

# **Скорая**

## **медицинская**

# **ПОМОЩЬ**



Российский  
научно-практический журнал

Том 3  
№ 2 2002

# СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

РОССИЙСКИЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2/2002

Основан в 2000 году

## Учредители

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования  
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе  
НП «Общество работников скорой медицинской помощи»

## При поддержке

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Президент:** В.А.Михайлович

**Вице-президент:** С.А.Селезнев

**Главный редактор:** А.Г.Мирошниченко

**Заместители**

**главного редактора:** С.Ф.Багненко,  
В.В.Руксин

## Редакционная коллегия:

Н.А.Беляков	К.М.Крылов
С.А.Бойцов	Г.А.Ливанов
А.Е.Борисов	В.И.Мазуров
В.Л.Ваневский	И.П.Миннуллин
Б.С.Виленский	Ю.С.Полушин
Ю.Д.Игнатов	Ю.Б.Шапот

В.И.Ковальчук

**Ответственный секретарь:** О.Г.Изотова

## Редакционный совет:

М.М.Абакумов (Москва)  
В.В.Афанасьев (Санкт-Петербург)  
А.А.Бойков (Санкт-Петербург)  
Т.Н.Богницкая (Москва)  
В.Р.Вебер (Новгород)

Ю.Дробнис (Вильнюс)  
Е.А.Евдокимов (Москва)  
А.С.Ермолов (Москва)  
В.А.Замятина (г. Вологда)  
А.П.Зильбер (г. Петрозаводск)  
Л.И.Кательницкая (г. Ростов-на-Дону)  
А.А.Курыгин (Санкт-Петербург)  
Л.А.Мыльникова (Москва)  
А.Р.Мойстус (Таллинн)  
А.Н.Осипов (г. Челябинск)  
В.Л.Радушевич (г. Воронеж)  
В.И.Симаненков (Санкт-Петербург)  
И.Б.Улыбин (Екатеринбург)  
С.Н.Хунафин (Уфа)  
С.Штрих (Рига)  
И.Б.Элькис (Москва)  
Ю.М.Янкин (г. Новокузнецк)  
G.V.Green (США)  
E.Krenzlock (США)  
K.A.Norberg (Швеция)

Журнал публикует материалы по актуальным проблемам оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и (в плане преемственности лечения) госпитальном этапах, имеющие выраженную практическую направленность, подготовленные и оформленные в полном соответствии с существующими требованиями.

Редакция оставляет за собой право сокращения и стилистической правки текста без дополнительных согласований с авторами. Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов опубликованных материалов.

Редакция не несет ответственности за последствия, связанные с неправильным использованием информации.

Для оптимального использования конкретного лекарственного препарата необходимо внимательно ознакомиться с прилагающейся к нему информацией производителя.

**Периодичность:** ежеквартально

**Наш адрес:** 193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41, Медицинская академия последипломного образования, редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь».

**Тел./факс:** (812) 588 43 11.

**Электронная почта:** [mpo@actor.ru](mailto:mpo@actor.ru).

## ОТ РЕДАКЦИИ

Для российской службы скорой медицинской помощи 2002 год отмечен рядом знаменательных дат.

В этом году исполняется 70 лет Санкт-Петербургскому научно-исследовательскому институту скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе. Институт был основан в 1932 г., а уже в 1937 г. на его базе состоялась 1-я Всесоюзная конференция по вопросам организации и работы скорой медицинской помощи. Сотрудники института внесли существенный вклад в развитие отечественной службы скорой медицинской помощи, и особенно в совершенствование экстренной хирургической помощи при острых заболеваниях брюшной полости и при травмах. В последние годы под руководством профессора С. Ф. Багненко в институте разработана концепция экстренной медицинской помощи, позволяющая принципиально изменить систему приема больных и пострадавших.

В 2002 году исполняется 20 лет первой в нашей стране кафедре для последипломной подготовки врачей скорой медицинской помощи — кафедре скорой помощи Ленинградского ГИДУВа, ныне кафедре неотложной медицины Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. За 20 лет сотрудники кафедры провели ряд актуальных научных исследований, подготовили тысячи врачей скорой помощи и десятки преподавателей профильных кафедр, провели выездные циклы в различных регионах — от Мурманска до Бухары, от Воркуты до Сочи, от Сахалина до Таллина. На кафедре разработана система последипломной подготовки врачей скорой медицинской помощи (в том числе в интернатуре и клинической ординатуре), подготовлены многочисленные методические рекомендации, утвержденные МЗ РФ квалификационные тесты по специальности «Скорая помощь».

Также подготовленные на кафедре книги, как «Руководство для врачей скорой помощи», «Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации», «Неотложная гастроэнтерология», «Неотложная кардиология», стали настольными для специалистов по экстренной медицине.

В 2000 г. сотрудники кафедры неотложной медицины и НИИ скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе стали инициаторами создания первого в нашей стране научно-практического журнала «Скорая медицинская помощь».

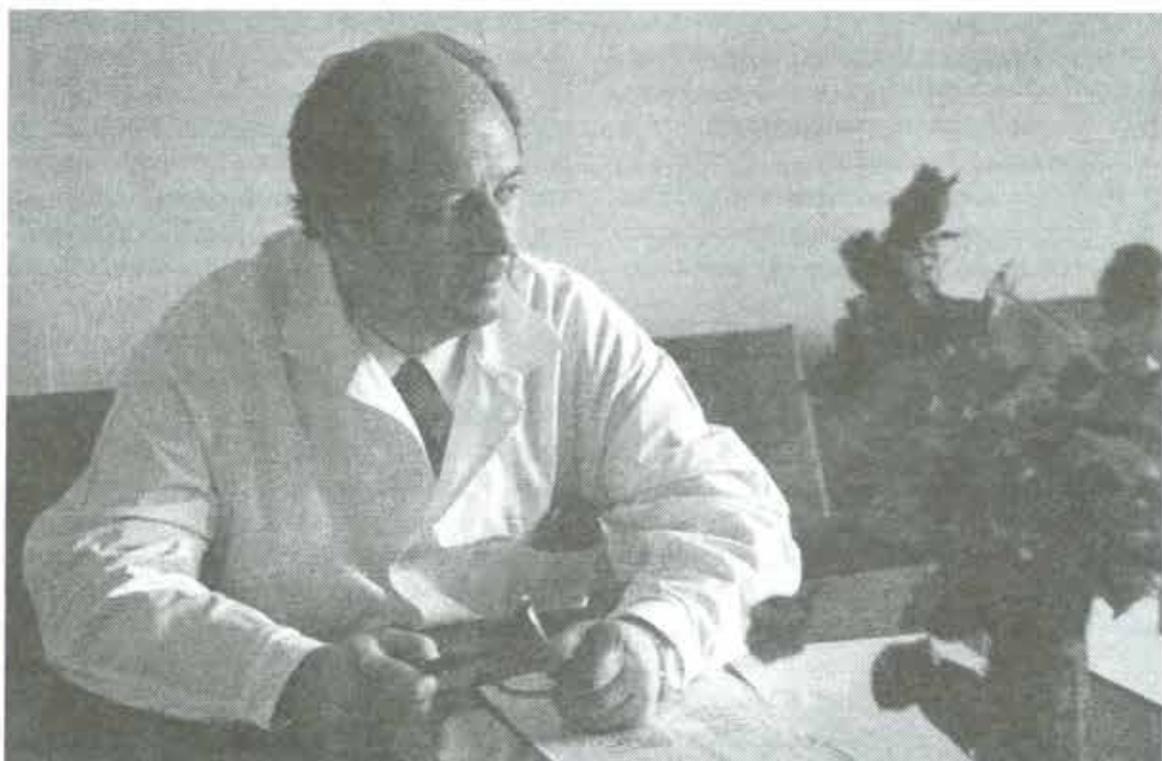
75-летие основателя кафедры неотложной медицины СПбМАПО заслуженного деятеля науки РФ профессора Владислава Адамовича Михайловича — еще одно знаменательное событие всероссийского значения, так как вклад юбиляра в развитие отечественной службы скорой помощи трудно переоценить.

Три знаменательных юбилея, проходящих в одно время и в одном городе, послужили основанием для того, чтобы 3-ю Всероссийскую научно-практическую конференцию «Скорая медицинская помощь-2002» и Пленум Межведомственного научного совета по проблемам скорой медицинской помощи МЗ РФ и РАМН провести в Санкт-Петербурге.

Публикации тезисов докладов, поступивших на эту конференцию, посвящен настоящий номер журнала.

Отчет о работе конференции и Решения 3-й Всероссийской научно-практической конференции «Скорая медицинская помощь-2002» и Пленума Межведомственного научного совета по проблемам скорой медицинской помощи МЗ РФ и РАМН будут опубликованы в следующем номере журнала «Скорая медицинская помощь».

## К 75-летию профессора Владислава Адамовича МИХАЙЛОВИЧА



В 2002 году кафедра неотложной медицины вместе с Санкт-Петербургской медицинской академией последиplomного образования торжественно отмечают 75-летие профессора Владислава Адамовича МИХАЙЛОВИЧА и 20-летие создания кафедры неотложной медицины.

Эти два события неотделимы друг от друга, ибо наша кафедра создана Владиславом Адамовичем, сила личности которого, энергия, высочайший профессионализм и поразительная трудоспособность смогли соединить воедино и воспитать коллектив единомышленников.

Рожденный во врачебной семье, истинный петербургский интеллигент Владислав Адамович Михайлович много испытал на своем веку. Однако ни трудности, ни лишения Великой Отечественной войны, во время которой он 16-летним парнишкой служил в военно-санитарном поезде, ни тяжкие годы ГУЛАГа, укравшие так много времени и сил, не смогли сломить, а только возвысили этого человека. Он успел сделать даже больше, чем многие его сверстники, которых миновали эти суровые испытания: в 1960 году за-

кончил 1-й Ленинградский медицинский институт; в 1964 году защитил кандидатскую, а в 1979 году — докторскую диссертацию. В 1982 году Владислав Адамович стал профессором и организовал первую в нашей стране кафедру скорой помощи, впоследствии переименованную в кафедру неотложной медицины.

В.А.Михайлович — автор более 200 научных работ и 5 изобретений. Он был инициатором создания, входил в авторский коллектив и был редактором первого в нашей стране «Руководства для врачей скорой медицинской помощи» (1986, 1989, 2001), которое до сих пор является лучшим руководством по этой специальности. Он соавтор и со-редактор монографий «Неотложная гастроэнтерология» (1988), «Болевой синдром» (1990), «Адренергическая анестезия» (1994). Под его редакцией выпущено 25 учебных пособий по анестезиологии-реаниматологии, скорой медицинской помощи, неотложной медицине. Под руководством В.А.Михайловича защищено 25 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и 8 — доктора медицинских наук.

Находясь на посту проректора по научной работе с 1983 по 1990 годы, он сумел сконцентрировать лучшие научные силы Академии на наиболее перспективных и важных для отечественного здравоохранения исследованиях, за что и был удостоен почетного звания «Заслуженный деятель науки России». Владислав Адамович награжден орденом Трудового Красного Знамени и 10 медалями.

Подчеркивая заслуги Владислава Адамовича перед Академией, в 1995 году ректор нашей Академии Н.А.Беляков учредил специально для него должность советника ректора.

Этого удивительного человека отличают поразительная душевность, неисчерпаемый оптимизм, широчайшая эрудиция, высочайший про-

фессионализм, постоянная готовность помочь ближнему, наконец, поражающее всех умение делиться врачебным и жизненным опытом.

Главное же заключается в том, что, несмотря на то, что много пережито и многое сделано, достаточно еще «пороха в пороховницах», а значит впереди новые свершения, новые добрые дела, на которые так щедр Владислав Адамович Михайлович.

Свой 75-летний юбилей заслуженный деятель науки, доктор медицинских наук, профессор Владислав Адамович Михайлович справляет полный сил, энергии, юмора и ощущения надобности людям.

Ваше здоровье, дорогой Владислав Адамович!

# ТЕЗИСЫ

## 3-й Всероссийской научно-практической конференции «Скорая помощь-2002»

### ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ ПО ПРОБЛЕМЕ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

М.М.Абакумов, Л.Н.Костюченко

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

Сочетанная травма является одной из актуальных медицинских и социальных проблем. Потери от сочетанной травмы по годам недожитой жизни или утрате трудоспособности в России в 2,7 раза превышает смертность от болезней системы кровообращения и новообразований вместе взятых. В этих обстоятельствах подготовка специалистов по оказанию экстренной помощи пострадавшим имеет важное общегосударственное значение. Требуется специалисты, подготовленные особым образом, имеющие знания по диагностике и тактике ведения пациентов хирургического, травматологического, нейрохирургического и реанимационного направлений.

Целью работы явилась разработка программы для врачей, оказывающих экстренную помощь пострадавшим с сочетанной травмой, на основе обобщения собственного и зарубежного опыта, а также с учетом специфики службы скорой помощи в условиях России (большая разница в качестве жизни между городом и деревней, огромные территории, наличие значительного количества минно-взрывных, огнестрельных сочетанных травм, получаемых в ходе локальных конфликтов и проч.).

В программу повышения квалификации, созданную в НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, введены как теоретическая подготовка по хирургии, травматологии, нейрохирургии, реанимации, анестезиологии, трансфузиологии, так и стажировка в профильных стационарах. Большое внимание уделено патогенезу сочетанных повреждений и ведущих синдромов (дыхательной недостаточности, недостаточности кровообращения и др.). Общая продолжительность курса составляет 300 часов.

Таким образом, имеющиеся силы и средства уже сейчас позволяют решить вопрос о подготовке врачебных кадров. Участие таких крупных центров, как Институт скорой помощи

им.Н.В.Склифосовского, следует использовать в последипломной подготовке врачей-специалистов по оказанию скорой медицинской помощи пострадавшим с сочетанными травмами.

### СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ БОЛИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В.П.Асеев

*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им.проф.И.И.Джанелидзе*

При хирургическом лечении желчнокаменной болезни, и в частности холецистита, у 15–20% больных возникают «постхолецистэктомический синдром», рецидивы боли, резидуальные явления, диспепсические нарушения, требующие настоящего консервативного лечения, а во многих случаях — повторных реконструктивных вмешательств.

У 152 больных в возрасте 22–89 лет с рецидивом боли после холецистэктомии проводились клинические, функциональные и морфологические исследования, основанные на пункционной и интраоперационной биопсии печени, в разные сроки и периоды заболевания.

Структурные изменения печени были выявлены у 85% больных с рецидивом боли после холецистэктомии. Наиболее существенными были изменения в строме: активация и пролиферация купферовских клеток (68% случаев), клеточная инфильтрация расширенных и фиброзированных портальных полей (46% случаев), фиброз портальных полей (84% случаев). Воспалительная реакция в строме сопровождалась высокой активностью цитохромоксидазы, тканевых фосфатаз.

Указанные признаки поражения печени объединены в следующие морфологические синдромы: перипортальный гепатит (5% случаев), портальный гепатит (8% случаев), цирроз печени (4% случаев).

Результаты исследований показали, что степень и тяжесть поражения печени зависят от длительности рецидивов боли после холецистэкто-

мии. По морфологическим признакам вовлечение печени в патологический процесс выявлено у 85% больных, в то время как изменение биохимических показателей обнаружено лишь у 36% пациентов.

Адекватная гепатотропная терапия в дооперационном периоде, рациональная тактика оперативного лечения, а также коррекция нарушенного функционально-морфологического состояния печени в послеоперационном периоде позволяют улучшить ближайший и отдаленный результаты лечения желчнокаменной болезни.

### НАРУШЕНИЕ ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.П.Асеев, Г.А.Макиенко

*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе*

Проблема диагностики, лечения и выбора оперативной тактики при остром панкреатите до сих пор далека от окончательного решения. Немаловажное значение в патогенезе заболеваний органов гепато-панкреато-дуоденальной зоны имеет нарушение венозного кровообращения.

Проведены хронические эксперименты на 36 собаках, у которых осуществлялись редукция воротного кровотока на 25% и 50% и последующее морфологическое изучение печени и поджелудочной железы. Также изучены функциональные и морфологические показатели у 42 больных с острым панкреатитом, основанные на данных пункционной биопсии печени, данных ультразвукового исследования диаметра воротной вены и ее ветвей, результатах интраоперационной биопсии печени и поджелудочной железы в комплексе с изучением электрофизиологических параметров биологически активных точек кожи и показателей гуморального иммунитета. Для диагностики доклинической стадии портальной гипертензии оценивали степень избыточного развития соединительной ткани с применением морфометрических методов.

Обнаружено, что при заболеваниях поджелудочной железы скорость кровотока в воротной вене наиболее значительно уменьшалась в начальных стадиях заболевания. При патогистологическом исследовании поджелудочной железы обнаружены дистрофия панкреоцитов со скоплением

секрета в протоках, расширение и полнокровие вен, фиброз с клеточной инфильтрацией и липоматозом стромы.

При морфологическом исследовании печени и поджелудочной железы воспалительные, дистрофические и деструктивные изменения этих органов по степени выраженности соответствовали степени тяжести патологического процесса.

Таким образом, улучшение результатов лечения острого панкреатита в определенной степени зависит от возможности коррекции портального кровотока, нарушение которого связано с тяжестью патологических изменений в печени.

### ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ТРИМЕТАЗИДИНОМ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

И.В.Афанасьева

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

Операционный стресс может приводить к возникновению сердечно-сосудистых осложнений, особенно у людей пожилого возраста. Он также влияет на тактику интраоперационного ведения. При операционном стрессе развиваются нарушения окислительно-восстановительных процессов на клеточном уровне, поэтому для предупреждения возникновения сердечно-сосудистых осложнений используют препараты, обладающие кардиопротекторным действием.

Изучена эффективность однократного приема триметазидина в дозе 60 мг за 2 часа до одномоментной аденомэктомии с глухим швом под перидуральной анестезией лидокаином у 62 больных с ишемической болезнью сердца и стенокардией II–III функционального класса. Больные основной группы (32 человека) получали один раз за 2 часа до операции триметазидин в дозе 60 мг; больные контрольной группы (30 человек) — традиционное лечение.

Установлено, что у больных, получавших триметазидин, среднее количество транзиторных ишемических эпизодов во время операции было в 2,5 раз меньше, а их суммарная продолжительность сократилась в 5,8 раз по сравнению с пациентами контрольной группы ( $p < 0,05$ ).

Во время хирургического вмешательства тиолдисульфидное соотношение в белковой фракции крови у больных, получавших триметазидин, до-

стоверно не изменялось, а в контрольной группе достоверно снижалось на 21%.

Таким образом, однократный прием триметазида в дозе 60 мг за 2 часа до хирургического вмешательства позволяет снизить риск развития периоперационных осложнений.

## ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНА КАК СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, В.В.Архипов  
*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им.проф.И.И.Джанелидзе*

На протяжении последнего десятилетия в России и за рубежом организация экстренной медицинской помощи приобретает все большую актуальность. Это обусловлено как непосредственным увеличением потребности в ней, так и глубокой технологической перестройкой, коснувшейся практически всех звеньев оказания скорой медицинской помощи. В настоящее время ежегодно за неотложной помощью обращаются до 20–25% жителей крупных городов, около 70% из них помощь оказывается на догоспитальном этапе, около  $\frac{2}{3}$  больных, находящихся в стационаре, госпитализируются в экстренном порядке. В этом секторе здравоохранения сосредоточено более 50% средств.

Вместе с тем представление об экстренной медицинской помощи как о едином специфическом организационно-технологическом комплексе еще не приобрело всеобщего признания. До настоящего времени в отечественной литературе под экстренной медицинской помощью прежде всего понимается оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. К сожалению, это представление закрепляется основными регулирующими нормативно-правовыми актами и системой финансово-экономических отношений.

Так, в «Основах законодательства РФ об охране здоровья населения», «Программе государственных гарантий населению РФ на медицинскую помощь», проекте Федерального закона «О скорой медицинской помощи», Приказе МЗ РФ № 100 от 26.03.1999 г. под термином «скорая медицинская помощь» понимается оказание экстренной помощи исключительно на догоспитальном этапе. Подобный подход не только противоречит концептуальным принципам организации скорой медицинской помощи, но и тормозит раз-

витие госпитального этапа, препятствует формированию эффективного взаимодействия различных структур и служб, участвующих в оказании экстренной медицинской помощи.

Так, в Санкт-Петербурге с 1998 г. начала реализовываться программа совершенствования экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Она обеспечила радиофикацию бригад скорой медицинской помощи, перевод подстанций на базу крупных стационаров, замену автотранспорта и оснащение бригад современным оборудованием.

Проведенные мероприятия позволили существенно улучшить результаты работы догоспитального звена. Вместе с тем за этот период общая, и прежде всего больничная летальность не уменьшилась, а существенно выросла: с 2,4% в 1998 г. до 3,2% в 2000 г. Так как структура заболеваемости за этот период практически не изменилась, главным фактором, определившим рост больничной летальности, стало увеличение доли экстренно госпитализированных пациентов на 19%.

Очевидно, что развитие экстренной медицины возможно лишь при едином подходе к этому виду медицинской помощи.

Основными чертами, принципиально отличающими экстренную медицинскую помощь от других видов помощи, являются:

1. **Безотлагательный характер оказания.** Специфика развития неотложных, в первую очередь, жизнеугрожающих состояний, заключается в скоротечности и неминуемом развитии осложнений вплоть до летального исхода в случае отсутствия адекватной медицинской помощи в ближайшие часы или даже минуты. В отличие от всех других видов медицинской помощи, оказание неотложной помощи ни на догоспитальном, ни на госпитальном этапе не может быть отсрочено или перенесено на более позднее время. Доминант фактора времени определяет главную специфику организации работы догоспитального и госпитального этапов оказания скорой медицинской помощи.

2. **Безотказный характер предоставления.** В Российской Федерации, как и в большинстве развитых стран, в оказании экстренной помощи не может быть отказано по иным причинам, кроме соответствующим образом оформленного добровольного отказа самого пациента. Отказ по иным причинам недопустим и может преследоваться в уголовном порядке.

3. **Диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени.** В большом количестве

случаев внезапность возникновения и скоротечность развития неотложных состояний вынуждают начинать оказание медицинской помощи без надежно верифицированного диагноза. Это обуславливает специфику оказания помощи на догоспитальном этапе, когда врач нередко ограничивается посиндромной диагностикой и терапией. На госпитальном этапе необходимость «возможной замены диагноза в ближайшие часы с момента поступления» требует привлечения к оказанию экстренной медицинской помощи большого числа специалистов и работы всех диагностических служб в круглосуточном режиме.

Эти главные отличительные черты экстренной медицины во многом определяют специфические принципы и требования, предъявляемые к ее организации.

**Определяющая роль фактора времени** сформулирована еще И.И. Джанелидзе. Правило «золотого часа» реализуется через целую систему организационных мероприятий (рациональным расположением подстанций скорой помощи, организацией работы по принципу «ожидания вызова», жестким контролем за всеми технологическими звеньями выполнения вызова, ограничением объема помощи на догоспитальном этапе, необходимостью работы всех основных и вспомогательных служб стационара в круглосуточном режиме.

**Непрерывность оказания помощи.** Этот принцип базируется на единстве субъекта и цели оказания экстренной помощи. Субъектом помощи является пациент, имеющий неотложное состояние, а целью — борьба с неотложным состоянием и профилактика возникновения осложнений. Очевидно, что организационно-функциональная специфика требует выделения этапов оказания экстренной помощи. Вместе с тем непрерывность оказания экстренной помощи придает решающее значение преемственности в работе догоспитального и госпитального этапов.

**Многoproфильность.** Необходимость привлечения большого числа различных, в том числе узких специалистов на госпитальном этапе оказания помощи может быть обусловлена как характером неотложного состояния, так и его диагностической неопределенностью. В первом случае речь идет о тяжелой сочетанной травме, требующей, как правило, привлечения хирургов, реаниматологов, травматологов, нейрохирургов, урологов и т. д. Примеров случаев диагностической неопределенности еще больше: комы неясной этиологии, «острый живот», холецисто-кардиальный синдром и т. д. Во всех этих случаях, помимо

непосредственного участия различных специалистов, возникает необходимость и в круглосуточном обеспечении возможности использования современных диагностических методик.

**Высокая ресурсоемкость** обусловлена непосредственной тяжестью состояния пациентов и спецификой организации оказания им экстренной помощи, включая привлечение специалистов, круглосуточный режим работы и т. д.

Все вышесказанное наглядно свидетельствует о том, что экстренная медицинская помощь в полной мере является специализированным видом медицинской помощи. Это представление влечет за собой целый ряд принципиальных организационных последствий. В первую очередь, необходимо адекватное нормативно-правовое регулирование. Очевидно, что любые нормативные акты в этой сфере — законы, приказы, инструкции — должны отражать и способствовать реализации специфических принципов экстренной медицины, таких как безотлагательность, безотказность, этапность, преемственность, многопрофильность.

Специфика экстренной медицины требует применения специальных методов ее организации. В первую очередь это касается системы управления, особых требований к структурам, оказывающим скорую помощь, нормативов их кадрового и технического обеспечения, особенностям взаимодействия.

Наконец, высокая ресурсоемкость и медико-социальная значимость этого сектора здравоохранения требуют создания адекватной системы финансового обеспечения, с одной стороны, стимулирующей эффективное использование ресурсов, а с другой — реализацию принципа «безотказность в предоставлении помощи — безотказность в оплате».

## ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

С.Ф. Вагненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Архипов  
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им. проф. И.И. Джанелидзе

Социально-экономический кризис 90-х годов в России неминуемо отразился на медико-демографической ситуации в стране. Одним из наиболее болезненных последствий стал рост смертности, превышающего аналогичные показатели развитых стран на 30–50%. Помимо изменений

в структуре заболеваемости и смертности, одним из ведущих факторов, определяющим формирование этой тенденции, стало увеличение доли пациентов, нуждающихся в экстренной помощи. Если в 70–80-е годы по оценкам Б.Д.Комарова (1974), Е.А.Логиновой (1976, 1989) и ряда других авторов для экстренной госпитализации следовало предусматривать 13–18% коечного фонда стационаров, то в 2000 г., например, в Санкт-Петербурге 64% пациентов соматических стационаров были госпитализированы по экстренным показаниям. Аналогичные данные получены по большинству крупных городов России.

Причин подобного положения несколько. Одной из основных является утрата профилактической направленности в работе первичного звена, считавшейся еще недавно главной парадигмой отечественного здравоохранения. Хронизация заболеваемости, снижение доступности лекарств, увеличение дорожного, производственного и криминального травматизма, рост алкоголизма и увеличение количества отравлений неминуемо привели к увеличению потребности в экстренной помощи. Очевидно что указанная тенденция носит долговременный характер.

Помимо увеличения потребности в экстренной медицинской помощи (ЭМП), изменилось и ее содержание. В широкую, повседневную клиническую практику вошли современные, высокоинформативные и дорогостоящие технологии: эндоскопия, ультразвуковые исследования, компьютерная томография, эндовидеохирургия и т.д. Неотложная медицина и по порядку оказания, и по содержанию становится все более специализированным видом помощи, технологически насыщенным и дорогостоящим.

Вместе с тем за последние годы в самой системе организации скорой медицинской помощи не произошло сколь-нибудь значимых изменений, адекватных указанным изменениям. Более того, в организации ЭМП накапливаются серьезные проблемы, тормозящие ее развитие. Главными из них являются:

**1. Неадекватное нормативно-правовое регулирование.** Большинство федеральных законодательных актов и ведомственных приказов («Основы законодательства РФ об охране здоровья населения», «Программа государственных гарантий обеспечения населения РФ медицинской помощью», Приказ МЗ РФ № 100 от 26.03.1999 г.) трактуют «скорую медицинскую помощь» исключительно как догоспитальный вид помощи. Тем самым практически игнорируется специфика ее

оказания на госпитальном этапе и снижается эффективность преемственности в оказании помощи. Кроме того, в вопросах определения статуса больниц скорой помощи Приказы МЗ РФ № 100 от 1999 г. и № 110 от 1998 г. вступают в прямое противоречие, практически исключая возможность создания таких учреждений.

**2. Статистическая неопределенность в сфере ЭМП.** Сложившиеся учетно-отчетные формы, характеризующие работу догоспитального звена и, особенно, стационаров, не содержат информации о доле госпитализированных по экстренным показаниям, летальности от острых и обострения хронических заболеваний, общей нетрудоспособности и инвалидности и т. д. Отсутствуют статистические инструменты для детальной оценки всех этапов оказания ЭМП даже при наиболее тяжелых и распространенных неотложных состояниях (остром инфаркте миокарда, инсультах, пневмониях, тяжелых повреждениях, отравлениях и т. п.)

**3. Неэффективная система управления экстренной помощью.** Сформировавшаяся система управления носит исключительно структурный характер и подразумевает раздельное управление догоспитальным и стационарным этапами оказания неотложной помощи. При этом специализированное управление стационарами, оказываемыми преимущественно ЭМП, вообще не подразумевается. Это же касается и ослабления научной и организационно-методической функции федерального органа управления в этой жизненно важной сфере. Следствием неэффективного управления становится нарастающее ослабление преемственности этапов оказания неотложной помощи.

**4. Неэффективная структура оказания экстренной помощи.** Отсутствие четких механизмов разделения «квартирной» и «скорой» помощи привело к тому, что около 60% объемов скорой помощи оцениваются как выполнение несвойственных функций. Проблемой госпитального звена остается участие в оказании ЭМП даже в крупных городах большого количества маломощных больниц с устаревшей материально-технической базой. Очевидно, что подобные учреждения не могут в полной мере реализовать принцип многопрофильности в оказании ЭМП, а также обеспечить достаточный современный технологический уровень ее оказания. Одной из главных причин сохранения подобной структуры госпитального этапа неотложной медицины является крайне низкая интенсивность исполь-

зования коечного фонда учреждений — в 1,5–2 раза ниже, чем в ведущих российских (Санкт-Петербург, Омск, Самара) и европейских центрах.

5. Отсутствие ясных представлений об ЭМП как о специализированном виде помощи, громоздкость сложившейся структуры ее оказания усугубляются неадекватным кадровым и технологическим обеспечением, в первую очередь, больниц, оказывающих скорую медицинскую помощь. В подавляющем большинстве случаев при формировании штатного расписания эти учреждения вынуждены ориентироваться на требования Приказа МЗ СССР № 600 от 06.06.1979 г. и ряда других подобных документов. Однако приведенные в них нормативы были разработаны в 70-е годы и сориентированы на 20% долю экстренных больных в составе госпитализируемых. Современные расчеты и многолетняя зарубежная практика свидетельствуют о том, что в учреждениях, оказывающих преимущественно ЭМП, трудозатраты персонала увеличиваются на 60–70%, а интенсивное использование коечного фонда (при обороте койки свыше 35–40 в год), требуют дополнительного увеличения штата персонала на 25–30%.

Таким образом, оптимальным для стационаров экстренной помощи следует считать соотношение персонала и количеству коек как 3,5–4 : 1.

Участие в оказании ЭМП большого количества стационаров различной мощности и, как следствие, технологической оснащенности, не позволяет вводить в качестве единого стандарта для всей территории современные требования к объемам и результатам оказания помощи. Кроме того, это ограничивает возможности органов управления в условиях острого дефицита ресурсов поддерживать адекватный технологический уровень во всех учреждениях, оказывающих ЭМП.

6. Важнейшей проблемой организации неотложной медицины являются **нерациональная тарифная политика и система оплаты медицинской помощи**. При этом речь идет не столько о недостаточных тарифах, сколько об их внутренней неэффективности. В соответствии с требованиями Программы государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь финансирование деятельности догоспитального звена скорой медицинской помощи осуществляется напрямую из муниципальных бюджетов (в Москве и Санкт-Петербурге — из городских).

Очевидно, что подобная «бесплатность» для амбулаторно-поликлинического звена является

невольным стимулом к переносу ответственности за работу с хроническими пациентами на плечи службы скорой помощи. В результате больше половины объемов помощи признаны как несвойственная нагрузка.

Проблемой оплаты работы стационарного звена в первую очередь является смешанное финансирование, когда в структуру тарифов включается лишь ограниченное количество статей бюджетной классификации (чаще только расходы на медикаменты и питание), и то лишь частично. По сути, в большинстве случаев учреждения остались в системе сметного финансирования с элементами медицинского страхования. Очевидно, что это лишает стационары реальных экономических стимулов к эффективному использованию имеющихся ресурсов. Если же учесть, что система финансирования в большинстве регионов ориентирована на оплату по койко-дням (в том числе через так называемые клинико-статистические группы, фиксирующие не столько реальные объемы и результаты помощи, сколько «необходимую» длительность лечения), становится объяснимым факт отсутствия значимой динамики показателя средней длительности лечения в Российской Федерации на протяжении последних 10 лет.

Современный опыт здравоохранения развитых стран наглядно свидетельствует, что тарифная политика и система оплаты являются главными факторами в интенсификации работы стационаров, рациональной реструктуризации коечного фонда и достижении наилучших клинических результатов. Главными принципами тарифной политики должны быть полноценное включение максимального количества статей расходов и обеспечение оплаты по диагнозу с учетом тяжести состояния, объема помощи и исхода лечения (т. е. по принципам системы DRG — диагностически родственных групп).

Приведенный анализ состояния ЭМП свидетельствует о том, что сложившаяся система ее организации уже не соответствует нарастающей актуальности этого вида помощи. Выходом из создавшегося положения может быть разработка и принятие федеральной концепции реформирования организации экстренной помощи, предусматривающая комплекс мероприятий, направленных на совершенствование нормативной базы, развитие всех этапов скорой медицинской помощи с обеспечением преемственности в их работе, повышение эффективности использования ресурсов.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМ.А.С.ПУЧКОВА МОСКВЫ

В.Л.Бараташвили, И.С.Элькис, А.Л.Верткин,  
Л.С.Намазова, Е.В.Кривцова

*Станция скорой и неотложной помощи,  
Московский государственный  
медико-стоматологический университет*

По данным Станции скорой и неотложной помощи (ССиНМП) Москвы, бронхиальная астма (БА) в 1999 г. явилась поводом для вызовов к 57 626 взрослым пациентам и 2306 детям, в 2000 г. — к 51 176 взрослым пациентам и 2166 детям, в 2001 г. — к 42 234 взрослым пациентам и 1993 детям. Высокая обращаемость диктует необходимость правильного выбора лекарственных средств. В последние годы получило развитие введение больным с БА высоких доз селективных  $\alpha_2$ -агонистов короткого действия и холинолитиков в аэрозольной форме непосредственно в бронхи с помощью небулайзеров.

Внедрение небулайзерной терапии (НБТ) при оказании неотложной помощи больным с БА на ССиНМП Москвы проводилось поэтапно с марта 2000 г. В настоящее время 24 подстанции оснащены 74 ингаляторами различного типа: «Пари» (Германия), «Омрон» (Япония), «Бореал» (Италия), «Вояж» (Италия), «Этон» (Россия), «ИНГ-порт» (Россия). Помимо ингаляторов, на подстанциях имеются пикфлоуметры «Клемент Кларк» (Великобритания) для определения пиковой скорости выдоха (ПСВ) как объективного критерия эффективности лечения.

Для лечения применялись препараты беродуал — комбинация ипратропиума бромидом с фенотеролом («Берингер Ингельхайм», Германия), вентолин («Глаксо Вэлком», Германия), сальгим («Пульмомед», Россия).

Проанализированы результаты оказания неотложной медицинской помощи 5206 больным, обратившимся на ССиНМП Москвы за период с 1 марта 2000 г. по 1 марта 2001 г. Обострение БА легкой степени было выявлено у 2716 (52,2%) больных, средней степени тяжести — у 1887 (36,2%) пациентов, тяжелой степени — у 594 (11,4%) человек; у 9 (0,2%) больных диагностирован астматический статус. Чаще всего обострение БА протекало на фоне хронического бронхита — в 4018 (77,2%) случаях, артериальной гипертензии — в 2271 (46,6%) случае, ишемической болез-

ни сердца — в 1476 (28,3%) случаях, сахарного диабета — в 201 (3,8%) случае. При этом 691 (13,3%) больной не получал систематического лечения.

Для оценки эффективности НБТ при оказании неотложной помощи больные были распределены на 2 группы: 1-я группа — 2497 (53,7%) человек, у которых применяли НБТ; 2-я группа — 2409 (46,3%) пациентов, в лечении которых использовали традиционные методы.

Больным 1-й группы проводили ингаляции бронхолитиков (беродуал, вентолин) в течение 10–20 минут, пока раствор полностью не распылялся. Через 20 минут оценивалось клиническое состояние больного, и в случае неудовлетворительного результата проводилась повторная ингаляция. Максимальная доза составляла у взрослых: беродуал — 4 мл, вентолин — 5 мг; у детей: беродуал — 2 мл, вентолин — 5 мг. Показанием к назначению глюкокортикостероидов являлась средняя и выше степень обострения БА, а также случаи обострения БА легкой степени, если ингаляция бронхолитиков оказалась неэффективной.

Лечение больных 2-й группы включало в себя внутривенное введение 10 мл 2,4% раствора эуфиллина, в ряде случаев — 60–90 мг преднизолона или 125 мг гидрокортизона. Нередко использовали коргликон, димедрол, супрастин, тавегил, но-шпу, реланиум, лазикс.

Оценка результатов лечения с учетом клинических данных и показателей ПСВ проводилась на основании записей персонала ССиНМП в карте вызова и в специально разработанной клинической карте, по результатам ретроспективного анкетирования больных по телефону в течение 48 часов после вызова. Эффективной считалась терапия при нормализации речи, уменьшении возбуждения, числа сердечных сокращений, одышки, количества сухих хрипов в легких, снижении артериального давления и увеличении ПСВ более чем на 15%.

Показаниями к госпитализации служили неэффективность терапии, тяжелая степень обострения БА, угроза остановки дыхания, длительное использование или недавно прекращенный прием глюкокортикостероидов. В стационар направлялись также больные, которых несколько раз госпитализировали в отделение интенсивной терапии в течение последнего года, и пациенты, не получающие систематического лечения.

Проведенное исследование показало, что применение НБТ при оказании неотложной помощи больным с БА позволяет использовать неинвазивную методику введения лекарственных препаратов, обеспечивает быстрое наступление терапев-

тического эффекта и безопасность лечения, в том числе у больных пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией. Применение НБТ позволяет уменьшить количество повторных вызовов и госпитализаций больных, что обеспечивает фармакоэкономический эффект.

Проведение НБТ у больных с обострением БА на догоспитальном этапе, в отличие от применения традиционной терапии, более эффективно, комфортно, экономично и способствует уменьшению частоты повторных вызовов и госпитализаций. Тенденцию к снижению количества вызовов на ССиНМП Москвы по поводу обострения БА в 2000 и 2001 гг. по сравнению с 1999 г. в определенной степени можно связать с внедрением НБТ.

#### УСЛОВИЯ СОХРАНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У СОТРУДНИКОВ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЖБ

В.И.Баркляя, В.Ю.Пиковский  
*НПЦ экстренной медицинской помощи,  
 Московский государственный  
 медико-стоматологический университет*

Эффективность реанимационных мероприятий при клинической смерти зависит от точности выполнения всех составляющих комплекса первичной сердечно-легочной реанимации (СЛР). Приобретение навыков СЛР возможно лишь при использовании специальных компьютеризированных манекенов. В наших предыдущих публикациях указывалось, что, несмотря на качественное освоение методики в процессе первичного обучения, со временем точность выполнения СЛР утрачивается. Мы считаем, что периодическое поддержание полученных умений с помощью тренажеров обязательно.

Целью настоящего исследования явилась попытка определения минимально необходимой периодичности повторного обучения СЛР.

Проанализирована степень сохранения практических навыков реанимации у слушателей через 1, 2, 3 и 6 месяцев после первичного курса обучения. Оценка правильности выполнения СЛР проводилась на компьютеризированном манекене «Ambu Men» фирмы «AMBU» (Дания), причем результаты всех проверок не были доступны самим экзаменуемым.

Появление существенных недостатков при выполнении СЛР наблюдалось уже через 3 меся-

ца после первичного обучения, отдельные неточности в работе появлялись уже по истечении 2 месяцев.

Таким образом, для качественного поддержания навыков СЛР необходимо проведение повторных тренингов не реже 1 раза в 2 месяца.

#### ПОДГОТОВКА КАДРОВ И ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю.Н.Белокуров, М.И.Груздев  
*Ярославская государственная медицинская академия*

При оказании скорой медицинской помощи могут понадобиться знания по различным медицинским специальностям (терапии, хирургии, гинекологии и т. д.). Неотложные состояния обычно развиваются остро и при отсутствии своевременной помощи могут закончиться летальным исходом.

Диагностические возможности на этапе оказания скорой помощи ограничены, отсутствует и возможность наблюдения в динамике. Нередко приходится прибегать к синдромной диагностике, которая, как правило, доступна среднему медицинскому персоналу. Объем помощи в подавляющем большинстве случаев носит характер доврачебной или первой врачебной помощи, за исключением оказания специализированной помощи при остановке сердца, травмах. В этих случаях целесообразно использование врачебных специализированных бригад скорой помощи (кардиологической, травматологической, психиатрической).

Таким образом, в большинстве случаев оказание скорой медицинской помощи может осуществляться подготовленным средним медицинским персоналом (фельдшерами), прошедшим обучение на станции скорой помощи и в приемных отделениях стационаров.

#### ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ В ВУЗЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ»

Ю.Г.Боженков, И.Н.Стороженко  
*Российская медицинская академия последипломного образования, Москва*

В медицинских вузах практически отсутствуют додипломная подготовка по специальности «Скорая помощь», если не считать интернатуру.

Вопросы оказания скорой медицинской помощи рассматриваются на кафедрах терапии, хирургии, анестезиологии и т. д. На этих кафедрах углубленно прорабатывают диагностику и лечение различных заболеваний, однако не рассматривают специфику оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе, а также синдромную диагностику и терапию. Поэтому после окончания вуза врачи слабо ориентируются в специфике оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Для улучшения знаний и практических навыков по оказанию скорой медицинской помощи необходимо проведение 2-месячного цикла подготовки по этим вопросам на 5-м курсе лечебного и педиатрического факультетов. Занятия должны проводить преподаватели кафедр скорой медицинской помощи. В течение двухнедельного теоретического цикла студенты получают основные знания по организации скорой помощи, оборудованию и медицинскому обеспечению бригад, а также по важнейшим неотложным синдромам.

После теоретического цикла необходимо проводить практическое обучение, для чего каждого студента прикрепляют на суточные дежурства вначале к врачам линейных, а затем и специализированных бригад. После каждого дежурства студенты должны отчитаться перед преподавателями кафедры скорой помощи о проделанной работе.

Таким образом, специальная подготовка студентов по оказанию скорой медицинской помощи в виде теоретических циклов и работы в выездных бригадах под патронажем сотрудников кафедр скорой помощи позволит улучшить подготовку врачей по вопросам оказания экстренной медицинской помощи.

### ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В КРУПНЫХ ГОРОДАХ

Ю.Г.Боженков, С.В.Трифонов, Г.В.Мишин

*Российская медицинская академия последипломного образования, Москва*

В нашей стране оказание скорой и неотложной медицинской помощи осуществляется на догоспитальном и госпитальном этапах. На догоспитальном этапе проблемы оказания экстренной медицинской помощи являются прерогативой станций скорой помощи, на госпитальном — больниц скорой медицинской помощи. Наиболее дорогостоящим остается стационарный этап лечения.

Более 60% пациентов после оказания им экстренной специализированной медицинской помощи нуждаются в долечивании, которое в крупных городах можно проводить в стационарах, работающих в плановом порядке. Это практикуется в ряде городов России.

Следует четко регламентировать указанные этапы оказания медицинской помощи. Важно разработать критерии перевода пациентов в стационары для долечивания.

Введение этапа долечивания в больницах крупных городов, работающих в плановом режиме, позволит экономить бюджетные средства, направляемые на оказание неотложной помощи.

### РОЛЬ И МЕСТО СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

А.А.Бойков, В.А.Филинов, А.З.Ханин

*Городская станция скорой медицинской помощи,  
Санкт-Петербург*

Увеличение количества природных и техногенных аварий и катастроф в конце 80-х — начале 90-х гг. XX в. (авария на Чернобыльской АЭС, землетрясение в Армении и др.) поставили вопрос о создании в стране Службы чрезвычайных ситуаций и Всероссийской службы медицины катастроф как ее обязательной составляющей.

Резкое увеличение количества травм, связанных в первую очередь с дорожно-транспортными происшествиями, взрывами, огнестрельными и ножевыми ранениями, пожарами и отравлениями, а также возможность возникновения чрезвычайных ситуаций привели к необходимости создания территориальных и региональных центров медицины катастроф. В большинстве субъектов Российской Федерации территориальные центры медицины катастроф создавались на базах областных больниц или как самостоятельные юридические лица.

В Санкт-Петербурге в конце 80-х годов управленческие функции медицины катастроф были возложены на медицинскую службу ГО Комитета по здравоохранению, однако она не смогла справиться с этой задачей. Поэтому в 1992 г. было принято решение о создании Территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) на базе Городской станции скорой медицинской помощи (ГССМП).

Во-первых, учитывали, что ГССМП Санкт-Петербурга располагает многолетним опытом оказания помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, авариях на производстве, при пожарах, в том числе с большим числом пострадавших. Учитывая результаты специальных учений и исследований, а также опыт специалистов скорой помощи, которые привлекались к работам в других регионах (Чернобыль, Армения, Уфимская катастрофа и т. п.), определили основные задачи Службы медицины катастроф в Санкт-Петербурге.

Во-вторых, в Санкт-Петербурге границы субъекта РФ почти полностью совпадают с зоной обслуживания ГССМП.

В-третьих, служба скорой медицинской помощи представляет собой наиболее мобильную структурную часть городского здравоохранения, функционирует круглосуточно и имеет оперативную радио- и телефонную связь. Размещение ГУЗ ГССМП и ТЦМК в одном здании с Комитетом по здравоохранению облегчает взаимодействие с Комиссией по чрезвычайным ситуациям, управлениями и отделами Комитета.

В Санкт-Петербурге информация о медицинских последствиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) поступает к старшему дежурному врачу оперативного отдела ГССМП, после чего к месту ЧС направляется минимально необходимое количество бригад СМП, информация передается главному врачу ГССМП, формируется штаб ликвидации медицинских последствий ЧС, а при необходимости к очагу направляется оперативная группа, возглавляемая заместителем главного врача ГССМП по медицине катастроф.

Руководитель оперативной группы ликвидации последствий ЧС координирует свои действия со специальными службами и штабом ликвидации медицинских последствий ЧС. Для работы на границе очага ЧС и эвакуации пострадавших в стационары города в течение 1-го часа может быть выделено до 100 выездных бригад ГССМП.

Такая система позволяет с наименьшими потерями времени передавать информацию и реагировать на ЧС при минимальных финансовых затратах на содержание ТЦМК.

Мы считаем, что в условиях крупного города территориальный центр медицины катастроф может эффективно функционировать на базе станции скорой медицинской помощи.

Экстренная медицинская помощь населению при чрезвычайных ситуациях должна быть организована в соответствии с местными условиями.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ ОПИАТАМИ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.М.Брюханов, М.Л.Лебедев, Е.А.Попова,  
С.В.Гребенников, О.П.Козычева, А.И.Филяков,  
А.Ю.Шумбасов

*Красноярская городская больница скорой  
медицинской помощи, Красноярская  
государственная медицинская академия*

В последнее десятилетие отмечается существенный рост потребления наркотических веществ. Подавляющая доля потребляемых в Красноярске наркотиков — вещества кустарного производства, представляющие собой производные опиатов различной степени очистки и концентрации. Угнетающее действие опиатов на дыхательный центр определяет развитие такого осложнения, как остановка дыхания, и требует оказания неотложной медицинской помощи.

Неотложные лечебные мероприятия при отравлении опиатами проводят в палате реанимации и интенсивной терапии токсикологического центра Красноярской городской больницы скорой медицинской помощи. За последние десять лет в центр поступили 1416 больных, причем количество случаев отравления опиатами увеличилось в 55 раз.

Подавляющее число пациентов с отравлением опиатами составляют мужчины, чаще в возрасте 20–29 лет.

ИВЛ применяют в зависимости от степени выраженности дыхательных расстройств, а также от возможности использования антагонистов опиатов. Из-за отсутствия в клинике антагонистов опиатов до 2000 г. 90% больных проводили ИВЛ. С 2000 г., когда началось использование антидота опиатов — налоксона — число больных, у которым проводили ИВЛ, сократилось до 40%.

Среднее пребывание больных в стационаре колеблется в пределах от 1,35 до 1,96 койко-дней. С выздоровлением выписаны 91,1%, с улучшением — 7,0% пациентов. Летальность при отравлениях опиатами составила 1,9%.

## СОВРЕМЕННАЯ РОЛЬ ОТДЕЛЕНИЙ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНИЦ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.И.Вишняков, Ю.В.Павлов, В.А.Федотов  
*Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет,  
Александровская больница, Санкт-Петербург*

Анализ стационарной помощи свидетельствует о значительном увеличении числа пациентов,

госпитализируемых в экстренном порядке. За 1991–2001 гг. доля urgentных больных в крупных городах увеличилась с 20% до 60% в целом, а в многопрофильных стационарах достигла 80–90% от всех случаев госпитализации. Изменение характера госпитализации повлекло за собой увеличение доли пролеченных «тяжелых» больных с острым инфарктом миокарда, инсультом, острыми заболеваниями органов брюшной полости, шокогенными травмами.

Дополнительным фактором, влияющим на организацию госпитальной помощи, явилась интенсификация использования коечного фонда с увеличением абсолютного числа госпитализированных. Так, в Санкт-Петербурге на протяжении 2001 г. ежедневно в крупные многопрофильные стационары госпитализируются по 150–200 пациентов. При этом, как и в предыдущие годы, отмечается резкое увеличение поступления больных по понедельникам и вторникам (до 25–30%), а также с 15 до 23 часов, когда за час в стационар поступают до 15–20 пациентов.

Аналогичные тенденции отмечаются и в большинстве зарубежных стран. Так, по материалам 1-й Международной конференции «Медицинская помощь в странах Балтийского региона» (Стокгольм, 28–30 ноября 2001 г.), за последние 5 лет обращаемость за экстренной медицинской помощью увеличилась на 40%, а доля госпитализированных в экстренном порядке составила около 70%.

В этих условиях особую роль приобретает организация приема пациентов в стационаре. В большинстве крупных европейских госпиталей он осуществляется в отделениях экстренной помощи. Главными задачами последних являются сортировка, организация обследования поступающих пациентов, оказание необходимой неотложной помощи. Лишь около 30% пациентов, обратившихся в отделение экстренной помощи, госпитализируются в стационар для углубленного обследования и лечения. Большинство пациентов после получения помощи направляются на амбулаторное лечение или госпитализируются в отделения кратковременного пребывания (до 3 суток), являющиеся структурными подразделениями отделения экстренной помощи.

В нашей стране вопросы организации приема экстренных пациентов в стационарах изучены недостаточно. Общие рекомендации по организации работы приемных отделений, перечни технологического обеспечения и алгоритмы их использования, рекомендации по оптимальному кадровому обеспечению до настоящего времени отсутствуют.

В этой связи особую роль приобретает концептуальное представление о роли отделений экстренной помощи в организации работы больниц скорой медицинской помощи (БСМП). Очевидно, что в организации деятельности таких отделений должны быть учтены значение фактора времени и возможность изменения диагноза в первые часы поступления больного. Эти обстоятельства определяют такие требования, предъявляемые к организации приема экстренных больных, как:

- наличие в составе дежурной бригады специалистов всех основных профилей (хирургов, травматологов, нейрохирургов, гинекологов, урологов, терапевтов, невропатологов);

- круглосуточный режим работы всех основных диагностических служб, включая клинико-биохимическую лабораторию, функциональную и лучевую диагностику (в том числе компьютерную томографию), эндоскопию (эндоскопическую хирургию).

Другая группа особенностей организации работы отделения экстренной помощи связана со спецификой задач, стоящих перед этим подразделением. Главными среди них следует считать организацию обследования доставленных пациентов, определение тактики лечения и направление пациентов по назначению, проведение экстренных лечебных манипуляций. Существенное влияние на решение данных задач оказывает увеличение потока поступающих пациентов в целом и доли экстренно госпитализируемых в частности.

Организация работы отделения экстренной помощи призвана обеспечить сокращение сроков пребывания в нем пациентов при расширении объемов лечебно-диагностической помощи. Для этого в отделении экстренной помощи должны использоваться новые подходы к сортировке пациентов. Основные критерии сортировки перечислены ниже.

#### По тяжести состояния:

- пациенты с нарушением витальных функций и комами неясной этиологии (около 5–7%), которых госпитализируют непосредственно в реанимационные отделения (блоки критических состояний);

- пациенты в состоянии средней тяжести (до 20%), у которых диагностические мероприятия должны сопровождаться началом проведения синдромальной терапии;

- пациенты в удовлетворительном состоянии, не нуждающиеся в оказании лечебного пособия в первый час с момента поступления.

По возможности самостоятельного передвижения, что позволяет применить разные подходы в технологии обследования.

По поведенческим реакциям, что предполагает выделение группы пациентов, чье поведение представляет опасность для них самих и окружающих.

Эффективная организация сортировки требует специальной подготовки персонала по широкому кругу вопросов неотложной медицины и, в конечном счете, неминуемо поставит вопрос о введении в стационарах скорой медицинской помощи должности врача-специалиста по неотложной медицине. Кроме того, реализация новых подходов к сортировке пациентов требует выделения на территории отделения экстренной помощи соответствующих технологических зон:

- блока критических состояний, включая противошоковую палату;
- зоны для пациентов в состоянии средней тяжести;
- зоны для пациентов в удовлетворительном состоянии;
- изоляторов (инфекционного и психосоматического).

Другим важным принципом организации работы отделения экстренной помощи является территориальное объединение таких экстренных лечебно-диагностических подразделений, как рентгенологический кабинет, лаборатория, кабинеты УЗИ, эндоскопии, гинекологическая смотровая, перевязочная, гипсовая, процедурная и др. Территориальное расположение смотровых и диагностических кабинетов должно обеспечивать оптимизацию движения пациентов, которое должно носить направленный, преимущественно односторонний характер и быть максимально понятным для пациентов.

Важной и до сих пор не решенной проблемой остается несоответствие количества дежурных бригад характеру почасовой нагрузки. В значительной степени почасовая нагрузка изменяется закономерно, имея пики в период с 18 до 24 часов. Именно в этот период возникают основные задержки пациентов в приемном отделении. Представляется целесообразным разделить дежурства среднего и младшего персонала на две смены с перекрытием указанных часов пиковой нагрузки (19–22). К сожалению, по экономическим соображениям данный график дежурств пока малопримем.

Создание отделений экстренной помощи требует решения широкого круга нормативно-методических, организационных и экономических

проблем. Вместе с тем отделения экстренной помощи являются ключевыми структурными единицами БСМП в обеспечении качества всего лечебно-диагностического процесса.

## ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА

З.Ш.Голевцова, Н.А.Кондратьева

*Омская государственная медицинская академия,  
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, Омск*

Среди осложнений сахарного диабета (СД) первое место по частоте занимают ангиопатии. Отмечена взаимосвязь между нарушениями в свертывающей системе крови и тяжестью диабетических ангиопатий.

Изучали роль нарушений гемостаза в развитии ангиопатий при инсулинозависимом СД в зависимости от степени его компенсации.

Обследованы 30 пациентов в возрасте от 16 до 40 лет (средний возраст  $22,3 \pm 9,3$  года), страдающих СД I типа, с давностью заболевания до 13 лет. Все больные находились на стационарном лечении по поводу дестабилизации течения диабета. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили больные с высокой гипергликемией, но без признаков кетоацидоза; во 2-ю вошли люди с различной степенью диабетической кетонурии.

На лазерном агрегометре «Biola LTD 231 LA» по методу, предложенному З.А.Габбасовым и соавт. (1989), определяли спонтанную (САТ) и индуцированную (ИАТ) агрегацию тромбоцитов с использованием в качестве стимуляторов 5 мкмоль аденозиндифосфата и 0,4 мг коллагена. Исследовали содержание фибриногена в плазме крови, протромбиновый индекс, активированное время рекальцификации плазмы крови, время свертывания и кровотечения (по Дьюку). Параметры тромбоцитарной агрегации сравнивали с показателями в контрольной группе, состоящей из 15 практически здоровых людей. Оценивали наличие и выраженность ангиопатий с помощью ретиноскопии.

У больных с СД 1-й и 2-й групп выявлены повышение показателей сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза и склонность к гиперкоагуляции, особенно у пациентов с кетоацидозом. Уменьшение времени кровотечения и рост тромбоцитарной агрегации указывали на патологию первичного, тромбоцитарно-сосудистого звена

гемостаза, отклонения в коагуляционном звене коррелировали с увеличением САТ и ИАТ. Гемостазиологические изменения определялись тяжестью декомпенсации СД и не зависели от длительности заболевания. Выявлена прямая положительная достоверная корреляционная связь ( $r = 0,87$ ) между выраженностью ангиопатий и степенью гемостазиологических нарушений.

Таким образом, характерная для инсулинозависимого сахарного диабета активация свертывающей системы крови более выражена у больных с кетоацидозом. Лабильное течение диабета и частые декомпенсации, по-видимому, способствуют более раннему и интенсивному развитию пораженных сосудов. Своевременная коррекция гиперкоагуляции наряду с адекватной инсулинотерапией могут замедлить прогрессирование диабетических ангиопатий и отсрочить развитие инвалидизирующих осложнений.

### О КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БРИГАДАХ В СИСТЕМЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ

А.П.Голиков

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

50-летний опыт работы в лечебных учреждениях Ленинграда и Москвы свидетельствует о настоятельной необходимости наличия на станциях скорой медицинской помощи специализированных кардиологических бригад. Опыт работы НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского свидетельствует о том, что одной из форм подготовки врачей-кардиологов для работы в кардиологических бригадах скорой помощи является клиническая ординатура.

После окончания вуза выпускник зачисляется в клиническую ординатуру по кардиологии, где проходит двухгодичное обучение в кардиологическом центре. С первых дней учебы молодой специалист знакомится с программой подготовки, которая включает в себя курирование больных, участие в клинических разборах, сдачу зачетов, изучение экспресс-методов диагностики, посещение научных конференций.

За двухлетний период обучения удается подготовить достаточно квалифицированного врача-кардиолога для самостоятельной работы в составе кардиологической бригады СМП. Такой врач может участвовать в научных исследованиях по про-

блемам неотложной кардиологии под руководством специалистов кардиологического центра НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского.

### ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ОПИАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И В УСЛОВИЯХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

С.В.Гребенников, М.Л.Лебедев, Е.А.Попова,  
О.П.Козычева, А.И.Филяков, Т.Г.Шиврина

*Красноярская городская больница скорой  
медицинской помощи,  
Красноярская государственная  
медицинская академия*

В последнее время отмечается увеличение частоты употребления производных опиатов. Употребление опиатов приводит к возникновению осложнений, протекающих с нарушением витальных функций и высокой летальностью. При острых парентеральных отравлениях опиатами наиболее часто приходится сталкиваться с развитием острой дыхательной недостаточности.

При оказании экстренной помощи у 46 пациентов с острой дыхательной недостаточностью был применен налоксон. В 56% случаев дальнейшая помощь этим больным ограничилась наблюдением в течение 2 ч. У 11% пациентов при введении налоксона развилось выраженное психомоторное возбуждение с судорожным синдромом, что потребовало проведения симптоматической терапии и ИВЛ. Данное осложнение, вероятно, связано с гипоксическим отеком мозга, диагностика и лечение которого на догоспитальном этапе в силу объективных причин затруднительны.

Продолжительность проведения ИВЛ составляла от 2 до 8,5 ч, что в сочетании с медикаментозной терапией позволяло скорректировать имевшиеся у этих пациентов декомпенсированный смешанный ацидоз, гиперкапнию, гиперлактатемию.

### ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Н.Грязнов

*Территориальный центр медицины катастроф,  
Городская станция скорой медицинской помощи,  
г. Иваново*

Оперативность деятельности станции скорой медицинской помощи (ССМП) и связанные с этим

своевременность и качество оказания экстренной медицинской помощи во многом зависят от организации работы диспетчерской службы ССМП.

Существующая в настоящее время в большинстве городов Российской Федерации традиционная технология организации работы оперативно-диспетчерской службы ССМП имеет целый ряд недостатков:

- отсутствие единого подхода при определении показаний к выезду бригады скорой медицинской помощи;

- зависимость принимаемого решения при приеме и передаче вызовов от опыта работы, квалификации, ответственности, личных качеств конкретного сотрудника диспетчерской службы;

- повышенная необходимость удержания в памяти большого количества профессионально значимой информации (особенно у диспетчера направления бригад);

- невозможность определения степени административной и юридической ответственности сотрудника при возникновении конфликтов и жалоб;

- отсутствие объективного единого подхода к обработке статистической информации;

- ограниченный административный контроль правильности решения, принятого фельдшером, старшим врачом, в определении показаний к направлению бригады СМП, в выборе ее профиля и очередности передачи поступающих вызовов, обоснованности отказа, культуры обслуживания населения;

- ведение большого объема документации (графиков, справок и т. д.) по оперативной обстановке;

- отсутствие у старшего врача смены оперативной и справочной статистической информации о результатах работы бригад;

- увеличение штата диспетчеров для постоянной круглосуточной обработки дополнительной документации.

Применение записи вызовов на магнитную ленту не разрешило этих проблем.

Это свидетельствует об актуальности реорганизации работы оперативно-диспетчерской службы ССМП и необходимости унификации ее деятельности.

В г. Иванове с населением около 500 000 жителей со средней нагрузкой 170 000 выездов бригад СМП в год с февраля 2000 г. на базе программного комплекса автоматизированной диспетчерской службы (ПК «АДИС»), разработанного фирмой «Новые Системные Технологии» («НСТ»), дейст-

вует автоматизированная система управления бригадами (АСУ).

С введением данной системы стал применяться стандартизированный подход как для диагностики urgentных состояний при приеме вызова, так и при передаче вызова бригадам СМП. Алгоритм приема вызова по «03» представляет собой стандартный набор минимально достаточных вопросов, направленных на выявление главных признаков неотложного состояния.

Выбор профиля бригады и приоритетности ее направления осуществляется согласно разработанной классификации показаний к выезду бригады СМП.

В результате применения АСУ время задержки передачи вызова сократилось в 5 раз; время ожидания прибытия бригады СМП к больному сократилось в 2 раза; повысилась профильность вызова специализированных бригад: реанимационной бригады — с 32,8% до 66,3%; токсикологической — с 51,9% до 74%; педиатрической — с 12% до 80%; кардиологической — с 60% до 65%.

Таким образом, наш опыт позволяет высказать мнение о том, что в совершенствовании оперативно-диспетчерской службы ССМП большое значение имеет унификация ее деятельности. Одним из необходимых условий для этого является введение ПК «АДИС» с формализованным приемом и передачей вызовов.

Мы считаем, что ПК «АДИС» может быть рекомендован для совершенствования работы оперативно-диспетчерской службы СМП.

## ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ

Э.Г.Грязнухин

*Российский НИИ травматологии и ортопедии  
им.Р.Р.Вредена, Санкт-Петербург*

Лечение пострадавших с политравмами составляет одну из актуальных проблем современной медицины. Для решения этой сложной проблемы необходимы усилия многих специалистов.

Основные усилия травматологов и ортопедов должны быть направлены на улучшение результатов лечения множественных переломов костей опорно-двигательного аппарата в сочетании с повреждениями внутренних органов живота, груди, черепно-мозговой и спинномозговой травмой, а также с повреждениями магистральных сосу-

дов, крупных нервных стволов, обширными разрушениями мягких тканей, существенно отягчающими прогноз как для жизни пострадавших, так и восстановления функции поврежденных конечностей.

Основные принципы лечения пострадавших с тяжелыми политравмами в настоящее время достаточно полно разработаны практически и обоснованы теоретически: в первую очередь должны осуществляться меры реанимации и интенсивной терапии, направленные на сохранение жизни пострадавшего и восстановление функции жизненно важных органов. Сроки и объем лечения поврежденных органов и систем определяются эффективностью противошоковой терапии, прогнозом для жизни пострадавшего и жизнеспособностью поврежденного органа.

Хотя переломы костей непосредственно не угрожают жизни пострадавшего, нельзя не учитывать, что область перелома, а тем более нескольких переломов, также является источником кровопотери, интоксикации, интенсивных болевых раздражений. Кроме того, переломы костей скелета всегда таят угрозу возникновения жировой эмболии, а разрушение мягких тканей — угрозу развития гнойных, гнилостных или анаэробных инфекций. Поэтому, несмотря на тяжесть травмы, специализированное лечение переломов нельзя откладывать на длительные сроки, так как расстройства местного кровообращения, воспалительные процессы, болевой синдром усугубляют общее состояние пострадавших, а потеря функции поврежденных сегментов конечностей ведет к стойкой инвалидности.

С практической точки зрения целесообразно разделить лечение переломов на предварительное и окончательное. Предварительное лечение переломов должно рассматриваться как важная часть комплекса реанимационных мер и интенсивной терапии и осуществляться в обязательном порядке у всех пострадавших в первые часы госпитализации.

Показаниями к предварительному лечению переломов являются тяжелый шок и терминальные состояния, массовое поступление больных, отсутствие возможностей выполнить окончательное специализированное лечение переломов (отсутствие специалиста, оказание первой врачебной помощи в неспециализированном учреждении и т. д.).

Путем репозиции устраняют грубые угловые и ротационные деформации сегментов конечностей, нарушающие местное кровообращение

и травмирующие мягкие ткани, сосуды, нервы; ориентируют дистальный фрагмент вдоль оси проксимального; по возможности восстанавливают длину поврежденного сегмента; придают конечности функционально выгодное положение; вправляют вывихи.

Предварительную репозицию осуществляют, как правило, закрытым ручным способом, при открытых переломах возможен также и визуальный контроль. Ценным средством предварительной репозиции является скелетное вытяжение, однако следует помнить, что без дополнительных манипуляций (иногда довольно сложных) добиться точной репозиции применением стандартной системы скелетного вытяжения удается редко.

Задачами предварительной фиксации отломков являются устранение возможности грубых смещений отломков при выполнении вынужденных манипуляций у пострадавшего (для выполнения спинальной пункции, профилактики возникновения пролежней, транспортировки, смены белья и т. д.); обеспечение distraction суставов при внутрисуставных переломах; обеспечение возможности обработки ран и последующего ухода и контроля над ними; сохранение длины сегмента при оскольчатых переломах.

Известные средства предварительной фиксации отломков — гипсовые повязки и системы скелетного вытяжения — не могут полностью обеспечить выполнение этих задач. Применение различных устройств внеочаговой фиксации отломков значительно повысило эффективность как предварительного, так и окончательного лечения переломов любой локализации.

Задачами предварительного лечения открытых переломов являются временная остановка кровотечения (с помощью зажимов, давящей повязки, жгута); местное введение новокаина с антибиотиками, общая антибиотикотерапия; удаление поверхностно лежащих осколков (крупные осколки целесообразно отмыть, обработать антисептиками, «насытить» антибиотиками, хранить в холодильнике для последующей аутопластики); активное дренирование (при сильном загрязнении — одновременное промывание раны растворами хлоргексидина, хлорофиллипта, диоксида натрия и калия гипохлорита).

После выведения пострадавших из шока осуществляют окончательное лечение открытых переломов путем полноценной хирургической обработки. При наличии нескольких ран целесообразно вначале обработать более тяжелую, более за-

грязненную рану, т. е. вначале необходимо ликвидировать главный очаг, а затем уже приступить к менее опасным очагам потенциальной инфекции, обработку которых, возможно, придется отложить из-за ухудшения состояния пострадавшего после первого вмешательства.

При наличии открытых и закрытых переломов окончательное лечение необходимо выполнять вначале в области открытого повреждения, так как оно является реальным очагом гнойной инфекции, и пока этот очаг не будет ликвидирован, вряд ли целесообразно выполнять чистую операцию. Тезис: «Закрытый перелом должен лечиться закрыто» приобретает особое значение при политравме. Для реализации его имеются современные средства внеочаговой наружной фиксации.

Если в остром периоде травмы состояние пострадавшего не осложняется развитием шока, то окончательное лечение переломов целесообразно осуществлять в первые двое суток с момента травмы.

### РОЛЬ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Б.А.Гулевский, А.А.Швецов, В.П.Кузьмин,  
Н.А.Качалов  
*Самарский государственный медицинский  
университет*

Изучали значение научных исследований, проводимых на кафедре скорой медицинской помощи (СМП) Самарского государственного медицинского университета, для работы врачей скорой помощи.

Основным научным направлением работы кафедры является дифференциальная диагностика при неотложных состояниях. Большую роль в диагностике играет ультразвуковое исследование (УЗИ) с помощью персонального ультразвукового сканера «ДАЙМЕКС-18МТ». Сканер предназначен для диагностического обследования полости живота и грудной клетки.

С 1994 г. метод УЗИ применен у 265 пациентов, из них у 115 пострадавших с тупой травмой живота (ТТЖ) и у 150 больных с острыми болями в животе.

При анализе проведения УЗИ у пациентов с ТТЖ в 18 случаях обнаружена жидкость и в одном случае — наличие свободного газа. Диагностические ошибки отмечены в 9 (7,7%) случаях.

В контрольной группе, состоявшей из 102 пациентов с ТТЖ, в 23 случаях не были диагностированы разрывы паренхиматозных органов, в 9 случаях — разрывы полых органов. Диагностические ошибки отмечались в 32 (31,2%) случаях.

У 150 больных с острыми болями в животе при применении УЗИ в 104 (69,4%) случаях выявлена острая хирургическая патология органов брюшной полости. У 46 (30,6%) больных диагностирована гастралгическая форма инфаркта миокарда.

У 50 больных контрольной группы в 78% случаев были допущены диагностические ошибки.

Таким образом, проводимые на кафедре СМП научные исследования в значительной степени помогают снизить процент диагностических ошибок при оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

### ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Е.К.Гуманенко, И.М.Самохвалов,  
А.Б.Сивгаевский  
*Российская военно-медицинская академия,  
Санкт-Петербург*

В последние десятилетия успехи хирургии повреждений, связанные с совершенствованием тактических подходов, созданием новых поколений лечебно-диагностической аппаратуры и медикаментов, выявляют относительное отставание развития скорой медицинской помощи (СМП) при тяжелой сочетанной травме (ТСТ).

Многолетний опыт клиники военно-полевой хирургии, являющейся региональным центром лечения ТСТ, а также анализ 455 карт вызова скорой помощи и историй болезни пострадавших, поступивших в клинику в 1999–2000 гг., позволяют сформулировать основные проблемы оказания СМП при ТСТ на догоспитальном этапе:

— неправильное понимание задач догоспитальной диагностики (стремление к излишней детализации диагноза, приводящее к дополнительной травматизации и затратам времени);

— применение устаревших, заведомо неэффективных средств иммобилизации (грубые дефекты при проведении иммобилизации на догоспитальном этапе отмечены более чем в половине случаев);

— нерациональная аналгезия (наряду с широким применением промедола часто встречается

необоснованный отказ от использования наркотических анальгетиков);

— неадекватное восполнение ОЦК (несоответствие объема инфузии тяжести состояния пострадавшего, неоправданно широкое применение коллоидов);

— необоснованный отказ от интубации трахеи и проведения ИВЛ при наличии показаний.

Улучшение оказания скорой медицинской помощи при ТСТ возможно лишь при изменении существующих стандартов ее оказания, причем к работе по их совершенствованию должны быть привлечены хирурги, анестезиологи и научные сотрудники специализированных стационаров. В большой мере может быть востребован опыт, накопленный военной медициной в войнах и вооруженных конфликтах последних десятилетий.

#### ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП В СИСТЕМЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

В.А. Драчевский, С.И. Возлюбленный,  
В.В. Мамонтов, П.Г. Пилипенко, В.Н. Лукач,  
С.Б. Трифонов

*Омская государственная медицинская академия,  
Городская клиническая больница № 1, Омск*

Изучали возможность повышения эффективности оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми травмами на догоспитальном этапе путем использования современных медицинских технологий.

Актуальность рассматриваемой проблемы обусловлена, с одной стороны, увеличением числа пострадавших (стихийные бедствия, дорожно-транспортные происшествия, террористические акты и т. д.), с другой — преобладанием у пострадавших сочетанных повреждений, сопровождающихся травматическим шоком и, как следствие, высокой (от 12,7% до 38%) летальностью.

На основании данных историй болезни 900 больных, получавших лечение в реанимационных залах и отделениях реанимации в период с 1998 по 2000 гг., следует отметить прямую зависимость летальности от количества поврежденных сегментов и качества оказания помощи на догоспитальном этапе.

Для снижения летальности в группе больных с тяжелыми травмами необходимо обучение во-

дителей автотранспорта и работников ГИБДД приемам оказания помощи пострадавшим до прибытия бригад СМП. Следует повысить качество оказания скорой медицинской помощи путем применения новых средств транспортной иммобилизации, противошокового костюма «Каштан-М», способов профилактики развития раневой инфекции и остановки кровотечений.

#### МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИКОГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Н.М. Епифанова

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

На основании изучения механизмов формирования токсикогипоксической энцефалопатии (ТГЭ) разрабатывали комплекс методов ее диагностики и патогенетически обоснованную технологию лечения.

У 343 больных с ТГЭ проводили кливико-психопатологическое исследование, электроэнцефалографию, компьютерную томографию головного мозга, нейропсихологическое обследование; определяли содержание гистамина и серотонина, молекул средней массы в крови; коэффициент дисбаланса в системе ПОЛ-АОС. Изучали клеточный и гуморальный иммунитет. Проводили сеансы гипербарической оксигенации (ГБО).

Установлено, что ТГЭ формируется на фоне развития эндотоксикоза и гипоксии, проявляется нарушениями сознания. Морфологическим субстратом служит отек мозга, диагностируемый при проведении компьютерной томографии.

ТГЭ характеризуется функциональными расстройствами: отсутствием альфа-ритма и доминированием ритма тета- и дельта-диапазонов на электроэнцефалограмме, нарушениями памяти, интеллекта и внимания при нейропсихологическом обследовании, нейроиммунными нарушениями.

Разработана технология комплексного лечения с применением ГБО, которая приводит к ускорению инволюции отека мозга, обладает антигипоксическим, дезинтоксикационным, нейроиммуномодулирующим действием, в 2,1 раза сокращает летальность, предотвращает развитие психоневрологических расстройств.

Комплексное лечение ТГЭ с применением ГБО способствует снижению летальности и уменьшению частоты развития осложнений.

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ В НИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Л.Н.Костюченко  
*НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Москва*

В связи с реформой образования в РФ последипломную подготовку разрешено проводить не только вузам, но и учебным центрам НИИ, получившим соответствующую лицензию. Это способствует взаимодействию обучения с последними достижениями науки, позволяет использовать в педагогическом процессе уникальное оборудование, интерактивные методы обучения. Однако имеется ряд трудностей.

Проанализирован опыт работы НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского по последипломной подготовке, уточнены связанные с этим проблемы и пути их преодоления.

Основные сложности проведения последипломной подготовки связаны с отсутствием четкой нормативной базы по организации последипломного образования в НИИ; психологически сложным для научных сотрудников переходом к использованию новых педагогических технологий.

Нормативные документы созданы для вузов, и лишь в некоторых из них указано, что их действие распространяется и на НИИ. Для НИИ отсутствуют рекомендации по штатному расписанию, нормативы оплаты учебной работы. Для выполнения государственных программ последипломного образования в НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского организован учебно-клинический отдел, обеспечивающий методическую базу последипломной подготовки, организацию и проведение учебного процесса.

## НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.С.Ермолов, Н.А.Карасев, В.А.Васильев  
*НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Москва*

В последние годы отмечается повышение роли стационаров в системе оказания экстренной медицинской помощи. Так, в нашем институте количество обращений, поступивших «самотечком», достигает 50%, а при массовом поступлении — до 80–90%. В то же время отсутствие положения о больнице скорой медицинской помощи (СМП), табеля оснащения и иных нормативных

документов препятствует развитию этой важной составляющей службы СМП на территориях РФ.

Оказание экстренной помощи целесообразно проводить в условиях многопрофильного стационара. Стационары СМП экономически целесообразно создавать при наличии не менее 500 коек. При нормативе объема стационарной помощи в 2812,5 койко-дней на 1000 населения, указанном в Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации скорой медицинской помощью, утвержденной Правительством РФ 29.11.2000 г., наличие такого стационара рентабельно уже в городах с населением более 100 000 человек. Стационары СМП могут работать и с плановыми пациентами, поступающими с обслуживаемой территории.

Должны быть предусмотрены специфическое оснащение и структура служб больниц СМП. В частности, необходимо разработать нормативы на реанимационные отделения, службу лучевой диагностики, лабораторную службу, операционные блоки и приемно-диагностические отделения.

Особое место в организации стационара СМП занимает приемно-диагностическое отделение, структура и оснащение которого должны определяться с учетом работы в условиях пиковых нагрузок. Так, в нашем институте при среднесуточном поступлении 150 человек пиковые нагрузки достигают 24 обращений за 15 минут, или 70 обращений в час, при том, что среднее время обслуживания не должно превышать 1 часа. При таких нагрузках желательно иметь входной врачебный распределительный пост и использовать стандарты обследования. Такие стандарты должны определять необходимый минимальный перечень диагностических мероприятий.

Важным аспектом распределения больных и пострадавших при поступлении является госпитализация через противошоковые палаты, реанимационные отделения и операционные блоки. Это позволяет значительно сократить время от обращения до начала оказания медицинской помощи при жизнеугрожающих состояниях.

Стандарты обследования при оказании экстренной помощи должны быть избыточными по сравнению с таковыми для плановых пациентов. Они должны определить структуру и оснащение приемного отделения больницы СМП с учетом характерных для данной территории потоков обращений. Высокую эффективность показало и применение имитационного моделирования.

## ТЕРМОДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАСТВОРА НАТРИЯ ГИПОХЛОРИТА НА ДЕТОКСИКАЦИОННУЮ СИСТЕМУ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА

О.Г.Изотова, А.А.Слободов

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербургский государственный технологический институт*

При многих патологических состояниях в экстренной хирургии и травматологии одной из важнейших и весьма сложных проблем является коррекция эндогенной интоксикации. Последняя характеризуется накоплением эндотоксинов, активацией пероксидного окисления липидов с образованием токсичных продуктов свободнорадикальных реакций и проч. Одним из новых перспективных направлений в лечении эндогенной интоксикации является применение натрия гипохлорита. Однако анализ воздействия натрия гипохлорита на организм человека вообще и его детоксикационных функций в частности и получение на этой основе количественно обоснованных рекомендаций по его применению остается не вполне решенной проблемой.

Осуществлена попытка термодинамического (с привлечением статистически значимых показателей крови, полученных на основании лабораторных данных) анализа, моделирования и расчета химических превращений, происходящих в результате введения раствора натрия гипохлорита в плазму крови. Исследование выполнено на основе специально разработанного комплекса методов термодинамического описания, моделирования и расчета сложных физико-химических превращений в многокомпонентных системах, реализованного в программно-информационную систему «ASTICS». Методология показала свою высокую (по сравнению с известными подобными разработками) эффективность при изучении ряда сложных систем различной (но не биологической!) природы.

Для проведения корректных моделирования и расчетов необходима термодинамическая информация по компонентам системы кровь — раствор, которая определяется по данным анализа состава крови, отражающего взаимодействие натрия гипохлорита с ее компонентами. Недостаток информации для полного исследования детоксикационных функций организма компенсируется опосредованными статистически значимыми данными.

Результаты моделирования дают материал для обоснования и количественной оценки важней-

шего показателя терапевтического действия раствора натрия гипохлорита — его способности окислять токсины — как свободно циркулирующие, так и фиксированные на мембранах эритроцитов. Полученные данные позволяют выявлять и анализировать термодинамическую активность основных компонентов крови и влияние на нее растворов натрия гипохлорита.

Термодинамическая физико-химическая методология предоставляет возможности изучения механизмов биологического воздействия, позволяет выбрать оптимальную методику его применения в комплексном лечении больных с эндогенной интоксикацией I и II степени.

## ВЛИЯНИЕ МОНИТОРНОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ДИАЛИЗА НА АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.Г.Изотова, Е.А.Хромова

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

Целью настоящей работы было изучение действия мониторного толстокишечного диализа (МТКД) на течение аллергических реакций в стоматологической практике.

Под наблюдением находилось 22 больных с штампованно-паянными стоматологическими конструкциями. Места пайки практически в каждой стоматологической реставрации были изменены, пленка нитрид-титана спущена, зеленовато-серого цвета, между коронкой и местом припоя выявлены гальванические токи от 60 до 100 мА.

У всех пациентов отмечали гиперемию, отек слизистой оболочки полости рта, петехиальные кровоизлияния, папулы, эрозии или кератоз. У некоторых больных наблюдались отек или высыпания на коже.

Результаты аллергического тестирования с помощью кожного теста оценивались по 4-балльной системе, принятой в аллергологии. У части больных аллергические проявления развивались даже при отрицательной контактной пробе.

Для снижения аллергических проявлений назначали МТКД. В качестве сорбента использовали лигносорб в дозе 3 г/кг. Процедуру проводили один раз в сутки аппаратом «АМОК», обеспечивающим возможность одновременной подачи взвеси сорбента и удаления перфузионной жидкости из толстой кишки. На фоне проведения МТКД у большинства

больных отмечался отчетливый клинический эффект: уменьшались отеки и гиперемия слизистой оболочки полости рта, исчезал зуд. Полностью исчезали гальванические токи в полости рта.

Полученные результаты позволяют рассматривать МТКД в качестве метода лечения аллергических реакций в стоматологической практике.

## ПНЕВМОНИИ ПРИ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

К.К.Ильяшенко

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

Для изучения особенностей развития пневмоний при наиболее распространенных видах острых экзогенных отравлений и разработки оптимального комплекса лечебно-профилактических мероприятий у 154 больных проведены токсикологические, биохимические, функциональные, морфологические исследования.

Частота развития пневмоний при отравлениях прижигающими жидкостями составляет 20,1%, летальность — 42,3%, при отравлениях психотропными препаратами — 41% и 42,5% соответственно. Подтверждена тесная связь между исходной тяжестью химической травмы и вероятностью развития воспаления в легких.

В 52% наблюдений обнаружена очаговая бронхопневмония, в 25% случаев — долевая и в 23% случаев — сливная. У 70% пациентов развитию пневмонии предшествуют изменения в легких в виде венозного застоя (48% случаев) или отека (23% случаев), а также катаральная (65% случаев) и эрозивная (35% случаев) формы воспаления трахеобронхиального дерева. Появлению пневмоний предшествуют нарушения гомеостаза, определяющие степень повреждения легочной паренхимы и тяжесть заболевания.

Превышение на 10% по сравнению с нормой центрального объема крови, нарастание лейкоцитоза, уменьшение количества лимфоцитов на 25–30%, гиперактивация кислородного метаболизма нейтрофилов более чем на 50% от исходного состояния, снижение резервного бактерицидного потенциала фагоцитов на 25% и более, увеличение содержания гистамина в крови на 40% на 1-е сутки лечения, повышение концентрации фибриногена в 3 раза по сравнению с исходной на 3-и сутки, наряду с увеличением содержания малонового диальдегида и среднемолекулярных пептидов крови на 50% и более относительно

нормы, способствуют развитию воспаления в легких у данного контингента больных.

Лечение пневмоний включало в себя проведение детоксикационных мероприятий в сочетании с методами физико-химической гемотерапии в соответствии с их преимущественным влиянием на определенные показатели гомеостаза. Наряду с этим использовали патогенетически направленную фармакотерапию. В результате длительность течения пневмонии снизилась на 30%, а летальность — на 12%.

## ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ

В.И.Картавенко, А.Н.Погодина, А.К.Шабанов

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

Для совершенствования методов диагностики и лечения тяжелой травмы проведен их ретроспективный анализ у 1227 пациентов, находившихся на лечении в 1998–2000 гг.

Летальность при сочетанной травме в отделении реанимации НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского снизилась с 27,7% в 1997 г. до 17,7% в 1998–2000 гг. При анализе 500 историй болезни пострадавших с сочетанной травмой, доставленных в отделение реанимации, установлено, что эндотрахеальная интубация выполнена 4% от общего числа пострадавших, нуждающихся в ней, инфузионная терапия проведена 30% пациентов, 35% пострадавших доставлено без иммобилизации.

При поступлении пострадавших в стационаре проводили неотложные мероприятия по ликвидации жизнеугрожающего состояния с одновременной диагностикой повреждений. 32% пострадавших сразу при поступлении были выполнены эндотрахеальная интубация и перевод на ИВЛ. Показаниями к переводу на ИВЛ являлись нарушения сознания, дыхания или кровообращения.

Одновременно с эндотрахеальной интубацией производили катетеризацию 1–2 центральных и периферических вен. Инфузионно-трансфузионную терапию начинали с введения гипертонического раствора глюкозы (20%) из расчета 6–7 мл/кг. Введение в течение 2–3 минут гипертонического раствора способствовало повышению артериального давления и улучшению микроциркуляции.

Одновременно с ликвидацией жизнеугрожающего состояния проводили диагностику повреж-

дений (рентгенологическое исследование, УЗИ). После восстановления дыхания и кровообращения основное внимание уделяли лечению осложнений травмы. Улучшение результатов лечения пострадавших с тяжелой травмой зависит от совершенствования организации оказания экстренной медицинской помощи.

### КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ В ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

В.В.Кириллов

Центральная клиническая больница  
МЦ УД Президента РФ, Москва

Для повышения эффективности работы бригад скорой медицинской помощи (СМП) при развитии у больных острых коронарных синдромов (ОКС): нестабильной стенокардии (НС), острой коронарной недостаточности (ОКН), острого инфаркта миокарда (ОИМ) и внезапной остановки кровообращения (ВОК) на догоспитальном этапе применяли клинико-электрокардиографические стандарты диагностики.

Исследование проводили в отделении СМП многопрофильной поликлиники и специализированном кардиологическом стационаре.

На догоспитальном этапе в первые 2–6 часов от начала ОКС наблюдали 225 больных с ИБС (66% мужчин и 34% женщин), среди них 70% (157 человек) были старше 65 лет. В прошлом 50 больных (22%) перенесли инфаркт миокарда. Основную группу составили 123 пациента с развитием ВОК на догоспитальном этапе, контрольную группу — 102 больных с ОИМ, госпитализированных в специализированный стационар без признаков ВОК.

Оценивали клинические проявления ИБС, данные ЭКГ-исследования. Сопоставляли характер, продолжительность и локализацию боли, изменение гемодинамики и сердечного ритма.

Проведенный совместно со специалистами кафедры терапии неотложных состояний (НИИ им.Н.В.Склифосовского) анализ ЭКГ у 10 000 больных кардиологического профиля (1985–1990 гг.) позволил установить 7 типов изменений на ЭКГ при ОКН: I тип — подъем сегмента ST (на 1–4 мм выше изоэлектрической линии); II тип — подъем сегмента ST в сочетании с зубцом Q (или QS); III тип — депрессия сегмента ST (на 3–4 мм ниже изо-

электрической линии); IV тип — наличие реципрокных изменений; V тип — наличие зубца Q в одном или двух отведениях ЭКГ в сочетании с положительным зубцом T; VI тип — наличие отрицательного зубца T; VII тип — нормальная ЭКГ.

Среди 225 обследованных на догоспитальном этапе I тип изменений на ЭКГ наблюдался у 29 (12,8%) пациентов, II тип — у 20 (8,8%) пациентов, III тип — у 66 (29,3%) пациентов, IV тип — у 22 (9,7%) пациентов, V тип — у 51 (23%) пациента и VI тип — у 37 (16,4%) пациентов. Превалирование III, V и VI типов изменений на ЭКГ было обусловлено развитием ОИМ в 64,8% случаев, развитием ОКН — в 20,1% случаев и развитием аритмического коллапса — в 15,1% случаев.

Анализ изменений на ЭКГ в группе больных с ВОК показал, что депрессия сегмента ST отмечалась в 71,8% случаев. В группе больных без ВОК наличие или отсутствие депрессии сегмента ST отмечали в 58,3% и 41,7% случаев. Установлено, что ВОК у пациентов с депрессией сегмента ST встречалась в 2,5 раза чаще, чем при ее отсутствии ( $p < 0,001$ ). Степень депрессии сегмента ST в 70% случаев коррелировала с распространенностью поражения миокарда.

Результаты 5-летнего исследования позволили разработать оптимальную тактику оказания помощи амбулаторным больным с подозрением на ОКН.

Использование на догоспитальном этапе стандартов ЭКГ-диагностики острых повреждений миокарда способствует своевременной госпитализации больных с ОКС.

### О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА БАЗОВОЙ ПОДГОТОВКИ ФЕЛЬДШЕРОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ

В.И.Ковальчук, Е.Е.Журавлев, Л.В.Федотова,  
А.А.Бойков, Л.В.Ушаков

Санкт-Петербургское государственное  
медицинское училище № 8.  
Санкт-Петербургская городская станция  
скорой медицинской помощи

Успешное решение задачи совершенствования диагностики и оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе зависит от качества базовой подготовки фельдшера скорой медицинской помощи в училище или колледже.

Санкт-Петербургское медицинское училище № 8 в течение многих лет проводит обучение по специальности 0401 «Лечебное дело» (специали-

зация «Фельдшер скорой помощи»). Для того чтобы учащиеся более прочно овладели практическими навыками оказания скорой помощи и закрепили их, в 1999 г. в училище было открыто новое структурное подразделение — учебно-практический комплекс (УПК) «Скорая помощь».

УПК занимает площадь свыше 500 м<sup>2</sup> и оснащен всем необходимым для преподавания теории и обучения практическим навыкам. В структуру УПК входят специализированные классы (фельдшерской выездной бригады, наркологии и токсикологии, реанимации и анестезиологии), лекционный зал, а также учебно-тренажерный зал, в котором размещены две автомашины скорой медицинской помощи марок «РАФ» и «ФОРД». Машины оснащены необходимой диагностической и лечебной аппаратурой, наборами медицинских инструментов и перевязочных средств, аналогичных таковым на станциях скорой медицинской помощи.

В результате учащиеся, начиная с первого курса обучения, имеют возможность получить практические навыки. В УПК они впервые знакомятся с устройством салона автомашины, с расположением в нем медицинской аппаратуры, отрабатывают приемы обращения с носилками, решают ситуационные задачи («деловые игры») с имитацией различных видов травм, кровотечений, отравлений и других неотложных состояний.

Учащиеся на практике знакомятся с различными жизнеугрожающими состояниями, постигают основы оказания скорой медицинской помощи в кратчайшие сроки.

В результате на 4-м курсе, перед преддипломной практикой, учащиеся владеют не только теоретическими знаниями, но также и практическими навыками работы фельдшера скорой помощи.

Создание аналогичных учебно-практических комплексов в образовательных учреждениях является приоритетным направлением для повышения качества базовой подготовки фельдшеров скорой медицинской помощи.

#### **Тьюторская система в последипломной подготовке клинических ординаторов в НИИ медицинского профиля**

Л.Н.Костюченко, Б.Б.Баркалаа, Беззубик К.В.  
*НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Москва*

В НИИ разрешается подготовка врачей по ряду специальностей; среди них имеются и такие, набор по которым составляет от 1 до 4 человек.

Организация теоретического курса для малого контингента слушателей остается сложной проблемой.

Проанализирован опыт использования в НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского тьюторской системы подготовки клинических ординаторов и интернов по специальностям с малым набором слушателей.

В учебно-клиническом отделе для врачей таких специальностей на основе государственного стандарта разрабатываются индивидуальные планы подготовки. Для выполнения государственной программы по предмету к каждому специалисту прикрепляется ответственный тьютор. Обучающимся предоставляется соответствующая литература, проводятся ее индивидуальные обсуждения; используются компьютерные обучающие тесты, виртуальные лекции; организуется практическая работа под контролем прикрепленного педагога и руководителя клиники. Для подготовки по смежным, общетеоретическим дисциплинам и организации здравоохранения таких специалистов присоединяют к основному потоку слушателей.

Анализ результатов переводных и выпускных экзаменов в данной группе обучаемых, их участие в научно-практических конференциях, работа в качестве стажеров-совместителей свидетельствуют о достаточно высоком уровне подготовки, что позволяет рекомендовать эту технологию для использования в системе последиplomного обучения врачей по специальностям с малым набором слушателей.

#### **ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ В ЖЕЛУДКЕ**

А.В.Лоденко, А.А.Попов, А.М.Сухоруков,  
А.В.Лоденко, Е.А.Попова

*Красноярская государственная  
медицинская академия*

Среди причин желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) кровотечения из острых язв, развивающихся при различных критических состояниях, составляют 9–28%, во всех же остальных случаях можно говорить о кровотечениях язвенного генеза. Несмотря на наличие алгоритмов оказания помощи при ЖКК на догоспитальном этапе, летальность при них остается высокой. Это

связано с увеличением частоты развития ЖКК и геморрагического шока при язвенной болезни, с трудностями диагностики и ограничениями лечебных действий на догоспитальном этапе.

Так как при острых ЖКК развиваются гемодинамические и гипоксические расстройства, необходима их ранняя коррекция.

Целью исследования явилось изучение влияния раннего применения органопротекторов и 7,5% раствора натрия хлорида на клинико-морфологические изменения при острых деструктивных процессах в желудке.

Исследование проводили на белых лабораторных крысах с массой тела 230–250 г. Одна группа была контрольной, у животных трех других групп использовали даларгин, инстенон и милдронат.

Сравнивали результаты комбинированной терапии органопротекторами и 7,5% раствором натрия хлорида и монотерапии одним из изучаемых препаратов. Использовали различные модели острых поражений желудка (24-часовой иммобилизационный стресс с последующей кровопотерей и острую кровопотерю без стресса). Для моделирования клинической ситуации на догоспитальном этапе препараты назначали через 40–60 минут после кровопотери.

Через 2, 6 и 24 часа с использованием макро- и микроскопических методов исследования оценивали результаты лечения. Определяли удельный вес тканевых дефектов, их локализацию, площадь, глубину поражения, состояние сосудов желудка.

Было отмечено, что во всех случаях слизистая оболочка желудка была бледной, тканевые дефекты преимущественно располагались в теле желудка, с локализацией на вершинах складок, их площадь варьировалась от точечных до крупных (до 7 мм) деструкций. Глубина поражения была различной: от поверхностных дефектов до глубоких, с повреждением мышечного слоя.

В контрольной группе при кровопотере и стрессе через 2 часа у 100% животных наблюдали образование точечных язв, через 6 часов у 50% животных язвы были крупными, а через 24 часа крупные деструкции наблюдались у 75% крыс.

В контрольной группе с острой кровопотерей возникновение язв точечного характера у всех животных наблюдалось только через 24 часа, и лишь в 28,6% случаев отмечены крупные деструкции слизистой оболочки желудка.

В первые 2 часа наиболее эффективным оказалось применение 7,5% раствора натрия хлорида с даларгином или милдронатом, при котором об-

разование язвенных дефектов снизилось более чем в 2 раза. При использовании инстенона, напротив, отмечалось увеличение количества точечных язв и возникновение крупных деструкций.

Через 6 часов наблюдалось выраженное снижение количества язв во всех группах животных, получавших лечение. Вероятность возникновения язв при применении даларгина снизилась на 57%, при использовании инстенона — на 95%, а при назначении милдроната язвы не возникали.

Через 24 часа у животных, получавших инстенон или милдронат без введения 7,5% раствора натрия хлорида, отмечено снижение количества тканевых дефектов, тогда как в группе животных, получавших даларгин, этот эффект был выражен мало. Наиболее эффективным оказалось сочетание применения милдроната с 7,5% раствором натрия хлорида; в этой группе количество точечных дефектов было значительно меньшим, а возникновения крупных деструкций не отмечалось.

Результаты экспериментального исследования свидетельствуют об эффективности раннего применения органопротекторов при острых язвенных поражениях желудка, даже при неполном восполнении ОЦК.

В первые часы возникновения острых язв наиболее эффективным является назначение даларгина и милдроната, которое позволяет уменьшить площадь и глубину поражений желудка, а также степень кровопотери и предотвратить развитие новых деструкций. Применение инстенона на догоспитальном этапе требует индивидуального подхода.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ

А.В.Лоленко, А.А.Попов, А.М.Сухоруков,  
А.В.Лоленко, Е.А.Попова

*Красноярская государственная медицинская академия*

Несмотря на наличие алгоритмов оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе, летальность пострадавших с тяжелой механической травмой и геморрагическим шоком остается очень высокой. В связи с недостатком времени и возможности обследования больных и ограниченным набором лечебных действий не всегда удается провести раннюю коррекцию микроциркуляторных расстройств.

Целью экспериментального исследования явилось изучение реакции организма на острую кро-

вопотерию, сопровождающуюся геморрагическим шоком, и эффективности ранней патогенетической терапии.

Эксперименты проводились на крысах-альбиносах линии Wistar с массой тела 230–250 г. Контрольную группу составили животные без лечения, три основные группы — животные, получавшие даларгин, инстенон или милдронат или инфузионную терапию 7,5% раствором натрия хлорида в сочетании с одним из перечисленных препаратов.

Геморрагический шок моделировали посредством кровопотери 25–30% ОЦК под фторотановым наркозом. Контроль за состоянием животных осуществляли по поведению, изменению цвета слизистых оболочек, ЧСС и ЧДД.

В группах животных, получавших лечение, его начинали через 40–60 минут после кровопотери.

В контроле (без лечения) через 2 часа летальность составила 5,5%, через 6 часов — 11,1–16,7%, а через 24 часа — 50–55,6%; общая летальность — 66,7–72,2%.

В группах животных, получавших один из используемых препаратов, через 2 часа летальных исходов не было, через 6 часов летальность была в 3,8 раза ниже, чем в контроле; через 24 часа летальность была на 46,3% ниже, чем в контроле. Общая летальность составила 14,8%.

В группах животных, получавших 7,5% раствор натрия хлорида и один из используемых препаратов, летальных исходов не отмечено.

Таким образом, ранняя патогенетическая терапия существенно снижает летальность животных при геморрагическом шоке. Наиболее эффективно применение сочетания введения антигипоксантов и 7,5% раствора натрия хлорида. При геморрагическом шоке на догоспитальном этапе оправдано раннее назначение антигипоксантов даже на фоне неполного восстановления ОЦК.

#### **СОСТОЯНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО НЕОТЛОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОСЛЕДИПЛОМНУЮ ПОДГОТОВКУ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ**

Е.А. Лужников, Ю.С. Гольдфарб, Ю.Н. Остапенко,  
Г.Н. Суходолова

*НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,  
Российская медицинская академия  
последипломного образования, Москва*

Острые отравления химической этиологии составляют важный раздел неотложной медицины,

что связано с их значительной распространенностью и необходимостью постоянной «токсикологической настороженности», поскольку многие синдромы и симптомы химических болезней по своему течению напоминают признаки других острых заболеваний и травм.

Травмы и отравления, относящиеся к категории экологических болезней, вышли на второе место среди причин смертности населения России после сердечно-сосудистых заболеваний и составляют основную причину смерти людей трудоспособного возраста. По данным МЗ РФ, в 1997 г. в России зарегистрировано 265 295 госпитализированных больных с острыми отравлениями (1,9 на 1000 населения), из них умерли 9703 (4,3%). Кроме того, произошло 46 297 (82,7%) смертельных отравлений на догоспитальном этапе.

По данным лечебных токсикологических центров, в России наиболее распространены отравления психотропными и гипотензивными средствами (около 60%); наркотиками (10–15%); прижигающими жидкостями (10–15%); алкоголем и его суррогатами (5–10%); а среди причин прочих отравлений (около 5%) заметное место занимают инсектициды, ядовитые грибы и укусы ядовитых змей. Обращает на себя внимание абсолютное преобладание бытовых отравлений (98%) вследствие широкого распространения алкоголизма и наркомании, самолечения, суицидальных и криминальных действий.

В этих условиях наиболее актуальными проблемами клинической токсикологии являются информационная, диагностическая (токсикометрическая) и детоксикационная.

Рациональным способом решения информационной проблемы служит давно апробированное за рубежом создание сети специальных информационно-консультативных токсикологических центров, обладающих необходимым банком данных, составленным на компьютерной основе, который призван удовлетворять запросы практических врачей о диагностике и лечении острых отравлений в оперативном плане по круглосуточно работающему телефону.

В России планомерная информатизация службы клинической токсикологии началась после организации в 1993 г. информационно-консультативного токсикологического Центра МЗ РФ (ИКТЦ). В основе его работы лежит разработанная компьютерная информационно-поисковая токсикологическая система «POISON», которая внедрена в ряде региональных центров ле-

чения острых отравлений. Система содержит токсикологическую характеристику 2000 наиболее распространенных в нашей стране химических препаратов и лекарственных средств. Широкая доступность токсикологической информации наиболее важна для врача скорой помощи, диагностические возможности которого сужены до элементарного клинического обследования больного.

Диагностическая проблема касается необходимости обеспечения практического врача-токсиколога данными химико-токсикологического обследования, так как диагноз острого отравления считается окончательным и достоверным только при определении вида и концентрации токсичного вещества в биологических средах организма (кровь, моча), т. е. при наличии количественной меры повреждающего токсического фактора, с которым так или иначе связаны все основные специфические и неспецифические клинические проявления острой химической болезни. Эта возможность используется в методической программе изучения критических состояний на основе клинической токсикометрии и системного анализа клинических и лабораторных данных с помощью современной компьютерной техники.

Проблема экстренной детоксикации организма наиболее интенсивно разрабатывается в практике лечения тяжелых форм острых экзогенных отравлений, в клинической картине которых наблюдаются все основные патологические синдромы, а связь между их динамикой, исходным содержанием яда в крови и эффективностью детоксикации проявляется наиболее отчетливо.

Среди методов усиления естественных процессов детоксикации наиболее успешно используются промывание желудка, кишечный лаваж и форсированный диурез; среди методов искусственной детоксикации — гемосорбция (ГС) и гемодиализ (ГД) в различных модификациях.

Каждый из рассматриваемых методов обладает определенными, свойственными ему преимуществами и недостатками, поэтому для повышения общего эффекта детоксикации используют их сочетания. Считается, что комбинация ГС с ГД наиболее целесообразна при отсутствии резких различий в клиренсах яда. Роль ГД и его модификаций существенно возрастает в случаях, требующих одновременной коррекции водно-электролитного баланса, а также при большом объеме распределения токсикантов.

Учитывая тяжелые нарушения гомеостаза, имеющиеся у больных с тяжелыми отравлениями

(нарушения иммунного статуса и гемодинамики), мы применяем для их коррекции физиогемотерапию (ФГТ) в составе магнитной (МГТ), ультрафиолетовой (УФГТ) и лазерной (ЛГТ) гемотерапии.

Таким образом, к настоящему времени сложился принцип комплексной детоксикации при острых отравлениях по алгоритмам, обеспечивающим сочетанное и комбинированное применение физико-химических воздействий: МГТ используется до начала сорбционно-диализного очищения крови для коррекции гемореологии и гемодинамики; натрия гипохлорит и УФГТ — в процессе детоксикации, особенно при выраженных признаках эндотоксикоза; УФГТ и ЛГТ — после завершения детоксикации для коррекции иммунодефицита и предупреждения развития инфекционных осложнений. Использование этого принципа позволило, по нашим данным, снизить летальность при острых отравлениях в реанимационном отделении Московского городского центра лечения острых отравлений с 14,5% в 1970 г. до 6,2% в 2000 г.

Важным разделом комплексной детоксикации является специфическая (антидотная) фармакотерапия. Однако она применяется при очень ограниченном количестве видов острых отравлений (около 20 препаратов), большинство антидотов не оказывают прямого токсикотропного действия и поэтому не исключается необходимость применения методов усиления естественной и искусственной детоксикации организма. Обязательным условием эффективности любого вида детоксикации является своевременное проведение посиндромной реаниматологической коррекции нарушений жизненно важных функций организма — токсического шока и острой дыхательной недостаточности.

Последипломное образование по клинической токсикологии имеет ряд характерных особенностей. Прежде всего, практически ежегодно по мере внедрения в практику новых лекарственных средств появляются острые отравления ими, что требует изучения и включения в программу обучения соответствующих информационных материалов. Например, в последние годы отмечается увеличение количества острых отравлений новыми гипотензивными средствами:  $\beta$ -адреноблокаторами, блокаторами кальциевых каналов, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента.

В связи с этим в план НИР кафедр токсикологии и научных отделов постоянно включается разработка информационных и клинико-диагностических данных о новых нозологических фор-

мах отравлений, материалы которой широко используются в педагогическом процессе.

### ВЫБОР АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

А.А.Любченко, А.А.Попов

*Красноярская государственная  
медицинская академия,*

*Красноярская городская больница скорой  
медицинской помощи*

Современным методом лечения деформирующего артроза коленного и тазобедренного сустава IV степени является эндопротезирование. В Больнице скорой медицинской помощи с 1997 г. проведено 46 таких операций. У всех пациентов применяли протезы «Osteonics» корпорации «Stryker» (США). Длительность анестезиологического пособия составила  $206,4 \pm 4,2$  мин. Эндотрахеальный наркоз проводили у 20 пациентов, эпидуральный наркоз с ИВЛ — у 16 пациентов, эпидуральный наркоз без ИВЛ — у 10 больных.

При эндопротезировании коленного сустава в 61,3% случаев использовали эпидуральную анестезию без проведения ИВЛ. Эндотрахеальный наркоз у этих пациентов применяли при их отказе от эпидуральной анестезии или при технических трудностях пункции эпидурального пространства.

При эндопротезировании тазобедренного сустава в 97,8% случаев вне зависимости от выбора основного метода анестезии и аналгезии для обеспечения адекватной респираторной поддержки пациентов применяли ИВЛ.

При эндопротезировании тазобедренного сустава для респираторной поддержки необходимо применение ИВЛ. При эндопротезировании коленного сустава возможно проведение эпидуральной анестезии без применения ИВЛ.

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.В.Малышева, В.Д.Ложкарев

*Тверская станция скорой медицинской помощи*

Проведена экспертная оценка качества диагностики и оказания помощи больным с острым ин-

фарктом миокарда (ОИМ), осложненным кардиогенным шоком (КШ), по данным работы кардиологической службы Тверской станции скорой медицинской помощи (СМП). Проведен ретроспективный анализ 728 карт вызова кардиологических (КБ) и кардиореанимационной (КРБ) бригад за 2000 г., в которых в качестве основного диагноза был выставлен ОИМ. КШ диагностировали по клиническим признакам, показателям парциального давления кислорода по данным пульсоксиметрии и по наличию ответной реакции на введение прессорных аминов.

Изучали состав больных по возрасту и полу, время обращения и время доезда, особенности клинического течения КШ и его исходы. Объем и качество лечения сравнивались со стандартами диагностики и лечения КШ, разработанными и внедренными на станции СМП с 1994 г.

Среди больных с ОИМ мужчин было 395 (54,3%), женщин — 333 (45,7%). По возрасту больные распределились следующим образом: до 30 лет — 3 (0,4%) пациентов; 30–39 лет — 10 (1,4%) пациентов; 40–49 лет — 62 (8,5%) пациентов, 50–59 лет — 117 (16,1%) пациентов, 60–69 лет — 194 (26,6%) пациента, старше 70 лет — 342 (47%) пациента.

КШ развился у 45 (6,2%) больных, среди которых 60% составили мужчины, 25 (55,6%) пациентов были старше 70 лет. Первичный ИМ осложнился КШ в 55,6% случаев, повторный — в 44,4% случаев. Трансмуральные ИМ наблюдались у 68,9% пациентов с КШ, субэндокардиальные — у 13,3%. Истинный КШ диагностирован у 44,4% больных, аритмический — у 42,2% пациентов, шок на фоне текущего разрыва — у 4,4% больных, лекарственный — у 9% пациентов. В данную разработку не включали рефлекторный (болевого) КШ, так как его удавалось устранить с помощью адекватного обезболивания.

В интервале до 1 часа с момента возникновения болевого приступа бригаду СМП вызвали 30% больных, от 1 до 3 часов — 33% пациентов, позже — 37% больных с ОИМ. Среднее время доезда бригад СМП составило 12 мин (от 6 до 30 мин).

Средняя продолжительность работы бригады у одного больного составила 64 мин (от 33 до 160 мин). У мужчин КШ развивался в более молодом возрасте и в 70,4% случаев закончился смертельным исходом. У 27 больных КШ сочетался с другими осложнениями (в 30% случаев — с АВ-блокадой, в 26% случаев — с отеком легких, в 22%

случаев — с мелковолновой фибрилляцией желудочков).

Лечение КШ включало в себя устранение болевого синдрома (применяли наркотические анальгетики, закись азота, реланиум, оксibuтират натрия), оксигенотерапию, введение полиглюкина или реополиглюкина в сочетании с допамином, норадреналином, глюкокортикоидными гормонами, гепарином, малыми дозами сердечных гликозидов при тахисистолической форме мерцания предсердий. При параксизмальных тахикардиях и аритмическом шоке проводили электроимпульсную терапию. При АВ-блокадах II–III степени применяли временную чреспищеводную кардиостимуляцию, атропин, алуцент, зуфиллин.

После стабилизации центральной гемодинамики, уменьшения выраженности периферических признаков шока удалось госпитализировать 40% больных.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОЛИФЕРМЕНТНЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ С БЕЛКОВЫМИ НАПОЛНИТЕЛЯМИ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Е.О.Медушева, В.Н.Филатов, М.Г.Вартапетов,  
В.В.Рыльцев, И.С.Элькис, В.А.Борисова,  
Н.В.Филатов

ФГУП «НИИ текстильных материалов», Москва

В НИИ текстильных материалов на протяжении ряда лет проводится широкий круг работ по созданию иммобилизованных форм лекарственных препаратов на основе нерастворимых носителей для лечения ран и ожогов различного типа. Разработанные лечебные композиты в форме раневых покрытий находят широкое применение как в ежедневной хирургической практике, так и в медицине катастроф в условиях массового поражения людей. Предпочтение в этом направлении отдается энзимотерапии с элементами управляемого протеолиза. Протеологическому компоненту в данном случае придается первостепенное значение для биохимической очистки раны, позволяющей иногда обойтись без ее первичной хирургической обработки.

На этапе оказания первой помощи большое значение имеет профилактика инфицирования или подавление уже развившейся инфекции. Поэтому актуально включение в повязку антими-

кробного компонента. Этого можно достичь двумя путями — иммобилизовать на одном носителе протеолитический и бактериолитический ферменты или иммобилизовать ферментный комплекс, состоящий из разных фракций.

В первом случае на целлюлозный носитель были параллельно иммобилизованы протеолитический фермент трипсин и бактериолитический фермент лизоцим (полиферм). Второй вариант — использование уникального ферментного комплекса микробного происхождения лизоамидазы, выделяемого из семейства *Pseudomonadaccae*. Сложный состав лизоамидазы (протеолитические фракции, литические фракции, полисахарид, играющий роль стабилизатора) обеспечивает ее воздействие не только на патогенную микрофлору, но и на экссудативное отделяемое раны.

Путем химического взаимодействия с модифицированным носителем получена иммобилизованная форма препарата с пролонгированным лечебным действием (лизоамид).

В настоящее время ферменты микроорганизмов заслуживают внимания не только с точки зрения их физиологической роли, но и в плане практического использования. Лизоамидаза является наиболее ярким примером ферментного комплекса микробного происхождения, который условно можно разделить на две части: полисахаридную и белковую. Ферменты электростатически связан с полисахаридом. Бактериолитические ферменты лизоамидазы разрушают клеточные стенки патогенных микроорганизмов.

Лизоцим, входящий в состав полиферма и получаемый из белка куриного яйца, является мурамидазой и действует исключительно на пептидогликан клеточной стенки. Мощное антимикробное действие лизоамидазы подкрепляется иммуностимулирующим действием на макроорганизм за счет полисахарида, что выгодно отличает лизоамидазу от антибиотиков, угнетающих иммунную систему.

Что касается протеолитического действия обоих препаратов, оно заключается в очищении поврежденной поверхности.

Любой вид биологической активности иммобилизованной формы препарата зависит от условий иммобилизации, вида связи фермента с носителем, факторов инактивации.

Следует отметить, что получение препаратов на основе ферментов микробного происхождения более безопасно и экономически выгодно.

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Б.В.Монахов, Ю.В.Шапот, В.Л.Карташкин  
*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им.проф.И.И.Джанелидзе, Российская военно-  
медицинская академия*

В Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе за период 2000–2001 гг. из 2100 пострадавших, поступивших с политравмой, повреждения органа зрения различной степени тяжести диагностированы у 390 (18%) пациентов, 15% составили тяжелые повреждения. В 32% случаев сочетанные повреждения глаз возникли в результате автотравмы. У большинства (5 человек из 8) получивших взрывные поражения были осколочные ранения одного или обоих глаз, у 3 пациентов — тяжелые. Почти половина пострадавших с тяжелыми травмами глаз (42%) поступила в состоянии шока.

Офтальмологическую помощь оказывали в комплексе с проведением неотложных мероприятий по жизненным показаниям. Диагностика поврежденных органа зрения у пострадавших с выраженным отеком, ранениями век и периорбитальной области нередко была затруднена из-за ограниченных возможностей применения рутинных методов исследования в условиях приемного отделения, противошоковой палаты, палаты интенсивной терапии, операционных, когда помощь ассистентов ограничена. Использование налобного бинокулярного офтальмоскопа (НБО-2, -3) в большинстве случаев позволило выявить изменения как переднего, так и заднего отделов глазного яблока даже при некотором нарушении прозрачности преломляющих сред.

При необходимости информацию по размеру гемофтальма и состоянию сосудистой и сетчатой оболочек дополняли данными ультразвукового исследования.

Рентгенографию глазниц (выявление переломов стенок орбиты, локализацию внутриглазных рентгеноконтрастных инородных тел) выполняли непосредственно в противошоковой палате или в палате интенсивной терапии в положении пострадавшего на спине (по Балтину — Ициксону в нашей модификации).

Исходя из характера и тяжести повреждений органа зрения, назначали согласованную с другими специалистами медикаментозную терапию:

местное введение антибиотиков и кортикостероидов, средств, улучшающих микроциркуляцию, и определяли срочность оперативного вмешательства.

Срочное офтальмохирургическое пособие выполняли в случаях, угрожающих зрительным функциям, а также способствующих развитию тяжелых осложнений ран смежных областей (ранения глазницы и трансорбитальные черепно-мозговые ранения, «напряженные» ретробульбарные гематомы, вызывающие нарушение кровообращения в центральной артерии сетчатки и сосудах зрительного нерва, прободные раны глазного яблока, отрывы и разрывы век).

Первичную хирургическую обработку прободных ран глазного яблока проводили в оптимальном объеме одномоментной микрохирургической обработки (ленин- и витректомию, удаление внутриглазных инородных тел, ретинопексия сетчатки, интраокулярное введение газа). Дренажные ретробульбарные гематомы дополняли наружным кантолизисом с офтальмоскопическим контролем восстановления гемоциркуляции в центральной артерии сетчатки. С отсрочкой 7–14 дней при тяжелых контузиях производили витректомию в случаях нерассасывающегося гемофтальма, ревизию и пластику стенок орбиты.

Операции выполняли после выведения раненых из шока при стабилизации витальных функций, через 4–6 часов. Только у 6% пациентов, нуждавшихся в офтальмохирургической помощи, она была отложена на 2–3 суток в связи с развитием полиорганной недостаточности.

Отсроченные операции планировали в зависимости от риска и времени развития осложнений со стороны поврежденных смежных областей (нагноений ран челюстно-лицевой области, травматических менингоэнцефалитов, а также тяжелых осложнений травматической болезни), которые развиваются у 35–40% пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Пострадавших с сочетанными и множественными повреждениями, нуждающихся в срочных оперативных вмешательствах на нескольких областях тела, оперировали в составе специализированных бригад (совместно с нейрохирургами, челюстно-лицевыми хирургами) или последовательно в ходе одного наркоза. При выполнении ряда операций характер повреждения глаз уточняли, используя методы интраоперационной диагностики.

Высокий уровень реаниматологической и анестезиологической помощи, постоянная готов-

ность сотрудников операционного блока давали возможность оказывать офтальмохирургическую помощь на современном уровне при различных повреждениях органа зрения. Своевременная, в адекватном объеме оказанная офтальмологическая помощь позволила избежать развития тяжелых внутриглазных и орбитальных гнойных осложнений и в 78% случаев тяжелых повреждений глаз восстановить зрительные функции и добиться хороших функциональных и косметических исходов.

### ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В.Б.Мосягин

*Городская больница № 26, Санкт-Петербург*

У больных с патологией внепеченочных желчных протоков можно условно выделить три варианта хирургической тактики.

По первому варианту осуществляли лечение 65 больных с холедохолитиазом без нарушения оттока в двенадцатиперстную кишку. В этой группе выполнялось одно- и двух этапное лечение в зависимости от размеров холедоха, конкрементов и времени постановки диагноза.

Хирургическое лечение в один этап применяли у больных с расширением общего желчного протока более 1 см. Двухэтапное лечение использовали при нерасширенном холедохе. Если холедохолитиаз устанавливали во время операции, то выполняли лапароскопическую холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду — Пиковскому.

По второму варианту лечили 53 пациентов с холедохолитиазом и билирубинемией, не превышающей 100 мкмоль/л. Тактика лечения в этом случае зависела от наличия патологии большого дуоденального сосочка (БДС). У больных без изменений БДС лечение выполнено в один этап: лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Керу или по Холстеду — Пиковскому. При поражении БДС хирургическое лечение осуществляли в два этапа.

По третьему варианту осуществляли лечение 21 больного с наиболее тяжелой патологией внепеченочных желчных протоков и содержанием сывороточного билирубина более 100 мкмоль/л. Прогрессирование печеночной недостаточности в этой группе диктовало применение трехэтапно-

го хирургического лечения. На первом этапе выполнялась декомпрессия желчной гипертензии, на втором — санация внепеченочных желчных протоков, на третьем — лапароскопическая холецистэктомия.

Таким образом, комплексное использование различных методов малоинвазивной хирургии позволяет выполнить необходимый объем хирургического вмешательства у больных с желчнокаменной болезнью, осложненной патологией внепеченочных желчных путей.

### ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

В.Б.Мосягин

*Городская больница № 26, Санкт-Петербург*

Острый панкреатит (ОП) остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Особое место в плане выбора хирургической тактики занимает лечение ОП, сочетающегося с холецистолитиазом. По клиническим проявлениям выделяли две группы больных: в 1-й группе преобладала симптоматика острого холецистита, во 2-й группе — симптоматика ОП. Окончательно диагноз устанавливался после биохимических исследований крови, ФГДС, УЗИ и компьютерной томографии.

У больных 1-й группы (с преобладанием клинической картины острого холецистита) в большинстве случаев лапароскопическая холецистэктомия выполнялась в первые 24 часа от поступления. При лапароскопии оценивали наличие, количество и характер выпота в брюшной полости, состояние стенки желчного пузыря, наличие фибрина и стеатонекроза. В бессосудистой зоне желудочно-ободочной связки вскрывали сальниковую сумку для оценки изменений поджелудочной железы. Выявление участков деструкции ее паренхимы, распространение процесса на забрюшинную клетчатку являлись показаниями для перехода к лапаротомии.

После пункции желчного пузыря и последующей холецистэктомии дренирование брюшной полости осуществляли по следующей схеме: если количество выпота в брюшной полости не превышало 200 мл, имелись единичные очаги стеатонекроза, то силиконовый дренаж диаметром 1 см вводили в сальниковую сумку через Винслово отверстие и выводили с помощью троакара по пра-

вой передней аксиллярной линии. Подпеченочное пространство дренировали вторым силиконовым дренажом диаметром 5 мм по среднеключичной линии.

Если выпот имел геморрагический характер, выявлялись множественные очаги стеатонекроза большого сальника и поджелудочной железы, то дренирование сальниковой сумки дополняли вторым силиконовым дренажом диаметром 1 см, который подводили с помощью троакара в левом подреберье по передней подмышечной линии. Малый таз дренировали в левой и правой подвздошных областях. Способ дренирования холедоха зависел от данных интраоперационной холангиографии.

Во 2-й группе больных (с преобладанием клинической картины ОП) лечение начинали с инфузионной и антибактериальной терапии. По показаниям выполнялась ЭПСТ. При отсутствии положительной динамики в течение 48 часов от поступления, производили лапароскопию, определяли объем и способ выполнения операции. У ряда пациентов консервативная терапия была успешной, что позволило выполнить операцию в холодном периоде.

Оперированы 45 больных с острым холецистопанкреатитом: 26 пациентов 1-й группы и 19 пациентов 2-й группы — в возрасте от 24 до 76 лет. Длительность операции в среднем составила 95,5 мин. Осложнения отмечены у 5 больных. Во всех случаях выполнены релапароскопия и клипирование культи пузырного протока. Летальных исходов не было.

Таким образом, эндовидеохирургическая техника при отсутствии очагов деструкции поджелудочной железы и поражения брюшинной клетчатки позволяет выполнить операцию при остром холецистопанкреатите в полном объеме.

#### ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

В.Б.Мосягин

Городская больница № 26, Санкт-Петербург

Лапароскопические операции выполняются в Городской больнице № 26 с 1993 г. За это время с использованием эндовидеохирургической техники произведено 5496 холецистэктомий, у 997 больных вмешательство предпринято по поводу острого холецистита. Острый катаральный

холецистит отмечен у 59 пациентов, деструктивные формы заболевания — у 112 человек, острый обтурационный холецистит (эмпиема и водянка желчного пузыря) — у 433 больных. В 256 случаях желчный пузырь был в инфильтрате, причем у 11 пациентов имелся перивезикулярный абсцесс. У 137 больных острый холецистит сочетался с острым панкреатитом и холангитом. Деструктивные формы острого холецистита не являлись противопоказанием к выполнению операции.

В первые 24 часа от поступления прооперированы 86,4% пациентов. Удачным вмешательство было у 988 (99%) пациентов, в 9 случаях потребовалось произвести лапаротомию (у 4 больных вследствие нечеткой топографо-анатомической картины, у 4 больных — из-за невозможности выделить желчный пузырь из инфильтрата). У одной больной развилось неконтролируемое кровотечение.

Умер один пациент 68 лет, у которого в первые сутки после операции развился острый инфаркт миокарда.

Сроки пребывания больных в стационаре составили в среднем  $3,93 \pm 1,1$  дня (от 2 до 18 дней), продолжительность операции —  $60,22 \pm 13,39$  мин (от 25 до 135 мин).

Таким образом, применение лапароскопического метода у больных с острым холециститом способствует оптимизации лечебного процесса, снижению количества послеоперационных осложнений и летальности. При нечеткой топографо-анатомической картине в области гепатодуоденальной связки показано проведение лапаротомии.

#### РОЛЬ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ МАЛЫХ ГОРОДОВ РФ (ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ)

А.И.Нихоношин

Станция скорой медицинской помощи Саткинского района, г. Сатка, Челябинская область

В современных условиях роль скорой медицинской помощи (СМП), в том числе и в малых городах РФ, неуклонно возрастает. Для коренного улучшения качества оказания скорой медицинской помощи недостаточно создания унифицированных рекомендаций по ее оказанию. Не-

обходима разработка единой концепции развития службы и принятие Закона о скорой медицинской помощи.

Настоятельной необходимостью для станций СМП малых городов является возврат к приоритетному формированию службы. Для этого нужно выделить (как это было ранее) в бюджете страны (области, района) финансирование СМП отдельной строкой; запретить секвестр бюджета СМП и финансировать ее по медико-экономическим стандартам или, в крайнем случае, в соответствии с Программой государственных гарантий; перевести станции СМП на финансирование как из средств бюджета, так и средств ФОМС; повысить ответственность МЗ РФ, начальников управлений здравоохранением, глав регионов и территорий за состояние службы СМП и ее своевременное финансирование.

Для повышения качества и эффективности работы службы назрела необходимость в улучшении подготовки кадров; сокращении сроков между циклами последипломной подготовки с 5 до 3 лет; повышение заинтересованности сотрудников СМП в результатах своей работы.

Наконец, необходимо решить ряд организационных вопросов, направленных на укрепление управления службой СМП и повышение ее координирующей роли в регионах, централизацию службы СМП в районах; улучшение взаимодействия СМП с муниципальными службами в условиях чрезвычайных ситуаций.

Экстренная медицинская помощь должна быть приоритетным видом медицинской помощи.

### ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю.А.Овасапян, В.П.Серов, А.Т.Пучков,  
В.А.Борисова, М.Э.Гурарий

Станция скорой и неотложной медицинской помощи  
им.А.С.Пучкова, Москва

Целью работы явилась комплексная клинико-гемодинамическая оценка применения стрептокиназы (СК) на догоспитальном этапе. Критериями включения в исследование (1-я группа) были типичный ангинозный приступ длительностью от 20 до 120 минут, подъем сегмента *ST* на ЭКГ более 0,2 мВ (не менее чем в двух смежных отведениях) при отсутствии известных противопоказа-

ний к введению СК. В эту группу вошли 196 больных с острым инфарктом миокарда.

Контрольную (2-ю) группу составили 124 больных с острым Q-инфарктом миокарда, у которых тромболитическая терапия (ТЛТ) была осуществлена только в стационаре в течение 4–6 часов от начала приступа.

ТЛТ проводилась на фоне адекватного обезбоживания и перорального приема ацетилсалициловой кислоты. При наличии выраженной артериальной гипертензии (больше 160/100 мм рт. ст.) предварительно осуществлялась ее коррекция внутривенным введением обзидана или проксодолола. Для профилактики развития аллергических осложнений применяли преднизолон в дозе 90–120 мг.

СК вводили внутривенно по следующей схеме: 500 000 ЕД в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида в течение 5 мин, затем 1 000 000 ЕД в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида капельно в течение 40–60 мин с обязательным постоянным мониторингом сердечного ритма. Для оценки эффективности ТЛТ анализировали сроки и степень возврата сегмента *ST* на ЭКГ к изоэлектрической линии, госпитальную летальность и частоту развития осложнений, связанных с применением СК.

У 20 пациентов 1-й группы и 36 пациентов 2-й группы проводились коронароангиография и эхокардиография в 1-й и на 28-й день лечения.

В 1-й группе нормализация сегмента *ST* на ЭКГ произошла у 61% больных, причем у 21% — к моменту доставки в стационар. Во 2-й группе нормализация сегмента *ST* наблюдалась только у 39% больных. При регистрации ЭКГ у 2 больных этой группы сегмент *ST* находился на изоэлектрической линии, по-видимому, в результате спонтанной реперфузии.

По данным коронароангиографии, у больных 1-й группы окклюзия инфаркт-связанной артерии отсутствовала в 88% случаев, тогда как во 2-й группе — в 50% случаев. Фракция выброса у пациентов 1-й группы оказалась выше, чем у больных 2-й группы, на 5,7%. У 20 пациентов (10%) отмечена умеренная артериальная гипотензия в виде снижения систолического артериального давления не более, чем на 15% от исходного.

Зарегистрированы один случай ускоренного идиовентрикулярного ритма с частотой желудочковых сокращений 92 в 1 минуту и один случай неустойчивого пароксизма желудочковой тахикардии. Частота возникновения желудочковых экстрасистол низких градаций не превышала

25%. Геморрагические и иные осложнения в данной группе больных отсутствовали. В течение пребывания в стационаре у больных 1-й группы зарегистрирован один случай геморрагического инсульта, один случай желудочно-кишечного кровотечения, 2 случая кровоточивости десен. Аритмические реперфузионные осложнения наблюдались у 32% больных.

Госпитальная летальность в 1-й группе больных составила 6,6%, тогда как во 2-й группе — 8,7%.

Результаты исследования подтвердили высокую эффективность раннего применения ТЛТ у больных с острым инфарктом миокарда. При этом на догоспитальном этапе лечения не было выявлено ни одного случая развития серьезного осложнения.

Таким образом, проведение тромболитической терапии при остром инфаркте миокарда на догоспитальном этапе способствует более благоприятному течению заболевания, снижению госпитальной летальности, характеризуется низким риском возникновения осложнений и может быть рекомендовано для применения медицинскими бригадами скорой медицинской помощи, оснащенными дефибриллятором и аппаратурой для мониторинга сердечного ритма.

### ПРОБЛЕМА ОПТИМИЗАЦИИ ТРАНСПОРТНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА МЕЖГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В КРУПНОМ РЕГИОНЕ

В.С.Овчинников, Д.Н.Стешин, Д.Г.Володин

*ГУЗ Волгоградская областная детская клиническая  
больница*

Определяли пути снижения риска ухудшения состояния детей при транспортировке. Проанализировано 395 случаев перегоспитализации детей в тяжелом и крайне тяжелом состоянии в возрасте от 1 суток до 2 месяцев (по данным Реанимационно-клинического центра Волгоградской детской клинической больницы). Транспортировка осуществлялась на расстояние до 400 км.

В 139 (35,2%) случаях при транспортировке проводили ИВЛ (замещающую, высокочастотную или поточную), в остальных случаях — оксигенотерапию. В 281 (71,14%) случае транспортировка производилась с постоянной инотропной поддержкой. Осложнения, прямо или косвенно связанные с транспортировкой, было отмечено

в 13,7% случаев. В 24 (44,4%) случаях отмечены дисконнекция, экстубация, интубация одного бронха. Летальность в группе перегоспитализованных детей в 1–3-и сутки поступления в стационар составила 8,1%.

При осуществлении межгоспитальной транспортировки тяжелобольных детей следует обращать внимание на наличие технически адаптированного для транспортировки детей раннего возраста оснащенного рабочего места анестезиолога-реаниматолога (реанимобиль); подготовку кадров (врачей, сестер-анестезисток, водителей); возможную предтранспортировочную стабилизацию состояния детей; наличие транспортной иммобилизации или фиксации тела в физиологическом положении, обязательную ненаркотическую анальгезию с медикаментозной седацией; мониторинг жизненно важных показателей; профилактическую или замещающую респираторно-кислородную поддержку, соблюдение температурного режима тела ребенка и дыхательной смеси.

### ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Ф.Озеров, В.В.Архипов, В.А.Негрей, В.П.Асеев  
*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи  
им.проф.И.И.Джанелидзе*

В последние годы состояние и организация скорой медицинской помощи стали одними из важнейших приоритетов социальной политики в Санкт-Петербурге, так как разрушение системы диспансеризации и ограниченная доступность лекарственных препаратов привели к хронизации течения заболеваний и увеличению потребности в экстренной медицинской помощи, на долю которой приходится около 70% всей госпитальной помощи.

Удовлетворение потребности города в основных видах экстренной медицинской помощи (хирургической, травматологической, гинекологической, урологической, терапевтической, неврологической) обеспечивают круглосуточные дежурства 28 стационаров различной ведомственной подчиненности. Около 70% нагрузки несут крупные многопрофильные больницы (около 10 000 коек).

Многопрофильные стационары отличаются от больниц малой мощности более высокой технической оснащенностью, большим количеством

специализированных отделений и персонала, более интенсивным использованием коечного фонда, лучшими результатами оказания помощи.

Совершенствование экстренной медицинской помощи на госпитальном этапе в Санкт-Петербурге заключается в поэтапном переводе всех основных ее видов в крупные многопрофильные стационары по зональному принципу, оказании ее по единым стандартам, на основе тарифной политики, стимулирующей интенсивное использование коечного фонда.

Базовые принципы реформы госпитального этапа экстренной медицинской помощи включают в себя:

- сокращение длительности пребывания пациентов в стационарах путем внедрения принципа этапности лечения;
- расширение объема помощи в первые сутки после поступления;
- применение малоинвазивных технологий в ургентной практике;
- разделение территории города на зоны и формирование потоков госпитализации в многопрофильные стационары;
- создание модели современного стационара скорой помощи;
- разработку и принятие единых медико-экономических стандартов оказания экстренной медицинской помощи;
- формирование экономически ориентированной системы оплаты и тарифной политики.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОПОСТАВИМЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ АНАЛИЗЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА

В.А.Попов

*Российская военно-медицинская академия,  
Санкт-Петербург*

У 215 пациентов с деструктивными процессами в брюшной полости и 267 пациентов с травмой живота были изучены 137 клинико-лабораторных показателей с использованием современных статистических методов обработки информации. Все больные и пострадавшие были разделены на две группы.

В группу с декомпенсацией жизненно важных функций вошли 54 (25,1%) больных с деструктивными процессами и 111 (41,6%) пациентов с травмой живота.

Пациенты с клиническими проявлениями декомпенсации достоверно отличались от больных контрольной группы по систолическому и диастолическому давлению, частоте пульса, наличию белка в моче, ряду показателей иммунитета. Так, у пострадавших с травмой живота при компенсированном и декомпенсированном состояниях содержание общих Т-лимфоцитов было соответственно в 2 и 18 раз, а активных Т-лимфоцитов — в 2 и 11 раз ниже их количества в норме.

Летальность у декомпенсированных больных с деструктивными процессами составила 64,15%, а при травме живота — 72,56%, что было в 3 и 11 раз выше, чем при компенсированном состоянии.

Разработаны алгоритмы (таблицы) индивидуальной оценки состояния основных жизненно важных систем на догоспитальном этапе и в хирургических стационарах [Кзаков И.П., 1988], которые используются в НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе и на Санкт-Петербургской станции скорой медицинской помощи. Точность диагностики при применении алгоритмов с использованием ограниченного количества клинических признаков составляла 78,3–81,7%. При использовании простейших лабораторных показателей точность диагностики увеличивается до 93%.

Использование указанных алгоритмов позволило уже на догоспитальном этапе выделять больных и пострадавших, нуждающихся в проведении ранней инфузионной терапии. Использование предложенных критериев диагностики в стационарах позволяет уточнить объем и содержание инфузионной терапии и способствует улучшению исходов заболевания.

Для сравнительной оценки результатов лечения перитонитов различной этиологии необходимо использовать сопоставимые показатели из алгоритмов (таблиц) индивидуальной оценки состояния пациентов.

### ОСТАНОВКА НАРУЖНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЖГУТОМ С ДОЗИРОВАННЫМ СДАВЛЕНИЕМ КОНЕЧНОСТЕЙ

В.А.Попов, В.А.Емельянов, Ю.И.Питенин

*Российская военно-медицинская академия, ПТГО  
«Север», Санкт-Петербург*

В период Великой Отечественной войны неостановленные наружные кровотечения на поле боя явились причиной смерти 32,6% раненых.

В 1986 г. среди раненых в Афганистане в результате массивной кровопотери погибли 25,4% военнослужащих.

Для остановки наружных кровотечений до настоящего времени используют жгут Эсмарха или ленточный жгут. Известно, что этим жгутам присущи общие недостатки: они не позволяют регулировать давление на ткани, их использование в течение более 2 часов приводит к развитию осложнений (турникетный шок, парезы и параличи периферических нервов), они не могут быть использованы самим раненым одной рукой. Известны также жгуты с манометрами для определения силы давления, винтами, пружинами, рычагами. Эти жгуты сложны по конструкции, громоздки и не могут быть использованы без посторонней помощи.

Нами совместно с ПТГО «Север» в 1988 г. разработан и применен на поле боя в Афганистане жгут с дозированным сдавлением конечности, который может быть наложен самим раненым одной рукой. Особенностью жгута является то, что он выполнен из эластичной ленты с фиксирующими средствами и имеет рисунок, изменяющийся при приложении усилия (прямоугольник, превращающийся в квадрат, или эллипс, превращающийся в круг). Усилие, при котором изменяется рисунок, установлено опытным путем. Один тур наложенного жгута создает давление на ткани, равное 4,5 кг.

На начальном конце жгута имеется острый крючок (для фиксации к одежде раненого) со штырем для фиксации каждого растянутого тура, на конце жгута — крючок для закрепления неиспользованного конца жгута. Ширина жгута — 3,5 см.

Установлено, что систолическое артериальное давление в стрессовой ситуации на поле боя может достигать 180–200 мм рт. ст. Поэтому для остановки кровотечения достаточно сдавления с давлением, равным 300 мм рт. ст. Используя специальную формулу, позволяющую определить количественную связь между артериальным давлением и количеством туров жгута для разных сегментов конечностей, нами определено, что для дозированного сдавления плеча и предплечья необходимо наложение 2–3, голени — 3–4, бедра — 4–5 туров эластичного жгута.

В эксперименте показаны сохранение жизнеспособности мышечной ткани и нервных структур, менее выраженная активация анаэробного гликолиза, обеспечивающие жизнеспособность тканей даже при 6-часовой экспозиции жгута.

Разработанный жгут был применен на поле боя у 22 раненых с длительностью экспозиции от

2 до 6 часов у 19 человек, от 5 до 8 часов — у 3 человек и в условиях работы бригад скорой помощи у 14 пострадавших. Осложнений после снятия жгута не было.

Представляется целесообразным производство предложенного жгута для нужд скорой медицинской помощи и медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации.

### РОЛЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.П.Попов, О.В.Колясников, Ю.В.Трушников, Л.П.Рогожина

*Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области, Екатеринбург*

В учреждениях скорой медицинской помощи (СМП) Свердловской области работают 2533 врача и средних медицинских работников, из них фельдшера составляют 82,6%. Врачебные бригады организованы только в крупных городах области. В 1999 г. 65% фельдшеров не имели сертификатов специалиста и квалификационных категорий. Более половины фельдшеров не проходили усовершенствование по специальности в течение 10–20 лет. 90% руководителей станций и отделений СМП не имели подготовки по вопросам организации здравоохранения. Экспертная оценка карт вызовов выявила существенные недостатки в оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Службу СМП области курирует отдел организации скорой помощи, входящий в структуру территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) Свердловской области. Одним из основных направлений деятельности отдела является учебная работа. Основное внимание уделяется последипломной подготовке фельдшеров СМП отдаленных и сельских территорий.

По вопросам подготовки и усовершенствования среднего медицинского персонала для службы СМП отдел работает совместно с областным медицинским колледжем. С учетом роли службы медицины катастроф (Приказ Министерства здравоохранения РФ № 380 от 27.10.2000 г.) основные приоритеты отданы вопросам оказания экстренной медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС). Занятия проводятся в форме деловых игр, в ходе которых отрабатываются алгоритмы действий сотрудников

СМП при различных видах ЧС и неотложных состояниях.

Совместно с областным медицинским колледжем наши специалисты подготовили аттестационные программы для фельдшеров СМП. С 1999 г. на базе ТЦМК работает областная аттестационная комиссия для средних медицинских работников СМП.

В современных условиях последипломного обучения, проводимого 1 раз в 5 лет, явно недостаточно. В связи с этим особое внимание мы уделяем выездной учебной работе в отдаленные сельские районы области. На базах центральных районных больниц (ЦРБ) специалисты ТЦМК проводят учебно-методические семинары для сотрудников СМП.

Впервые за много лет по инициативе ТЦМК был организован цикл повышения квалификации главных врачей и заведующих отделениями СМП области. В настоящее время идет подготовка к проведению такого же цикла для старших фельдшеров отделений СМП.

В результате учебной деятельности ТЦМК за последние 3 года число аттестованных средних медицинских работников СМП увеличилось в 2 раза. 30% руководителей станций и отделений СМП получили сертификаты организаторов здравоохранения. Существенно улучшилось качество оказания скорой медицинской помощи.

Основным результатом деятельности в последипломной подготовке сотрудников СМП является формирование единой идеологии оказания экстренной медицинской помощи.

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

В.А. Попов, Е.А. Пышков, Ю.А. Савина

*Российская военно-медицинская академия, Технологический институт, Санкт-Петербург*

Одной из основных причин смерти после экстренных операций на желудочно-кишечном тракте является несостоятельность швов кишечных анастомозов. Известна также сложность выполнения операций при травме паренхиматозных органов, связанная с трудностями эффективного гемо-, пневмо- и холестаза и пластического закрытия больших раневых поверхностей. Это приводит, в частности, к увеличению частоты сплен- и нефрэктомии. Нерешенным вопросом остается

пластика обширных дефектов париетальных и висцеральных листков плевры и брюшины.

Указанные обстоятельства привлекают внимание хирургов к возможности использования в неотложной хирургии клеевых композиций. Основными требованиями к таким композициям являются высокая адгезивность, биологическая совместимость и биодegradация их в послеоперационном периоде. В то же время распространенные цианакрилатные клеи (ЦК) производства США, Германии, Японии не в полной мере обладают этими качествами.

Гидрофобность ЦК, необходимость высушивания места аппликации агрессивными жидкостями, быстрое стекление на поверхности, опасность раннего отторжения клеевой пленки с возобновлением кровотечения, некробиотические изменения в тканях вызывают разочарование и определяют необходимость поиска средств, лишенных этих недостатков.

Разработанный нами латексный тканевой клей (ЛТК) отличается гидрофильностью, высокой адгезивностью, быстрой полимеризацией с образованием тонкой (0,1 мм) прочной прозрачной эластичной пленки, не деформирующей ткани. Стоимость исходного продукта ЛТК на несколько порядков ниже ЦК. Для удаления токсических примесей и повышения биосовместимости ЛТК был проведен его диализ через полупроницаемую мембрану, рН стабилизировали буферным раствором, в состав композиции были включены  $\epsilon$ -аминокапроновая кислота и димексид.

При морфофункциональных исследованиях, проведенных в динамике после аппликации ЛТК на печень, почки, селезенку и тонкую кишку, выявлена биосовместимость ЛТК, отсутствие местной агрессивности и общетоксического действия.

Предварительные данные электронной спектроскопии, стереомикроскопии показали начальные явления дегградации ЛТК после месячной экспозиции его пленки в изотоническом растворе, в бульоне с ассоциацией кишечной микрофлоры.

При пластике раневых дефектов печени, почек, селезенки и легкого в эксперименте на 20 собаках выявлено, что аппликация ЛТК обладает надежным гемо- и холестатическим эффектом, не вызывает образования спаек и не оказывает местного повреждающего действия. У всех животных отмечено гладкое течение послеоперационного периода. У 15 собак проведено укрепление с помощью ЛТК однорядных швов кишечных анастомозов при резекциях тонкой и толстой кишки. Осложнений после операций не отмечено.

У 30 белых крыс энтеро-энтероанастомоз на толстой кишке был укреплен ЛТК, одновременно у животных создавали модель прогрессирующего перитонита. Животные погибали на 5–7-е сутки, однако несостоятельности анастомозов отмечено не было.

Таким образом, экспериментальные доклинические испытания ЛТК показали перспективность его применения в неотложной хирургии.

## ПРИНЦИПЫ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ШОКОГЕННОЙ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Л. Радужкевич, А.А. Чурсин

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, АНО «Центр догоспитальной медицинской помощи», г. Воронеж*

В последние десятилетия отмечаются рост травматизма и изменения в его структуре. Увеличивается количество тяжелых повреждений, осложненных кровопотерей, шоком, нарушениями жизненно важных функций. Поэтому особое значение при оказании скорой медицинской помощи приобретает фактор времени.

Согласно концепции «золотого часа», время с момента получения тяжелой травмы до начала оказания квалифицированной помощи не должно превышать 60 минут. В то же время оценка качества диагностики показывает, что при сочетанных травмах около 25% умерших обследуются не полностью, а 10% — с опозданием.

Для оценки состояния пострадавшего с сочетанной и множественной травмой приходится учитывать большое количество факторов. Нередко сочетание двух или более тяжелых повреждений затрудняет определение ведущей, доминирующей травмы.

Предлагаем варианты принятия решений при поступлении в стационар больных с шокогенной сочетанной и множественной травмой.

Дежурный врач приемного отделения проводит первичное обследование. При терминальном состоянии персонал приемного отделения приступает к сердечно-легочной реанимации.

На основании данных первичного осмотра врач приемного отделения диагностирует шокогенную сочетанную или множественную травму, экстренно созывает консилиум и решает вопрос о необходимости вызова реанимационной бригады.

Консилиум должен состоять из ведущих специалистов (анестезиолога-реаниматолога, нейрохирурга, травматолога, хирурга и др.) по профилю выявленных повреждений, в нерабочее время — из ответственных дежурных врачей.

Все диагностические и неотложные лечебные мероприятия должны проводиться указанными специалистами одновременно.

При проведении детального обследования действия должны быть направлены на оценку общего состояния пострадавшего и диагностику шока, острой дыхательной недостаточности, неврологических расстройств; диагностику повреждений внутренних органов груди и живота; выявление повреждений позвоночника, таза; выявление переломов длинных трубчатых костей, внутрисуставных переломов, отслойки кожи и клетчатки; определение характера и объема повреждения мягких тканей.

После детального обследования консилиум выделяет ведущее повреждение и вырабатывает тактику ведения пострадавшего.

После выделения ведущих повреждений и оценки состояния принимается решение о направлении пострадавшего в операционную, отделение реанимации или специализированное отделение.

Предложенный подход к принятию решений по ведению больных с сочетанной и множественной травмой позволит снизить количество лечебно-диагностических ошибок.

## СОСТОЯНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

М.В. Руденко, Л.П. Круглова

*МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва*

Служба скорой медицинской помощи (СМП), являясь важным звеном современной медицины критических состояний, стоит перед рядом проблем, от решения которых зависит ее дальнейшее развитие.

Прежде всего необходимо признать, что СМП, будучи звеном в цепи оказания первичной помощи населению, не может и не должна рассматриваться обособленно от другой составляющей — амбулаторно-поликлинической службы, с одной стороны, и экстренной стационарной помощи — с другой. По нашему мнению, многие существующие проблемы СМП тесно связаны с этими службами и зависят от них.

До настоящего времени концептуально не определены приоритетные и одновременно реальные задачи, которые должны и могут быть реализованы службой СМП. Призванная осуществлять экстренную интенсивную медицинскую помощь в критических для жизни ситуациях, доставлять пациентов к месту оказания специализированного лечения, служба СМП вынужденно расходует силы и средства на выполнение несвойственных ей функций — оказание медицинской помощи хроническим больным (до 60–70% от общего количества вызовов в Московском регионе), компенсируя тем самым несостоятельность амбулаторно-поликлинической службы, а также выполнение различных перевозок (до 30–40% от общего количества выездов).

Практическое упразднение больниц скорой помощи привело к тому, что приемные отделения зачастую не в состоянии обеспечить преемственный прием тяжелых больных, что нередко усугубляет их состояние.

Отсутствие общепринятых унифицированных рекомендаций по оказанию экстренной помощи на догоспитальном этапе при наличии образовательных требований по подготовке врачей СМП (квалификационная характеристика, унифицированная программа последипломного образования) порождает разночтения и весьма вольное отношение к трактовке объема необходимой помощи.

До настоящего времени не определена оптимальная структура СМП. Представляется, что в нашей стране наиболее эффективными могут оказаться специализированные бригады СМП. Врач в этом случае выступает в роли консультанта. Кроме того, зарубежный опыт показал целесообразность комплектования подобных бригад врачами и фельдшерами стационаров неотложной помощи, поочередно (по принципу ротации) работающих на догоспитальном и госпитальном этапе.

К сожалению, исторически сложилось так, что служба СМП является одной из наиболее уязвимых в кадровом отношении медицинских специальностей. Это относится как к укомплектованности, так и к уровню квалификации персонала. Специфические условия работы на СМП, сравнительно низкий рейтинг среди других медицинских специальностей, низкие социальная защищенность и заработная плата при значительных трудовых затратах привели к высокой текучести кадров.

Проблема профессиональной подготовки работников СМП (врачей, фельдшеров) сегодня

является одной из ведущих. Фельдшеры, являющиеся, по сути, основным звеном службы СМП, не получают необходимой подготовки по оказанию экстренной медицинской помощи.

Не лучше обстоит дело и с подготовкой врачей СМП. Действующие в настоящее время учебные программы высшей школы не учитывают специфики неотложных состояний и необходимости практической подготовки по реанимации и интенсивной терапии. Лишь отчасти, с периодичностью 1 раз в 5 лет, этот пробел компенсируется на циклах последипломного усовершенствования.

Отсутствие современного тренажерного оборудования для обучения методам интенсивной терапии и сердечно-легочной реанимации крайне осложняет задачу практической подготовки персонала СМП, делает ее малоэффективной. Назрела необходимость в оснащении современными тренажерами и манекенами не только учебных заведений, но и станций СМП.

Качественные изменения в организации оказания экстренной медицинской помощи могут быть достигнуты только при комплексном реформировании всего первичного звена здравоохранения в целом, начиная с амбулаторно-поликлинического этапа, решения «собственных» проблем СМП и заканчивая стационарами неотложной помощи.

### РОЛЬ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В.В.Руксин

*Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования*

В структуре потерь трудового потенциала населения сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность в Российской Федерации занимают одно из первых мест, однако в настоящее время практически не уделяется внимания их профилактике.

В условиях современной социально-экономической ситуации, помимо необходимости возвращения к традиционным методам первичной и вторичной профилактики, для больных с высоким риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний или их осложнений необходимо искать новые, активные, в определенной степени чрезвычайные направления профилактики. Таким должно стать еще одно профилактическое направление — неотложная профилактика.

Неотложная профилактика включает в себя:

1) экстренные мероприятия по предупреждению развития неотложного кардиологического состояния при резком увеличении риска его возникновения (перед неизбежной чрезмерной физической, эмоциональной или гемодинамической нагрузкой, хирургическим вмешательством; при ухудшении течения сердечно-сосудистого заболевания, анемии, гипоксии и т. п.);

2) комплекс мер самопомощи, применяемых больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями при возникновении неотложного состояния по предварительно разработанной врачом индивидуальной программе;

3) максимально раннюю и минимально достаточную неотложную медицинскую помощь с использованием соответствующих рекомендаций в типичных клинических ситуациях и обоснованным отклонением от них в остальных случаях;

4) дополнительные экстренные лечебные мероприятия по предотвращению развития осложнений неотложных кардиологических состояний, прежде всего необратимых, таких как смерть или инфаркт (миокарда, мозга, легкого).

Очевидно, что роль врача скорой медицинской помощи в осуществлении неотложных профилактических мероприятий чрезвычайно велика. Именно врачи скорой помощи, оказывающие экстренное медицинское пособие, могут и должны давать пациентам обоснованные рекомендации по самопомощи в аналогичных urgentных ситуациях.

Так, при оказании экстренной помощи по поводу острого повышения артериального давления врачу скорой медицинской помощи следует подобрать эффективное и безопасное сочетание титрованных гипотензивных средств, с тем чтобы на практике продемонстрировать больному с артериальной гипертензией, как он может оказать себе самопомощь в аналогичной ситуации.

Применение у пациентов такой апробированной программы самопомощи позволит не только уменьшить количество обращений в службу скорой помощи по поводу повышения артериального давления, но и снизить вероятность развития таких осложнений острой артериальной гипертензии, как геморрагический инсульт, инфаркт миокарда, отек легких.

Для предотвращения развития необратимых осложнений неотложных кардиологических состояний (сердечно-сосудистых катастроф) большое значение имеет оказание максимально ранней и минимально достаточной медицинской по-

мощи с использованием соответствующих рекомендаций в типичных клинических ситуациях и обоснованным отклонением от них в остальных случаях.

При наличии показаний врач скорой медицинской помощи должен использовать дополнительные неотложные профилактические лечебные мероприятия.

Содержание неотложных профилактических мероприятий подробно изложено в книге «Неотложная профилактика сердечно-сосудистых катастроф».

### О СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.В.Рыбачков, А.А.Чумаков, Р.Х.Павлычев,  
А.К.Уткин, Е.Н.Кабанов  
*Ярославская государственная медицинская академия*

Совершенствование службы скорой медицинской помощи (СМП) оказывает самое непосредственное влияние на результаты лечения неотложных состояний. На современном этапе основной задачей службы СМП являются оказание больным и пострадавшим экстренной медицинской помощи и доставка их в стационар в кратчайшие сроки для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Для выполнения подобной задачи требуется хорошая теоретическая и практическая подготовка персонала СМП.

Согласно нашим данным, результаты научных исследований не оказывают существенного влияния на уровень профессиональной подготовки врачебного состава скорой помощи. На догоспитальном этапе принимается во внимание не более 5% данных, полученных после завершения научных исследований.

Для достижения достаточного уровня теоретической и практической подготовки врачей СМП целесообразно осуществлять додипломную подготовку студентов на выпускающих кафедрах в соответствии с программами по хирургическим и внутренним болезням, педиатрии, акушерству и гинекологии. Продолжительность первичной подготовки врачей СМП должна соответствовать продолжительности циклов по основным клиническим дисциплинам для студентов-выпускников.

Последипломная подготовка и переподготовка врачей СМП должна проводиться на клиниче-

ских кафедрах на базе больниц скорой медицинской помощи. При этом основное внимание следует уделять работе в приемном отделении.

С учетом выполняемых функций работа СМП должна в основном выполняться фельдшерскими бригадами. Врачебные бригады должны иметь профильную направленность и преимущественно использоваться для проведения интенсивной терапии.

Подготовка фельдшеров скорой помощи, по-видимому, должна проводиться аналогичным образом по соответствующим программам.

### ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК АСПЕКТ ПРАВ ПАЦИЕНТА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОПЫТ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОМПАНИИ «АСКО-ВАЗ» Г. ТОЛЬЯТТИ)

О.В.Савельев, В.П.Миляков, А.Е.Мищерин

*Станция скорой медицинской помощи, страховая медицинская компания «АСКО-ВАЗ» г. Тольятти, Самарская область*

Государственные гарантии медицинской помощи застрахованному населению должны обеспечивать оптимальное использование средств, выделенных на оказание качественной медицинской помощи. Оптимизации медицинской помощи способствует проведение постоянного контроля качества медицинской помощи (КМП) в медицинских учреждениях с последующим созданием протоколов, стандартизирующих процесс оказания медицинской помощи.

Контроль КМП департаментом здравоохранения г. Тольятти в течение последних 5 лет получил свое развитие благодаря объединению усилий участников системы медицинского страхования. Результатом создания системы контроля КМП явилась возможность проведения экспертных оценок деятельности медицинских учреждений по наиболее значимым задачам. Основой являлось изучение КМП, оказываемой пациентам различными профильными бригадами скорой медицинской помощи (СМП) при ургентных состояниях.

Указанная задача решалась методом экспертных оценок с привлечением врачей страховой компании «АСКО-ВАЗ», получивших соответ-

ствующую подготовку по методологии проведения экспертизы КМП, разработанной в Санкт-Петербургском Центре Качества и Квалификации под руководством профессора В.Ф.Чавпецова.

На основании результатов проводимой экспертизы администрацией станции СМП подготавливались управленческие решения, направленные на повышение КМП. Результаты экспертизы позволяли определить рейтинги бригад и отдельных врачей СМП, оценить эффективность лечебно-диагностических протоколов и формуляров.

Так, при экспертизе 406 случаев оказания СМП сравнительный анализ деятельности различных по профилю бригад показал, что риск ухудшения состояния пациентов наиболее высок у врачей реанимационной бригады, а риск неоптимального использования ресурсов выше всего в неврологической бригаде. Изучение структуры КМП указало на то, что наибольшее количество случаев ненадлежащего качества оказания СМП (IV класс) встречается в реанимационной и неврологической бригадах. При этом врачебные ошибки, следствием которых является неполное использование ресурсов лечения, также были обнаружены у врачей реанимационной и неврологической бригад.

При анализе структуры врачебных ошибок экспертами были выделены наиболее характерные. Для реанимационных бригад 79% таких ошибок заключались в неприменении обезболивающих препаратов, глюкокортикоидных гормонов, новокаиновых блокад. Кроме того, врачами реанимационных бригад в 14% случаев использовались не показанные препараты.

Врачи неврологических бригад в 66% случаев всех ошибок лечения применяли не показанные препараты. В 33% случаев ошибки были связаны с тем, что не вводились показанные лекарственные средства.

Для линейных бригад типичны (62% всех ошибок лечения) ошибки применения не показанных лекарственных препаратов. Реже встречалось назначение противопоказанных лекарственных препаратов.

Наибольшее количество случаев надлежащего качества оказания помощи (53%) было у врачей кардиологических бригад, а наименьшее (29%) — у врачей реанимационных бригад.

Расчет нормированных показателей рисков свидетельствует о том, что их отклонения не превышают 3 сигмы, иначе говоря, система стабильна. При этом худшие показатели имеют реанимационная и неврологическая бригады.

«Диаграмма Паретто» демонстрирует, что общий показатель оказания помощи ненадлежащего качества на СМП в 38% случаев определяется ошибками врачей линейных бригад, в 26% — врачей реанимационных бригад, в 16% — врачей кардиологических бригад, и в 14% — врачей неврологических бригад.

При последовательном устранении ошибок у врачей линейных и реанимационных бригад показатели КМП станций СМП могут улучшаться на 65%, а при устранении ошибок в работе врачей кардиологических бригад — еще на 16%.

По результатам экспертизы подготавливаются рекомендации по составлению лечебно-диагностических формуляров, уменьшающих возможность врачебных ошибок в дальнейшем.

### СТРУКТУРА, УРОВЕНЬ И ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

В.В.Салеев, В.В.Когаринов

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

На базе Республиканской больницы ветеранов войн Республики Марий Эл, имеющей в своем составе отделение скорой медицинской помощи (СМП), изучали структуру, уровень и особенности обращений населения старше 60 лет за скорой медицинской помощью в 1997–2001 гг.

В ходе исследования методом сплошной выборки по составленной программе было обработано по 5150–5600 карт вызовов за каждый год. Установлено, что доля вызовов СМП к пациентам старше 60 лет во все годы превышала 85%.

На основании анализа полученных данных установлено, что уровень обращаемости за исследуемый период времени увеличился с 1251 до 1421 на 1000 населения в год (на 11,4%).

Установлена зависимость обращаемости от увеличения возраста больных. Частота вызовов бригад СМП к больным старше 60 лет в 1997–2001 гг. составила 47,5–48,3%, при этом некоторые из них вызывали бригады СМП по нескольку раз в год: от 1 до 4 раз в год — 41,2–42,6% больных; 5–10 раз в год — 2,9–3,2% больных; 11–20 раз — 0,6–0,7% больных; 21–30 раз — 0,25–0,3%; более 30 раз — 0,21–0,25% больных.

Установлено, что высокая частота повторных обращений в основном обусловлена обострением хронических заболеваний. В частности, из 44 человек, которые обращались за СМП более 10 раз, 20 пациентов вызывали бригаду по поводу приступов бронхиальной астмы, 10 человек — по поводу нарушений сердечного ритма.

Таким образом, увеличение обращаемости за СМП связано с увеличением среднего возраста больных, распространенностью хронических заболеваний.

### О ПОДГОТОВКЕ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ВРАЧЕЙ И ФЕЛЬДШЕРОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ

П.М.Скляров, В.Г.Кушнарев, А.В.Тараканов,  
М.Ю.Гилевич, М.С.Соболева, Л.В.Климова

*Государственный медицинский университет,  
больница скорой медицинской помощи № 2,  
г. Ростов-на-Дону*

На основании анализа работы 75 медицинских бригад скорой медицинской помощи (СМП) в городе с населением более 1 млн жителей следует признать, что скорая помощь должна оставаться врачебной, а роль специализированных бригад — возрастать.

В настоящее время в медицинских вузах подготовка студентов по специальности «Врач скорой помощи» малопродуктивна. Подготовку врача СМП следует начинать с интернатуры или клинической ординатуры на кафедрах скорой помощи факультетов повышения квалификации (ФПК) и продолжать на циклах усовершенствования с привлечением профильных кафедр ФПК.

Переподготовку врачей других специальностей по СМП рационально проводить с учетом их базовой специальности по профилю специализированных бригад (терапевтов — по кардиологии, хирургов — по травматологии и др.).

Необходимо принятие закона «О скорой медицинской помощи» и введение научной специальности «Скорая помощь».

Врачей специализированных бригад СМП следует готовить на собственных профильных кафедрах ФПК.

Вполне оправдано сохранение фельдшерских бригад СМП.

Подготовку фельдшеров СМП рационально проводить на базе клинических больниц, на областных и краевых курсах усовершенствования.

## ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

И.А.Смирнов

*Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России, Москва*

Опыт организации и оказания медицинской помощи при авариях и катастрофах (в том числе и в военных конфликтах), происшедших за последнее десятилетие в России, убедительно свидетельствует о том, что при своевременном оказании пораженным первой медицинской и доврачебной помощи число безвозвратных потерь значительно снижается.

Согласно данным статистики, подавляющими причинами гибели пораженных в очагах катастроф и стихийных бедствий, в том числе и в локальных вооруженных конфликтах, являются тяжелая механическая травма, шок, кровотечение, а также нарушение функции внешнего дыхания. При этом по обобщенным данным до 40% пострадавших погибают в течение первого часа, 60% — через 3 часа, и в случае задержки помощи на 6 часов после получения травматического повреждения погибают до 95% тяжелопораженных.

Очевидно, что обучение спасателей и населения методике оказания первой медицинской помощи имеет первостепенное значение при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Первая медицинская помощь представляет собой комплекс простейших медицинских мероприятий, выполняемых на месте поражения (в очаге) или вблизи от него самими пострадавшими в порядке само- и взаимопомощи, а также персоналом аварийно-спасательных формирований с использованием табельных и подручных средств для спасения жизни и предупреждения развития у пораженных тяжелых осложнений.

Оптимальный срок оказания первой медицинской помощи — до 30 мин после получения травмы (при остановке дыхания это время сокращается до 5–10 мин). Важность фактора времени подчеркивается тем, что у пострадавших, получивших первую медицинскую помощь в течение первых 30 мин после травмы, осложнения возникают в 2 раза реже, чем у тех, которым помощь была оказана позже. По данным ВОЗ, каждый 20-й из 100 погибших в результате несчастных случаев в мирное время мог бы быть спасен, если бы первая медицинская помощь была оказана ему на месте происшествия.

Содержание конкретных мероприятий первой медицинской помощи зависит от поражающих фак-

торов ЧС и характера повреждения. Так, при ЧС с преобладанием механических поражающих факторов проводятся следующие мероприятия:

- извлечение или освобождение пораженных из-под завалов, транспортных средств и т. д.;

- восстановление проходимости верхних дыхательных путей (удаление из ротовой полости инородных предметов — комков земли, выбитых зубов, сгустков крови; проведение искусственной вентиляции легких методом «изо рта в рот» или «изо рта в нос»;

- временную остановку наружного кровотечения всеми доступными методами (пальцевое прижатие сосуда на протяжении, наложение давящей повязки, жгута и т. п.);

- придание пораженному выгодного физиологического положения;

- непрямой массаж сердца;

- наложение повязок (желательно асептических) на раневые и ожоговые поверхности;

- иммобилизацию конечностей при переломах, обширных ожогах и размозжениях мягких тканей, фиксацию туловища к доске или щиту при травмах позвоночника, обезболивание (анальгетики и седативные препараты);

- обильное теплое питье (при отсутствии рвоты и данных, свидетельствующих о травме органов брюшной полости) с добавлением чайной ложки питьевой соды и поваренной соли на литр жидкости и др.

В очагах поражения с преобладанием термической травмы в дополнение к перечисленным мероприятиям проводятся вынос пораженного из очага пожара, тушение горящей одежды, укутывание чистой простыней и согревание, особенно в холодное время года.

При ЧС, сопровождающихся выбросом в окружающую среду опасных химических веществ (ОХВ), мероприятия первой медицинской помощи сводятся к следующим:

- защита органов дыхания, зрения и кожи от непосредственного воздействия на них ОХВ (использование средств индивидуальной защиты, ватно-марлевых повязок, укутывание лица влажной марлей, полотенцем, носовым платком и т. д.);

- вынос (вывоз) пораженного из местности, зараженной ОХВ;

- при попадании ОХВ в желудок — обильное питье для беззондового промывания желудка, прием молока, сорбентов;

- частичная санитарная обработка открытых участков тела проточной водой с мылом или 2% раствором соды;

- частичная дегазация одежды и обуви;
- эвакуация населения из района загрязнения и оказание первой медицинской помощи в ходе эвакуации.

Правильно оказанная первая медицинская помощь играет важную роль в спасении жизни пострадавших и предотвращении возникновения осложнений.

### ВЫБОР СПОСОБА РАННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

В.А.Соколов, Е.И.Бялик

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

Тактика лечения, выбор времени и способа стабилизации переломов длинных костей конечностей зависят от тяжести состояния пострадавшего, характера перелома и степени повреждения мягких тканей конечности, травматичности предполагаемого оперативного вмешательства, наличия инфекционных и неинфекционных осложнений.

За период с 1996 по 2001 гг., придерживаясь тактики ранней оперативной иммобилизации переломов, мы лечили 172 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, у которых было 212 переломов (96 открытых и 116 закрытых) длинных костей конечностей.

Показаниями к раннему остеосинтезу, в первую очередь, служили переломы бедра и открытые переломы длинных костей конечностей.

При тяжести полученных повреждений по шкале ISS менее 25 баллов и наличии закрытых и открытых I степени простых (косых и поперечных) диафизарных переломов выполняли погружной остеосинтез штифтами Кюнчера (32 операции). Если перелом был оскольчатый или сочетался с метафизарным или внутрисуставным переломом, то производили накостный остеосинтез пластинами (16 операций). При открытых переломах II–III степени производили остеосинтез аппаратами наружной фиксации (54 операции).

Если степень тяжести повреждений была от 25 до 41 балла по шкале ISS, то при простых закрытых и открытых диафизарных переломах I–II степени производили закрытый или полужакрытый остеосинтез гвоздями (28 операций); при оскольчатых и сложных переломах — остеосинтез блокирующими гвоздями (13 операций). При сочетании закрытого диафизарного перелома с метафизарным или вну-

трисуставным, а также наличии открытых III степени переломов осуществляли первичную хирургическую иммобилизацию перелома путем наложения аппаратов наружной фиксации (18 операций).

При степени тяжести повреждений более 41 балла по шкале ISS при любых переломах производили хирургическую иммобилизацию аппаратами наружной фиксации (10 операций) или вовсе отказывались от проведения ранней операции ввиду отрицательного прогноза больного на выживание.

Такая тактика раннего оперативного лечения переломов длинных костей конечностей позволила сократить летальность с 27% до 20,6%, количество инфекционных и неинфекционных осложнений — с 49,2% до 32,4%, добиться лучших функциональных исходов лечения у этой тяжелой категории пострадавших.

### ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЗВЕНА КАК ЧАСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Е.А.Спиридонова

*Научно-практический центр экстренной медицинской помощи, Москва*

В настоящее время не вызывает сомнений целесообразность госпитализации пострадавших с травматическими повреждениями различной степени тяжести в крупные многопрофильные стационары, где возможно круглосуточное оказание разносторонней медицинской помощи, в том числе специализированной. При этом на догоспитальном этапе необходимо решить следующие задачи: медицинскую сортировку; неотложные меры по восстановлению и поддержанию жизненно важных функций; подготовку пострадавшего к транспортировке, корректную транспортировку пострадавшего в стационар в кратчайшие сроки.

Период догоспитального медико-санитарного обеспечения включает в себя три подэтапа. **Первый подэтап** — нахождение пострадавшего или группы пострадавших в замкнутом пространстве; **второй подэтап** — от момента извлечения пострадавшего до передачи его медицинским работникам; **третий подэтап** — до госпитализации пострадавшего в профильное лечебное учреждение. Выделение этих подэтапов более точно отражает особенности квалифицированной медицинской помощи в догоспитальном периоде.

Более того, это подразделение подчеркивает этапность организации экстренной медицинской

помощи в очаге и вне очага чрезвычайной ситуации (ЧС). В очаге ЧС разведка, поисково-спасательные работы, извлечение пострадавших выполняются персоналом поисково-спасательных отрядов. На первом подэтапе первая медицинская помощь может быть оказана лишь в некоторых случаях в порядке само- и взаимопомощи; на втором подэтапе — персоналом поисково-спасательных отрядов; третий подэтап подразумевает, что пострадавший находится вне очага ЧС и ему может быть оказана первая медицинская и первая врачебная помощь (с элементами квалифицированной и специализированной).

При ограниченном числе медицинских работников и большом числе пострадавших особое значение имеет медицинская сортировка. Обязательное и четкое выполнение принципов медицинской сортировки позволяет повысить эффективность медицинской помощи на догоспитальном этапе, однако увеличивает ее продолжительность.

#### «ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР» В СИСТЕМЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Е.А.Спиридонова

*Научно-практический центр экстренной медицинской помощи, Москва*

Роль «человеческого» фактора в ведении пациента с политравмой чрезвычайно высока. В связи с этим особое внимание следует обращать на обстоятельства, существенно ухудшающие результаты лечения. К ним прежде всего относятся отсутствие информации о точном механизме травмы или о биомеханике отдельных повреждений, отвлечение внимания медицинского персонала происходящими событиями.

В эту группу входит тяжелое повреждение, которое не может быть сразу выявлено, или маскировка тяжелого повреждения под легкое, когда внимание медицинского персонала акцентируется, например, на кровоточащей ране, а опасные повреждения внутренних органов не диагностируются. Сюда же относятся технические трудности при выполнении диагностических и лечебных манипуляций, неверная интерпретация результатов обследования, а также недостаточный опыт персонала, оказывающего экстренную медицинскую помощь. В эту категорию может быть отнесен и так называемый «двухсторонний височный феномен», который был исследован у пилотов, когда они упрямо следуют однажды проложенно-

му маршруту без обдумывания альтернативных вариантов, что может привести к катастрофе.

Перечисленные выше обстоятельства показывают необходимость систематической работы по поддержанию у медицинского персонала практических навыков с использованием тренажеров, манекенов, видеоматериалов, обучающих и тестирующих компьютерных программ под руководством высококвалифицированных специалистов.

Не менее важны командно-штабные и тактико-специальные учения с последующим детальным разбором как правильных, так и неправильных действий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. На учениях есть возможность отрабатывать вопросы взаимодействия медицинских сил и средств.

Представляется целесообразным включение раздела «Медицина катастроф» в программу подготовки персонала выездных бригад скорой медицинской помощи.

#### НАРУШЕНИЯ ОСМОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Л.Л.Стажадзе, Е.А.Спиридонова, С.А.Федотов, С.В.Сенчуков

*Научно-практический центр экстренной медицинской помощи, Москва*

Проведена оценка показателей расчетной осмолярности у двух групп пострадавших с сочетанной травмой: основной и контрольной. Формирование групп осуществлялось на основании ретроспективной оценки полноты проведения интенсивной терапии на догоспитальном этапе.

На момент поступления в стационар концентрация глюкозы в плазме крови составила в основной группе  $8,62 \pm 2,1$  ммоль/л, в контрольной группе —  $8,9 \pm 1,9$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ); концентрация мочевины —  $7,6 \pm 2,21$  ммоль/л и  $8,5 \pm 4,5$  ( $p < 0,01$ ); концентрация натрия —  $148,4 \pm 5,4$  ммоль/л и  $150,2 \pm 6,2$  ( $p < 0,01$ ); расчетная осмолярность —  $299,7 \pm 8,4$  ммоль/л и  $301,1 \pm 7,4$  ммоль/л ( $p < 0,01$ ) соответственно.

Анализ полученных данных показал, что у больных с тяжелой сочетанной травмой имеет место повышение расчетной осмолярности. Отмечены умеренные гипернатриемия и гипергликемия, которые были выше у больных контрольной группы.

Наши исследования показали, что к моменту поступления в стационар у больных с тяжелой сочетанной травмой сформирован гиперосмолярный синдром, причем его выраженность находится в прямой зависимости от степени предполагаемой кровопотери. Важно подчеркнуть, что представленные данные демонстрируют эффективность использования метода гемодилюции в основной группе больных. «Слагаемым» выявленного нами гиперосмолярного состояния являлось повышение концентрации натрия и глюкозы в сыворотке крови, что получило отражение в увеличении расчетной осмолярности.

Увеличение концентрации осмотически активных веществ в плазме крови может быть связано не только с их образованием в результате травматических повреждений и особенностей стрессорной реакции, но и с нарушением экскреторной функции почек вследствие гипотензии и сниженного сердечного выброса. Другим фактором, играющим существенную роль в развитии гиперосмолярного синдрома при сочетанной травме, сопровождающейся шоком, является значительное уменьшение содержания жидкости в сосудистом русле в ответ на кровопотерю, что влечет за собой снижение концентрации белков, и прежде всего альбуминов.

Кровопотеря характеризуется гипоальбуминемией, а следовательно и снижением коллоидно-осмотического давления плазмы крови, которое приводит к выраженному перераспределению жидкости и нарушает механизмы компенсации гиповолемии на ранних стадиях шока. Возникающие при этом нарушения транскапиллярного обмена жидкости являются одной из причин ухудшения метаболизма.

Ранее, уже на догоспитальном этапе, использование метода умеренной гемодилюции является обязательным условием коррекции нарушений осмотического гомеостаза.

#### **АНАЛИЗ 2-СУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Л.Л.Стажадзе, Е.А.Спиридонова, С.А.Федотов,  
В.Г.Махнев

*Научно-практический центр экстренной  
медицинской помощи, Москва*

Проведен анализ 2-суточной летальности у 216 пострадавших основной группы и 396 пострадавших контрольной группы. Формирование групп осуществлялось на основании ретроспективной

оценки полноты проведения интенсивной терапии на догоспитальном этапе. Основную группу составили пациенты, у которых интенсивная терапия на догоспитальном этапе была признана эффективной.

Анализ летальности показал, что в первые 6 часов она составила в основной группе 6,9%, в контрольной группе — 7,3%; в период от 6 до 12 часов — 0,7% и 7,7%; в период от 12 до 24 часов — 0,92% и 1,77%; в период от 24 до 48 часов — 1,85% и 2,28% соответственно.

Отсутствие существенной разницы в летальности в основной и контрольной группах связано с выраженностью травматических повреждений, значительной кровопотерей, нарушениями гомеостаза.

Летальность в период от 6 до 12 часов в основной группе была значительно (на 7%) ниже, чем в контрольной группе, что может свидетельствовать об эффективности лечебных мероприятий на догоспитальном этапе. Крайне важно, что в этих случаях больному успевают оказать специализированную медицинскую помощь, прежде всего хирургическую, что потенциально увеличивает возможность выживания пострадавших.

Среди причин, ухудшающих прогноз, в обеих группах следует отметить отек головного мозга, острую сердечно-сосудистую и полиорганную недостаточность.

Исследование выявило, что около 80% летальных исходов приходится на первые 12 часов после травмы. Больше половины пострадавших погибают в течение первых 6 часов. Остальные 20% летальных исходов приходится на период с 12 до 48 часов, причем большее их количество приходится на конец 2-х суток. Подобная тенденция описана в литературе и, по-видимому, связана с осложнениями тяжелой травмы. Реальные перспективы снижения летальности связаны прежде всего с ранней профилактикой развития осложнений тяжелой травмы, и прежде всего полиорганной недостаточности.

#### **АНАЛИЗ ОШИБОК БРИГАД СКОРОЙ ПОМОЩИ, ДОПУЩЕННЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ**

Л.Н.Старостина, А.В.Цыбин, Т.Н.Провинцева,  
Т.П.Коновалова, М.И.Волков, Л.Ю.Сахаров  
*Станция скорой медицинской помощи, г. Самара*

В течение 2001 г. врачами станции СМП г. Самары было выполнено 2890 вызовов к больным

с острыми аллергическими реакциями; из них доставлено в ЛПУ 814 (28,17%).

Проведена экспертная оценка 152 карт вызова к больным с аллергическими отеками и крапивницей за апрель 2001 г. В 130 (85,5%) случаях выявлены дефекты качества оказания экстренной медицинской помощи.

В 20,4% случаев анамнез заболевания был собран не полностью (не описаны начало и развитие патологического состояния, аллергологический анамнез, терапия до прибытия бригады СМП и ее эффект). В 26,7% случаев неполно или неточно описаны основные проявления патологического состояния.

В 69,4% случаев формулировка диагноза не соответствовала общепринятой. В 38,7% случаев диагноз не был обоснован имеющимися клиническими данными. Наиболее часто встречались случаи гипердиагностики.

В 52,2% случаев были выявлены ошибки в проведении лечебных мероприятий.

Экстренная госпитализация была показана, но не предлагалась в 9 случаях (4,34%) аллергического отека и в 5 случаях (4,5%) генерализованной крапивницы.

Только в 14 (8,1%) случаях экспертиза карт вызова не выявила дефектов качества оказания скорой медицинской помощи.

Таким образом, среди ошибок, допущенных при оказании скорой медицинской помощи больным с аллергическими реакциями, преобладают дефекты сбора информации, диагностические и лечебные ошибки.

В большинстве случаев ошибки обусловлены отсутствием единого алгоритма действий медицинских работников у пациентов с аллергическими реакциями.

### АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Л.И.Тараканова

*Петрозаводский государственный университет*

Значимость службы скорой медицинской помощи постоянно возрастает в связи с увеличением количества несчастных случаев, травм и отравлений.

В Республике Карелия с населением 977 964 человека скорую медицинскую помощь (СМП)

населению оказывают 44 отделения и пункта СМП, станция СМП города Петрозаводска и отделение санитарной авиации Республиканской больницы.

Всего в 2000 г. выполнено 337 522 вызова, в Петрозаводске — 90 425 вызовов. По сравнению с 1995 г. увеличилось количество вызовов на внезапные заболевания, несчастные случаи и перевозки.

Вызовов на несчастные случаи в республике было 28 266 (8,4% от числа всех вызовов скорой помощи), в городе Петрозаводске — 11 334 (11,4%).

Среди несчастных случаев в городе Петрозаводске 85,1% приходится на травмы, 10% — на отравления; по 0,1% — на отморожения и повешение; 0,01% — на утопление.

В 1999 г. случаев смерти больных до прибытия бригады СМП было 823, в 2000 г. — 963. Увеличилось количество задержек при направлении бригад на вызовы. Выездов бригады СМП позже 4 минут в 1999 г. было 692, в 2000 г. — 1282; выездов позже 15 минут в 1999 г. было 322, в 2000 г. — 641.

Для улучшения результатов оказания скорой медицинской помощи разработана целевая республиканская программа «Развитие скорой медицинской помощи в Республике Карелия на 2002–2004 годы». Основной целью программы является повышение оперативности и улучшение качества оказания скорой медицинской помощи.

### АМЛОДИПИН И МОКСОНИДИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

А.В.Тараканов, А.Д.Татарченко, Н.В.Карташова, Е.В.Кутовая, О.А.Дмитриева

*Медицинский университет. Больница скорой медицинской помощи, Ростов-на-Дону*

У 1190 больных пожилого и старческого возраста изучали эффективность сублингвального применения амлодипина и агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина при гипертензивных кризах (ГК).

Установлено, что наиболее адекватно изменения артериального давления отражают пульсовое и среднее давление. Показано различие жалоб и симптомов в различных возрастных группах. Монотерапия гипертензивных кризов амлодипином в дозе 10 мг сублингвально и моксонидином

в дозе 0,4 мг сублингвально является эффективным и безопасным способом улучшения основных параметров гемодинамики с регрессом основных симптомов ГК в течение 1-го часа криза.

ГК сопровождается повышением перекисного окисления липидов (ПОЛ) и содержания малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и эритроцитах, увеличением содержания в плазме крови оксида азота, повышением вязкости липидного бислоя и зон анулярных липидов в мембранах эритроцитов. Через 18–20 часов после применения амлодипина и моксонидина содержание внеэритроцитарного гемоглобина, уровень ПОЛ, концентрация МДА и микровязкость анулярных липидов в мембранах эритроцитов снижаются, продукция оксида азота увеличивается.

#### ИНФОРМАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.В.Тараканов, Я.З.Гринберг, Н.П.Милюткина,  
Н.В.Карташова, Е.В.Кутовая, Е.Г.Лось,  
И.Э.Шванке, Н.В.Пулкова

*Медицинский Университет, Государственный Университет, КБ «Ритм», Больница скорой медицинской помощи, Ростов-на-Дону, Таганрог*

Проведено комплексное изучение эффективности информационного метода лечения с помощью самоконтролирующего энерго-нейро-адаптивного регулятора (СКЭНАР).

На догоспитальном этапе СКЭНАР применялся для купирования гипертензивных кризов (ГК), стенокардии, выраженной цефалгии; в приемном отделении стационаров — для купирования ГК, резистентных к терапии на догоспитальном этапе.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что альтернативный немедикаментозный способ воздействия на регуляторные системы организма достоверно изменяет состояние мембран, баланс про- и антиоксидантной систем, приводит к положительным клиническим результатам.

Использование СКЭНАР в многопрофильной больнице позволяло получать удовлетворительные результаты в случаях, когда фармакологические и другие методы воздействия оказывались несостоятельными. Проведение СКЭНАР-терапии дает аддитивный эффект с другими методами лечения.

#### ПОДГОТОВКА ФЕЛЬДШЕРОВ В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Б.Трифонов, В.Н.Артемьев,  
М.П.Веревкина, С.И.Возлюбленный,  
В.А.Драчевский, В.В.Мамонтов

*Станция скорой медицинской помощи, Омский республиканский медицинский колледж, Омская государственная медицинская академия*

Основные задачи скорой медицинской помощи (СМП) на современном этапе заключаются в оказании больным и пострадавшим экстренной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в стационар в кратчайшие сроки.

Основную нагрузку по оказанию СМП можно возложить на фельдшерские линейные бригады. Однако результаты тестирования, проведенного лабораторией психофизиологического обеспечения Центра медицины катастроф, показали, что не более 30% сотрудников службы СМП способны в чрезвычайной ситуации принимать адекватные решения. Поэтому руководителей фельдшерских линейных бригад, способных быстро принимать правильные решения, необходимо целенаправленно готовить.

На завершающем этапе обучения в колледже фельдшер имеет право на выбор специальности. При формировании групп учащихся, получающих специальность «Фельдшер скорой помощи», с учетом результатов тестирования в лаборатории психофизиологического обеспечения Центра медицины катастроф следует отдавать предпочтение инициативным студентам, «лидерам».

Это позволяет проводить целенаправленную подготовку руководителей фельдшерских бригад скорой помощи.

#### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

С.Б.Трифонов, В.Н.Золотарев,  
С.И.Возлюбленный, В.А.Драчевский, В.В.Мамонтов

*Станция скорой медицинской помощи, Омская государственная медицинская академия*

В ближайшее время в службе скорой медицинской помощи (СМП) необходимо делать ставку как на врачебные, так и на фельдшерские бригады.

Для определения необходимого количества бригад СМП возможно использование усовершенствованной формулы, предложенной М.М.Месселем:

$$B = K \cdot t_{\text{обсл.}} : 720,$$

где  $B$  — количество бригад СМП;  $K$  — количество вызовов в сутки;  $t_{\text{обсл.}}$  — среднее время обслуживания вызова (мин); 720 — оптимальное время занятости бригады (мин) (50% рабочего времени).

Для учета плотности поступающих вызовов следует дополнить формулу поправочным коэффициентом  $f_{\text{max}}$  и  $f_{\text{min}}$ , т. е. коэффициентом отклонения плотности поступающих вызовов:

$$B_{\text{max}} = (K + K \cdot f_{\text{max}}) \cdot t_{\text{обсл.}} : 720;$$

$$B_{\text{min}} = (K - K \cdot f_{\text{min}}) \cdot t_{\text{обсл.}} : 720.$$

В сложившихся условиях работы службы СМП организация работы фельдшерских линейных бригад позволяет сохранить, а по отдельным показателям улучшить результаты оказания экстренной медицинской помощи.

## ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА В ДИНАМИКЕ

А.В.Тусеев, Б.П.Кудрявцев

*Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России, Москва*

Объективная оценка состояния пострадавших является условием правильного и своевременного лечения. В чрезвычайных ситуациях решение этой задачи приобретает особую актуальность, так как позволяет оперативно решить вопрос о неотложных лечебных мероприятиях, показаниях и противопоказаниях к эвакуации.

Поставленная задача может быть решена путем дополнения клинического диагноза объективной оценкой ответа регуляторных систем организма (симпатической и парасимпатической нервной системы). Методы, применяемые для объективной оценки состояния пострадавших, должны отвечать следующим требованиям:

- минимально достаточное количество подлежащих оценке признаков, характеризующих состояние основных регуляторных систем организма;
- независимая от врача обработка данных;
- возможность применять конкретные лечебные меры на основании полученных данных;

— неинвазивность методики.

Наиболее полно указанным требованиям соответствует метод, позволяющий оценить тяжесть состояния пострадавших по степени и характеру ответной реакции регуляторных систем организма — метод стандартизации тяжелых состояний (СТС).

С помощью метода СТС оценивают три переменные величины: ИН — индекс напряженности; ОП — обменный показатель;  $P_s$  — частоту пульса.

ИН характеризует степень централизации управления сердечным ритмом.

ОП характеризует числовое значение отношения интервалов  $Q - T$  и  $P - Q$  электрокардиограммы. Нормальные значения ОП для мужчин — 2,0–2,6, для женщин — 2,5–3,0.

Частота пульса оценивается по величине интервала  $R - R$  на ЭКГ.

По совокупности величин ИН, ОП и  $P_s$  создается диаграмма состояния пострадавших. Диаграммы сравнивают через необходимые промежутки времени для оценки динамики изменения состояния пострадавших.

Опыт применения метода СТС более чем у 200 пострадавших показывает, что анализ изменения показателей СТС позволяет оперативно оценить вероятность развития стресса, возникновения сердечно-легочных нарушений, нарушений метаболизма или гиповолемии.

Метод СТС может применяться при чрезвычайных ситуациях как на догоспитальном этапе, так и в стационарах.

## РАЗРАБОТКА БЫСТРОФИКСИРУЕМЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

В.Н.Филатов, И.С.Элькис, В.В.Рыльцев,  
Е.О.Медушева, М.Г.Вартапетов, В.А.Борисова,  
Н.В.Филатов

*ФГУП «НИИ текстильных материалов», Москва, Россия*

Биологически активные перевязочные материалы с иммобилизованными лекарственными веществами являются средством первого выбора при лечении ран и ожогов различного генеза. Раневые покрытия, в основе получения которых лежит метод химической иммобилизации, высокоэффективны, атравматичны, обладают пролонгированным действием и не вызывают аллергических реакций благодаря минимальной дозе действующего вещества.

Раневые покрытия в форме салфеток в основном предназначены для применения в условиях стационара. При оказании первой помощи, а также при массовом поражении людей более целесообразно использование быстрофиксируемых индивидуальных перевязочных средств. Такие изделия включают в себя три слоя: лечебный, впитывающий и фиксирующий.

Лечебный и впитывающие слои прилегают к поврежденной поверхности и могут быть выполнены из нескольких материалов:

- материала с уникальной впитывающей способностью с выраженным эффектом «неприклеивания» к раневой или ожоговой поверхности, сорбирующего кровь и отделяемое раны;

- диальдегидцеллюлозы с иммобилизованным протеолитическим ферментом трипсином, обладающим очищающим эффектом;

- диальдегидцеллюлозы с соимобилизованными трипсином и бактериолитическим ферментом лизоцимом (т. е. с антимикробным действием);

- диальдегидцеллюлозы с иммобилизованным ферментным комплексом микробного происхождения лизоамидазой, обеспечивающей протеолитическое, бактериолитическое и иммуностимулирующее действия.

Фиксирующий слой выполнен на основе эластичного бинта, который дополнительно оказывает дозированное компрессионное воздействие.

Указанные перевязочные средства успешно прошли апробацию на станции СМП Москвы.

#### **ОПЫТ УРАЛЬСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

А.А.Фокин, А.Е.Манойлов, В.Л.Дмитриев,  
В.А.Романенко, Д.Ю.Барыкин, И.А.Астахов,  
И.В.Вардугин, М.С.Рудковский

*Уральская государственная медицинская академия  
дополнительного образования, г. Челябинск*

Обучение специалистов по скорой медицинской помощи (СМП) является одним из направлений последипломного медицинского образования. Как известно, в медицинских вузах вопросы оказания СМП включены в учебные планы различных кафедр, что препятствует пониманию ее идеологии. В последипломном образовании этой проблемой занимаются профильные кафедры СМП, где разрозненные знания интегрируют в единую систему.

За десять лет работы на нашей кафедре неотложной медицины прошли обучение свыше 1500 врачей, из них 45 получили первичную специализацию, 22 — профессиональную переподготовку в ординатуре.

Для повышения эффективности обучения подготовка врачей СМП проводится совместно с кафедрой неотложной педиатрии нашей академии.

За 10 лет проведены 64 цикла тематического усовершенствования, 14 сертификационных циклов. В процессе усовершенствования использовались мультидисциплинарная стратегия, проблемное обучение, мультипрофессиональное обучение. Преподавание стало носить более активный и индивидуальный характер. Издано около десятка учебно-методических пособий и справочник по СМП, постоянно разрабатываются тестовые задания для учебных и контрольных целей, создана видеотека. Опубликовано 12 статей, посвященных проблемам дополнительного профессионального образования.

Базовыми принципами оказания СМП мы считаем синдромный подход, алгоритмизацию и этапность лечебного процесса. Основными нормативными документами для обучения по специальности «Скорая медицинская помощь», на наш взгляд, являются Постановление правительства РФ № 1096 от 11.09.89 г. «Об утверждении программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью»; Приказ МЗ РФ № 100 от 26.03.99 г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ»; квалификационные тесты по специальности «Скорая помощь», разработанные на кафедре неотложной медицины СПбМАПО с участием профильных кафедр РосМАПО и Уральской ГМАДО.

В целом эффективность подготовки специалиста по скорой медицинской помощи достигается непрерывным последипломным медицинским образованием.

Основой преподавания должны стать государственные лечебно-диагностические стандарты.

#### **ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ТКАНЕВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ БОЕВЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПУТЕМ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ РАСТВОРА ДИМИФЕНА ГОЛУБОГО**

Н.Ф.Фомин, И.П.Миннуллин, Х.Леманн  
*Российская военно-медицинская академия,  
Санкт-Петербург*

Диагностические возможности исследования эффективности периферического кровообра-

ния, в том числе на этапах оказания помощи раненым при боевых травмах конечностей, путем внутривенного введения препарата димифена голубого хорошо известны. Распространение этой высокоинформативной и простой в применении методики сдерживает развивающаяся окраска тела в голубой цвет, которая сохраняется не менее суток. Для уменьшения общего окрашивания тела и увеличения интенсивности окраски исследуемых тканей предложен способ введения небольших объемов красителя в регионарную артерию.

Для изучения возможности интраоперационного определения объемов и топографии необратимых изменений в тканях конечностей при минно-взрывных отрывах и разрушениях стопы и голени в эксперименте на 20 крупных собаках апробирован внутриартериальный путь введения растворов отечественного препарата димифена голубого. Спустя 3 часа после нанесения травмы пунктировали бедренную артерию на уровне паховой связки на стороне повреждения и в течение 30–40 секунд вводили 8–10 мл 10% раствора красителя.

Окрашивание тканей, снабжаемых кровью из бедренной артерии (средняя и нижняя трети бедра, голень, стопа), проходило в три фазы:

- 1) регионарная окраска (от нескольких секунд до 1–5 мин);
- 2) общая окраска с преобладанием регионарной (от 1–5 мин до 1,5–3 ч);
- 3) общая окраска без сохранения границ регионарной (от нескольких часов до 1,5 сут).

Применительно к основным задачам исследования с помощью данной методики было установлено, что основная тяжесть нарушения тканевого кровообращения в конечности при минно-взрывном отрыве стопы и нижней трети голени приходится на среднюю треть голени. На протяжении нескольких часов после подрыва на этом уровне отмечается полный блок тканевого кровообращения, за исключением микроциркуляции основания отсепарованных кожных лоскутов. В верхней трети разрушенного сегмента нарушения терминального кровообращения по глубине были дифференцированы.

В более неблагоприятных условиях кровоснабжения находились глубокие слои мышц, непосредственно примыкающие к берцовым костям, а также те мышцы, которые располагались рядом с сосудисто-нервным пучком голено-подколенного канала. Микроциркуляция в костях полностью отсутствовала на протяжении скелетиро-

ванной части диафиза вплоть до уровня проксимального метафиза. В кожно-фасциальных слоях, а также поверхностных мышцах существенных нарушений микроциркуляции в верхней трети голени не отмечалось.

В целом витальная внутриартериальная окраска тканей существенно упрощает решение одного из наиболее трудных вопросов хирургического лечения пострадавших с минно-взрывными отрывами и разрушениями конечностей — вопроса об уровне и способе ампутации поврежденных сегментов. Этот способ позволяет использовать в ампутационной технике сберегающие приемы и надежно дренировать контузионные участки ткани, остающиеся в культе конечности.

### ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТИВОШОКОВОГО КОСТЮМА «КАШТАН» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

С.Ю.Хабибулин, О.Ф.Душкин

*Станция скорой медицинской помощи г. Тольятти*

Проведен анализ результатов применения противошокового костюма (ПШК) «Каштан» на станции скорой медицинской помощи г. Тольятти с июня 2000 г. За это время ПШК «Каштан» использовался 9 раз: при травматическом шоке — 4 раза; при геморрагическом шоке — 3 раза; при токсическом шоке — 2 раза. Использование ПШК «Каштан» позволяло уменьшить объем инфузионной терапии, повышало эффективность предшествующей терапии.

Применение «Каштана» было возможным не только при травматическом шоке, но и при других видах шока.

В то же время при использовании ПШК «Каштан» возникают определенные проблемы с преемственностью лечения между догоспитальным и стационарным этапами лечения. Нерешенными остаются и вопросы обработки ПШК после его использования.

### ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Н.Хувафин, А.Ф.Власов, Г.А.Абдуллина,  
Ю.А.Лаврентьев

*Башкирский государственный медицинский  
университет, Уфа*

На кафедре скорой помощи и медицины катастроф с курсом термической травмы ИПО Баш-

кирского государственного медицинского университета накоплен 12-летний опыт подготовки врачей скорой медицинской помощи. Всего на кафедре прошли усовершенствование 2555 специалистов, в том числе 434 врача скорой помощи. Разработаны рабочие программы подготовки врачей для проведения одно-, полутора- и двухмесячных циклов, которые охватывают все основные неотложные состояния.

Кафедра одной из первых в РФ начала подготовку работников скорой медицинской помощи, врачей-интернов, в основном терапевтического профиля, участковых врачей и врачей сельской местности, врачей службы медицины катастроф, заведующих приемными отделениями стационаров для работы в чрезвычайных ситуациях, а также спасателей крупных промышленных предприятий республики.

Опыт работы кафедры показывает, что необходимости в додипломной подготовке студентов медицинских вузов по специальности «врач скорой помощи» нет. Студенты должны получить базовое образование врача-лечебника.

Необходима дополнительная подготовка врачей-интернов по диагностике и лечению неотложных состояний.

Для подготовки руководителей службы скорой медицинской помощи и проведения научных исследований по проблемам неотложной помощи следует использовать обучение в клинической ординатуре.

### ВОЗМОЖНОСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИНТЕРНАТУРЕ И КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ

С.Н.Хунафин, А.Ф.Власов, Г.А.Абдуллина,  
Ю.А.Лаврентьев

*Башкирский государственный медицинский  
университет, Уфа*

На кафедре скорой помощи и медицины катастроф с курсом термических поражений ИПО БГМУ разработана и осуществляется программа подготовки врачей-интернов и клинических ординаторов по специальности «Скорая медицинская помощь». Профессиональная подготовка занимает 94% времени состоит из 2 частей: теоретической и клинической — и включает в себя 2 этапа: госпитальный и догоспитальный (соотношение рабочего времени 2: 1).

В программу обучения включены вопросы организации работы скорой медицинской помощи,

знакомство с основными нормативными документами, а также вопросы организации службы медицины катастроф на примере деятельности республиканского центра.

Клиническая подготовка основана на курации больных в отделениях многопрофильного стационара, поликлинике и на станции скорой медицинской помощи, что позволяет врачам получить необходимые практические навыки.

Интерны и ординаторы могут посещать как отдельные лекции, так и прослушать полный курс лекций на циклах повышения квалификации врачей скорой медицинской помощи, участвовать в публикациях научных статей.

В конце обучения врачи-интерны и клинические ординаторы защищают курсовые работы, выполненные под руководством преподавателей кафедры, а также проходят итоговое тестирование, что позволяет не только контролировать их подготовку, но и давать обоснованные рекомендации по дальнейшей трудовой деятельности.

### ИМЕЮТСЯ ЛИ ПРЕИМУЩЕСТВА РАЗВИТИЯ ФЕЛЬДШЕРСКИХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

С.Н.Хунафин, А.Ф.Власов, Г.А.Абдуллина,  
Ю.А.Лаврентьев

*Башкирский государственный медицинский  
университет, Уфа*

Кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсом термической травмы ИПО БГМУ имеет тесную связь со службой скорой медицинской помощи (СМП) Республики Башкортостан. На кафедре проводится подготовка специалистов, аттестация и сертификация врачей по специальности «Скорая медицинская помощь», а также осуществляется ежегодный анализ результатов деятельности станции скорой медицинской помощи.

Наши наблюдения показывают, что удельный вес диагностических и тактических ошибок в фельдшерских бригадах СМП выше, чем во врачебных. Поэтому планируемое увеличение удельного веса фельдшерских бригад СМП приведет к снижению качества оказания экстренной помощи населению на догоспитальном этапе и увеличению количества случаев необоснованной госпитализации.

Последипломное обучение фельдшеров скорой помощи должно проводиться на профильных кафедрах структур последипломного образования вузов.

Одной из основных мер развития службы скорой медицинской помощи остается систематическое повышение квалификации врачей линейных и специализированных бригад, адекватное оснащение бригад СМП необходимым медицинским имуществом и лекарственными средствами.

### НУЖНЫ ЛИ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

С.Н.Хунафин, Ю.А.Лаврентьев, Д.М.Дмитриев,  
Г.А.Абдуллина, А.Ф.Власов, П.И.Миронов,  
Р.Р.Еликеев

*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Целью нашей работы является разработка методов научно-доказательной медицины в деятельности врача на догоспитальном этапе как определяющем выживании и качество жизни у больных и пораженных.

Последипломное непрерывное обучение (ПНО) врачей СМП на кафедре скорой помощи и медицины катастроф с курсом термических поражений ИПО БГМУ проводится с 1989 г. За время учебы каждый курсант представляет тематический реферат, который может быть опубликован.

Сотрудники кафедры привлекают курсантов и врачей СМП к участию в научно-практических конференциях и в работе ассоциации. На заседаниях ассоциации обсуждаются актуальные проблемы и результаты научных исследований.

Рефераты для аттестации также рецензируют сотрудники кафедры. При этом для успешной аттестации на высшую категорию врачу необходимо иметь научные работы.

Несмотря на ограниченную возможность проведения научных исследований на догоспитальном этапе, врачи СМП пытаются проводить научную работу и активно выступают с докладами на научно-практических конференциях.

### АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН УРГЕНТНЫХ НЕГРАВИДАРНЫХ МЕТРОРРАГИЙ

Ю.В.Цвелев, Н.Н.Рухляда, Г.А.Окишева  
НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе,  
Российская военно-медицинская академия,  
Санкт-Петербург

Для изучения основных причин ургентных негравидарных метrorрагий (УНМ) и информативности биоптатов, полученных различными мето-

дами, проанализированы гистологические диагнозы у 1717 пациенток с ургентными негравидарными метrorрагиями, результаты гистероскопии — у 123 женщин и результаты прицельной пункционной биопсии — у 22 женщин.

Для проведения анализа нами выделено 3 группы пациенток в зависимости от метода биопсии эндометрия и (или) миометрия: 1-я группа — кюретаж полости матки (1717 пациенток, 93,3%), 2-я группа — прицельная гистероскопическая биопсия эндометрия (123 пациентки, 6,7%), 3-я группа — пункционная биопсия миометрия (9 пациенток, 0,05%, или 7,3% от количества гистероскопий).

Установлено, что основной причиной УНМ являются гиперпластические процессы эндометрия. Гиперплазия эндометрия выявлена у 70,9% больных в 1-й группе и у 66,7% пациенток во 2-й группе. Выявление субмукозной миомы матки как причины УНМ при «слепом кюретаже» основывалось только на субъективных ощущениях и зависело от опыта гинеколога, визуализация миоматозного узла при гистероскопии позволяла диагностировать данное заболевание в 3 раза чаще.

Выполнение пункционной биопсии миометрия при подозрении на аденомиоз позволило подтвердить данный диагноз гистологически у 88,9% женщин.

Применение прицельной гистероскопической и пункционной биопсии тканей снизило частоту синдромных послеоперационных диагнозов в сравнении с кюретажем полости матки с 18,7% до 1,6%, т.е. в 10 раз, и привело к увеличению частоты совпадения предварительного и гистологического диагнозов с 4,3% до 86,9% случаев ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, высокая частота выявления аденомиоза (53,7%) как при гиперплазии эндометрия, так и при его атрофии позволяет говорить о высокой значимости данной патологии в генезе УНМ.

Гистероскопическая «щипковая» биопсия тканей эндо- и (или) миометрия позволяет верифицировать диагноз аденомиоза лишь при наличии выраженных гистероскопических симптомов и в то же время не дает возможности оценить степень распространения патологического процесса.

Гистероскопическая пункционная биопсия является единственным малотравматичным методом получения биоптата для гистологической верификации аденомиоза, что важно для сохране-

ния репродуктивной функции у пациенток. Данная методика позволит выявить различные формы аденомиоза, определить глубину его инвазии, оценить частоту возникновения неманифестных форм аденомиоза. Сочетание гистероскопии с прицельной биопсией эндометрия является оптимальным методом выявления причин УНМ, позволяя поставить правильный предварительный диагноз в 86,9% случаев.

### ПРИМЕНЕНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УРГЕНТНЫХ НЕГРАВИДАРНЫХ МЕТРОРРАГИЙ

Ю.В.Цвелев, Н.Н.Рухляда, Г.А.Окишева  
НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе,  
Российская военно-медицинская академия,  
Санкт-Петербург

Ведущее место в диагностике и лечении внутриматочных заболеваний занимает гистероскопия. Использование этой методики значительно изменило представление о патологии матки и эндометрия и причинах метrorрагий.

Оценивали эффективность гистероскопии в диагностике и хирургическом лечении ургентных негравидарных метrorрагий.

Обследованы 213 женщин, поступивших в НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе с диагнозом «Метrorрагия». В анализ вошли женщины с негравидарными маточными кровотечениями. Все обследованные больные разделены на две группы: 102 женщинам 1-й группы выполнено только диагностическое выскабливание и 111 больным 2-й группы — гистероскопия с последующим кюретажем. У 32 пациенток применяли газовую гистероскопию, у 79 женщин — гистероскопию с непрерывным током жидкости.

Во 2-й группе нам удалось верифицировать диагноз гиперплазии эндометрия у 72 (64,9%) женщин, признаки злокачественного изменения эндометрия выявлены у 4 больных; в одном случае причиной рефрактерных к терапии маточных кровотечений являлся фрагмент теменной кости плода после искусственного аборта на сроке 19 недель, находившийся в полости матки 13 месяцев.

При операционной гистероскопии прицельная биопсия выполнена у 88 больных, полипы эндометрия удалены у 22 пациенток, миомэктомия проведена у 5 пациенток, удаление костного фрагмента плода — у одной больной. В 7 случаях для осмотра полости было произведено рассечение

внутриматочных синехий, у одной больной удален фрагмент внутриматочного контрацептива. Косвенные признаки аденомиоза в ходе микрогистероскопии были выявлены у 66 больных.

Выполнение контрольной гистероскопии у женщин 2-й группы показало, что при гиперпластических процессах эндометрия после кюретажа полости матки неудаленные остатки ткани выявляются в 11% случаев, что может быть причиной продолжающихся кровянистых выделений, нарушений менструального цикла, развития воспалительных осложнений, повторных госпитализаций.

Необходимо отметить, что у пациенток 1-й группы в 7 случаях материала, полученного при биопсии, для гистологического исследования было недостаточно. Прицельная биопсия во 2-й группе во всех случаях позволила получить хорошо структурированные биоптаты, что повышало информативность морфологического исследования.

Таким образом, использование гистероскопии в диагностике ургентных негравидарных метrorрагий, в отличие от «слепого» кюретажа стенок полости матки, позволяет поставить морфологический диагноз, который в 85,6% случаев совпадает с результатами гистологического исследования.

Прицельная биопсия эндометрия и (или) миометрия, в сравнении с кюретажем полости матки, повышает достоверность морфологического диагноза.

Отмечена высокая частота встречаемости аденомиоза у больных с ургентными негравидарными метrorрагиями (48,6%). Гипердиагностика аденомиоза при гистероскопии встречалась в 59,5% случаев.

Применение микрогистероскопии с увеличением в 50 или в 100 раз позволяет более точно определить место забора материала для биопсии.

### МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

А.Д.Цивинский, В.Х.Кудашев  
Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования

Для улучшения результатов лечения у 56 больных с алкогольным абстинентным синдромом с длительностью злоупотребления этанолом от 3 до

20 лет исследовали особенности состояния вегетативной нервной системы (ВНС). Состояние ВНС оценивали по изменению содержания в плазме крови нейромедиаторов (адреналина, норадреналина, дофамина, серотонина, ацетилхолина), продуктов их метаболизма и показателей спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (САВСР).

Выявлено, что у больных с алкогольным абстинентным синдромом в течение первых 4 суток преобладает гиперактивация симпатического отдела ВНС (I фаза), в последующие 5–9-е сутки наблюдается гиперактивация и симпатического, и парасимпатического отделов ВНС (II фаза), на 10–20-е сутки (III фаза) отмечается преимущественная гиперактивация парасимпатического отдела ВНС; с конца 3-й недели (IV фаза) происходит нормализация основных показателей ВНС.

Полученные данные позволяют оптимизировать медикаментозную терапию в зависимости от активации того или иного звена ВНС на основе данных САВСР.

У больных в I фазе целесообразно использовать бензодиазепины, нейролептики, метадоксил, рибоксин, витамины В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, Е. Во II фазе помимо вышеперечисленных препаратов следует назначить центральные холинолитики. В III–IV фазе показаны бензодиазепины, центральные холинолитики, гептрал, леривон.

Использование дифференцированной медикаментозной терапии позволяет снизить продолжительность пребывания больных с алкогольным абстинентным синдромом в стационаре.

### НЕКОТОРЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

В.М.Шайтор

*Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования*

У 33 детей с синкопальными состояниями в возрасте от 7 до 14 лет изучали диагностические признаки синкопальных состояний. Контрольную группу составили 10 практически здоровых детей. Проводили клинико-неврологическое обследование, электроэнцефалографию и реоэнцефалографию.

Реоэнцефалография позволили выявить наличие ангиодистонических проявлений в виде повышения сопротивления пинально-капиллярной сосудистой сети с обеих сторон до 90–120%, выра-

женных признаков венозной дисгемии. У половины обследованных была обнаружена скрытая сосудистая неполноценность на ротацию головы в виде экстравазальных компрессионных воздействий с ограничением кровотока в позвоночных артериях и ангиоспастическим уменьшением пульсового кровенаполнения. Полученные результаты косвенно свидетельствуют об ишемии мозга в зоне васкуляризации позвоночных артерий, реже — в системе внутренних сонных артерий.

Изменения на электроэнцефалограмме проявлялись в виде низковольтной биоэлектрической активности головного мозга. Наиболее важным диагностическим показателем было снижение функционального состояния срединных стволовых структур мозга, угнетение основных биоритмов и появление распространенной пароксизмальной эпилептиформной активности в условиях гиперкапнии.

Таким образом, анализ результатов клинико-нейрофизиологического обследования детей с синкопальными состояниями позволяет выделить нейрофизиологические диагностические признаки синкопальных состояний.

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАНЦИЙ И ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Г.С. Шестаков

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

На протяжении всего периода деятельности службы скорой медицинской помощи (СМП) существовала проблема оценки качества работы станций, бригад и медицинского персонала СМП. Незначительное количество исследований посвящено оценке качества лечебно-диагностической работы медицинского персонала бригад СМП и значительно меньше работ посвящено изучению методов оценки качества организации деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи.

Ограниченная ресурсная база здравоохранения и службы СМП в частности определяет необходимость разработки методик оценки качества всех аспектов деятельности службы, которые позволят достичь оптимального выполнения задач при минимальных затратах.

В настоящее время для оценки качества работы станций и отделений СМП применяются такие определения, как оперативность, своевременность,

эффективность, качество, достаточность, адекватность и т. п. [Мессель М.А., 1968; Серенко А.Ф. и др., 1976; Элькис И.С., 1997; Синявский В.М., 2000 и др.]. Содержание этих критериев четко не определено, что затрудняет их применение.

Качество работы станции СМП — комплексное понятие, которое включает в себя качество организации станции, качество управления работой выездных бригад, качество лечебно-диагностических мероприятий.

Качество организации станции СМП предполагает оптимальное месторасположение подстанций, которое обеспечивают прибытие бригад к месту вызова в течение 15 минут; определение такого количества бригад на каждой подстанции, при котором нагрузка на бригаду (среднесуточная норма выработки) будет одинаковой.

Качество организации СМП характеризуется среднесуточной нормой выработки. Определенная нами путем математического моделирования работы станции СМП оптимальная норма выработки составляет 800–1000 единиц. При таких значениях нормы выработки более 95% вызовов выполняется без опоздания независимо от условий работы бригад.

Качество управления работой выездных бригад СМП обеспечивается своевременным приемом и передачей вызовов, которое зависит от оснащения станции средствами связи и системами автоматизированной обработки поступающих вызовов. Значительную роль в обеспечении качества управления бригадами играет рациональное использование рабочего времени, что достигается активным поиском свободных от выполнения вызова бригад, определением оптимальных путей следования к месту вызова и базам госпитализации. Качество управления бригадами характеризуют удельный вес выездов с опозданием, удельный вес выездов, выполненных с прибытием к месту вызова через 15, 30, 60 минут, и среднесуточный пробег автотранспорта при выполнении одного выезда.

Качество лечебно-диагностической работы СМП определяется соответствием оказываемой помощи диагнозу и степени тяжести состояния пациента. Качество лечебно-диагностической работы бригад обеспечивается оснащением диагностическим и лечебным оборудованием, наличием необходимых лекарственных препаратов и перевязочных средств, квалификацией врачей и фельдшеров.

Определение качества лечебно-диагностической работы медицинского персонала станций

СМП на протяжении многих лет осуществляется путем сравнительного анализа диагнозов, когда стационары выступают в качестве экспертов работы станции скорой помощи. Однако такая экспертиза не вполне корректна, так как условия работы и время для установления диагноза у врачей бригад СМП и стационаров несопоставимы. Кроме того, удельный вес доставленных в стационар пациентов составляет 25–30%, а остальные случаи оказания помощи остаются без оценки.

Более достоверным методом оценки лечебно-диагностической работы бригад СМП может быть сравнение объемов помощи, оказываемой больным и пострадавшим с различными заболеваниями и повреждениями, с соответствующими стандартами.

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НА СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

*Департамент здравоохранения г. Курска, Городская станция скорой медицинской помощи, Курск*

Проведено исследование обращаемости за скорой медицинской помощью (СМП) по территориям поликлиник города для выявления терапевтических участков с потребностью в СМП, превышающей федеральный норматив (318 вызовов на 1000 населения). Полученные данные сравнивались с обращаемостью к участковым терапевтам. Для решения этих задач создана информационно-аналитическая служба, осуществляющая контроль над медицинской помощью на дому.

Материалы исследований базируются на электронном регистре СМП, где учитывались данные пациента, номер поликлиники и терапевтического участка, время обращения за СМП. Полученные данные были сопоставлены со статистической отчетностью о работе участковых врачей 7 поликлиник за год.

Количество вызовов СМП, превышающее федеральный норматив, выявлено на 42,6% терапевтических участков. Были определены поликлиники и участки с наибольшим и наименьшим количеством обращений за СМП. Так, в поликлинике № 1 количество участков, на которых число вызовов превышало федеральный норматив, составило 22,58%, в поликлинике № 2 — 45,83%,

в поликлинике № 3 — 29,63%, в поликлинике № 4 — 31,25%, в поликлинике № 5 — 33,33%, в поликлинике № 6 — 68,0%, в поликлинике № 7 — 73,9%.

При анализе работы участковых врачей в указанных поликлиниках установлено, что в среднем удельный вес посещений врачом пациентов на дому составляет около 23–24%, что соответствует установленным нормативам работы.

Проведенный корреляционно-регрессионный анализ врачебной помощи на дому по всем поликлиникам выявил взаимосвязь между обращаемостью населения за СМП и работой участковых врачей на дому.

За наблюдаемый период выявлена тенденция увеличения количества обращений населения за СМП в поликлинике № 7, где наблюдалось уменьшение числа посещений больных участковым врачом на дому при отсутствии возможности своевременной госпитализации по месту жительства.

Таким образом, сопоставление обращаемости населения города за СМП с результатами работы поликлиник позволяет принимать меры по оптимизации деятельности работы участковых врачей.

## ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЕ КАТАСТРОФЫ: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

Л.М.Яковенко

*Всероссийский центр медицины катастроф  
«Защита», Москва*

Разработка концептуальной модели позволяет выработать единый подход к организации и оказанию медицинской помощи при дорожно-транспортных катастрофах с большим числом пораженных.

На территории 76 субъектов Российской Федерации за период с 1992–1998 гг. изучены около 390 дорожно-транспортных происшествий и иных событий с участием дорожного транспорта с массовыми медико-санитарными потерями.

Результаты проанализированы с использованием систем статистической обработки STATISTICA версии 6.0 и SSPSS версии 10.0. Для выделения категорий дорожно-транспортных катастроф использовали агрегативный кластерный анализ с автоматической классификацией данных.

Дорожно-транспортная катастрофа (ДТК) — внезапное, быстротечное событие, возникшее при прямом или косвенном участии дорожно-транспортного средства вследствие различных некри-

минальных и криминальных причин и повлекшее массовую (10 человек и более) гибель и поражение людей с ущербом или без него для окружающей среды.

Разработана концептуальная модель ДТК, которая включает в себя 7 блоков. Водителям автотранспорта посвящен блок 1.

Автомобильным транспортом перевозятся все классы опасных веществ, которые при определенных обстоятельствах могут вызвать массовые поражения человека и загрязнение окружающей среды. Такие ДТК, в зависимости от ведущего поражающего фактора воздействия на организм человека, классифицированы на 6 типов: механические, термические, химические, радиационные, биологические (бактериологические) и комбинированные — и составляют блок 2.

По количеству медико-санитарных потерь ДТК классифицируют по категориям (блок 3).

В блоке 4 содержится перечень видов медицинской помощи, оказываемой на месте катастрофы.

В блоке 5 перечислены медицинские силы, участвующие в ликвидации последствий ДТК.

Сортировке и эвакуации пострадавших посвящен блок 6.

Медицинская помощь, оказываемая в лечебно-профилактических учреждениях, отражена в блоке 7.

Соблюдение принципов организации оказания помощи, заложенных в концептуальной модели ДТК, способствует улучшению результатов лечения пострадавших, а также более рациональному использованию материально-технических ресурсов лечебно-профилактических учреждений.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ВЫПОЛНЯЕМОЙ РАБОТЫ

Ю.М.Янкин

*Новокузнецкий государственный институт для  
усовершенствования врачей*

Целью настоящего исследования являлась оптимизация подготовки специалиста скорой медицинской помощи (СМП) путем уточнения перечня знаний и практических навыков, необходимых ему для повседневной работы, создания и внедрения в практику алгоритмов действий и новых методов обучения.

Проведен многофакторный анализ 1 010 705 вызовов СМП г. Новокузнецка. Изучены организация, тактика, диагностика и оказание СМП.

Проведен анализ факторов, от которых зависит квалификация специалиста. Установлено, что квалификация специалиста непосредственно влияет на эффективность оказываемой СМП. Однако, в отличие от других специальностей, врачу СМП невозможно достигнуть высокого профессионализма за короткий промежуток времени вследствие большого количества нестандартных клинических ситуаций.

Так, установлено, что перечень диагнозов, которые регистрируют специалисты СМП, включает в себя 1851 наименование; 22 из них встречаются часто и в сумме составляют 50,9% от всех диагнозов. В их число входят гипертоническая болезнь — 9,1%, инфекции верхних дыхательных путей — 8%, бронхиальная астма — 6,4%, стенокардия — 3,8%, нарушения ритма сердца — 2,5%, сотрясение головного мозга — 2,3%, отравление алкоголем — 2,2%, инфаркт миокарда — 1,7% и др.

В целом на болезни сердечно-сосудистой системы приходится 23,7% вызовов СМП, на болезни органов дыхания — 17,2%, на травмы — 14,1%, на болезни органов пищеварения — 7,3%, на болезни нервной системы — 4,4%.

Перечень поводов к вызовам СМП при алгоритмизированном приеме состоит из 280 наименований, из них 28 встречаются в 1–7,6% случаев.

По профилю бригад вызовы распределяются следующим образом: 57,9% вызовов приходится на линейные (общепрофильные) бригады; 13,7% — на педиатрические бригады; 12,2% — на кардиологические бригады; 5,1% — на реаниматологические бригады; 4,4% — на неврологические бригады; 3% — на токсикологические бригады; 2,1% — на психиатрические бригады.

В 80,1% случаев СМП вызывают на дом, в 6,8% случаев — на улицу и в общественные места.

Среди обратившихся за СМП 20,5% составляют дети, 30,4% — люди в возрасте старше 60 лет.

Обращаемость за СМП составляет от 195,4 до 266,4 на 1000 населения у пациентов в возрасте до 60 лет; 448,8 — у пациентов в возрасте 60–69 лет и 841,0 — у пациентов в возрасте 70 лет и старше.

Тяжелое состояние у пациентов регистрируется в 3% случаев; состояние средней тяжести — в 29,1% случаев.

Частота летальных исходов составляет 1,1% от всех обслуженных вызовов. Удельный вес летальных исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях составляет 48,1%, при травмах и отравлениях — 29,9%, при новообразованиях — 7,3%.

Из 11 402 летальных исходов 10 132 пришлось на случаи смерти до прибытия бригад СМП. В присутствии бригад СМП смертельные исходы регистрировались в 11,1% случаев, из них в 1,8% случаев смерть наступила в машине СМП.

Реанимационные мероприятия проводились в 17,1% случаев.

При работе на одну ставку врач (фельдшер) СМП в течение года обслуживает около 872 вызовов. Из них в 26 случаях он оказывает медицинскую помощь больным, находящимся в тяжелом состоянии, в 10 случаях — регистрирует случаи смерти, 2 раза в год проводит сердечно-легочную реанимацию.

В связи с вышеизложенным при подготовке специалиста СМП, помимо использования традиционных форм обучения, необходимо широко использовать тренажеры и решать ситуационные задачи по наиболее часто встречающимся клиническим ситуациям. При подготовке специалистов СМП прежде всего следует обучать их синдромальной диагностике и терапии. Особое внимание необходимо уделять вопросам тактики, общим правилам работы бригад СМП, взаимодействию с другими учреждениями.

Обучение специалистов скорой медицинской помощи должно быть непрерывным, включая подготовку в до- и последипломных учебных заведениях и в учреждениях СМП по месту работы.

*10 лет  
безупречной  
работы*



официальный дилер

**ТДВ - АВТО**

Санкт-Петербург, ул. Коммуны, 16

Тел.: (812) 521-4613

E-mail: [tdv-avto@actor.ru](mailto:tdv-avto@actor.ru)

# Экспресс-диагностика уровня глюкозы в крови

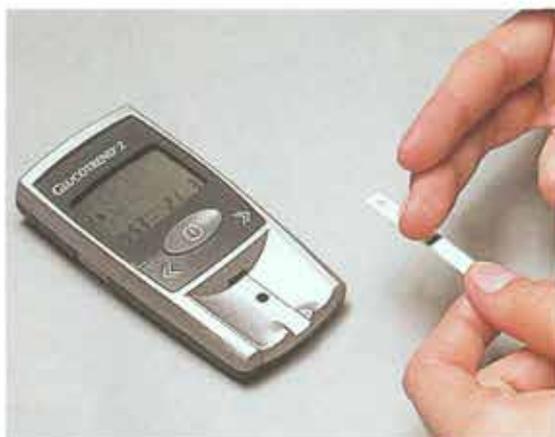
Roche

Срочная диагностика неотложных состояний при сахарном диабете  
и в случае комы неясной этиологии

An ACCU-CHEK® product

## ГЛЮКОТРЕНД® 2

Прибор для определения глюкозы крови



### Прост в использовании

- минимальный объем капли крови – всего 2 мкл
- возможность нанесения капли крови на тест-полоску вне прибора
- допустимый температурный диапазон при проведении измерений от +10°C до +40°C

### Удобное нанесение капли крови

- возможность нанесения капли крови на любую часть тестовой зоны – даже сбоку
- большое реакционное поле

### Быстрый и точный результат

- время измерения – 10 секунд
- визуальный контроль после проведения анализа
- большой диапазон измерений: 0.6–33.3 ммоль/л
- точность прибора сравнима с точностью лабораторным методом

## АККУ-ЧЕК® АКТИВ

Акку-Чек® Актив – самый быстрый  
из приборов компании «Рош»



### Скорость

- время измерения – 5 секунд
- требуется всего 2 мкл крови
- память на 200 результатов с временем и датой
- возможность расчета среднего значения уровня глюкозы за последние 7 и 14 дней
- функция автоматического включения/выключения

### Функциональность

- большой дисплей с крупными цифрами и символами
- возможность наносить каплю крови на тест-полоску вне прибора
- большой диапазон измерений: 0.6–33.3 ммоль/л
- легкий – вес прибора составляет 45 г
- удобно носить в кармане
- возможность беспроводной передачи данных в персональный компьютер через инфракрасный порт

ЗАО «Рош – Москва» обеспечивает пожизненную гарантию на приборы

Адрес офиса в Санкт-Петербурге:  
193036 Санкт-Петербург, ул. 2-я Советская, 7,  
Бизнес-центр «Сенатор», офис 410  
Тел./факс: (812) 279 9178, 279 9028

ЗАО «Рош – Москва»  
125445 Москва, ул. Смольная, 24Д,  
Здание «Меридиан», 12 этаж  
Тел.: (095) 258 2790  
Факс: (095) 258 2798

Линия Помощи «Акку-Чек»: (095) 258 27 89

## КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АВТОМОБИЛЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.А.Богомазов А.А.Эммус

*Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет, Учебный центр подготовки и переподготовки кадров для транспорта*

Специализированные автомобили для оказания скорой медицинской помощи в основном производят путем конверсии, т. е. переоборудования соответствующих грузовых (пассажирских) автомобилей. При этом важными факторами являются следующие:

— соответствие конструктивных параметров базовых моделей автомобилей требованиям, предъявляемым к данному классу транспортных средств;

— адаптивность автомобилей к условиям эксплуатации и существующей производственной базы;

— экономическая эффективность производства и эксплуатации автомобилей.

В связи с этим при позиционировании автомобилей данного класса необходима сравнительная оценка их стоимости и технико-эксплуатационных показателей рассматриваемых транспортных средств.

В качестве наиболее приемлемых для конверсии автомобилей для оказания скорой и неотложной помощи рассматриваются такие, как «ГАЗ 32214», «Mercedes-Benz 308 GDI», «Fiat Ducato 2,8 D», «Janper 25D», «Mazda E 2200 CLXWD», «Volkswagen-Transporter 2,4 D», «Ford Transit V 184/5».

Основные технико-эксплуатационные показатели указанных автомобилей приведены в табл. 1.

#### Автомобили ГАЗ семейства «ГАЗель»

Автомобили скорой медицинской помощи «ГАЗ-27053» и «ГАЗ-32212» изготавливаются на базе цельнометаллического панельного фургона «ГАЗ-2705» и грузопассажирского автомобиля «ГАЗ-3221». Автомобили имеют объем салона до 10,2 м<sup>3</sup> и могут применяться в качестве всех вариантов автомобилей, используемых для медицинских целей.

Автомобили семейства «ГАЗель» имеют наиболее низкую цену (в 2,5–3,5 раза ниже, чем остальные сравниваемые автомобили), но наиболее низкие показатели надежности (по данным Авто-

базы скорой и неотложной помощи Санкт-Петербурга, количество отказов автомобилей семейства «ГАЗель» в 4 раза больше, чем автомобилей семейства «FORD Transit»), долговечности (гарантия на коррозию кузова при специальной обработке 3 года — самый низкий показатель среди всех сравниваемых автомобилей). Автомобили семейства «ГАЗель» также имеют самое низкое качество сборки. В частности это подтверждается тем, что в 2000 г. в г. Иркутске по соображениям безопасности пассажиров были запрещены к эксплуатации в качестве маршрутных такси микроавтобусы «ГАЗель» [Экономика и жизнь. — 2000. — Сентябрь. — № 36].

Названные автомобили имеют бензиновые двигатели (лицензионные дизели «M-14» австрийской фирмы «Stecyr» устанавливаются по заказу), являющиеся крайне неэкономичными (19,2 л/100 км в городском цикле), и отличаются высокой концентрацией токсичных веществ в отработанных газах.

Эксплуатационные расходы по автомобилям семейства «ГАЗель» в силу низкой надежности шасси выше уровня таковых по сравниваемым автомобилям.

#### Автомобили «Ford» семейства «Transit»

Автомобили «Ford» семейства «Transit» включают в себя 6 моделей с базой 2933–3750 мм, высокой или полуввысокой крышей, которые имеют объемы грузового отсека от 7,48 до 11,89 м<sup>3</sup>, позволяющие использовать их в любом варианте медицинского исполнения.

Автомобили данного семейства имеют достаточно низкую цену при высокой эксплуатационной надежности (более 80 000 км на дорожный отказ) и долговечности (Автобаза скорой и неотложной помощи Санкт-Петербурга эксплуатирует автомобили семейства «Ford» более 8 лет).

Автомобили, не имеющие механических повреждений, выдерживают 6-летний гарантийный срок службы кузова. Двигатели автомобилей вы-

держивают 350-тысячный гарантийный ресурс. Нарботка многих двигателей достигла 500 и более тысяч километров.

Опыт Автобазы скорой и неотложной помощи Санкт-Петербурга показал, что расходы на эксплуатацию автомобилей «Ford» семейства «Transit» значительно ниже, чем автомобилей семейства «ГАЗель». В первую очередь это определяется высокой топливной экономичностью, особенно при эксплуатации автомобилей в городском цикле.

Важным достоинством автомобилей «Ford» семейства «Transit» является соответствие конструкции их подвесок неблагоприятным дорожным условиям в Санкт-Петербурге. В значительной степени это обусловлено тем, что при проектировании автомобилей «Ford» семейства «Transit» был учтен опыт их эксплуатации в России, в том числе и в Санкт-Петербурге.

#### Автомобили «Mercedes-Benz» семейства «Sprinter»

Автомобили Mercedes-Benz семейства «Sprinter» имеют 6 базовых моделей с грузовым отсеком объемом от 7,0 до 13,4 м<sup>3</sup>, позволяющие использовать их в любом варианте медицинского исполнения.

Высокая цена автомобилей «Mercedes-Benz» семейства «Sprinter» отражает соответствующее соотношение цены и качества. Из рассматриваемых автомобилей эти имеют самую высокую эксплуатационную надежность. Автомобили данного семейства отличает очень высокое качество сборки.

Высокие эксплуатационные расходы автомобилей «Mercedes-Benz» определяются высокими ценами на расходные материалы.

Конструкция подвесок этих автомобилей отвечает требованиям, предъявляемым неблагоприятными дорожными условиями в Санкт-Петербурге.

#### Автомобили «Fiat» семейства «Ducato»

Автомобили «Fiat» семейства «Ducato» включают в себя 6 базовых моделей с грузовыми отсеками объемом от 7,5 до 12,0 м<sup>3</sup>, позволяющие использовать их в любом варианте медицинского исполнения.

Автомобили семейства «Ducato» имеют среднюю цену среди автомобилей данного класса.

В целом автомобили семейства отличает высокое качество сборки.

Дать оценку эксплуатационной надежности и долговечности автомобилей сложно, так как

в Санкт-Петербурге отсутствует опыт их длительной эксплуатации.

Имеются единичные экземпляры, эксплуатируемые юридическими и физическими лицами, которые отмечают низкую эксплуатационную надежность передней подвески по сравнению с другими марками автомобилей. Эксплуатационные расходы средние.

#### Автомобили семейства «Citroen Jumper»

Автомобили семейства «Citroen Jumper» выпускают в 5 вариантах с грузовыми отсеками объемом от 7,5 до 12,0 м<sup>3</sup>, позволяющими использовать их в любом варианте медицинского исполнения.

Автомобили семейства «Citroen Jumper» имеют среднюю стоимость среди автомобилей данного класса. Низкая цена, по которой автомобили данного семейства предлагаются для переоборудования и последующей эксплуатации в качестве автомобилей скорой медицинской помощи (15 500 долларов США, что на 20% ниже рыночной цены), скорее всего, объясняется тем, что производитель подготовил новый модельный ряд автомобилей данного класса и интенсивно реализует автомобили старого модельного ряда.

Уровень эксплуатационных затрат по автомобилям семейства средний. Однако приобретение автомобилей снимаемого модельного ряда в дальнейшем обернется высокими ценами на запасные части.

С точки зрения конструкции и соответствия дорожным условиям в Санкт-Петербурге, автомобили семейства «Citroen Jumper» имеют те же недостатки, что и автомобили «Fiat» семейства «Ducato».

#### Автомобили «Mazda E2200 4 WD»

Автомобили концерна «Mazda» серии E выпускаются как грузовые и грузопассажирские фургоны. Модели E2200 данной серии выпускаются в одном варианте, имеют объем грузового отсека (салона) 8,8 м<sup>3</sup> и грузоподъемность в пределах 1220–1310 кг. Данные обстоятельства ограничивают использование этих автомобилей в медицинских целях.

Эксплуатировавшийся в 1998 г. на Автобазе скорой и неотложной помощи Санкт-Петербурга автомобиль «Mazda» был переоборудован из грузопассажирского фургона, в котором увеличение объема салона было достигнуто за счет подъема крыши базового автомобиля на 500 мм.

Соотношение цены и качества по автомобилям данной серии и модели отражает высокие пока-

Таблица 1

## Технико-эксплуатационные показатели сравниваемых автомобилей

Габаритные параметры	«ГАЗ-33314»	«Mercedes Benz 308 CDL»	«Fiat Ducato 2,8 D»	«Citroen Jumper 2,5 D»	«Mazda E2200 CLXWD»	«Volkswagen Transporter 1,4 D»	«Ford Transit»	
							V184	V185
Полная масса, т	3,5	3,5	3,5	3,5	2,8	3,5	3,5	3,2
Мощность двигателя, л. с.	72,2 (98)	60 (82)	64 (87)	63 (86)	51 (70)	55 (75)	66,6 (91)	62,3 (85)
Максимальная скорость, км/ч	120	140	130	130	140	130	130	130
Путь торможения со скорости 80 км/ч, м	61,5	42	42	42	40	42	42	42
Тип двигателя	Бензиновый	Турбодизель	Турбодизель	Турбодизель	Дизель	Дизель	Турбодизель	Турбодизель
Марка топлива	АИ-93	Дизельное	Дизельное	Дизельное	Дизельное	Дизельное	Дизельное	Дизельное
Привод	Задний	Задний	Передний	Передний	Задний	Передний	Задний	Передний
Расход топлива на городском цикле, л/100 км	12,5	12,4	11,8	12,2	12	12	9,9	9,9
Гарантия кузова на коррозию, лет	3	6	6	6	Не установлена	6	6	6
Ресурс двигателя для условий Санкт-Петербурга, тыс. км	144,0	Не установлен	Не установлен	Не установлен	Не установлен	Не установлен	350,0	350,0
Интервал между техническим обслуживанием, км	10 000	20 000	10 000	15 000	10 000	15 000	25 000	25 000

Таблица 2

## Затраты на эксплуатацию автомобилей

Статья затрат	«ГАЗ 32214»	«Mercedes Benz 308 CDL»	«Fiat Ducato 2,8 D»	«Citroen Jumper 2,5 D»	«Mazda E2200 CLXWD»	«Volkswagen Transporter 1,4 D»	«Ford Transit»
Автомобильное топливо	937,5	744	708	732	720	738	594
Затраты на техническое обслуживание и ремонт автомобилей	1708	2401,6	2181,5	1995,2	2091,1	2127,6	1482,2* 1502,3**
Затраты на автомобильные шины	157,3	192	192	240	192	192	160
Амортизация подвижного состава	431	1291,7	803,7	703,2	808,1	779,6	843,9* 766,4**
Эксплуатационные затраты:							
без учета амортизационных отчислений	2802,8	3337,6	3081,5	2967,2	3001,1	3057,6	2236, 2* 2256,3**
с учетом амортизационных отчислений	3233,8	4629,3	3885,2	3670,4	3811,2	3837,2	3080,1* 3022,7**

\* Задний привод (V 184)

\*\* Передний привод (V 185)

затели эксплуатационной надежности и качества сборки автомобилей «Mazda».

Уровень эксплуатационных затрат по автомобилям семейства «Mazda E2200 4WD» выше среднего.

Конструктивные параметры (короткая база, узкая колея, высокая парусность, эргономика рабочего места водителя) в неблагоприятных дорожных условиях затрудняют работу водителя и могут отрицательно повлиять на безопасность дорожного движения.

#### Автомобили «Volkswagen» семейства «Transporter»

Автомобили «Volkswagen» семейства «Transporter» выпускаются грузоподъемностью 995 кг, в двух вариантах базы (2920 и 3320 мм), в сочетании со стандартной или высокой крышей и тремя вариантами объема салона: 5,4; 6,3 и 7,8 м<sup>3</sup>.

Малые объемы салона не позволяют использовать автомобили «Volkswagen» семейства «Transporter» для переоборудования в специализированные автомобили скорой медицинской помощи.

Цены на эти автомобили на 25–50% выше, чем на другие аналогичные автомобили. Более высокая цена отражает надежность и долговечность автомобилей «Volkswagen» семейства «Transporter». Качество сборки хорошее.

Эксплуатационные затраты по автомобилям этого семейства относительно высоки.

На автомобили устанавливаются 5-цилиндровые бензиновые и дизельные двигатели. Конструкция подвесок этих автомобилей отвечает требованиям, предъявляемым неблагоприятными дорожными условиями.

Таким образом, анализ технико-эксплуатационных показателей соответствия конструктивных параметров базовых автомобилей требованиям, предъявляемым к транспортным средствам, предназначенным для оказания скорой медицинской помощи, условиям эксплуатации в неблагоприятных дорожных условиях в Санкт-Петербурге и существующей производственной базе скорой медицинской помощи показывает, что наиболее приемлемыми вариантами являются автомобили

«Ford Transit», «ГАЗель», «Citroen Jumper» и «Mercedes-Benz».

Автомобили «Volkswagen» семейства «Transporter» и «Mazda E2200» могут быть использованы в качестве автомобилей скорой медицинской помощи весьма ограничено из-за недостаточного объема салона.

Автомобили «Mercedes-Benz», несмотря на значительную эксплуатационную надежность, имеют сравнительно высокую цену (в 1,8–2,5 раза превышающую цены на другие сравниваемые автомобили).

Низкая цена автомобилей «Citroen Jumper» объясняется сменой модельного ряда, их приобретение в дальнейшем приведет к значительному повышению эксплуатационных расходов.

Сравнительная экономическая оценка сравниваемых автомобилей (табл. 2) показывает, что эксплуатационные затраты на автомобили «Ford Transit» (без учета амортизационных отчислений) более чем на 20% ниже, чем у ближайших конкурентов, а при учете амортизационных отчислений — более чем на 10% ниже.

Результаты проведенных исследований подтверждаются данными исследования проведенного специалистами компании «Ford» в Европе, согласно которым «Ford Transit» является лидером в своем классе:

- 1) по вместимости грузового отсека;
- 2) по топливной экономичности (ниже по сравнению со сравниваемыми автомобилями на 16–18%);
- 3) по стоимости технического обслуживания (самой низкой в классе);
- 4) по надежности (на 25% меньше отказов, чем у ближайших конкурентов);
- 5) по активной и пассивной безопасности.

По таким показателям, как динамика, шум, вибрация, жесткость, комфорт и внешний вид, «Ford Transit» находится на уровне конкурентов.

Следует учитывать и факт строительства завода по выпуску автомобилей «Ford» в г. Всеволожске Ленинградской области (ст. «Кирпичный завод»), что снизит их стоимость и эксплуатационные расходы.

## СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ .....	2
К 75-летию профессора Владислава Адамовича МИХАЙЛОВИЧА .....	3
ТЕЗИСЫ 3-й Всероссийской научно-практической конференции «Скорая помощь-2002» .....	5
ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВРАЧЕЙ ПО ПРОБЛЕМЕ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ <i>М.М.Абакумов, Л.Н.Костюченко</i> .....	5
СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ БОЛИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ <i>В.П.Асеев</i> .....	5
НАРУШЕНИЕ ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА <i>В.П.Асеев, Г.А.Макиенко</i> .....	6
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ТРИМЕТАЗИДИНОМ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>И.В.Афанасьева</i> .....	6
ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНА КАК СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, В.В.Архипов</i> .....	7
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ <i>С.Ф.Багненко, А.Г.Мирошниченко, В.В.Архипов</i> .....	8
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМ.А.С.ПУЧКОВА МОСКВЫ <i>В.Л.Бараташвили, И.С.Элькис, А.Л.Верткин, Л.С.Намазова, Е.В.Кривцова</i> .....	11
УСЛОВИЯ СОХРАНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У СОТРУДНИКОВ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЖБ <i>В.И.Баркляя, В.Ю.Пиковский</i> .....	12
ПОДГОТОВКА КАДРОВ И ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Ю.Н.Белокуров, М.И.Груздев</i> .....	12
ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ В ВУЗЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ» <i>Ю.Г.Боженков, И.Н.Стороженко</i> .....	12
ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ В КРУПНЫХ ГОРОДАХ <i>Ю.Г.Боженков, С.В.Трифонов, Г.В.Мишин</i> .....	13
РОЛЬ И МЕСТО СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ <i>А.А.Бойков, В.А.Филинов, А.З.Ханин</i> .....	13

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ ОПИАТАМИ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>В.М.Брюханов, М.Л.Лебедев, Е.А.Попова, С.В.Гребенников, О.П.Козычева, А.И.Филяков, А.Ю.Шумбасов</i> . . . . .	14
СОВРЕМЕННАЯ РОЛЬ ОТДЕЛЕНИЙ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНИЦ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Н.И.Вишняков, Ю.В.Павлов, В.А.Федотов</i> . . . . .	14
ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И НАРУШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА <i>З.Ш.Голевцова, Н.А.Кондратьева</i> . . . . .	16
О КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БРИГАДАХ В СИСТЕМЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕТОДОВ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-КАРДИОЛОГОВ <i>А.П.Голиков</i> . . . . .	17
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ОПИАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И В УСЛОВИЯХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА <i>С.В.Гребенников, М.Л.Лебедев, Е.А.Попова, О.П.Козычева, А.И.Филяков, Т.Г.Шиврина</i> . . . . .	17
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОПЕРАТИВНО-ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>С.Н.Грязнов</i> . . . . .	17
ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ <i>Э.Г.Грязнухин</i> . . . . .	18
РОЛЬ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>Б.А.Гулевский, А.А.Швецов, В.П.Кузьмин, Н.А.Качалов</i> . . . . .	20
ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ <i>Е.К.Гуманенко, И.М.Самохвалов, А.Б.Сингаевский</i> . . . . .	20
ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП В СИСТЕМЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ <i>В.А.Драчевский, С.И.Возлюбленный, В.В.Мамонтов, П.Г.Пилипенко, В.Н.Лукач, С.Б.Трифонов</i> . . . . .	21
МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТОКСИКОГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ <i>Н.М.Епифанова</i> . . . . .	21
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ В НИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ <i>А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Л.Н.Костюченко</i> . . . . .	22

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>А.С.Ермолов, Н.А.Карасев, В.А.Васильев</i> . . . . .	22
ТЕРМОДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАСТВОРА НАТРИЯ ГИПОХЛОРИТА НА ДЕТОКСИКАЦИОННУЮ СИСТЕМУ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА <i>О.Г.Изотова, А.А.Слободов</i> . . . . .	23
ВЛИЯНИЕ МОНИТОРНОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ДИАЛИЗА НА АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>О.Г.Изотова, Е.А.Хромова</i> . . . . .	23
ПНЕВМОНИИ ПРИ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ <i>К.К.Ильяшенко</i> . . . . .	24
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМЕ <i>В.И.Картавенко, А.Н.Погодина, А.К.Шабанов</i> . . . . .	24
КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ В ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ <i>В.В.Кириллов</i> . . . . .	25
О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА БАЗОВОЙ ПОДГОТОВКИ ФЕЛЬДШЕРОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>В.И.Ковальчук, Е.Е.Журавлев, Л.В.Федотова, А.А.Бойков, Л.В.Ушаков</i> . . . . .	25
Тьюторская система в последипломной подготовке клинических ординаторов в НИИ Медицинского Профиля <i>Л.Н.Костюченко, Б.Б.Баркалая, Беззубик К.В.</i> . . . . .	26
ВЛИЯНИЕ РАННЕЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ В ЖЕЛУДКЕ <i>А.В.Лоленко, А.А.Попов, А.М.Сухоруков, А.В.Лоленко, Е.А.Попова</i> . . . . .	26
ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ <i>А.В.Лоленко, А.А.Попов, А.М.Сухоруков, А.В.Лоленко, Е.А.Попова</i> . . . . .	27
СОСТОЯНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО НЕОТЛОЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПОСЛЕДИПЛОМНУЮ ПОДГОТОВКУ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАНИМАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ <i>Е.А.Лужников, Ю.С.Гольдфарб, Ю.Н.Остапенко, Г.Н.Суходолова</i> . . . . .	28
ВЫБОР АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ <i>А.А.Любченко, А.А.Попов</i> . . . . .	30
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>В.В.Мальшева, В.Д.Лошкарев</i> . . . . .	30
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОЛИФЕРМЕНТНЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ С БЕЛКОВЫМ И НАПОЛНИТЕЛЯМИ РАЗЛИЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ <i>Е.О.Медушева, В.Н.Филатов, М.Г.Вартапетов, В.В.Рыльцев, И.С.Элькис, В.А.Борисова, Н.В.Филатов</i> . . . . .	31

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА <i>Б.В.Монахов, Ю.Б.Шапот, В.Л.Карташкин</i> .....	32
ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ С ПОМОЩЬЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>В.Б.Мосягин</i> .....	33
ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ <i>В.Б.Мосягин</i> .....	33
ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА <i>В.Б.Мосягин</i> .....	34
РОЛЬ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ МАЛЫХ ГОРОДОВ РФ (ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ) <i>А.И.Нихоношин</i> .....	34
ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Ю.А.Овасян, В.П.Серов, А.Т.Пучков, В.А.Борисова, М.Э.Гурарий</i> .....	35
ПРОБЛЕМА ОПТИМИЗАЦИИ ТРАНСПОРТНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА МЕЖГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В КРУПНОМ РЕГИОНЕ <i>В.С.Овчинников, Д.Н.Стешин, Д.Г.Володин</i> .....	36
ПУТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>В.Ф.Озеров, В.В.Архипов, В.А.Незрей, В.П.Асеев</i> .....	36
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОПОСТАВИМЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ АНАЛИЗЕ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА <i>В.А.Попов</i> .....	37
ОСТАНОВКА НАРУЖНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЖГУТОМ С ДОЗИРОВАННЫМ СДАВЛЕНИЕМ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>В.А.Попов, В.А.Емельянов, Ю.И.Питенин</i> .....	37
РОЛЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ В ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>В.П.Попов, О.В.Колясников, Ю.В.Трушников, Л.П.Рогожина</i> .....	38
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ <i>В.А.Попов, Е.А.Пышков, Ю.А.Савина</i> .....	39
ПРИНЦИПЫ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ШОКОГЕННОЙ СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>В.Л.Радушкевич, А.А.Чурсин</i> .....	40

СОСТОЯНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ <i>М.В.Руденко, Л.П.Круглова</i> . . . . .	40
РОЛЬ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>В.В.Руксин</i> . . . . .	41
О СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>В.В.Рыбачков, А.А.Чумаков, Р.Х.Павлычев, А.К.Уткин, Е.Н.Кабанов</i> . . . . .	42
ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК АСПЕКТ ПРАВ ПАЦИЕНТА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (опыт совместной работы Городской станции скорой медицинской помощи и страховой медицинской компании «АСКО-ВАЗ» г. Тольятти) <i>О.В.Савельев, В.П.Миляков, А.Е.Мищерин</i> . . . . .	43
СТРУКТУРА, УРОВЕНЬ И ОСОБЕННОСТИ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ <i>В.Б.Салеев, В.В.Козаринов</i> . . . . .	44
О ПОДГОТОВКЕ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ВРАЧЕЙ И ФЕЛЬДШЕРОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ <i>П.М.Скляр, В.Г.Кушнар, А.В.Тараканов, М.Ю.Гилевич, М.С.Соболева, Л.В.Климова</i> . . . . .	44
ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ <i>И.А.Смирнов</i> . . . . .	45
ВЫБОР СПОСОБА РАННЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ <i>В.А.Соколов, Е.И.Бялик</i> . . . . .	46
ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЗВЕНА КАК ЧАСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ <i>Е.А.Спиридонова</i> . . . . .	46
«ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР» В СИСТЕМЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ <i>Е.А.Спиридонова</i> . . . . .	47
НАРУШЕНИЯ ОСМОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ В РАННЕМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ <i>Л.Л.Стажадзе, Е.А.Спиридонова, С.А.Федотов, С.В.Сенчуков</i> . . . . .	47
АНАЛИЗ 2-СУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ <i>Л.Л.Стажадзе, Е.А.Спиридонова, С.А.Федотов, В.Г.Махнев</i> . . . . .	48
АНАЛИЗ ОШИБОК БРИГАД СКОРОЙ ПОМОЩИ, ДОПУЩЕННЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ РЕАКЦИЯМИ <i>Л.Н.Старостина, А.В.Цыбин, Т.Н.Провинцева, Т.П.Коновалова, М.И.Волков, Л.Ю.Сахаров</i> . . . . .	48

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>Л.И.Тараканова</i> . . . . .	49
АМЛОДИПИН И МОКСОНИДИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА <i>А.В.Тараканов, А.Д.Татарченко, Н.В.Карташова, Е.В.Кутовая, О.А.Дмитриева</i> . . . . .	49
ИНФОРМАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>А.В.Тараканов, Я.Э.Гришберг, Н.П.Милюткина, Н.В.Карташова, Е.В.Кутовая, Е.Г.Лось, И.Э.Шванке, Н.В.Пулкова</i> . . . . .	50
ПОДГОТОВКА ФЕЛЬДШЕРОВ В СООТВЕТСТВИИ С СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>С.Б.Трифонов, В.Н.Артемов, М.П.Вережкина, С.И.Возлюбленный, В.А.Драчевский, В.В.Мамонтов</i> . . . . .	50
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА <i>С.Б.Трифонов, В.Н.Золотарев, С.И.Возлюбленный, В.А.Драчевский, В.В.Мамонтов</i> . . . . .	50
ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА В ДИНАМИКЕ <i>А.В.Тусеев, Б.П.Кудрявцев</i> . . . . .	51
РАЗРАБОТКА БЫСТРОФИКСИРУЕМЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ <i>В.Н.Филатов, И.С.Элькис, В.В.Рыльцев, Е.О.Медушева, М.Г.Вартапетов, В.А.Борисова, Н.В.Филатов</i> . . . . .	51
ОПЫТ УРАЛЬСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>А.А.Фокин, А.Е.Манойлов, В.Л.Дмитриев, В.А.Романенко, Д.Ю.Барыкин, И.А.Астахов, И.В.Вардугин, М.С.Рудковский</i> . . . . .	52
ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ТКАНЕВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ БОЕВЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПУТЕМ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ РАСТВОРА ДИМИФЕНА ГОЛУБОГО <i>Н.Ф.Фомин, И.П.Миннуллин, Х.Лемани</i> . . . . .	52
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТИВОШОКОВОГО КОСТЮМА «КАШТАН» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ <i>С.Ю.Хабибуллин, О.Ф.Душкин</i> . . . . .	53
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>С.Н.Хунафин, А.Ф.Власов, Г.А.Абдуллина, Ю.А.Лаврентьев</i> . . . . .	53
ВОЗМОЖНОСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИНТЕРНАТУРЕ И КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ <i>С.Н.Хунафин, А.Ф.Власов, Г.А.Абдуллина, Ю.А.Лаврентьев</i> . . . . .	54

ИМЕЮТСЯ ЛИ ПРЕИМУЩЕСТВА РАЗВИТИЯ ФЕЛЬДШЕРСКИХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ? <i>С.Н.Хунафин, А.Ф.Власов, Г.А.Абдуллина, Ю.А.Лаврентьев</i> . . . . .	54
НУЖНЫ ЛИ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАБОТЕ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ? <i>С.Н.Хунафин, Ю.А.Лаврентьев, Д.М.Дмитриев, Г.А.Абдуллина, А.Ф.Власов, П.И.Миронов, Р.Р.Еникеев</i> . . . . .	55
АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН УРГЕНТНЫХ НЕГРАВИДАРНЫХ МЕТРОРРАГИЙ <i>Ю.В.Цвелев, Н.Н.Рухляда, Г.А.Окишева</i> . . . . .	55
ПРИМЕНЕНИЕ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УРГЕНТНЫХ НЕГРАВИДАРНЫХ МЕТРОРРАГИЙ <i>Ю.В.Цвелев, Н.Н.Рухляда, Г.А.Окишева</i> . . . . .	56
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ <i>А.Д.Цивинский, В.Х.Кудашев</i> . . . . .	56
НЕКОТОРЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ <i>В.М.Шайтор</i> . . . . .	57
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАНЦИЙ И ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>Г.С.Шестаков</i> . . . . .	57
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ НА СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>С.А.Школьникова, Ю.А.Шеенко, Б.И.Перлюк, Е.А.Остапенко, А.В.Плотников, Т.Т.Дьякова, И.Е.Иконникова, А.Н.Кудинова</i> . . . . .	58
ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЕ КАТАСТРОФЫ: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ <i>Л.М.Яковенко</i> . . . . .	59
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ВЫПОЛНЯЕМОЙ РАБОТЫ <i>Ю.М.Янкин</i> . . . . .	59
<b>КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ</b>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АВТОМОБИЛЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ <i>В.А.Богомазов, А.А.Эммус</i> . . . . .	61
СОДЕРЖАНИЕ . . . . .	65
К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ . . . . .	72

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ

**КАФЕДРА НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Кафедра неотложной медицины СПбМАПО является единственной кафедрой в нашей стране, где осуществляется комплексная последипломная подготовка врачей по всем основным разделам неотложной медицины, включающим в себя вопросы кардиологии и других разделов терапии, экстренной хирургии, нейротравматологии, педиатрии, анестезиологии и реаниматологии, детоксикации и др.

Проводится обучение врачей скорой и неотложной помощи, амбулаторной и поликлинической сети, приемных и реанимационных отделений стационаров.

Возможно обучение врачей профильных (хирургических, кардиологических и др.) отделений стационаров.

Кафедра проводит обучение в клинической ординатуре по специальностям:

«Кардиология», «Неотложная хирургия», «Анестезиология и реаниматология».

В 2002 г. будут проводиться следующие циклы.

**Скорая помощь.** Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста (для врачей скорой медицинской помощи).

*Сроки проведения:* 13.05–28.06; 09.09–26.10; 04.11–24.12.

**Неотложная кардиология** (для врачей-кардиологов специализированных бригад скорой медицинской помощи, отделений реанимации стационаров).

*Сроки проведения:* 04.11–09.12.

Кафедра проводит очно-заочные выездные циклы во все регионы России «Скорая помощь. Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста».

Продолжительность очной части цикла — 3 недели. Цикл завершается выдачей сертификатов специалиста и удостоверений о повышении квалификации.

Циклы проводятся на хоздоговорной основе.

---

Тел./факс кафедры неотложной медицины СПбМАПО: (812) 588-43-11;  
электронная почта: [mapo@actor.ru](mailto:mapo@actor.ru).

## К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» публикует статьи, лекции, обзоры, случаи из практики, рефераты по всем разделам неотложной медицины. Направляемые материалы должны быть посвящены актуальным проблемам оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и (в плане преемственности лечения) госпитальном этапе и иметь выраженную практическую направленность.

Рукопись печатают на любом IBM-совместимом компьютере в текстовом редакторе WINWORD через 1,5 интервала, поля по 2,5 см с каждой стороны.

Материалы представляют в редакцию на дискете с распечаткой текста на бумаге в 2 экземплярах.

Вместо представления на дискете возможна отправка материалов по электронной почте с обязательной досылкой завизированной распечатки текста в 2 экземплярах.

Краткие сообщения, письма в редакцию и другие материалы небольшого объема в виде исключения могут направляться напечатанными на одной стороне листов белой непрозрачной бумаги формата А4 (210×297 мм) на пишущей машинке в 3 экземплярах. В этих случаях их следует пересылать в большом конверте без перегиба страниц.

На первом экземпляре должны быть подписи всех авторов, виза руководителя и печать учреждения. Дозы лекарственных препаратов должны быть завизированы подписью одного из авторов на полях.

Данные об авторах (фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень, звание, место работы), полный почтовый адрес для переписки и номера телефонов для связи представляются на отдельном листе.

Статьи должны содержать:

- 1) введение;
- 2) материалы и методы исследования;
- 3) результаты и их обсуждение;
- 4) выводы;
- 5) литературу (библиографический список);
- 6) реферат на английском языке.

Все страницы должны быть пронумерованы от первой до последней без пропусков и литерных добавлений. В правом верхнем углу каждой страницы должна быть указана фамилия автора (первого автора) данной статьи.

Объем рукописи не должен превышать: обзор, лекция — 20 стр.; статья — 15 стр.; краткие сообщения, рецензии, информация, хроника, письма — 5 стр.

Все употребляемые термины и единицы измерений должны соответствовать официально принятым.

При первом упоминании лекарственного препарата, помимо патентованного, в скобках следует указать его международное название.

**Таблицы.** Каждая таблица должна иметь номер и название.

**Рисунки** (3 полных комплекта) должны иметь порядковый номер, название и подрисовочные подписи. На обратной стороне рисунков (фотографий) простым мягким карандашом указывают фамилию первого автора, название статьи, номер рисунка и где находится верх.

Буквы, цифры и символы на рисунках и фотографиях должны быть достаточно крупными, четкими и не сливаться с фоном. Электрокардиограммы и микрофотографии должны иметь маркеры масштаба.

Подписи к рисункам представляют на отдельном листе.

Ссылки на цитируемые работы указываются в порядке их упоминания в виде порядковых номеров в списке литературы, заключенных в квадратные скобки. Максимальное количество ссылок для статей — 15, для обзоров — 50.

**Литература.** Источники в списке литературы располагаются в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруются арабскими цифрами. Библиографический список оформляется в соответствии с действующим ГОСТом.

В реферате на английском языке после указания названия работы, авторов, учреждения кратко (не более 8–10 строк) без аббревиатур, сноска или ссылок излагают цель, методы и результаты исследования.

Редакция оставляет за собой право сокращения и стилистической правки текста без дополнительных согласований с авторами. При необходимости внесения в статью изменений по существу авторам направляются замечания и пожелания рецензента.

Материалы, не соответствующие указанным требованиям, не рассматриваются.

Статьи, не принятые к публикации, не возвращаются. Рецензии на них не высылаются.