАД Бакиев С.С., Нарзулаева М.А.	13
СТРУКТУРА ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ Белых В.Н., Михайлова И.А., Просекова Т.Ю.	14
ДОКЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОКИНЕТИКА ТЕТРАМЕЗИНА Берлянд А.С., БелякЛ.И., Прокопов А.А.	15

---

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ Валиев Э.Ю., Мусаев Т.С., Пак В.Д., Каримов Б.	16
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ В СИСТЕМЕ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Валиев Э.Ю., Тиялков А.Б., Мадалиев М.Х., Сайфуллаев О.Э.	17
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ Валиев Э.Ю., Шермухамедов Д.А., Утешов М.Ш., Толипов Н.	18
КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ НОВОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА НИБЕНТАНА У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАМИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ АРИТМИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Валиев В.Г., Остроумов Е.Н., Горшков В.А., Безпрозванный А.Б., Зелтынь Е.М., Шахова Н.И., Радзевич А.Э.	19
ПРИМЕНЕНИЕ ЛОРНОКСИКАМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Верткин А.Л., Вовк Е.И., Горужева Е.И.	21
ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Водопьянова Л.В., Куликова Е.Г., Ли О.В., Рожко Н.А.	22
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХОБЛ НА МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ Годзенко В.А., Верткин А.Л., Кривцова Е.В., Аринина Е.Н.	23
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Григорьев Ю.Г., Бобринская И.Г., Мишин В.Ю.	24
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Джумабаев Э.С., Асронов Ш.Я, Ташланов М.М.	26
ВЫБОР МЕТОДА ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ Дибиров М.Д., Черкезов Д.И., Саркисян Ю.Г., Дибиров А.А., Терещенко С.А., Паникова А.Б.	28

---

---

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА» У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Дибиров М.Д., Черкезов Д.И., Саркисян Ю.Г., Дибиров А.А., Панникова А.Б., Буланова Т.В., Верткина Н.В. , Терещенко С.А.	29
КОРРЕКЦИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ ПРИ ХИРУРГИИ АОРТЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ Дибиров М.Д., Черкезов Д.И., Саркисян Ю.Г., Дибиров А.А., Панникова А.Б.	30
МИНИИНВАЗИВНЫЕ СИМПАТЭКТОМИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Дибиров М.Д., Черкезов Д.И., Саркисян Ю.Г., Терещенко С.А., Дибиров А.А., Панникова А.Б.	31
РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ПЯТИГОРСКОЙ ССМП Дмитриенко И.А., Морозов В.А., Морев И.И., Орлова М.Э.	32
ТАКТИКА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ Дмитриченко Н.Н., Кондратьев А.И., Ткаченко Т.В.	34
СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ РЕБЕНКА 10 ЛЕТ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ С ИСХОДОМ В ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ Дубинин И.В., Васильева С.Н., Росоха Е.Г.	35
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И АЛГОРИТМЫ КУПИРОВАНИЯ ТАХИКАРДИЙ С ШИРОКИМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Дьяконов А.А., Тюлькина Е.Е.	36
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОКАИНАМИДА И АМИОДАРОНА У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ПЕРОРАЛЬНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ Дьяконов А.А., Тюлькина Е.Е.	42
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА Жилова И.И., Эльгаров А.А.	48

---

ПРОФИЛАКТИКА ОТРАВЛЕНИЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА Журтова И.И., Эльгаров А.А.	49
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ПЕРКУТАННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ СУПРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ Зайнутдинов О.У., Ахмедов Р.Н, Рахимов М.Р. Халилов М.Л.	50
АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ В ЧЕЛЯБИНСКОМ ОКВД Захарова М.А.	50
ТЕРАПИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЯЗАНИ Иванова М.А., Якушин С.С., Окороков В.Г., Майорова Л.И., Филичкин А.А.	52
ОБРАЩАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ Иванова М.А., Якушин С.С., Окороков В.Г., Майорова Л.И., Филичкин А.А.	53
УСЛОВИЯ ТРУДА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Измеров Н.Ф., Королева Е.П., Старожук И.А.	54
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОЗВОНОЧНО- СПИНАЛЬНЫХ ТРАВМ ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ АНДИЖАНСКОГО ФИЛИАЛА РНЦЭМП Исаков Б.М., Джаббаров С.К., Шарипов А.А., Ташланов М.М., Кулабдиев А.М., Эргашев Х.А.	57
ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОГО ШОКА У ДЕТЕЙ Карабаев Х.К., Ахтамов Ж.А., Абдусалямов Ф.М., Тагаев К.Р., Кенжемуратова К.С.	59
ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА Карданова О.А., Эльгаров А.А.	60
К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТОМ ЯИЧНИКОВ Каримов З. Д., Тухтабаева Б.М., Хусанходжаева М.Т., Азимова Ф.М.	61

---



---

АНАЛИЗ ПРИЧИН ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ Ковалева Н.Н.	62
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭНАЛАПРИЛАТОМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Ковалева Н.Н., Яценко Л.Ю.	63
ДИАБЕТИЧЕСКИЙ КЕТОАЦИДОЗ: НОВЫЕ ПОДХОДЫ В НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ Кондратьева Н.А., Голевцова З.Ш.	66
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ И ДООПЕРАЦИОННЫЙ ПРОГНОЗ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ Костюченко К.В., Рыбачков В.В.	67
ТАКТИКА ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА Котельников Г.П., Труханова И.Г., Малыгина А.В., Тарасова С.В.	68
НОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ Кулдашев К.А.	69
РОЛЬ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Куликов К.Г., Васюк Ю.А., Ющук Е.Н., Дударенко О.П.	71
РОЛЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЦИТОКИНОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ Лазарева Н.Б.	72
АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Майкова Н.Ю, Ли О.В., Водопьянова Л.В., Куликова Е.Г., Ермакова Т.И., Проценко Н.А.	74
ОПЕРАЦИЯ Ф.Г.НАЗЫРОВА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ПРИ УГРОЗЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН Мансуров А.А.	74

---

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Мартынова Н.Я., Фомина С.И., Зинькова Т.М., Баженова С.Я.	76
НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ЛЕТУЧИХ НАРКОТИЧЕСКИ ДЕЙСТВУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ (ЛНДВ) Москвичев В.Г.	78
НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, ТРЕБУЮЩЕЙ НЕОТЛОЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Москвичев В.Г.	80
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ РЕЗУЛЬТАТОВ ВНЕДРЕНИЯ КООРДИНАЦИ- ОННО-ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ В ОРГАНИЗАЦИЮ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Нарзулаева М.А., Бакиев С.С.	82
СОЗДАНИЕ РАЙОННЫХ И МЕЖРАЙОННЫХ ЦЕНТРОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ОДИН ИЗ ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ Нихоношин А.И.	83
ОПЫТ И АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ Перевощиков В.В., Блинова Е.П., Вязников О.А., Вавилов В.Ю.	87
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТЕ: ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ДРЕНАЖ ИЛИ ТРАНСВАГИНАЛЬНАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ Пулатова Ю.У., Каримов З.Д., Тухтабаева Б.М., Хусанходжаева М.Т.	88
ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Рогачев В.И.	89
ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Садчикова Г.Д., Гасанова Т.А.	90

---

ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗНАЧИМОСТИ НЕКОТОРЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В Г. САРАТОВЕ (за 2001-2003 г.г.)

Садчикова Г.Д., Молчанова Л.И. 91

ВЛИЯНИЕ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Сайпиев А.С. 92

СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОЦИАЛЬНОЙ, ГРАЖДАНСКОЙ И НРАВСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Скичко О.В. 93

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КФК И МВ-КФК У ПОСТРАДАВШИХ С УШИБОМ СЕРДЦА

Стажадзе Л.Л., Спиридонова Е.А., Клопов Л.Г., Беркович Н.М., Лачаева М.А. 94

ГАЗООБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПНЕВМОНИИ

Столярова Н.А., Садчикова Г.Д., Лопатин И.В. 97

АЛГОРИТМ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА

Стулин И.Д., Мусин Р.С., Мнушкин А.О., Шибалев А.Л., Солонский Д.С., Нестерова О.С., Шапкин Н.М., Лисичкина Г.А., Кащеев А.В., Стулин Г.И., Борисова О.В., Мацкеплишвили М.Т., Синкин М.В., Сурикова И.Л., Лочан Н.В., Жигалин В.И., Багирь Л.В., Кружко Д.А.. 98

СОВРЕМЕННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА СМЕРТИ МОЗГА

Стулин И.Д., Мусин Р.С., Шибалев А.Л., Мнушкин А.О., Власов П.Н., Кащеев А. В., Синкин М.В. 101

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА СYР2D6 НА ФАРМАКОКИНЕТИКУ, ФАРМАКОДИНАМИКУ И РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сычев Д.А., Раменская Г.В., Кукес В.Г., Андреев Д.А., Игнатьев И.В. 103

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗРЫВОВ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ И КРОВОТЕЧЕНИЙ

Таджиев Р.Н. 104

---

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВЫПОТОВ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ Таджиева Ф.Н.	105
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Ташкенбаева Э.Н.	106
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ПО МАТЕРИАЛАМ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г. ИЖЕВСКА Тюлькина Е.Е., Дьяконов А.А.	107
МЕТОД ТЕРМОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ОЖОГОВОГО ШОКА Фаязов А.Д.	113
НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю. Зайнутдинов О.У., Холматов А.А., Халилов М.Л.	114
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА Хаджибаев А.М., Зайнутдинов О.У., Валиев Э.Ю. , Хакимов Б.К. Кульматов О.А.	115
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВА ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ Хаджибаев А.М. , Маликов Ю.Р., Янгиев Б.А., Мельник И.В., Ураков Б.Х.	116
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Ризаев К.С., Каттабеков О.А., Асомов Х.Х.	117
ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН Хаджибаев А.М., Хусанов М.У., Вохидов У.Ю., Мадаминов А.А.	118
УСИЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ	

---

---

КАШКАДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН Хусанов М.У.	119
БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Цыганкова О.В., Васляева С.Н., Волов Н.А.	120
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ Черный А. И.	121
НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ЖЕНЩИН-СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ Шогенова А.Б., Шогенов А.Г., Эльгаров А.А.	122
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Эльгарова Л.В., Хван В.В., Эльгаров М.А., Эльгаров А.А.	123