

Скорая

медицинская

ПОМОЩЬ



Российский
научно-практический журнал

Том 4
№ 2 2003

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

РОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

2/2003

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
А.Е. Борисов	Г.А. Ливанов
В.Л. Ваневский	В.И. Мазуров
Б.С. Виленский	И.П. Миннуллин
Ю.Д. Игнатов	Ю.С. Полушин
В.И. Ковальчук	Ю.Б. Шапот

Ю. Дробнис (Вильнюс)

Е.А. Евдокимов (Москва)

А.С. Ермолов (Москва)

В.А. Замятина (г. Вологда)

А.П. Зильбер (г. Петрозаводск)

А.И. Кательницкая (г. Ростов-на-Дону)

А.А. Курыгин (Санкт-Петербург)

Л.А. Мильникова (Москва)

А.Р. Мойстус (Таллинн)

А.Н. Осипов (г. Челябинск)

В.Л. Радужкевич (г. Воронеж)

В.И. Симаненков (Санкт-Петербург)

С.Н. Хунафин (Уфа)

С. Штрих (Рига)

И.С. Элькис (Москва)

Ю.М. Янкин (г. Новокузнецк)

G.B. Green (США)

E. Krenzelok (США)

K.A. Norberg (Швеция)

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)

Журнал включен в перечень периодических изданий, в которых ВАК рекомендует публиковать результаты диссертаций.

Журнал ежеквартально публикует материалы по актуальным проблемам оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и (в плане преемственности лечения) госпитальном этапе, 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.

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: mapo@mail.lanck.net

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СКОРАЯ ПОМОЩЬ – 2003» Санкт-Петербург, 16–18 июня 2003 г.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЕ	4
<i>Р.А.Хальфин, Л.А.Мыльникова, А.Г.Мирошниценко, Е.А.Евдокимов, В.И.Шальнев</i>	
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В г. НОВОМОСКОВСКЕ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	6
<i>А.А.Калининская, А.И.Сажин, С.И.Шляфер, Е.В.Денисенко, А.Л.Золотарев, В.Г.Курьшикин</i>	
К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА И ОПЛАТЕ ТРУДА СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	9
<i>В.И.Плетинский, А.А.Бойков, Д.В.Зайцев</i>	
ОРГАНИЗАЦИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ	11
<i>П.Г.Илипенко, О.П.Голева, Е.В.Вахрамеева, Е.В.Семенова</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	15
<i>И.В.Гвоздев, О.В.Алатарцев, Т.С.Маркина, Н.К.Богомолова, Г.И.Бишарова</i>	
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	18
<i>В.Т.Долгих, В.Г.Епифанов</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПОРТАТИВНОГО АППАРАТА А-ИВЛ/ВВЛ «ТМТ» ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УПРАВЛЯЕМОЙ И ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ КИСЛОРОДНО-ВОЗДУШНОЙ СМЕСЬЮ	21
<i>В.Н.Латишин, О.Р.Смирнова, В.М.Теплов, А.Н.Коробко</i>	
АНАЛИЗ И ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	23
<i>М.С.Белюцова, А.А.Васильев</i>	
РАЦЕНИЯ И ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ	26
<i>В.П.Асеев, В.Ф.Озеров, В.А.Негрей</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА	27
<i>В.П.Асеев, В.Ф.Озеров</i>	
РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ	28
<i>В.П.Асеев, В.Ф.Озеров, В.А.Негрей</i>	
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИЕМАМ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ	29
<i>В.И.Барклай, В.Ю.Пиковский</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ БЛАНКА ФОРМАЛИЗОВАННОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	30
<i>А.Б.Бичун, А.И.Золотарев, Л.Н.Пруслина, В.М.Шайтор</i>	
ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К КАРТЕ ВЫЗОВА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	31
<i>А.А.Бойков, А.Э.Халип, Ю.М.Михайлов</i>	
ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИМПТОМОВ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ РАЗВИТИЮ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА, У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ	32
<i>А.Л.Егоров</i>	
ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ И АНТИОКСИДАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН	32
<i>Д.Г.Кореньков, В.П.Александров, В.Е.Марусанов, В.В.Михайличенко</i>	
РОЛЬ ТРАВМЫ ОРГАНОВ МОШОНКИ В ФОРМИРОВАНИИ АУТОИММУННОГО БЕСПЛОДИЯ	34
<i>Д.Г.Кореньков, В.П.Александров, В.Е.Марусанов, В.В.Михайличенко, А.В.Лукиянов</i>	

ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЙ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЭПИДИДИМИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	35
<i>В.Н.Миронов</i>	
ЛЕЧЕНИЕ ПРИСТУПНОГО ПЕРИОДА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	36
<i>Е.С.Нищева, А.Л.Егоров, В.М.Шайтор, А.Б.Бичур</i>	
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАРЕЗОВ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	37
<i>А.Г.Мирошниценко, М.А.Кацадзе, О.Г.Изотова, С.Г.Али-Заде, С.Х.Каримов, Ш.Ш.Амонов, А.Б.Сангинев</i>	
РОЛЬ АНТИОКСИДАНТОВ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	38
<i>И.В.Петрова, В.Е.Марусанов, Ю.В.Павлов</i>	
ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ НАЗОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	39
<i>В.Ю.Пиковский, В.И.Баркляя, А.Е.Захарова</i>	
ПЕРВИЧНЫЙ И РАСШИРЕННЫЙ РЕАНИМАЦИОННЫЕ КОМПЛЕКСЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	40
<i>В.Л.Радушкевич, А.А.Чурсин, Л.И.Дежурный, Г.В.Неудахин</i>	
НЕОТЛОЖНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	41
<i>Руксин В.В.</i>	
ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	42
<i>В.В.Руксин</i>	
ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В СТРУКТУРЕ ДЕТАЛЬНОСТИ ПРИ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	43
<i>В.Н.Стратий</i>	
ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ НА СТАНЦИИ «КОМБИПАТСКАЯ»	44
<i>С.Б.Трифонов, Н.Г.Ильиненко, А.А.Иензев</i>	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЦИТОФЛАВИН» ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ И ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ	45
<i>А.Д.Цивинский, М.К.Шевчук, С.Е.Колбасов, Г.С.Стройкова, Т.Н.Саватеева</i>	
ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНКОПОВ У ДЕТЕЙ	46
<i>В.М.Шайтор, А.И.Муханова</i>	
ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	
ПРИКАЗ МЗ РФ № 93 « ОБ ОТРАСЛЕВОЙ ПРОГРАММЕ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» от 11.03.2003 г.	47
ИТОГИ НАУЧНОЙ РАБОТЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРОБЛЕМЕ «НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ» В 2002 ГОДУ	57
<i>А.С.Ермолов, М.М.Абакулов, Т.Н.Богницкая, Т.А.Стрелинская</i>	
О ВСЕРОССИЙСКОМ СОВЕЩАНИИ ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ СТАНЦИЙ И БОЛЬНИЦ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 80-ЛЕТИЮ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЕКАТЕРИНБУРГА	66
КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ	
АМБУ	67
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОСНАЩЕНИЯ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СЛУЖБ СПАСЕНИЯ	76
<i>В.Ю.Пиковский</i>	
ЮБИЛЕИ	
К 80-ЛЕТИЮ СЕРГЕЯ АЛЕКСЕЕВИЧА СЕЛЕЗНЕВА	78
К 75-ЛЕТИЮ ИНЫ НИКОЛАЕВНЫ ЕРШОВОЙ	79

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ – 2003»

Санкт-Петербург, 16–18 июня 2003 г.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В СИСТЕМЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЕ

Р.А.Хальфин, Л.А.Мыльникова, А.Г.Мирошниченко, Е.А.Евдокимов, В.И.Шальнев

*Министерство здравоохранения Российской Федерации,
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
Российская медицинская академия последипломного образования, Россия*

© Коллектив авторов, 2003 г.

Решение коллегии МЗ РФ от 12.12.2002 г. по реализации программы «Скорая медицинская помощь», касающееся необходимости создания унифицированных программ подготовки специалистов в системе дополнительного образования, и Приказ МЗ РФ № 93 от 11.03.2003 г. обозначили необходимость совершенствования системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров по неотложной медицине.

План мероприятий включает в себя:

1) разработку основных требований и унифицированных программ до- и последипломной подготовки кадров;

2) апробацию унифицированных программ;

3) организацию учебно-клинических центров подготовки кадров на базе профильных кафедр медицинских академий и институтов последипломного образования, центральных научно-клинических центров скорой медицинской помощи.

В соответствии с Приказом № 93 концепция программы обсуждена и одобрена на заседании совета по кадровой политике МЗ РФ 15.04.2003 г. Дальнейшее обсуждение программы предполагается провести с заведующими кафедр скорой медицинской помощи и неотложной медицины, а также на консультативном Совете по скорой медицинской помощи МЗ РФ на 4-й Всероссийской конференции по скорой медицинской помощи (Санкт-Петербург, июнь 2003 г.)

Что же заставляет нас инициировать разработку такой программы?

Прежде всего, это возрастающая в последние годы потребность в оказании экстренной меди-

цинской помощи при неотложных состояниях, а также неудовлетворительное качество оказания неотложной медицинской помощи. В этой связи унификация подготовки специалистов по оказанию скорой медицинской помощи является одной из первоочередных задач.

Подготовка специалистов невозможна без серьезного обсуждения идеологии оказания скорой медицинской помощи в медицинских вузах и образовательных учреждениях для средних медицинских работников. Положительный опыт подготовки специалистов по скорой медицинской помощи имеется в ряде медицинских вузов, например, в Екатеринбургской медицинской академии, Санкт-Петербургском педиатрическом институте, в ряде медицинских училищ страны.

Следует отметить особую актуальность унификации подготовки медицинских кадров по основам базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации, а также оказанию скорой медицинской помощи при травмах, что может привести к снижению летальности при дорожно-транспортных происшествиях и техногенных катастрофах. Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что приобретенные в этом направлении знания и практические навыки требуют постоянного закрепления. Вот почему мы считаем целесообразным при получении дополнительного медицинского образования предусмотреть обязательную подготовку по практическим навыкам оказания экстренной медицинской помощи при получении любой базовой лечебной специальности в интернатуре

или клинической ординатуре по хирургии, терапии и др.

Унификация обучения практическим навыкам может быть ускорена благодаря принятию отечественных стандартов расширенной сердечно-легочной реанимации. Такая практика имеется в Европе и Америке. В этом направлении в нашей стране как государственными, так и общественными организациями ведется большая работа. Сейчас требуется концентрация усилий, прежде всего анестезиологов-реаниматологов и специалистов скорой медицинской помощи, для представления проекта стандарта расширенной сердечно-легочной реанимации в лабораторию стандартизации МЗ РФ.

Как отмечено коллегией МЗ РФ, мы являемся свидетелями резкого увеличения количества случаев госпитализации по экстренным показаниям. Больные и пострадавшие поступают в стационар в тяжелом состоянии, что сопровождается повышением летальности. В этих условиях улучшение преемственности в оказании скорой медицинской помощи на до- и госпитальном этапах приобретает особое значение. Одним из ключевых элементов преемственности становится реорганизация приема и оказания экстренной медицинской помощи в стационарах. Преобразование существующих приемных отделений в отделения экстренной медицинской помощи становится одной из текущих задач.

В условиях дефицита врачебных кадров увеличение количества фельдшерских бригад и уменьшение количества врачебных приводит к сокращению объема оказания помощи на догоспитальном этапе и к расширению показаний к госпитализации. Выполнение неотложных лечебных мероприятий все больше переносится на персонал приемных и реанимационных отделений стационаров (и эта тенденция, вероятно, будет усиливаться). При существующей системе оказания экстренной медицинской помощи в стационарах основная нагрузка ложится на узких специалистов, что нерационально и экономически невыгодно. Поэтому подготовка персонала для отделений экстренной помощи приобретает все большую актуальность. Что же такой врач должен знать и уметь?

Исходя из вышесказанного, данный специалист должен обладать знаниями и практически навыками врача скорой медицинской помощи. Кроме того, ему необходимы знания по следующим разделам:

1) по особенностям сортировки больных и пострадавших в стационаре;

2) по организации обследования больных и пострадавших в стационаре в первые часы после поступления с учетом возможности изменения диагноза;

3) по оказанию в стационаре необходимого объема медицинской помощи.

В США и Западной Европе подготовка персонала для этих целей осуществляется в 3-4-летней резидентуре по специальности «Неотложная медицина». В нашей стране попытку введения в номенклатуру специальности «Неотложная медицина» пока следует признать преждевременной. В то же время проведенный нами анализ унифицированных программ подготовки по базовым медицинским специальностям (хирургия, анестезиология-реаниматология, терапия, скорая медицинская помощь и др.) показал, что программа подготовки по скорой медицинской помощи в большей степени, чем другие, соответствует целям подготовки специалистов отделений экстренной медицинской помощи стационаров. Новая унифицированная программа по скорой медицинской помощи, утвержденная МЗ РФ в 2002 г., могла бы стать основой подготовки таких специалистов.

Как известно, подготовка специалистов по скорой медицинской помощи возможна в следующих вариантах:

- интернатура — в течение 1 года;
- ординатура — в течение 2 лет;
- переподготовка — в течение 3,5 мес.

На сегодняшний день наиболее востребованной формой первичной подготовки по специальности «Скорая медицинская помощь» является интернатура. Она проводится по программе, утвержденной МЗ РФ, которая отвечает прежде всего задачам оказания помощи на догоспитальном этапе. В то же время подготовка в двухгодичной клинической ординатуре врачами скорой медицинской помощи востребована явно недостаточно. Может быть, именно поэтому в МЗ РФ до настоящего времени нет официально утвержденной программы такой формы обучения.

Нам представляется, что основой для подготовки врачей отделений экстренной медицинской помощи в стационарах должна стать юридически существующая форма подготовки в клинической ординатуре по специальности «Скорая медицинская помощь».

Длительные формы подготовки в ординатуре и интернатуре, о которых мы говорили выше, в основном имеют отношение к выпускникам, закончившим медицинские вузы после 2000 г. Поэтому необходимо предусмотреть и такую форму

подготовки специалистов отделений экстренной помощи, как переподготовка. Согласно Приказу МЗ РФ № 337, продолжительность такой подготовки должна составить не менее 504 часов. Кроме того, согласно этому приказу, переподготовка возможна только для тех специалистов, которые окончили институт по специальности «Лечебное дело» до 2000 г. и имеют подготовку по одной из основных медицинских специальностей (хирургии, терапии и др.). Достаточно ли такого срока для формирования специалиста, который будет работать в отделении экстренной медицинской помощи? Вероятно, нет. Этот вопрос нуждается в обсуждении. Возможно, такая продолжительность переподготовки может оказаться оптималь-

ной только для врачей, которые уже имеют опыт работы на скорой медицинской помощи.

Исходя из этой концепции, можно сделать вывод, что более всего готовы к подготовке таких специалистов кафедры скорой помощи и неотложной медицины институтов усовершенствования врачей. Координация работы в этом направлении проводится во исполнение Приказа № 93 МЗ РФ при активном участии РосМАПО и СПбМАПО.

Одним из ближайших этапов реализации этой Программы является подготовка этими вузами рабочего совещания с заведующими кафедрами скорой медицинской помощи и неотложной медицины.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В г. НОВОМОСКОВСКЕ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

А.А.Калининская, А.П.Сажин, С.И.Шляфер, Е.В.Денисенко, А.Л.Золотарев, В.Г.Курышкин
Станция скорой медицинской помощи, г. Новомосковск, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Служба скорой медицинской помощи (СМП), призванная оказывать экстренную медицинскую помощь в критических для жизни ситуациях, а также доставлять пациентов к месту оказания специализированного лечения, зачастую выполняет несвойственные ей функции: оказание медицинской помощи хроническим больным (компенсируя тем самым несостоятельность амбулаторно-поликлинической службы), а также различные перевозки.

В работе служб СМП можно выделить три основных потока вызовов: вызовы к больным с жизнеопасными состояниями, на улице или в общественные места; вызовы к больным с жизнеопасными состояниями на дом и вызовы к больным с хроническими заболеваниями нежизнеопасного характера, к больным с высокой температурой тела без осложнений и др.

В двух первых случаях больной нуждается в экстренном оказании СМП, третий вид вызовов не относится к экстренным и является прерогативой поликлиник, т. е., по сути, это неотложная медицинская помощь.

Успешная работа службы СМП связана с совершенствованием работы амбулаторно-поликлинической службы.

Служба скорой медицинской помощи в г. Новомосковске обслуживает 150 500 человек, в том

числе 9000 — сельского населения. Служба СМП представлена самостоятельным учреждением — станцией СМП — и имеет 4 подстанции.

Кроме того, в городе на базе городской поликлиники № 2 муниципального учреждения здравоохранения Новомосковской городской клинической больницы в 1992 г. создан Центр медицинской помощи на дому (ЦМПД), оказывающий неотложную медицинскую помощь населению города.

Служба СМП включает в себя врачебные (общепрофильные), фельдшерские, педиатрические бригады, бригады интенсивной терапии, кардиологические и реанимационные бригады. Обеспеченность круглосуточными бригадами СМП составила 1 на 10 000 населения.

Диспетчера СМП принимают вызовы от населения с улицы, с предприятий, а также вызовы из квартир при внезапных состояниях, угрожающих жизни больного; при несчастных случаях; при отравлениях; при суицидных попытках; при осложнениях беременности и родах.

Диспетчерская служба оснащена компьютерным банком данных «Обращаемость населения за скорой медицинской помощью», куда включено все население города с разделением по участкам поликлиник, к которым они прикреплены. Диспетчера станции СМП вносят данные

о больном в «Карту вызова скорой медицинской помощи» (форма № 110/у).

Банк данных позволяет проанализировать обращаемость за СМП населения каждого территориального участка за любой период времени по нозологическим формам, определить число направленных на госпитализацию и госпитализированных бригадами СМП больных, а также количество обращений за СМП без показаний, количество и причины отказов больных от госпи-

356,8 на 1000 населения в год, в том числе фельдшерскими бригадами — 209,6; бригадами интенсивной терапии — 38,0; педиатрическими бригадами — 31,4; транспортными бригадами — 28,6; кардиологическими бригадами — 25,5; реанимационными бригадами — 17,1 и общепрофильными (врачебными) бригадами — 6,6. Число людей, которым оказана неотложная медицинская помощь медицинскими работниками ЦМПД, составило 216,3 на 1000 населения (табл. 1).

Таблица 1

Число людей, которым оказана медицинская помощь бригадами скорой и неотложной медицинской помощи (2001 г.)

Профиль бригад	Число людей, которым оказана медицинская помощь		
	абс. число	%	на 1000 населения
Общепрофильная (врачебная)	993	1,9	6,6
Педиатрическая	4730	8,8	31,4
Фельдшерская	31 540	58,7	209,6
Кардиологическая	3837	7,1	25,5
Реанимационная	2575	4,8	17,1
Интенсивной терапии	5728	10,7	38,0
Транспортная	4299	8,0	28,6
Итого	53 704	100,0	356,8
Центр медицинской помощи на дому			
Врачебные	10 566	32,45	70,2
Фельдшерские	21 994	67,55	146,1
Итого	32 560	100,00	216,3
Всего	86 264		573,1

тализации и др. Банк данных дает возможность осуществлять преемственность в работе службы СМП и территориальных поликлиник.

Компьютерный программный комплекс «АСУ-03» также позволяет планировать работу бригад СМП с учетом меняющейся нагрузки бри-

Частота вызова СМП по поводам распределилась следующим образом: внезапные заболевания — 264,4 на 1000 населения, несчастные случаи — 39,6; перевозки больных, рожениц и родильниц — 26; хронические заболевания — 25,5; роды и патология беременности — 1,3 (табл. 2).

Таблица 2

Частота и структура вызовов скорой медицинской помощи по поводам (2001 г.)

Поводы к вызову	% к итогу	На 1000 населения
Несчастные случаи	11,1	39,6
Внезапные заболевания	74,1	264,4
Хронические заболевания	7,1	25,5
Роды и патология беременности	0,4	1,3
Перевозка больных, рожениц и родильниц	7,3	26,0
Итого	100,0	356,8

гад в зависимости от времени суток. Обращаемость за СМП населения г. Новомосковска в 2001 г. составила 378 на 1000 населения в год.

Число людей, которым была оказана медицинская помощь бригадами СМП, составило

В больничные учреждения города бригадами СМП были доставлены 10 000 больных, что составило 17,7% от общего числа вызовов. Из числа доставленных в стационары были госпитализированы 80,2% больных.

В 2001 г. было сделано 3177 безрезультатных выездов (5,6% от общего количества выездов). Основными причинами безрезультатных выездов были: отказ от медицинской помощи (36,8% случаев), больной не найден на месте (25,3% случаев), смерть до приезда СМП (17,7% случаев), констатация смерти (14,1% случаев) и др. Ложные вызовы СМП составили 5,3% случаев.

Повторные вызовы СМП составили 6,4% от количества выполненных вызовов. Причинами повторных вызовов были рецидивы приступа (42,9% случаев), желание быть под наблюдением врача (23,9% случаев), отказ от госпитализации при первичном обращении (15,1% случаев), недостаточно эффективное лечение (8,5% случаев), ошибка в диагнозе (5,3% случаев), активное посещение (3% случаев), вызовы СМП без основания (1,1% случаев) и ошибки в лечении (0,2% случаев). Приведенные данные свидетельствуют о плохой организации профилактической работы с хроническими больными и недостаточной квалификации медицинских работников СМП.

Летальные исходы до прибытия СМП составили 1,8% от общего количества вызовов, в основном отмечались у больных с хроническими заболеваниями (55%). Летальные исходы в присутствии медицинского работника отмечены в 41 случае. Основная доля летальных исходов в присутствии медицинских работников пришлось на осложненные формы острого инфаркта миокарда, ишемической болезни сердца и др.

В 2001 г. возврат талонов к сопроводительным листам составил 96,2%, процент диагностических ошибок — 8,3%.

Было зафиксировано 1992 отказа от госпитализации (19,8% от числа направленных СМП). В числе причин были отказы от госпитализации после обследования (75,7% случаев), отказ больного (23,4% случаев), госпитализация не по профилю (0,5% случаев), отсутствие показаний к госпитализации (0,25% случаев) и отсутствие мест (0,15% случаев).

Преимуществом в работе СМП и лечебно-профилактических учреждений города (поликлиник, стационаров, диспансеров) осуществляется посредством ежемесячных совещаний, на которых разбираются вопросы тактики ведения больных, а также ошибки в работе служб СМП, госпитального и амбулаторно-поликлинического звена, вырабатываются единые подходы к лечебно-диагностическому процессу на различных этапах лечения больных.

Центр медицинской помощи на дому обслуживает всех жителей города ежедневно с 8 до 19 часов.

В структуре ЦМПД имеется стационар на дому (СД) и диспетчерская служба. Диспетчера принимают вызовы от населения и в соответствии с инструкцией по регистрации и распределению вызовов определяют, кем будет обслужен вызов. Номер телефона ЦМПД сообщен населению через средства массовой информации.

В ЦМПД оказывается неотложная медицинская помощь больным с хроническими заболеваниями и больным с острыми заболеваниями, не требующими вызова СМП, а именно состояниями и заболеваниями, сопровождающимися повышением температуры тела, артериального давления, болями в позвоночнике и суставах; больным с онкологическими заболеваниями, а также больным, переданным для дальнейшего наблюдения бригадами скорой медицинской помощи.

Диспетчер ЦМПД не принимает вызов от населения, а рекомендует обратиться на станцию СМП в следующих случаях:

— при внезапных состояниях, угрожающих жизни больного (остро развивающихся нарушениях деятельности сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, органов дыхания, органов брюшной полости);

— при несчастных случаях (различных видах травм, ранений, ожогов, поражениях электротоком и молнией, отморожениях, утоплениях, инородных телах в дыхательных путях и т. д.);

— при отравлениях;

— при суицидных попытках;

— при осложненной беременности и родах.

Дежурный врач ЦМПД обязан:

1. Распределять вызовы на обслуживаемые врачом (активные вызовы со станции СМП, вызовы к работающим больным, учащимся) и обслуживаемые фельдшером (активные вызовы со станции СМП и вызовы к неработающим больным).

2. Оказывать первую врачебную помощь.

3. Определять показания к выписке листа временной нетрудоспособности или справки.

4. Решать вопрос о госпитализации и госпитализировать больного через станцию СМП.

5. При отказе больного от госпитализации обеспечить активное наблюдение до передачи его под наблюдение участкового врача.

6. Направлять врача к больным, которые по состоянию здоровья или характеру заболевания не могут посетить поликлинику.

7. Врач ЦМПД осуществляет контроль выполнения жизненно важных назначений участковых врачей и врачей общей практики, которые выполняются медицинскими сестрами стационара на дому.

В 2001 г. в ЦМПД было выполнено 32 600 вызовов, в том числе по поводу острых заболеваний — 43,5%, по поводу обострений хронических заболеваний — 56,5%. Среднее количество вызовов в день составило 98,3. Число людей, которым оказана помощь врачом ЦМПД, составило 70,2 на 1000 населения, фельдшером — 146,1 на 1000 населения. Доля вызовов, переданных со станции СМП, составила 4,5% от общего числа вызовов, выполненных ЦМПД.

За амбулаторной помощью в пункт ЦМПД обратились 785 больных.

В тесной преемственности с ЦМПД работает центр амбулаторной хирургии (ЦАХ). Здесь проводятся хирургические операции по поводу доброкачественных опухолей, абсцессов, панарициев, флегмон, фурункулов, гидраденитов, парапроктитов, варикозного расширения вен и др. Больные наблюдаются после операции в дневном стационаре ЦАХ, а затем транспортом поликлиники доставляются домой. Дальнейшее наблюдение за больными осуществляется врачом-хирургом и медицинской сестрой ЦМПД.

В стационаре на дому в 2001 г. были пролечены 880 больных. Из числа закончивших лечение в СД 35,4% составили больные с неврологическими заболеваниями, 18,9% — с сердечно-сосудистой патологией, 17,4% — с болезнями орга-

нов дыхания, 17% — хирургические больные (прооперированные в ЦАХ поликлиник), 1,9% — с болезнями органов пищеварения, 0,9% — с заболеваниями мочеполовой системы и 0,3% — с новообразованиями. Средняя длительность лечения в СД составила 9,4 дня. Об эффективности лечения в СД свидетельствует то, что 97,7% больных были выписаны с улучшением. У 2,3% больных, лечившихся в СД, наступила смерть. Это были хронические больные с острым нарушением мозгового кровообращения и с сердечно-сосудистой патологией.

Фельдшерами ЦМПД в 2001 г. было выполнено более 90 000 врачебных назначений на дому, в том числе 2811 онкологическим больным. За 2001 г. медицинскими сестрами СД было выполнено около 27 000 инъекций, в том числе 32,7% — онкологическим больным.

В результате преемственности в работе СМП, ЦМПД и учреждений здравоохранения города отмечено снижение показателей досрочной летальности больных, госпитализируемых бригадами СМП, а также количества отказов в госпитализации больных не по профилю и без показаний.

Необходимо признать, что СМП, будучи звеном в цепи оказания первичной медицинской помощи населению, не может и не должна рассматриваться обособленно от других составляющих — амбулаторно-поликлинической службы и экстренной стационарной помощи. Многие существующие проблемы СМП тесно связаны с организацией преемственности в работе этих служб.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА И ОПЛАТЕ ТРУДА СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.И.Плетинский, А.А.Бойков, Д.В.Зайцев

Городская станция скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

В течение ряда лет на одной из подстанций Городской станции скорой медицинской помощи разрабатывалась и апробировалась методика оценки качества и интенсивности труда врачей и фельдшеров СМП с соответствующей дифференциацией премиальных надбавок к заработной плате. Методика была опубликована в 2001 г.

С тех пор сформировался авторский коллектив, работавший над дальнейшим развитием темы в новых условиях. Новые условия — это распространение указанного опыта на все 24 подстанции СМП и обеспечение всех их современной оргтехникой, резко облегчившей трудоемкие расчеты, ранее производимые «вручную».

Одновременно были определены методы централизованного руководства этими процессами аппаратом главного врача станции СМП.

В развитие методики разработаны удобные для применения шаблоны электронных таблиц. Это позволило значительно сократить время, за-

существующий порядок финансирования службы СМП.

В начале каждого месяца с подстанций в плановый отдел управления станции СМП подаются сведения о количестве выполненных вызовов (таблица).

Таблица

Количество вызовов по видам бригад, выполненных подстанцией № _____ в _____ 2003 г.

Санитарный транспорт		Фельдшерские бригады		Врачебные бригады		Всего	
количество выполненных вызовов	с учетом коэффициента сложности K+1,0	количество выполненных вызовов	с учетом коэффициента сложности K+2,0	количество выполненных вызовов	с учетом коэффициента сложности K+3,0	количество выполненных вызовов	с учетом коэффициента сложности

трачиваемое на обработку информации и на расчеты, в основу которых положены показатели качества и интенсивности труда, сопряженные с фондом экономии заработной платы. Этот фонд определяется в соответствии с утвержденными ассигнованиями бюджета по статье «Оплата труда» за вычетом фактических расходов по этой статье на основе данных бухгалтерского учета. Фонд может быть использован для материального поощрения коллектива и отдельных его сотрудников на базе показателей качества и интенсивности их труда, только при выполнении плана производственных показателей. Для СМП это плановое количество выполненных вызовов, определенное на основе среднегодового статистического показателя за несколько лет.

Сумма, определяемая для материального поощрения сотрудников СМП, распределяется следующим образом:

- на поощрение персонала подстанций СМП — не менее 83%;
- на поощрение центральной подстанции и оперативного центра — не менее 6%;
- на поощрение аппарата управления — не более 6%;
- на поощрение персонала вспомогательных подразделений — не более 5%.

В нашем материале мы коснемся в основном главных вопросов, связанных с оценкой труда врачей, фельдшеров и диспетчеров подстанций СМП, которые получают основную долю выделенных средств поощрения, требующих наиболее трудоемких расчетов.

Размер суммы, направляемой на подстанцию СМП, напрямую зависит от количества вызовов, выполненных ею за рассматриваемый период (месяц). Это базовый показатель, определяющий

Из таблицы видно, что вызовы бригад оцениваются по-разному с помощью вводимых коэффициентов сложности. Это корреспондирует с фактической себестоимостью вызовов. При дальнейших расчетах учитывается не количество вызовов, а расчетные единицы (РЕД), полученные при умножении этого количества на коэффициент сложности, указанный в таблице.

Стоимостное выражение одной РЕД определяется как частное от деления распределяемой суммы премиальных денежных средств всей станции СМП на сумму РЕД всех подстанций. Далее, при определении ее доли в денежном эквиваленте, стоимость одной РЕД умножается на количество РЕД, заработанных каждой подстанцией.

Комиссия в составе главного врача и его заместителей вправе уменьшить эту сумму при наличии грубых нарушений какого-либо из разделов работы подстанции, выявленных внешними проверками (не более чем на 10% за каждый случай). Высвободившаяся сумма пропорционально распределяется между остальными подстанциями.

Внутри подстанции СМП итоги распределения поощрительных надбавок утверждаются ее заведующим с учетом совещательного мнения членов избираемого органа (общественного совета) путем расчета индивидуальных коэффициентов качества (К) по формуле:

$$K = K_1 \times K_2 \times K_3 \times K_4,$$

где K_1 — коэффициент отработанного времени (количество рабочих часов / норма часов); K_2 — коэффициент интенсивности труда (отношение индивидуального количества вызовов, выполненных в течение месяца врачом или фельдшером, к количеству вызовов, выполненных в среднем в этих группах. Для тех, чья ин-

рых заболеваниях, травмах, несчастных случаях и отравлениях. Структура коечного фонда БСМП не может быть однотипной и зависит от развития тех или иных видов специализированной медицинской помощи в конкретном городе.

Наиболее типичными подразделениями БСМП являются хирургическое, урологическое, кардиологическое, травматологическое, нейрохирургическое, токсикологическое, неврологическое, реанимационное отделения.

В г. Омске с населением более 1 200 000 жителей экстренную медицинскую помощь оказывают две БСМП. В БСМП № 1 и № 2 г. Омска имеются однотипные отделения, дополняющие друг друга.

Так, в БСМП № 1 развернуто единственное в городе отделение гнойной гинекологии, а в БСМП № 2 — чистой гинекологии. В терапевтические отделения БСМП № 1 в основном госпитализируются больные с аллергическими заболеваниями, с комой при сахарном диабете, в БСМП № 2 — с эндокринными заболеваниями. Хирургические отделения обеих больниц подразделяются на чистые и гнойные и предназначены для госпитализации больных из разных районов города. Травматологические отделения БСМП № 1 и № 2 оказывают помощь при политравме. В целом в БСМП г. Омска представлены все типичные отделения для стационаров данного профиля. Отделения микрохирургии сосредоточены в специализированной травматологической больнице города.

Таким образом, структура больничных коек в БСМП г. Омска полностью соответствует назначению этих лечебно-профилактических учреждений.

Отличительной особенностью БСМП № 1 по сравнению с другими сопоставимыми стационарами является мощная реанимационная служба. Реанимационные койки (87) распределяются на общие — 15, нейрореанимационные — 18, кардиореанимационные — 6, ожоговые — 12, токсикологические — 12 и гнойно-септические — 24.

Кроме того, специфической особенностью БСМП № 1 является наличие консультативного центра. В составе БСМП № 1 с 1993 г. функциони-

рует городское отделение выездной, экстренной консультативной помощи. Задачей центра является оказание экстренной выездной консультативной помощи в тех лечебно-профилактических учреждениях г. Омска, где нет соответствующих служб (хирургической, гинекологической, урологической, гравитационной, токсикологической).

Специалисты центра не только консультируют больных, но и участвуют в лечебной работе, в том числе проводят хирургические вмешательства в неотложных ситуациях, когда имеются условия для проведения операций на месте.

После консультации больные, нуждающиеся в госпитализации, направляются либо в хирургический стационар района, либо в БСМП. Работу центра обеспечивает круглосуточная бригада хирургов, гинекологов, урологов с привлечением по мере необходимости анестезиолога, гравитолога, токсиколога. Наибольшее количество консультаций приходится на гинекологическую и хирургическую службы.

В БСМП № 1 организована круглосуточная работа лабораторно-диагностических служб, что дает возможность сократить время, затрачиваемое на диагностику, и снизить среднюю длительность пребывания больного на койке до 9,8 дней.

Для совершенствования организации госпитального этапа экстренной медицинской помощи жителям г. Омска нами был проведен опрос 145 врачей лечебно-профилактических учреждений (хирургов, анестезиологов, терапевтов, неврологов). В анкете содержались вопросы, позволяющие судить о степени удовлетворенности медицинских работников организацией экстренной госпитальной медицинской помощи и деятельностью отдельных подразделений БСМП № 1. Кроме того, врачи имели возможность внести свои предложения по совершенствованию этого вида экстренной помощи населению города.

Результаты анкетного опроса представлены в табл. 1. Наибольшее число положительных оценок организации экстренной госпитализации дано хирургами (68,2%), наименьшее — неврологами.

Таблица 1

Удовлетворенность врачей организацией экстренной госпитализации пациентов

Специалисты	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Затруднились с ответом	Итого
Хирурги, %	36,4	31,8	4,5	27,1	—	100,0
Терапевты, %	25,0	38,5	21,2	11,5	3,8	100,0
Анестезиологи, %	30,8	30,8	15,4	7,7	15,3	100,0
Неврологи, %	25,0	25,0	33,3	—	16,7	100,0

Среди недостатков в организации оказания экстренной медицинской помощи жителям города врачи отметили низкий уровень качества работы бригад скорой помощи, в результате чего БСМП вынуждены работать как сортировочные пункты. Отрицательным моментом является также отсутствие мониторинга и управления потоками больных, направляемых на экстренную госпитализацию, в реальном масштабе времени службой скорой медицинской помощи. Одной из причин такого положения дел респонденты считают отсутствие регламентирующих документов (стандартов), позволяющих определить показания к госпитализации, и наставлений для службы скорой помощи по сортировке и направлению больных в профильные отделения БСМП.

На вопрос: следует ли лечить пациентов в отделениях БСМП до полного выздоровления, большинство опрошенных ответили положительно (табл. 2). Однако характер ответа зависел от профиля отделения больницы. Так, почти 70% опрошенных высказались за пребывание пострадавших до полного излечения в ожоговом отделении БСМП, 69% — в токсикологическом отделении, 63% — в нейрохирургическом отделении.

Большинство респондентов не видят необходимости в лечении больных до полного выздоровления в терапевтических отделениях и считают, что после ликвидации состояния, угрожающего жизни больного, необходимо осуществлять дальнейшее долечивание в других ЛПУ города.

Критериями перевода пациентов из других ЛПУ в БСМП врачи считают:

- неотложные состояния, требующие экстренного лечения (отравления, ожоги, механическую асфиксию, кому и т. д.);

- наличие нейрохирургической патологии, диагностированной нейрохирургом;

- невозможность оказать полноценную квалифицированную медицинскую помощь в силу объективных причин (отсутствие профильных специалистов, необходимой аппаратуры и оборудования);

- острый инфаркт миокарда при отсутствии в лечебном учреждении реанимационного отделения;

- необходим, по их мнению, перевод в ожоговое отделение БСМП всех больных с ожогами.

В ходе исследования изучался вопрос о необходимости создания в городе центров реабилита-

Таблица 2

**Целесообразность лечения пациентов до полного выздоровления
в отделениях больниц скорой медицинской помощи**

Отделение	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Затруднились с ответом	Итого
Токсикологическое, %	55,7	12,9	11,4	15,7	4,3	100,0
Кардиоинфарктное, %	43,1	16,9	13,8	21,5	4,6	100,0
1-е терапевтическое, %	11,1	24,1	29,6	22,2	13,0	100,0
2-е терапевтическое, %	8,8	22,8	22,8	33,3	12,3	100,0
Нейрососудистое, %	28,4	20,9	14,9	31,3	4,5	100,0
1-е хирургическое, %	28,6	26,8	16,1	21,4	7,1	100,0
Гнойной хирургии, %	29,5	16,4	18,0	24,6	11,5	100,0
Гинекологическое, %	27,6	25,9	12,1	22,4	12,1	100,0
Нейрохирургическое, %	38,3	25,0	13,3	13,3	10,0	100,0
Травматологическое, %	29,1	25,5	10,9	23,6	10,9	100,0
Ожоговое, %	46,6	22,4	6,9	13,8	10,3	100,0
Урологическое, %	29,3	31,0	12,1	13,8	13,8	100,0

В качестве критериев для перевода на долечивание пациентов хирургического профиля из БСМП в другие ЛПУ врачи называют удовлетворительное состояние; снижение или нормализацию температуры тела; восстановление показателей гемодинамики; отсутствие необходимости в применении специальных методов лечения и неотложной хирургической коррекции; очищение раны от гноя.

Многие врачи из числа опрошенных считают, что такие центры нужны, особенно для больных с инфарктом миокарда, ожоговых и онкологических больных, пациентов после абдоминальных хирургических вмешательств, а также для пациентов неврологического и травматологического профиля. Для остальных категорий больных желательна санаторно-курортное лечение. По мнению других респондентов, особой

необходимости в организации таких центров нет, а для реабилитации следует использовать дневные стационары и местные санатории.

При оценке удовлетворенности врачей работой консультативного центра БСМП № 1 только 15% опрошенных врачей отметили, что их не удовлетворяет работа консультативного центра. Подавляющее большинство респондентов высказались за необходимость сохранения этого структурного подразделения БСМП. Наиболее высокую оценку работе консультативного центра дали хирурги. Они считают, что консультативный центр — это оперативная группа, которая может быть перебросена в любое лечебное учреждение города, не имеющее соответствующих служб, и оказать неотложную медицинскую помощь находящемуся на стационарном лечении нетранспортабельному больному.

Более 50% опрошенных специалистов удовлетворены деятельностью реанимационной службы БСМП № 1 и считают, что по своему оснащению и квалификации персонала она удовлетворяет современным требованиям (табл. 3).

В ходе опроса врачи высказали свои предложения по совершенствованию госпитального этапа экстренной медицинской помощи.

В частности, хирурги предлагают сконцентрировать всех экстренных больных в трех стационарах города, оснащенных высокотехнологичным современным оборудованием. Они рекомендуют интенсифицировать процесс лечения в таких стационарах за счет сокращения длительности пребывания больного в отделении реанимации и интенсивной терапии до 4 дней; пребывание в общих отделениях ограничить 3–4 днями и затем переводить пациентов для долечивания в стационары общего профиля.

Многие из опрошенных врачей считают необходимым увеличить количество коек для оказания неотложной помощи в районах города, чтобы сократить время поступления пациентов в профильное отделение.

По мнению части опрошенных, совершенствования требует догоспитальный этап оказания скорой медицинской помощи, необходимо повы-

Таблица 3

Оценка деятельности реанимационной службы БСМП № 1

Специалисты	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет	Затруднились с ответом	Итого
Хирурги, %	47,4	31,6	5,3	5,3	10,4	100,0
Терапевты, %	22,4	22,5	20,4	10,2	22,5	100,0
Анестезиологи, %	25,0	18,8	18,8	37,4	—	100,0

Среди опрошенных специалистов наиболее удовлетворены работой этой службой хирурги (79%), неудовлетворены большинство анестезиологов.

Среди недостатков службы реанимации БСМП № 1 называют недостаточное техническое обеспечение, прежде всего отсутствие современной контролирующей аппаратуры, средств лечения, лабораторной экспресс-диагностики.

Для улучшения работы реанимационной службы специалисты предлагают организовать в ее составе современную бактериологическую лабораторию, отдел переливания крови и оснастить службу дыхательной, следящей, диагностической аппаратурой и лабораторной техникой.

Анестезиологи-реаниматологи предлагают увеличить количество коек в отделении реанимации до 50% от общего коечного фонда БСМП. По их мнению, качество работы службы улучшится, если подготовка профильных специалистов будет осуществляться, начиная с IV курса медицинского вуза.

шение компетентности врачей, работающих в бригадах СМП.

Терапевты считают необходимым наличие связи бригад скорой помощи с отделениями БСМП, а также укрепление взаимодействия с участковой службой поликлиник. Пребывание больного в любом отделении БСМП, по их мнению, должно быть использовано для всестороннего обследования, выявления сопутствующих заболеваний и комплексного лечения.

Таким образом, опрос показал высокий интерес врачей к вопросам совершенствования оказания экстренной медицинской помощи. Проведенный анализ позволил выделить ключевые моменты в деятельности БСМП, требующие внесения изменений, наметить необходимые организационные мероприятия для улучшения оказания экстренной медицинской помощи. Эти предложения следует учитывать при реформировании госпитального этапа оказания скорой медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

П.В.Гвоздев, О.В.Алатарцев, Т.С.Маркина, И.К.Богомолова, Г.И.Бишарова

*Областной консультативно-диагностический центр для детей,
Областная станция скорой медицинской помощи, Чита, Россия*

© Коллектив авторов, 2003 г.

Актуальность совершенствования подходов к лечению бронхиальной астмы определяется высокой распространенностью этого заболевания, ранним началом и неуклонно прогрессирующим течением. Внедрение международных согласительных документов в последние годы привело к существенным изменениям в тактике оказания помощи больным с бронхиальной астмой [1]. Ключевое место в лечении астмы занимают профилактические препараты, подавляющие воспаление, устраняющие симптомы заболевания и снижающие риск развития тяжелых осложнений [2]. Однако, несмотря на успехи поддерживающей (контролирующей) терапии, она не предупреждает развитие обострений, которые с различной частотой и степенью тяжести возникают у больных с бронхиальной астмой. Обструкция дыхательных путей является драматической клинической ситуацией с быстро нарастающей гипоксией, при этом эффективность неотложной помощи во многом зависит от адекватности выбора лекарственного средства и способа доставки его в легкие [3].

Применение небулайзеров в педиатрической практике при жизнеугрожающих состояниях часто не имеет достойной альтернативы. Сложностями, возникающими в координации дыхания у детей раннего и дошкольного возраста при ингаляции из дозирующего аэрозольного ингалятора, обосновывается применение ингаляций лекарственных препаратов с помощью небулайзера. К преимуществам небулайзерной терапии относятся легкость выполнения, хорошая эффективность вследствие создания высокой концентрации лекарственного вещества в дыхательных путях за короткий промежуток времени, возможность применения с первых месяцев жизни [4].

Как правило, первой медицинской инстанцией, куда обращаются больные с приступом бронхиальной астмы, является служба скорой медицинской помощи. Раннее оказание квалифицированной помощи на догоспитальном этапе представляет собой принципиально важное условие совершенствования помощи детям с обостре-

ем бронхиальной астмы. Сложности внедрения современного стандарта лечения связаны прежде всего с вопросами экономического характера. Приобретение небулайзеров и расходных материалов к ним, пикфлоуметров для врачей скорой медицинской помощи и стационаров требует значительных финансовых затрат. Программный подход к решению наиболее актуальных проблем медицины обеспечил принятие областной целевой программы «Развитие детской пульмонологической помощи в Читинской области», одним из разделов которой является совершенствование материально-технической базы учреждений здравоохранения. Педиатрические бригады областной станции скорой медицинской помощи (ССМП) в 2002 г. были оснащены портативными компрессорными небулайзерами «Paru boy» (Германия) и пикфлоуметрами «Jaeger» (Германия).

Целью исследования была оценка результатов применения небулайзерной терапии при оказании неотложной помощи детям с обострением бронхиальной астмы на догоспитальном этапе.

Для решения поставленной задачи был проведен анализ причин обращения за неотложной помощью по поводу синдрома бронхиальной обструкции и сравнение эффективности применения традиционной и небулайзерной терапии в лечении обострения бронхиальной астмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 82 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, обратившихся на станцию СМП по поводу бронхообструктивного синдрома. В зависимости от пути введения лекарственных препаратов сформированы 2 группы, одинаковые по возрастному-половому составу: 1-я группа — 46 детей, получивших бронхоспазмолитические средства через небулайзер; 2-я группа — 36 детей, у которых проводился традиционный комплекс неотложной помощи без использования небулайзерной технологии. В качестве бронхолитиков в 1-й группе использовали β_2 -агонисты короткого действия (беротек)

и М-холинолитики (атровент или беродуал фирмы «Boehringer Ingelheim», Австрия), во 2-й группе — системные кортикостероиды и эуфиллин, вводимые парентерально.

Для решения поставленной задачи врачи станции СМП обучены современным алгоритмам оказания помощи детям с острым приступом бронхиальной астмы, технике небулайзерной терапии и методике работы с пикфлоуметрами. Критерии оценки тяжести обострения бронхиальной астмы и тактика оказания экстренной помощи соответствовали положениям Национальной программы и методическим рекомендациям [2, 5]. Для изучения клинико-anamnestических особенностей заболевания и объема терапии осуществлялось анкетирование детей по специально разработанной анкете, включающей в себя элементы опроса и сведения из медицинских карт (форма № 112). Проведен ретроспективный анализ медицинской документации (форма № 110/у). Эффективность лечебных мероприятий оценивалась по динамике клинических симптомов и прироста показателей пиковой скорости выдоха (у детей старше 5 лет), диапазон условных средних значений определялся согласно ростовым стандартам [2].

Статистическую обработку проводили с использованием t-критерия Стьюдента, критерия χ^2 в среде пакета Microsoft Excel 2000.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ медицинской документации показал, что среди обратившихся за неотложной помощью по поводу бронхиальной обструкции 43 (52,4%) ребенка страдали бронхиальной астмой с длительностью заболевания $3,42 \pm 0,56$ года (таблица).

пациентов отмечались неоднократно в течение нескольких лет, имели однотипный, повторяющийся характер, сопровождались ночными приступами удушья и свистящего дыхания, уменьшались при использовании эуфиллина. При этом у части детей (13%) заболевание протекало на фоне сопутствующего атопического дерматита и отягощенной наследственности по аллергическим заболеваниям (в 16% семей). Дополнительное аллергологическое обследование этих детей позволило установить наличие бронхиальной астмы.

Таким образом, из всех обратившихся за неотложной помощью по поводу бронхообструктивного синдрома 70,7% составили дети с бронхиальной астмой. Несомненно, что упорно повторяющиеся случаи обструктивного бронхита, необычное его течение и резистентность к общепринятой терапии должны настораживать врачей в плане диагностики типичной астмы, не распознанной ранее. Косвенным образом полученные данные подтверждают многочисленные факты несоответствия сведений официальной статистики и высокой истинной распространенности бронхиальной астмы у детей [1, 2, 6, 7].

Клинические симптомы обструкции дыхательных путей у 20 (24,4%) детей наблюдались в течение менее одного часа, у 39 (47,6%) детей — от 1 до 11 часов, у 22 (26,8%) детей — от 1 до 5 суток, у 1 (12,1%) ребенка — 10 дней. Острый приступ бронхиальной обструкции начали лечить в домашних условиях в 36 (43,9%) семьях. В качестве первого средства экстренной помощи наиболее часто (у 55,5% пациентов) применяли таблетированные формы метилксантинов. Аэрозольные дозирующие ингаляторы с адреномиметиками использовали в 10 (12,2%) слу-

Таблица

Распределение больных с бронхообструктивным синдромом в зависимости от возраста и клинического диагноза

Диагноз	До 3 лет		3-6 лет		7-14 лет		Всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Бронхиальная астма	10	23,3	6	13,9	27	62,8	43	100
Обструктивный бронхит:								
острый	19	100,0					19	100
рецидивирующий	6	30,0	4	20,0	10	50,0	20	100
Итого	35	42,7	10	12,2	37	45,1	82	100

В 39 (47,6%) случаях дети наблюдались по месту жительства с диагнозом «Обструктивный бронхит», из них 13 (33,3%) заболели впервые. Эпизоды бронхиальной обструкции у 15 (38,5%)

чаях. Десенсибилизирующие и отхаркивающие средства получали 6 (7,3%) пациентов. Низкая эффективность проводимых мероприятий явилась основанием обращения за специализиро-

ванной неотложной помощью. По степени тяжести приступы бронхиальной астмы, требовавшие вызова врача ССМП, расценены как среднетяжелые у 49 (84,5%) пациентов, как тяжелые — у 9 (15,5%) детей. К моменту обострения лишь 35% больных получали базисную терапию недокромилом или кромогликатом натрия в профилактических дозах. Ингаляционные кортикостероидные препараты в качестве средств контроля заболевания не использовались. Полученные данные позволяют предположить низкое качество базисной (контролирующей) терапии при бронхиальной астме, отсутствие плана конкретных действий в случае острого приступа.

Эффективность неотложных мероприятий оценивалась по динамике таких симптомов, как общее состояние больного, частота дыханий, участие вспомогательной мускулатуры и аускультативной картины. При анализе клинической эффективности небулайзерной терапии отмечено, что однократная подача раствора беротека или беродуала в течение 7–9 минут приводила к прекращению приступов затрудненного дыхания и исчезновению явлений бронхообструкции у 24 (52,2%) больных. При недостаточном эффекте в течение 20 минут ингаляция бронхоспазмолитика повторялась и способствовала улучшению состояния у 13 (28,2%) детей. У 9 (19,6%) пациентов в комплексе лечения потребовалось парентеральное введение стероидов.

Отмечался прирост показателей пиковой скорости выдоха после проведения экстренных мероприятий с $54,96 \pm 4,56\%$ до $80,56 \pm 5,32\%$ ($p < 0,001$). Внутривенное введение преднизолона и эуфиллина лишь в 5 (13,8%) случаях привело к полному ответу на проводимое лечение. Недостаточный клинический эффект такого подхода зарегистрирован у 22 (61,1%) пациентов, а в $1/4$ случаев налицо было его полное отсутствие. Очевидно, что одним из существенных преимуществ небулайзерной техники явилась возможность восстановить проходимость бронхов без парентеральных манипуляций в 80% случаев. Данная методика расценивалась родителями больного как психологически щадящая и способствовала достижению комплайенса с пациентом и его родными.

Часть детей после оказания неотложной помощи направлены на лечение в стационар: 23 (64%) пациента, у которых применялась традиционная терапия, 15 (32,6%) детей, у которых использовались небулайзеры ($p < 0,01$). Помимо изменения удельного веса госпитализированных

детей, качественно изменился их возрастной состав. Традиционный подход привел к госпитализации 10 (83,3%) детей раннего возраста и 13 (54,1%) детей старше 3 лет, использование ингаляционной техники — соответственно 11 (55%) и 5 (23,8%) человек. Учитывая, что на территории Читинской области принят единый методологический подход к обязательной госпитализации детей первого года жизни при неотложных состояниях, не представляется возможным оценить ее истинную необходимость в аспекте неэффективности оказанных мероприятий. Более показательным, на наш взгляд, является соотношение числа госпитализированных детей раннего возраста и числа детей старше 3 лет, которое после небулизации бронхоспазмолитиков составило $2,75 : 1$ (против $1 : 0,8$ при традиционном лечении). Очевидно, что внедрение небулайзерных технологий на этапе оказания скорой медицинской помощи при бронхообструктивном синдроме позволило существенно снизить процент госпитализации детей старше 3 лет (16% против 59,1%, $p < 0,01$).

Фармакоэкономический аспект оказания неотложной помощи учитывал финансовые затраты при использовании традиционной и небулайзерной технологий лечения острой обструкции дыхательных путей у детей на догоспитальном этапе. Установлено, что на каждые 100 вызовов для службы неотложной помощи с применением небулайзеров экономия средств составила 42 000 рублей. Финансовые затраты на приобретение 5 небулайзеров «Pary boy» окупались за 83 дня работы педиатрических бригад ССМП.

ВЫВОДЫ

1. Синдром бронхиальной обструкции как причина обращения за неотложной помощью в 70% случаев обусловлен обострением бронхиальной астмы, при этом выявлены недооценка его тяжести, поздняя диагностика, неадекватная базисная терапия.

2. К преимуществам внедрения небулайзерной технологии на догоспитальном этапе относятся высокая (80% случаев) эффективность лечения обострения бронхиальной астмы у детей, предотвращение ухудшения состояния без использования парентеральных манипуляций, снижение частоты госпитализации в 2 раза.

3. Установлен экономический эффект внедрения небулайзерных технологий на догоспитальном этапе.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы* / Под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2002. — 160 с.
2. *Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика»* / Всероссийское научное общество пульмонологов. Союз педиатров России. — М., 1997. — 96 с.
3. Цой А., Архипов В. Небулайзерная терапия при бронхиальной астме // *Врач.* — 2002. — № 11. — С. 11–13.
4. Авдеев С.Н. Использование небулайзеров в клинической практике // *Рус. мед. журн.* — 2001. — Т.9, № 5 (124). — С. 189–196.
5. *Неотложная терапия бронхиальной астмы у детей: Метод. письмо* / Под ред. Н.А.Геппе. — М.: ООО «Интер-Этон», 2000. — 16 с.
6. Дрожжев М.Е., Лев Н.С., Котюченко М.В. и др. Современные показатели распространенности бронхиальной астмы среди детей // *Пульмонология.* — 2002. — № 1. — С. 42–46.
7. Черняк Б.А., Тяренкова С.В., Буйнова С.Н. Аллергические риниты в Восточной Сибири: распространенность, этиологическая характеристика и взаимосвязь с бронхиальной астмой в разных возрастных группах // *Аллергология.* — 2002. — № 2. — С. 3–9.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Т.Долгих, В.Г.Епифанов

*Омская государственная медицинская академия,
Станция скорой медицинской помощи г. Омска, Россия*

© В.Т.Долгих, В.Г.Епифанов, 2003 г.

Отек легких остается одним из наиболее грозных осложнений целого ряда заболеваний, встречающихся в практике врача скорой медицинской помощи (СМП) [1–5], поэтому вопросы рациональной, патогенетически обоснованной терапии этого синдрома по-прежнему сохраняют свою актуальность, особенно на догоспитальном этапе. Наряду с традиционно применяемой медикаментозной терапией (диуретики, анальгетики, нитраты и т. д.), обязательным компонентом оказания неотложной медицинской помощи больным с отеком легких является кислородотерапия [5, 6]. На догоспитальном этапе она осуществляется обычно дыхательным аппаратом КИ-3М, имеющимся на табельном оснащении машин СМП. Конструкция этого аппарата не предусматривает каких-либо специальных режимов дыхания. Вместе с тем в комплексе лечебных мероприятий особое место занимает кислородотерапия в режиме положительного давления в конце выдоха — ПДКВ [7–9]. По нашему мнению, этот вид искусственной вентиляции легких (ИВЛ) может оказаться эффективным и на догоспитальном этапе, однако требует апробации в условиях работы бригады скорой медицинской помощи и реконструкции дыхательного аппарата КИ-3М.

Целью настоящего исследования явилась разработка доступного для врачей СМП метода проведения кислородотерапии при отеке легких в режиме ПДКВ имеющимся на оснащении бригад скорой помощи кислородным ингалятором КИ-3М и оценка его эффективности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 76 больных с отеком легких, возникшим на фоне ишемической болезни сердца, без выраженных изменений артериального давления. В контрольную (1-ю) группу вошли 38 больных (средний возраст $73,1 \pm 1,6$ года) с отеком легких, получавших традиционную терапию, включая ингаляцию кислорода. Основную (2-ю) группу составили 38 больных (средний возраст $71,3 \pm 1,5$ года), у которых наряду с традиционно применяемой терапией отека легких проводили кислородотерапию в режиме ПДКВ. Обе группы больных были сопоставимыми по численности, возрасту, полу, исходным клиническим и функциональным показателям.

Для создания режима ПДКВ конструкция аппарата КИ-3М была незначительно модифицирована. Как известно, в этом аппарате поток выдыхаемого воздуха выходит через 4 боковые проре-

зи передней съемной крышки клапана. При закрытии двух прорезей (например, лейкопластырем) создается ПДКВ, равное 4–6 см вод. ст., а трех прорезей — 8–10 см вод. ст. Методика оксигенотерапии аппаратом КИ-3М в режиме ПДКВ заключается в следующем: эластическая резиновая маска аппарата плотно прижимается к лицу больного, а объем подаваемой кислородно-воздушной смеси выше обычного и регулируется таким образом, чтобы дыхательный мешок был постоянно раздутым. Таким образом, создается подпор кислорода на вдохе, что повышает эффективность режима ПДКВ [1].

От применения пеногасителей было решено воздержаться, поскольку они оказывают раздражающее действие на дыхательные пути [7]. При наличии выраженного болевого синдрома вводился морфин, а при его отсутствии или умеренно выраженной боли осуществляли нейролепсию дроперидолом [10] в обычных дозах, иногда в сочетании с анальгином.

При проведении исследований оценивали систолическое, диастолическое и среднее артериальное давление, частоту дыхания и сердечных сокращений, время уменьшения влажных хри-

пов в легких и цианоза, время появления диуреза, определяли насыщение артериальной крови кислородом (SaO_2 , %). Грудной электрический импеданс (Ом) оценивали с помощью реоплетизмографа РПГ2-02. Пиковую скорость выдоха (л/мин) измеряли после купирования отека легких пикфлоуметром «Jaeger» производства «Hagedorn GmbH». Изучаемые показатели оценивались перед оказанием медицинской помощи, в ходе ее проведения через каждые 5 минут и после купирования отека легких.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Стьюдента (t).

Проверку условий правомерности применения t-критерия Стьюдента проводили с помощью построения графиков на нормальной вероятностной бумаге с помощью стандартных таблиц функций распределения (StatSoft), критериев согласия Колмогорова — Смирнова. Проверку гипотезы о равенстве двух генеральных дисперсий в сравниваемых группах осуществляли с помощью F-критерия Фишера. Показатели регистрировали исходно, через 5-минутные интервалы до 30 мин и в момент купирования отека легких.

Таблица
Влияние положительного давления в конце выдоха на изменения гемодинамических и вентиляционных показателей больных с отеком легких без выраженной артериальной гипертензии (M±m)

Изучаемый показатель	Группы больных	Сроки исследования, мин						
		исходно	5	10	15	20	25	30
Частота дыхания, в 1 минуту	1-я	32±0,8	31±0,7	30±0,7*	29±0,6*	27±0,6*	26±0,6*	24±0,7*
	2-я	33±0,7	29±0,6**	26±0,7**	23±0,6**	21±0,6**	20±0,6**	20±0,4**
Частота сердечных сокращений, уд./мин	1-я	106±4,6	102±4,0	97±3,1*	95±3,0*	94±2,8*	92±2,7*	91±2,7*
	2-я	114±5,0	106±4,1*	99±2,9*	93±2,2*	91±1,9*	90±1,7*	89±1,6*
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	1-я	149±2,7	147±2,3	145±2,1*	141±2,1*	141±3,4*	138±3,5*	135±2,0*
	2-я	148±2,9	144±2,7*	137±2,8**	136±2,4*	133±2,4**	133±2,1*	132±2,0*
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст.	1-я	90±2,0	90±1,3	88±1,2	87±1,2	86±1,3*	85±1,2*	84±1,5*
	2-я	90±1,4	88±1,4	84±1,5*	83±1,0**	82±1,1*	81±1,0**	81±1,0*
Среднее артериальное давление, мм рт. ст.	1-я	110±1,6	108±1,5	107±1,4	105±1,4*	104±1,3*	102±1,4*	101±1,5*
	2-я	110±1,4	105±1,6*	101±1,8**	100±1,4**	99±1,4**	98±1,3*	98±1,3*
Насыщение артериальной крови кислородом, %	1-я	88±0,4	94±0,3*	95±0,2*	94±0,3*	92±0,3*	91±0,3*	91±0,4*
	2-я	88±0,5	94±0,4*	96±0,2**	96±0,2**	95±0,2**	94±0,2**	93±0,3**
Электрический импеданс, Ом	1-я	18,4±0,4		18,7±0,4		19,6±0,4*		20,9±0,3*
	2-я	17,8±0,5		19,1±0,5*		21,4±0,5**		22,8±0,6**

Примечание. 1-я группа — больные (n = 38) с отеком легких, получавшие традиционную терапию; 2-я группа — больные (n = 38) с отеком легких, у которых осуществлялась оксигенотерапия с ПДКВ.

* — различия достоверны в сравнении с исходными значениями; ** — различия достоверны между группами.

Статистический анализ осуществляли с помощью пакета Statistica 5.5, табличного процессора Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из таблицы, исходные значения изучаемых показателей в обеих группах достоверно не различались. У больных, которым проводили кислородотерапию с применением ПДКВ (2-я группа), быстрее уменьшалась частота дыхания: различия становились достоверными уже с 5-й минуты оказания неотложной медицинской помощи, через 30 мин в 81,6% случаев частота дыхания приближалась к нормальным значениям (20 в 1 минуту и менее). В контрольной (1-й группе) частота дыхания к 30-й минуте нормализовалась лишь у 21,0% больных.

Уменьшение цианоза достигалось через $14,3 \pm 0,8$ мин от начала оказания медицинской помощи в основной группе и через $31,4 \pm 1,1$ мин — в контрольной, уменьшение влажных хрипов в легких — соответственно через $16,9 \pm 1,2$ мин и через $38,9 \pm 1,6$ мин. Диуретический эффект в основной группе наступал через $22,5 \pm 1,5$ мин, в контрольной — через $40,1 \pm 1,1$ мин. Все различия были статистически достоверны.

Динамика таких показателей, как артериальное давление и частота сердечных сокращений, в обеих группах достоверно не различалась. насыщение крови кислородом достигало нормальных значений на фоне ингаляции кислородно-воздушной смеси примерно в одно и то же время (через 5 мин), а в последующие сроки сохраня-

лись его более высокие значения у больных, которым проводили ИВЛ с ПДКВ.

Увеличение электрического импеданса, косвенно свидетельствовавшее об уменьшении внутрисосудистого объема воды в легких, оказалось более значительным в основной группе: через 30 мин от начала оказания неотложной медицинской помощи этот показатель возрос на 20,2%, а в контрольной группе — только на 6,5%.

Среднее время купирования отека легких в основной группе составило $23 \pm 1,7$ мин, а в контрольной группе — $38,1 \pm 1,5$ мин. После купирования отека легких с применением ПДКВ пиковая скорость выдоха оказалась сниженной на $157 \pm 5,4$ л/мин, а в группе больных без применения ПДКВ — на $169 \pm 6,5$ л/мин от должных значений. Среднее время пребывания бригады скорой медицинской помощи на вызове сократилось с $79,1 \pm 3,0$ мин до $73,2 \pm 2,7$ мин.

ВЫВОДЫ

1. Способ проведения оксигенотерапии в режиме положительного давления в конце выдоха аппаратом КИ-ЗМ технологически доступен на догоспитальном этапе.

2. В комплексе лечебных мероприятий предложенный способ высокоэффективен и позволяет достаточно быстро купировать отек легких.

3. Применение кислородотерапии в режиме положительного давления в конце выдоха позволяет уменьшить время пребывания бригады скорой медицинской помощи на вызове у данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зильбер А.П. Медицина критических состояний: общие проблемы. — Петрозаводск, 1995. — 360 с.
2. Руксин В.В. Неотложная кардиология. — СПб.: Невский диалект, 2000. — 501 с.
3. Костюченко А.Л. Угрожающие жизни состояния в практике врача первого контакта: Справочник. — СПб., 1999. — 247 с.
4. Мирошниченко А.Г., Кацадзе М.А., Решетов А.В. Закрытая травма груди а практике врача скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. — 2002. — Т. 3, № 3. — С. 62–67.
5. Basic A. Prehospital treatment of pulmonary edema et the Emergency Medical Services Center in Sarajevo // Amer. J. Emerg. Med. — 2000. — Vol. 4. — P. 241–242.
6. Руководство для врачей скорой помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. — СПб.: Невский диалект, 2001. — 704 с.
7. Зильбер А.П. Респираторная медицина. Этюды критической медицины. — Петрозаводск, 1996. — Тт. 1–2.
8. Bersten A.D., Holt A.W., Vedig A.E. Treatment of severe cardiogenic pulmonary edema with continous positive airway pressure delivered by face mask // New Engl. J. Med. — 1991. — Vol. 26. — P. 1825–1830.
9. Hoffman B. Non-invasive positive pressure ventilation in cardiogenic pulmonary edema // Med. Klin. — 1999. — № 1. — P. 58–61.
10. Вилковиский Ф.А. Дифференцированная терапия отека легких в зависимости от данных центральной гемодинамики на догоспитальном этапе: Автореф. дисс... канд. мед. наук. — М., 1981. — 25 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПОРТАТИВНОГО АППАРАТА А-ИВЛ/ВВЛ-«ТМТ» ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УПРАВЛЯЕМОЙ И ВСПОМОГАТЕЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ КИСЛОРОДНО-ВОЗДУШНОЙ СМЕСЬЮ

В.Н.Лапшин, О.Р.Смирнова, В.М.Теплов, А.Н.Коробко

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Одним из важных вопросов в практической анестезиологии и реаниматологии является безопасная транспортировка больных и пострадавших с неадекватным самостоятельным дыханием [1, 2].

В многопрофильных стационарах с этой проблемой приходится сталкиваться практически ежедневно: при переводе больных из операционной в отделение интенсивной терапии, проведении искусственной и вспомогательной вентиляции легких (ИВЛ, ВВЛ) во время диагностических исследований (компьютерной и магнитно-резонансной томографии, электроэнцефалографии), выполняемых за пределами операционной и специально оборудованных палат, как правило, размещающихся в помещениях, не имеющих кислородной подводки.

К сожалению, имеющиеся в распоряжении медицинского персонала средства: ДП-10, ГС-8м, ДП-9, ДАР-05 и некоторые другие, не могут в полной мере обеспечить адекватную вентиляцию легких в силу известных причин (существенные конструктивные недостатки, отсутствие автономного источника кислорода и возможности проведения ВВЛ, значительные габаритные размеры) [2, 3].

Таким образом, существует острая необходимость в обеспечении отделений реанимации и интенсивной терапии компактными аппаратами ИВЛ-ВВЛ, снабженными автономным источником питания и кислорода.

Разработанный в Санкт-Петербургском ООО «ТМТ» портативный аппарат (А-ИВЛ/ВВЛ-«ТМТ») для проведения управляемой и вспомогательной ИВЛ кислородно-воздушной смесью использовался для транспортировки больных и пострадавших, нуждающихся в кратковременной (до 30 минут) искусственной или вспомогательной вентиляции легких (регистрационное удостоверение № 29/22051201/3857-02 от 21 мая 2002 г.).

Аппарат многофункционален, что является существенным достоинством для устройств такого класса. Он может быть использован как во

взрослой, так и в педиатрической практике, как в режиме автоматической, так и вспомогательной вентиляции, как автономно, так и от стационарных источников электропитания и кислорода.

Время непрерывной работы аппарата в автономном режиме определяется запасом кислорода в баллоне и составляет не менее 25–30 минут. Встроенный источник электропитания (аккумулятор) обеспечивает непрерывную работу аппарата в автономном режиме в течение 8 часов. Подзарядка аккумулятора производится автоматически от сети переменного тока 220 В при установке аппарата на штатное крепление с помощью адаптера.

Аппарат А-ИВЛ/ВВЛ «ТМТ» компактен, имеет привлекательный дизайн, прост в эксплуатации, и поэтому обучение медицинского персонала работе с ним не занимает много времени. В течение 8 месяцев эксплуатации в хирургической реанимации НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе аппарат использовался для проведения вспомогательной и искусственной вентиляции легких у больных и пострадавших при решении следующих задач:

— транспортировка больных после плановых, обширных хирургических вмешательств из операционной в палату для проведения продленной ИВЛ (86 случаев). При этом применялся режим ИВЛ FiO_2 50%. Длительность вентиляции обычно не превышала 5 минут;

— транспортировка больных с последующей респираторной поддержкой при компьютерной томографии (22 случая). Обычно использовали режим ВВЛ FiO_2 50%, ПДКВ 0–5 см вод. ст. Вентиляцию легких обычно осуществляли в течение 30–40 минут;

— транспортировка больных в крайне тяжелом состоянии с выраженным поражением легких в операционную и из нее (9 случаев). Использовали режим ИВЛ FiO_2 100%, ПДКВ 5–15 см вод. ст. Вентиляцию осуществляли в течение 5–7 минут.

Во всех случаях удавалось поддерживать адекватную вентиляцию легких с обеспечением нормальных параметров оксигенации, которые контролировали с помощью портативного пульсоксиметра. При продолжительных исследованиях (более 30 минут) использовали запасной баллон с кислородом. Смена баллонов занимала не более 1–2 минут, вентиляцию в это время обеспечивали ручным способом. Сравнительная характеристика портативных аппаратов для ИВЛ/ВВЛ приведена в таблице.

Больной З., 38 лет, находился на лечении в НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе с диагнозом: «Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Закрытая травма груди. Ушиб сердца, легких. Закрытая травма живота. Разрыв печени. Шок III степени». В течение длительного периода находился в коме. С помощью аппарата А-ИВЛ/ВВЛ «ТМТ» пострадавшего трижды транспортировали для проведения компьютерной томографии. При этом использовали режим ВВЛ, применяли ИЦКВ 5–10 см вод. ст., F_{O_2} 50–100%. Несмотря на длительность исследований и транспортировку, гипоксемия у больного не

Таблица

Сравнительная характеристика портативных аппаратов ИВЛ/ВВЛ, используемых при транспортировке больных

Функциональные возможности	Аппараты				
	ДП-10	ДП-9, ГС-8м	ЛАДА-МТ	ДАР-05	А-ИВЛ/ВВЛ «ТМТ»
Привод	Ручной	Пневматический	Пневматический	Пневматический	Электрический
Наличие автономного источника кислорода	—	+	+	+	+
Проведение ИВЛ	+	+	+	+	+
Проведение ВВЛ	—	—	—	—	+
Проведение ингаляции кислорода	—	—	+	+	—
Масса прибора, кг	<1,5	19	7	5	5
Проведение активной аспирации	—	+	—	—	—

Наиболее существенным недостатком аппарата А-ИВЛ/ВВЛ «ТМТ» является отсутствие возможности осуществлять ингаляцию кислорода больным с сохраненным спонтанным дыханием. Возможность проведения активной аспирации из трахеобронхиального дерева в условиях стационара при наличии специальных медицинских отсасывателей не столь важна.

Эффективность применения аппарата А-ИВЛ/ВВЛ «ТМТ» может быть проиллюстрирована на следующем примере.

прогрессировала, параметры системной гемодинамики оставались стабильными. Насыщение капиллярной крови кислородом оставалось в пределах 96–98%.

Таким образом, аппарат А-ИВЛ/ВВЛ «ТМТ» может использоваться в медицинских учреждениях и на догоспитальном этапе как компактное портативное устройство для проведения искусственной и вспомогательной вентиляции легких у больных и пострадавших при транспортировке и проведении кратковременных (до 1 часа) манипуляций и диагностических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зильбер А.П. Респираторная терапия в повседневной практике. — Ташкент: Медицина, 1986. — 399 с.
2. Левшанков А.И., Журавлев В.П., Теплов М.Ю. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких современными аппаратами. — СПб.: ВМА, 1993. — 138 с.
3. Левшанков А.И., Мазур В.Ф., Сипченко В.И. Технические средства обеспечения медицинским кислородом и его использование в военной медицине: Уч.-метод. пос. — Л.: ВМА, 1987. — 138 с.

АНАЛИЗ И ВОЗМОЖНОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

М.С.Белоусова, А.А.Васильев

Станция скорой медицинской помощи, г. Челябинск, Россия

© М.С.Белоусова, А.А.Васильев, 2003 г.

Артериальная гипертензия (АГ) по распространенности, частоте развития и тяжести осложнений, приводящих к росту смертности и существенному ухудшению качества жизни, является одной из основных медико-социальных проблем. Актуальность этой проблемы значительно возрастает в условиях экономической и социальной нестабильности, что подтверждается данными многоцентровых исследований.

Частота обращений за экстренной медицинской помощью больных с АГ, подвергаясь значительным колебаниям в течение последних лет, в целом остается стабильно высокой. Так, по данным станции скорой медицинской помощи г. Челябинска, вызовы СМП данной категорией больных за период 1999–2001 гг. составили в среднем 11% от общего количества вызовов. Причины обращений за экстренной медицинской помощью неоднородны и лежат в широком диапазоне от впервые выявленной АГ с незначительными субъективными проявлениями до фатальных осложнений.

Целью настоящей работы явился анализ структуры вызовов СМП к больным с АГ, причин недостаточной эффективности у них лечебных мероприятий, а также поиск возможностей оптимизации тактики лечения данной категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Методом исследования были ретроспективный анализ карт вызовов СМП больными с АГ в Центральном районе г. Челябинска за период с января по июнь 2002 г., а также опрос больных, отобранных методом случайной выборки. Общее количество вызовов СМП после исключения из выборки случаев компенсаторных АГ, а также случаев, позволяющих по данным медицинской документации предположить дефект сбора анамнеза и (или) диагностики, составило 1632.

Данные о каждом вызове вносились в компьютерную базу данных по следующей схеме:

- ФИО, возраст, адрес больного;
- артериальное давление на момент осмотра (по критериям ВОЗ/МОАГ, 1999; в рамках АГ III

степени в рабочих целях была выделена АГ III* степени — артериальное давление, теоретически превышающее возможности ауторегуляции — 210/120 мм рт. ст. и выше);

— принадлежность к группе высокого или очень высокого риска (интегральный показатель, включающий в себя наличие факторов риска, поражение органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния согласно концепции стратификации риска ВОЗ/МОАГ, 1999) [1];

- диагноз;
- объем медицинской помощи, оказанной бригадой СМП.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным анализа, причинами вызовов СМП послужили следующие группы клинических состояний (рис. 1).

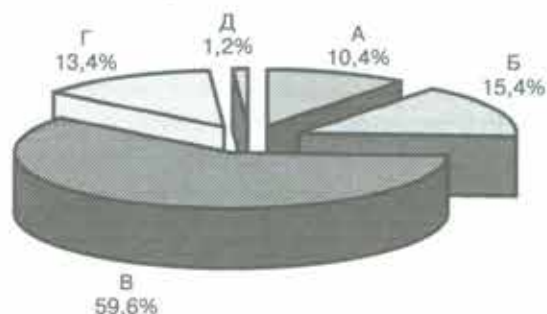


Рис. 1. Структура причин вызовов скорой медицинской помощи больными с артериальной гипертензией.
 А — Осложненный гипертонический криз; остро возникшие осложнения гипертонической болезни (ГБ)
 Б — Неосложненный гипертонический криз
 В — Обострение ГБ
 Г — Впервые выявленная АГ; АГ у необследованных больных
 Д — Медикаментозная гипотензия у больных ГБ; больные, вызвавшие СМП для контроля артериального давления

К группе А были отнесены явные осложнения гипертонического криза, а также состояния, развившиеся на фоне относительно длительной (от нескольких суток до нескольких недель) неконтролируемой или плохо корригируемой АГ (рис. 2). Во всех случаях проводилась патогенетическая и (или) симптоматическая терапия. Объем лечебных мероприятий и тактика определялись характером и степенью нарушения витальных функций.

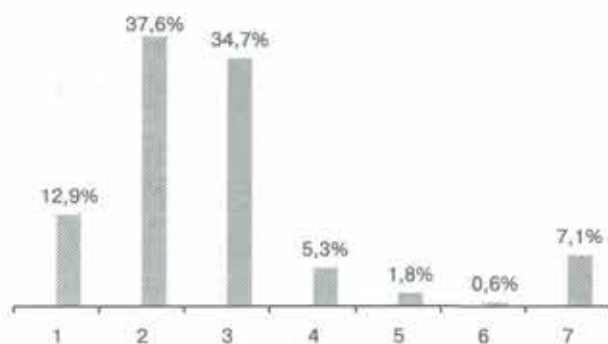


Рис. 2. Осложнения гипертензивного криза.

- 1 — Острая левожелудочковая недостаточность
- 2 — Острый коронарный синдром
- 3 — Острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, ишемический инсульт у лиц с ГБ в анамнезе на фоне длительно предшествующей АГ)
- 4 — Острые нарушения ритма сердца
- 5 — Тяжелая гипертоническая энцефалопатия
- 6 — Острое расслоение аневризмы аорты
- 7 — Носовое кровотечение

Группы Б, В и Г, составившие основную массу вызовов СМП, в отличие от группы А, далеко не всегда требовали экстренного медицинского вмешательства. Согласно современным концепциям [1], лечебная тактика при неосложненном гипертензивном кризе (ГК) должна быть направлена на ступенчатое снижение артериального давления в течение 24–48 часов. Как показывает практика, данный подход вполне рационален. Так, по данным экспертной оценки карт вызовов к больным с гипертонической болезнью (ГБ) за первое полугодие 2001 г., неосложненные ГК были купированы таблетированными препаратами в 6,2% случаев; в 2002 г. этот показатель составил 59,3%, что не сопровождалось ухудшением качественных показателей работы.

Для стартовой терапии неосложненных ГК применялись, как правило, нифедипин, клофелин, эналаприл (каптоприл) либо их комбинации. Следует отметить, что купирование кризов таблетированными препаратами не являлось самоцелью, а рассматривалось как более безопасный по сравнению с парентеральным введением препаратов способ терапии, одним из условий которого является снижение артериального давления не более чем на 15–25% от исходного уровня в течение первого часа. Данное требование особенно актуально для людей пожилого возраста с хронической АГ, наличием дегенеративных структурных изменений сосудов и признаков цереброваскулярной недостаточности, у которых агрессивная гипотензивная терапия чаще приводит к гипоперфузии и ишемическому повреждению жизненно важных органов [2].

При выездах к больным групп В и Г тактика сотрудников бригад СМП в подавляющем боль-

шинстве случаев (87,3%) сводилась к пероральному назначению препарата (часто имеющегося у больного) и (или) рекомендациям по коррекции антигипертензивной терапии.

Пациенты группы Д также не нуждались в экстренных лечебных мероприятиях. В эту группу вошли больные с АГ с нетяжелой медикаментозной гипотензией (возникшей, как правило, в результате приема больным нерациональной комбинации гипотензивных средств), а также люди, вызвавшие СМП для контроля артериального давления после самолечения.

Таким образом, из 1632 больных в оказании экстренной медицинской помощи нуждались 422 человека (группы А и Б), что составило 25,9% от общего количества обращений. Эти цифры свидетельствуют о том, что больные по тем или иным причинам не ориентированы на профилактику АГ, а также не владеют элементарными приемами самопомощи при неосложненном ГК и обострении заболевания.

Косвенным подтверждением недооценки многими больными с АГ значимости своего заболевания и вызываемых им осложнений могут служить результаты опроса 137 пациентов, страдающих АГ (опрос проводился врачами линейных бригад по анкете, разработанной на подстанции в рабочих целях, после оказания больному помощи в необходимом объеме). Из 137 человек с давностью заболевания больше 6 месяцев только 92 (67,2%) имели тонометр, 78 (56,9%) владели навыками самостоятельного измерения артериального давления и лишь 9 (6,6%) проводили ежедневный мониторинг артериального давления. О мерах самопомощи при обострении заболевания и неосложненном ГК были осведомлены 12 (8,8%) пациентов. Регулярно обращались в поликлинику 11 (8%) человек; в связи с обострением — 83 (60,6%) человека; 9 (6,6%) не обращались вообще, предпочитая вызывать СМП; 34 (24,8%) пациента посещали участкового терапевта с различной частотой в зависимости от обстоятельств. Почти у половины опрошенных гипотензивная терапия была нерегулярной или ее отсутствовала (рис. 3).

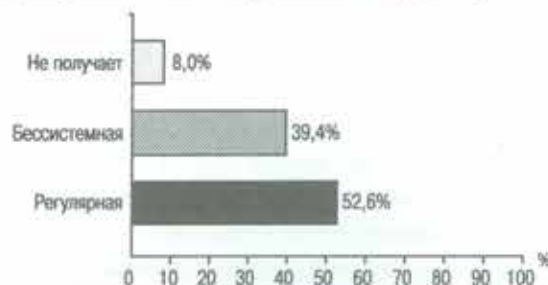


Рис. 3. Плановая гипотензивная терапия.

Обстоятельства, указанные больными в качестве причин отказа от систематического лечения, отражены на рис. 4.



Рис. 4. Причины отказа от регулярной гипотензивной терапии.

Кроме того, в значительной части случаев обращает на себя внимание неадекватная базисная терапия: использование монотерапии, неэффективной, как правило, в половине случаев, особенно на поздних стадиях заболевания; неоптимальная дозировка препаратов; использование больными (часто по собственной инициативе) нерациональных комбинаций антигипертензивных средств; недооценка при назначении препаратов сопутствующих заболеваний, возрастного фактора; назначение медикаментозной терапии без учета стоимости препарата, что в ряде случаев приводит к вынужденному отказу пациента от лечения, и т. д.

Таким образом, все вышеперечисленные факторы являются причиной частых обострений АГ и, в конечном счете, приводят к значительному количеству обращений за экстренной медицинской помощью, примерно 74% которых (по нашим данным) фактически не являются профильными для СМП. Тем не менее недооценивать их значимость нельзя. На наш взгляд, неоднократный вызов СМП больным даже без клинической картины ГК является прогностически неблагоприятным обстоятельством, которое может служить предиктором тяжелых осложнений АГ. Это особенно актуально для больных, относящихся к группе очень высокого риска, поскольку именно у них зарегистрированы наиболее высокие показатели артериального давления (рис. 5).

Кроме того, из 928 больных, относящихся к группе очень высокого риска, 713 (76,8%) в качестве «привычного» (регистрируемого при периодическом измерении) для них уровня АД назвали цифры в диапазоне 140/90–190/110 (!) мм рт. ст., что является косвенным признаком стабильности АГ.

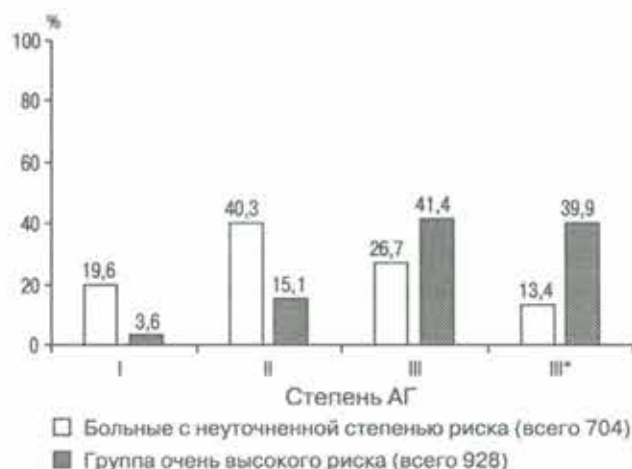


Рис. 5. Степень артериальной гипертензии на момент осмотра в различных группах риска.

Необходимость активного выявления людей с АГ и совершенствования мер ее первичной и вторичной профилактики очевидна, однако на практике реализация этого требования затруднена вследствие ряда причин. Ситуации, когда бригадой СМП регистрируется впервые выявленная АГ, далеко не всегда являются поводом для госпитализации или активного вызова участкового терапевта, и пациенту дается рекомендация обратиться в поликлинику для обследования. Больной же, как показывает практика, после нормализации состояния в силу различных причин откладывает визит к врачу на неопределенное время и тем самым продолжает находиться вне поля зрения амбулаторно-поликлинической службы. В эту же категорию попадают и пациенты с умеренной, но стабильной АГ, не ориентированные на коррекцию медикаментозной терапии в условиях поликлиники. Эти и некоторые другие причины приводят к тому, что участковая служба часто не информирована о медицинских проблемах конкретного больного, у которого, в свою очередь, формируется стереотипный навык вызова СМП.

Таким образом, представляется целесообразным более тесное взаимодействие СМП с поликлинической службой, которое может иметь различные формы. В нашем случае зафиксированная в компьютерной базе данных информация о каждом обращении больных с АГ за экстренной медицинской помощью систематизировалась и передавалась заведующим терапевтическими службами поликлиник района. На наш взгляд, такой подход имеет несколько положительных моментов. Во-первых, централизованное и достаточно оперативное поступление информации повышает возможность контроля над ситуацией. Это обусловлено более широкими по сравнению

со службой СМП возможностями участковой службы, которые могут быть реализованы в наиболее приемлемых как для больного, так и для ЛПУ формах (превентивная плановая госпитализация, стационар на дому, обследование и подбор базисной терапии в условиях поликлиники).

Во-вторых, создается возможность дифференцированного подхода к больным с различной степенью риска, при котором особое внимание уделяется пациентам, неоднократно вызывающим СМП и имеющим на момент осмотра высокую степень АГ. По нашим данным, это позволило более чем вдвое снизить обращаемость за экстренной медицинской помощью «хронических» больных, которые на протяжении длительного времени до 5 раз в месяц вызывали СМП для коррекции выраженной АГ. Кроме того, такой подход

в условиях адекватного финансирования и наличия единой информационной базы данных о больных с АГ в масштабах района (города, региона) мог бы способствовать более эффективному проведению образовательных программ и профилактических мероприятий среди людей с впервые выявленной АГ. По данным, полученным в ходе выполнения профилактических программ [3], данная тактика продемонстрировала возможность за 5 лет вдвое снизить заболеваемость и смертность от инсультов, примерно на 20% уменьшить частоту возникновения новых случаев ИБС и на 17% — общую смертность. Это означает сохранение 65 жизней на каждые 10 000 человек, вовлеченных в программу, и, следовательно, имеет несомненный медицинский, социальный, демографический и экономический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Всероссийское научное общество кардиологов. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии, 2001.*
2. *Гуревич М.А. Тактика антигипертензивной терапии при артериальной гипертензии у пожилых // Клиническая медицина. — 2002. — № 8. — С. 4–8.*
3. *Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в Российской Федерации // Рус. мед. журн. — 2000. — Т. 8, № 8 (809). — С. 318–346.*

РАНЕНИЯ И ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

В.П.Асеев, В.Ф.Озеров, В.А.Неррей

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Травмы и ранения живота с повреждением паренхиматозных органов и, в частности, печени до настоящего времени являются предметом дискуссии клиницистов, не имеющих единого мнения в отношении тактики, методов диагностики, методики оперативного лечения и ведения пациентов в послеоперационном периоде.

Под нашим наблюдением находились 42 больных в возрасте от 17 до 62 лет, оперированных по поводу ранений и травмы живота с повреждением печени. Огнестрельные ранения были у 3 пациентов, колото-резаные ранения — у 7 пациентов, тупая травма живота — у 32 человек. Для диагностики поврежденных печени и органов брюшной полости использовали эхокопическое исследование, общеклинические лабораторные исследования, лапароцентез, лапароскопическую диагностику, рентгенологиче-

ское исследование, а также данные анамнеза и объективного обследования больного. В 2 случаях лапароскопическое исследование при краевом разрыве печени и немассивном кровотечении позволило отказаться от лапаротомии и ограничиться осушением брюшной полости и ее дренированием.

Противошоковые мероприятия заключались в проведении массивной гемотрансфузионной терапии и инфузии кристаллоидных растворов, в сочетании с гемостатической медикаментозной терапией, причем предпочтение отдавалось эритроцитной массе и свежезамороженной плазме крови. Во время операции при повреждении диафрагмальной поверхности печени применялась гемостатическая губка или тугое тампонирование места повреждения тампоном, смоченным 3% раствором перекиси водорода.

Изолированные повреждения печени наблюдались у 8 больных, повреждения печени и других органов — у 34 больных. Все повреждения печени сопровождались более или менее выраженным кровотечением (от 0,5 до 2,5 литров) в брюшную полость, что значительно отягощало прогноз. Кровотечение из поврежденных печени, обнаруженное во время операции, останавливали путем ушивания ран у 26 больных, тампонированием места повреждения — у 5 пациентов, тампонированием и фиксацией сальника — у 4 пациентов.

Также применялся метод введения в поврежденную паренхиму горячего (до 90°С) изотонического раствора натрия хлорида по оригинальной, разработанной нами методике, причем остановку кровотечения именно этим методом начинали у 21 больного и только при недостаточном эффекте применяли другой метод. Хирургические операции заключались в остановке кровотечения и желчеоттока, восстановлении анатомической целостности органа, удалении разможенных участков печеночной ткани и сочетались с проведением противошоковых мероприятий и восстановлением гомеостаза.

Хирургическое вмешательство на печени у 7 больных сопровождалось спленэктомией, у 11 пациентов — ушиванием стенки полого органа, у 1 пациента — нефрэктомией, у 2 человек — гемиколонэктомией, у 2 человек — ушиванием разрыва поджелудочной железы, у 1 больного — ушиванием стенки нижней полой вены. Послеоперационные осложнения возникли у 15 (35,7%) пациентов, и только у 3 (7,1%) человек они были связаны непосредственно с повреждением печени. Летальные исходы наблюдались у 4 (9,5%) больных, и только у 2 (4,7%) человек являлись следствием ранения печени.

Таким образом, несмотря на обширность повреждений органов брюшной полости, включая повреждения печени, и тяжесть исходного состояния пострадавших, при своевременном хирургическом лечении и адекватной противошоковой терапии удается излечить до 90% пострадавших. Повреждения печени как составная часть повреждений органов брюшной полости при оказании своевременной квалифицированной помощи не являются доминирующими среди причин развития послеоперационных осложнений и летальных исходов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

В.П.Асеев, В.Ф.Озеров

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе, Россия

© В.П.Асеев, В.Ф.Озеров, 2003 г.

Учащение заболеваемости желчнокаменной болезнью у людей пожилого и старческого возраста в связи с изменением возрастной структуры населения за последнее десятилетие требует постоянного совершенствования методов диагностики и хирургического лечения.

Под наблюдением находились 162 больных пожилого и старческого возраста с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. 78 из них ранее лечились консервативно, в течение 5–9 лет амбулаторно и в стационарах различного профиля. У всех больных проводили комплексное обследование: общеклиническое исследование крови и мочи, биохимическое исследование крови, рентгенологическое исследование легких, ЭКГ, ФГДС, УЗИ органов брюшной полости, в случае необходимости использовались дополнительные инструментальные исследования и консультация специалистов.

У 51 больного с высокой степенью операционного риска был применен двухэтапный метод хирургического лечения острого холецистита. На первом этапе проводилась лапароскопическая или УЗИ-контролируемая холецистостомия. На втором этапе 82% больных выполнялась радикальная операция после стихания острого воспалительного процесса. Летальность удалось снизить с 9,2% (контрольная группа) до 3,2%.

111 больным проведена одномоментная радикальная операция. Именно у таких пациентов лечебная тактика является предметом постоянных дискуссий: от выжидательной до сверхактивной. Эти больные с выраженной сопутствующей патологией составляли категорию пациентов с высоким операционным риском. После максимально интенсивной предоперационной подготовки, направленной на стабилизацию основных звеньев

гомеостаза, у них проводилось раннее оперативное вмешательство (до 24 часов с момента госпитализации). После выполнения одномоментной радикальной операции на желчном пузыре и желчных протоках у 22 больных наблюдались осложнения: спаечная непроходимость кишечника — у 6 человек, послеоперационные поддиафрагмальные абсцессы — у 4 человек, кровотечение — у 4 человек, истечение желчи из ложа пузыря — у 6 человек, несостоятельность холедодуоденоанастомоза — у 2 человек. У 19 больных применялась релапаротомия, показаниями для которой служили обильное истечение крови или желчи из дренажных трубок, нарастание симптомов раздражения брюшины, гипертермия при проведении антибиотикотерапии в течение 5–6 дней и отсутствии воспалительных изменений в легких, наличие свободной жидкости в брюшной полости при экоскопическом исследовании. Во время релапаротомии производилось ушивание ложа желчного пузыря (у 4 больных), наружное дренирование холедоха и брюшной по-

лости (у 2 больных), гемостаз и дренирование брюшной полости (у 5 больных), рассечение спаек с дренированием брюшной полости и ушиванием ложа пузыря (у 4 больных), вскрытие и дренирование гнойников (у 4 больных).

Таким образом, больных пожилого и старческого возраста с высокой степенью операционного риска нужно оперировать после максимально эффективной предоперационной подготовки, в более ранние сроки, когда еще не успели развиться глубокие изменения гомеостаза, связанные с тяжелой сопутствующей патологией и выраженной интоксикацией организма. Предпочтение отдается двухэтапному методу хирургического лечения, который позволяет значительно снизить летальность и процент развития послеоперационных осложнений. При возникновении осложнений в послеоперационном периоде у больных, оперированных одноэтапно, оправдано выполнение ранней релапаротомии, что дает пациенту шанс на выздоровление.

РЕАКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВАМИ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В.П.Асеев, В.Ф.Озеров, В.А.Негрей

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

До 20% больных после холецистэктомии страдают рецидивами болей, обусловленными функциональными и морфологическими изменениями в печени. Под нашим наблюдением находились 152 больных в возрасте от 22 до 89 лет с рецидивами болей после холецистэктомии, из них 55 оперированы повторно. У 44 больных обнаружены органические изменения, вызвавшие рецидивы болей, и произведена их хирургическая коррекция. У 35 больных этой группы рецидивы болей были обусловлены патологией внепеченочных желчных протоков.

Все больные были разделены на группы: патология желчных протоков — 84 пациента, патология других органов и систем организма — 32 пациента, причина болей после холецистэктомии не установлена — 36 пациентов. По клиническому течению: с желтухой — 28 пациентов, без желтухи — 56 пациентов, по длительности процесса: до 1 года — 48 пациентов, от 1 года до

2 лет — 62 пациента, от 2 до 5 лет — 42 пациента. По данным анамнеза: не имели сопутствующих заболеваний печени — 128 пациентов, имели заболевания печени — 24 пациента.

Морфологические изменения в печени изучались с помощью пункционной и операционной биопсий, выполненных иглой собственной конструкции, мандрен которой с режущими, спирально расположенными гранями позволяет извлекать из ткани любой плотности достаточный для исследования материал с минимальной болезненностью для больного и минимальной деформацией биоптата.

Структурные изменения печени были выявлены у 85±3% больных с рецидивами болей после холецистэктомии. Наиболее существенными были изменения в строме: активация и пролиферация купферовых клеток (68±4% наблюдений), клеточная инфильтрация расширенных и фиброзированных порталных полей (46±4% наблюде-

ний), фиброз портальных полей ($84 \pm 4\%$ наблюдений). Реже ($15 \pm 3\%$ наблюдений) выявлялись внутريدольковые клеточные инфильтраты, состоящие из гистиолимфоцитарных элементов.

Изменения паренхимы органа проявлялись белковой и жировой дистрофией I и II степени. Указанные признаки поражения печени объединены в следующие морфологические синдромы: перипортальный гепатит ($5 \pm 3\%$ наблюдений), портальный гепатит ($30 \pm 5\%$ наблюдений), фиброз печени ($38 \pm 3\%$ наблюдений), жировой гепатоз ($8 \pm 2\%$ наблюдений), цирроз печени ($4 \pm 2\%$ наблюдений).

Результаты наших исследований дали возможность уточнить период развития наиболее интенсивных изменений в печени при рецидивах болей после холецистэктомии, установить связь этих изменений с клиническим течением и локализацией патологического процесса, обуславливающего причину болей, а также высказать суждение о морфологическом субстрате, лежащем в основе компенсации функции печени у людей после повторной операции по поводу рецидива болей после холецистэктомии или проведения курса гепатотропной терапии. Нами установле-

но, что степень и тяжесть поражения печени находятся в зависимости от длительности страдания рецидивами болей после холецистэктомии.

Так, фиброз печени выявлен достоверно чаще, а неизменная структура печени достоверно реже у больных с длительностью заболевания до 1 года. Было выявлено, что осложнения в раннем послеоперационном периоде после повторной операции по поводу рецидива болей наблюдались чаще у больных, у которых до или во время операции выявлен портальный гепатит.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволили выделить ряд положений, имеющих определенное теоретическое и практическое значение. Характерным морфологическим синдромом поражения печени при желчнокаменной болезни являются портальный гепатит и фиброз, которые расцениваются как осложнение основного заболевания, что может служить дополнительным доводом для более раннего оперативного лечения или проведения курса гепатотропной терапии, что позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью, а также значительно сократить послеоперационный период.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИЕМАМ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

В.И.Баркляя, В.Ю.Пиковский

НИЦ экстренной медицинской помощи, Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

© В.И.Баркляя, В.Ю.Пиковский, 2003 г.

Эффективность реанимационных мероприятий в большой степени зависит от правильности техники их проведения. Сделать эту технику безукоризненной можно исключительно в процессе практического освоения комплекса сердечно-легочной реанимации (СЛР) с использованием специальных манекенов. Логическим завершением курса обучения должен быть итоговый контроль приобретенных навыков.

Исходя из собственного опыта, мы приводим методику заключительного контроля при обучении сотрудников экстренных медицинских служб выполнению приемов базовой СЛР.

• Необходимо наличие компьютеризированных манекенов. Нами использовался манекен «Ambu-Man C», позволяющий контролировать 12 параметров правильности выполнения элементов СЛР.

• Время контрольного выполнения комплекса СЛР не должно составлять менее 5 минут. Это позволяет в некоторой степени моделировать реальные условия оказания реанимационного пособия, в том числе и фактор физической утомляемости экзаменуемого.

• Необходим визуальный контроль за техникой выполнения комплекса СЛР. Существующие компьютерные программы не позволяют выделить причину ошибок. Например, попадание воздуха в желудок, фиксируемое компьютером, может быть связано как с недоразгибанием шейного отдела позвоночника, так и с резким поступлением воздуха в дыхательные пути. Кроме того, ряд потенциально фатальных упущений (отсутствие контроля за экскурсией грудной клетки, наличием «проводного» пульса во время

компрессии) в принципе не может быть отображен компьютерной программой.

• Применение балльной оценки правильности проведения СЛР нецелесообразно при итоговом контроле, так как положительным результатом обучения может быть только безошибочное выполнение методики. Даже незначительные погрешности после первичного курса обучения мо-

гут явиться причиной неэффективности при оказании реанимационного пособия в реальных условиях.

Таким образом, для результативного освоения базового комплекса СЛР важно не только соблюдение технологии процесса обучения, но и проведение полноценного и всестороннего итогового контроля по предложенной нами методике.

ПРИМЕНЕНИЕ БЛАНКА ФОРМАЛИЗОВАННОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

А.Б.Бичун, А.И.Золотарев, Л.Н.Пруслина, В.М.Шайтор

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
Отделение скорой медицинской помощи Петроградского и Невского районов,
Санкт-Петербург, Россия*

© Коллектив авторов, 2003 г.

При первом медицинском контакте особенность физикального обследования (ФО) ребенка с угрожающим состоянием состоит в том, что оно чаще всего проводится в условиях дефицита времени, необходимого для принятия решения. Как правило, ФО принято разделять на два этапа: первичное, имеющее целью оценку состояния витальных функций, и вторичное, более подробное, имеющее целью выявление ведущего клинического синдрома, постановку диагноза для определения дальнейшей лечебной тактики и стратегии. Высокие диагностические требования, предъявляемые к ФО на догоспитальном этапе, привели к созданию унифицированных, формализованных историй болезни (ФИБ) для использования врачами станций скорой медицинской помощи.

ФИБ, применяемые в Санкт-Петербурге врачами-педиатрами на догоспитальном этапе оказания экстренной помощи по настоящее время, были разработаны в 1986 г. и тогда вполне отвечали требованиям времени. Однако за последнее десятилетие в структуре оказания экстренной помощи детям на догоспитальном этапе произошли определенные изменения. Так, в соответствии с Приказом МЗ РФ № 100 от 1999 г. были значительно расширены функциональные обязанности отделений скорой медицинской помощи при поликлиниках (ОСМП), в прошлом отделений неотложной помощи. Произошло изменение возрастного состава пациентов, педиатри-

ческие бригады выезжают к подросткам до 18 лет включительно. Значительно расширился спектр ургентной патологии, при которой помощь детям оказывают бригады ОСМП. Транспортировка больных в стационар производится как бригадами скорой медицинской помощи, так и бригадами ОСМП.

Таким образом, ФИБ, разработанная в середине 90-х годов XX века для педиатрических бригад неотложной помощи, в части ФО и статистических данных не претерпела никаких преобразований, несмотря на изменившиеся условия ее применения. Она перегружена лишними данными, не очень удобна для заполнения как врачом, так и диспетчером.

В силу вышеизложенного нами был разработан новый бланк ФИБ для бригад ОСМП, содержащий в статистическом разделе те же данные, которые имеются в статистическом разделе карт вызова СМП, в разделе ФО, содержащий минимально необходимую информацию о первичном и вторичном осмотрах. Вновь введенные пункты обращают внимание врача на столь важный раздел, как изменение состояния пациента после проведенного лечения. Также новым является пункт об отказе от лечения и (или) госпитализации, оформленный согласно законодательству и позволяющий врачу избежать юридических ошибок.

Правила госпитализации, действующие по настоящее время, предусматривают передачу персоналу приемных отделений документации

на пациента в виде сопроводительного листа и (или) направления на госпитализацию. Информация, содержащаяся в упомянутых документах, крайне скудна, не содержит значительной части тех данных, которые имеются в ФИБ, и не позволяет осуществлять полноценную преемственность между догоспитальным и госпитальным этапами оказания скорой медицинской помощи. Особенно актуальным становится сказанное при вводе в строй отделений экстренной помощи при крупных городских стационарах. Мы предлагаем дублировать ФИБ, например, используя самокопирующиеся бланки, с обязательной передачей дубликата в стационар в качестве сопроводительного документа, содержащего полноценную информацию о состоянии пациента на догоспитальном этапе оказания экстренной помощи, проведенном лечении, динамике состояния. Это несомненно улучшит преемственность лечения в современных условиях.

Таким образом, предлагаемая нами новая форма ФИБ для педиатрических бригад содержит минимально необходимую информацию о пациенте, ранжированную в порядке важности, что не только позволяет экономить время для более полноценного и быстрого оказания помощи, но и алгоритмизирует действия врача при сборе анамнеза и ФО. Кроме того, новый бланк ФИБ обязывает врача отражать изменения состояния пациента после проведенного лечения и предупреждает досадные ошибки при оформлении отказа от госпитализации и (или) лечения. Передача дубликата ФИБ в стационар позволит врачам госпитального этапа располагать полноценной информацией о пациенте. Указанные изменения ФИБ для педиатрических бригад, на наш взгляд, отражают современные требования и могут послужить основой для создания единой ФИБ без учета возраста пациентов.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К КАРТЕ ВЫЗОВА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.А.Бойков, А.З.Ханин, Ю.М.Михайлов

Городская станция скорой медицинской помощи, Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Существующая в настоящее время официально утвержденная карта станции скорой медицинской помощи (форма 110/у) не соответствует современным требованиям, предъявляемым к первичным медицинским документам, так как содержит в основном данные, которые могут быть использованы лишь для официальной статистической отчетности. По ней невозможно судить о качестве оказания помощи больному, о целесообразности лечебных процедур и тактических действий, о результативности внедрения новых медицинских технологий.

Мы считаем, что необходима формализованная и развернутая карта вызова:

1) для повышения качества диагностики заболеваний и повреждений;

2) для объективизации экспертной оценки качества оказываемой помощи и соответствия диагностических, лечебных и тактических мероприятий рекомендациям, утвержденным Минздравом РФ;

3) для автоматизации анализа карт вызовов с целью определения рациональной организации службы скорой медицинской помощи.

Детализация позиций, обозначенных в формализованной карте вызова, дисциплинирует

мышление врача (фельдшера) скорой медицинской помощи и должна помочь избежать диагностических ошибок, связанных с неполным обследованием больного. Такая карта помогает проследить динамику состояния больного и последовательность лечебных мероприятий.

Формализованная карта вызова облегчает экспертную оценку качества оказания помощи и создание базы экспертных данных для выявления профессионального уровня каждого медицинского работника.

Формализованная карта вызова позволяет создать базу данных для статистического анализа и формирования выводов о приоритетных направлениях совершенствования службы скорой медицинской помощи.

Во многих регионах вводятся свои варианты карты вызова. Один из таких вариантов был разработан и на Городской станции скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга. Мы не считаем эту карту вызова идеальной, но стремимся к ее утверждению для апробации в качестве экспериментальной в Санкт-Петербурге.

ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИМПТОМОВ ТЯЖЕЛОГО СЕПСИСА, ПРЕДШЕСТВОВАВШИХ РАЗВИТИЮ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА, У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ОЖоговой ТРАВМОЙ

А.Л.Егоров

Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург, Россия

© А.Л.Егоров, 2003 г.

Проблема диагностики, классификации и лечения сепсиса по-прежнему остается актуальной. Летальность от септического шока (СШ), колеблется от 40% до 60%. Значительное место здесь занимает ожоговая болезнь, особенно у детей с глубокими и обширными поражениями, поскольку длительное существование инфицированной раны и вторичного иммунодефицита предрасполагает к развитию сепсиса и септического шока.

Существенное значение для улучшения результатов лечения может иметь ранняя диагностика сепсиса на основе анализа его симптомов в динамике, что позволит заподозрить угрозу развития септического шока и своевременно принять соответствующие терапевтические меры.

Целью данного исследования было изучение динамики развития признаков тяжелого сепсиса, осложненного тяжелой артериальной гипотензией.

Были проанализированы 55 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 15 лет, поступивших в реанимационное отделение ДГБ № 1 с площадью глубокого ожога 30% и более поверхности тела. У 26 (47%) из них в разное время септического периода ожоговой болезни развился СШ. Клиническую картину тяжелого сепсиса изучали в течение 3 дней до наступления СШ.

Температура тела выше 38°С наблюдалась у 15 (58%) пациентов за 2 дня до развития СШ

и только у 8 (31%) человек ($p < 0,027$) в день развития шока. В то же время частота выявления гипотермии (температура тела ниже 36°С) увеличивалась: за 2 дня до СШ она отмечена у 6 (23%) больных, а в день развития шока — у 12 (46%) человек ($p < 0,039$). Частота развития периферического пареза кишечника и желудочного кровотечения перед развитием СШ повышалась с 7 (27%) случаев до 16 (62%) ($p < 0,005$). Тромбоцитопения отмечалась у 7 (27%) детей в первые дни сепсиса, а к моменту развития СШ наблюдалась уже у 21 (81%) пациента ($p < 0,001$). За 2 дня до развития шока содержание глюкозы в плазме крови больных составляло 9,98 ммоль/л, а в день снижения артериального давления — 13,5 ммоль/л ($p < 0,001$).

Декомпенсированный метаболический ацидоз (рН менее 7,3) наблюдался у 8 (50%) пациентов за двое суток до развития СШ и у 19 (73%) больных в день его возникновения ($p < 0,043$).

Таким образом, наиболее существенными клиническими признаками, позволяющими заподозрить угрозу развития СШ, являются следующие:

- постепенное снижение температуры тела;
- развитие пареза кишечника или желудочного кровотечения;
- развитие тромбоцитопении;
- нарастание гипергликемии и декомпенсированного метаболического ацидоза.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ И АНТИОКСИДАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ АУТОИММУННОГО БЕСПЛОДИЯ У МУЖЧИН

Д.Г.Кореньков, В.П.Александров, В.Е.Марусанов, В.В.Михайличенко

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Аутоиммунное бесплодие у мужчин является актуальной проблемой. Известно, что повышение проницаемости гематотестикулярного барьера (ГТБ) способствует образованию в крови антител к сперматогенному эпителию семенных канальцев. Антиспермальные антитела являются

фактором нарушения фертильности у 18% мужчин из бесплодных пар и оказывают отрицательное влияние на этапы репродуктивного процесса.

Обследованы 28 мужчин в возрасте от 19 до 37 лет с олигоастенозооспермией на фоне аутоиммунного бесплодия. Основными причинами

его формирования являлись варикоцеле, травма яичка и кисты в области придатков. Все обследованные были соматически здоровы. Длительность заболевания у больных 1-й группы составляла 1,0–1,5 месяца, 2-й группы — 3–4 года, 3-й группы — более 4 лет. Исходные изменения содержания антиспермальных антител в крови и эякуляте позволили разделить всех обследуемых на 3 группы.

Исследования показали, что содержание антиспермальных антител в крови больных 1-й группы было в 112 раз больше по сравнению с нормой, в то время как их концентрация в эякуляте была всего лишь несколько повышена. У больных 2-й группы содержание антиспермальных антител было высокодостоверно ($p < 0,001$) повышено как в крови, так и в эякуляте, а у пациентов 3-й группы в эякуляте оно превышало норму в 26 раз, а в крови — только в 2 раза.

Изменения основных показателей спермограммы отмечались у всех обследованных больных, причем наиболее выраженными они были у пациентов 3-й группы.

Сравнение данных убедительно показало, что чем выше содержание антиспермальных антител в эякуляте, тем меньше общая концентрация сперматозоидов и количество их подвижных форм и тем больше содержание дегенеративных сперматозоидов.

В плазме крови и в эякуляте исследовали изменения содержания малонового диальдегида, окисленных дисульфидных групп (SS) тиоловых соединений, окисленных форм аскорбиновой кислоты, служащих критерием интенсивности процессов перекисного окисления липидов и свободнорадикального окисления, а также супероксиддисмутазы (СОД), аскорбиновой кислоты, восстановленных сульфгидрильных групп тиолов (SH), дающих информацию об активности антиоксидантной защиты.

Полученные данные свидетельствовали о том, что по мере утяжеления степени изменений основных показателей спермограммы отмечалось снижение коэффициента SH/SS, а также содержания СОД, особенно у больных 3-й группы. Особенно выраженными, по сравнению с плазмой крови, были изменения изучаемых показателей в эякуляте. В этой среде концентрация SH-групп, АК, соотношение SH/SS, содержание

СОД у больных 3-й группы оказались в 2 раза меньше, чем у больных 1-й группы. Эти данные свидетельствовали о заметных нарушениях окислительно-восстановительных процессов в организме мужчин, страдающих бесплодием. При этом особенно важным представлялся факт накопления мембраноповреждающих факторов непосредственно в эякуляте.

У больных проводили лечение гипербарическим кислородом в сочетании с антиоксидантами. Курс ГБО состоял из 5 сеансов через день продолжительностью 60 минут каждый при давлении 1,5–2 ата. Использовалась одноместная терапевтическая барокамера «ОКА-МТ». Больным с олигоастенозооспермией II степени в день каждого сеанса ГБО внутривенно вводили солкосерил, аскорбиновую кислоту и внутримышечно α -токоферол. Больным с олигоастенозооспермией III степени перечисленные препараты вводили ежедневно в течение 9–10 дней. Дозу солкосерила и аскорбиновой кислоты подбирали эмпирически, однако строго в соотношении суточных доз препаратов 3 : 1, поскольку только при этих условиях аскорбиновая кислота не окисляет SH-группы солкосерила. В качестве основного критерия фертильности использовали спермограммы, которые во всех группах изучали до, в конце курса ГБО и через 1 месяц после лечения. После проведения лечения отмечалось достоверное снижение содержания антиспермальных антител в эякуляте.

Полученные данные свидетельствуют о тенденции к нормализации окислительно-восстановительного потенциала в плазме крови и в эякуляте у больных 3-й группы и о нивелировании у них общего гипероксического мембраноповреждающего влияния ГБО на фоне проведения антиоксидантной терапии. Эти положительные биохимические изменения у больных 3-й группы соответствовали снижению содержания антиспермальных антител в эякуляте, а также улучшению основных показателей спермограммы через 3 месяца после проведенного курса лечения.

Таким образом, у больных с тяжелыми формами аутоиммунного бесплодия при проведении курса ГБО можно обеспечить стабилизацию гематотестикулярного барьера, защиту мембран клеток сперматогенеза, снижение количества общих антиспермальных антител в эякуляте и улучшение основных показателей спермограммы.

РОЛЬ ТРАВМЫ ОРГАНОВ МОШОНКИ В ФОРМИРОВАНИИ АУТОИММУННОГО БЕСПЛОДИЯ

Д.Г.Кореньков, В.П.Александров, В.Е.Марусанов, В.В.Михайличенко, А.В.Лукьянов
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Травма органов мошонки нередко сопровождается патоспермией и занимает значительное место в структуре мужского бесплодия [Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В., 1999].

В зависимости от характера и тяжести травмы половых органов могут привести к изменениям в структуре и функции яичек. Повреждение только придатков, сопровождающееся кровотечением, воспалением, некрозом, может привести к облитерации семявыносящих путей при сохраненной сперматогенной и инкреторной функции яичек. Основным сперматологическим симптомом является аспермия, т.е. отсутствие в эякуляте и сперматозоидов, и клеток сперматогенеза. При биопсии яичка выявляется сохранная паренхима. Лечение таких больных оперативное, производится эпидидимовазоанастомоз.

Повреждение кровеносных сосудов, сдавление их гематомой, приводящее к ишемии, и повреждение нервных окончаний, сопровождающееся нарушением трофики, могут вызвать необратимые изменения как в паренхиме, так и в межтубулярной ткани яичек. Нормальное функционирование сперматогенных клеток возможно только благодаря наличию особого, обладающего селективной проницаемостью гематотестикулярного барьера. Изменения проницаемости гематотестикулярного барьера при повреждении яичек играют существенную роль в патогенезе аутоиммунного бесплодия. Созревающие матиды и, особенно, сперматозоиды обладают антигенными свойствами. Поэтому нарушение гематотестикулярного барьера приводит к образованию в крови антиспермальных антител, которые могут повреждать и сперматогенный эпителий с последующим развитием аутоиммунного бесплодия.

Современное оказание квалифицированной помощи при травме приводит к сохранению иммунологической защиты, а регенерация сперматогенного эпителия происходит за счет митотического деления сперматогоний, сохраняющихся в составе эпителия канальцев яичка.

Под наблюдением находились 49 прооперированных больных в возрасте от 18 до 43 лет после различных травматических повреждений органов мошонки и 23 пациента, получавших консер-

вативную терапию и физиотерапевтическое лечение. У 30 из 49 больных через месяц после операции при исследовании методом иммуноферментного анализа отмечено незначительное повышение содержания в сыворотке крови общих антиспермальных антител в пределах от 95 ед./мл до 135 ед./мл (норма — 75 ед./мл) и продуктов свободнорадикального окисления белков и липидов (малоновый диальдегид, дисульфидные группы, окисленные формы аскорбиновой кислоты). В эякуляте повышения содержания антиспермальных антител не выявлено. Спустя 3 месяца эти показатели у больных нормализовались, изменений основных показателей спермограммы не было выявлено.

У 6 прооперированных больных отмечено снижение количества и подвижности сперматозоидов. Этим пациентам проведено 10 сеансов гипербарической оксигенации (ГБО) с антиоксидантами в барокамере ОКА-МТ, кислородом, в режиме 2 ата продолжительностью 1 ч (Патент № 2152210 от 10.07.2000 г.), после чего во всех случаях нормализовались основные показатели спермограммы. У 13 пациентов после хирургического вмешательства показатели содержания антиспермальных антител и спермограммы были в норме.

Из 23 больных, которых лечили консервативно, у 79% в ранние сроки после травмы отмечено повышение содержания антиспермальных антител в сыворотке крови (с 115 ед./мл до 5500 ед./мл), а в более поздние сроки — и в эякуляте; отмечалось также повышение концентрации продуктов свободнорадикального окисления белков и липидов и снижение основных показателей спермограммы. У 7 больных в отдаленном периоде отмечалась гипоплазия травмированного яичка.

Этим пациентам проводили курсы внутрисосудистого ультрафиолетового облучения крови (аппарат ОВК-3), плазмафереза (ПА) (Патент № 2185211 от 20.07.2002 г.) и гемосорбции.

После проведения эфферентной терапии в 92% случаев количество антиспермальных антител в сыворотке крови и эякуляте уменьшилось, нормализовались показатели свободнора-

дикального окисления белков и липидов и улучшились основные показатели спермограммы.

Для профилактики развития нарушений генеративной функции у мужчин всем пациентам с тяжелой травмой органов мошонки, начиная

с догоспитального этапа, необходимо полноценное обезболивание. В большинстве случаев показано раннее хирургическое пособие с ревизией органов мошонки, удалением гематомы, разможенных тканей и дренированием мошонки.

ДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ СТАДИЙ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЭПИДИДИМИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Н.Миронов

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

© В.Н.Миронов, 2003 г.

Острый эпидидимит — одно из наиболее часто встречающихся инфекционно-воспалительных заболеваний репродуктивной системы мужчин.

Гнойно-деструктивные формы острого эпидидимита требуют хирургического лечения, которое может сопровождаться поражением яичка и нарушением фертильности. Для обеспечения диагностики ранних стадий перехода серозного воспаления в гнойное необходима разработка мер организационного характера, использование адекватных методов клинического и специального исследования на разных этапах ведения пациентов.

За период с 1996 по 2002 гг. мы наблюдали 243 больных с острым эпидидимитом в возрасте от 15 до 88 лет (средний возраст — 44,2 года). Комплекс диагностических мероприятий при поступлении больных с острым эпидидимитом складывался из выяснения жалоб, сбора анамнеза заболевания, объективного осмотра. Кроме того, в приемном отделении выполнялись общеклинические исследования крови и мочи, а также ультразвуковое исследование.

Таким образом, еще на догоспитальном этапе у всех больных с острым эпидидимитом был проведен комплекс диагностических мероприятий, который рекомендуется авторами для оценки тяжести течения заболевания.

Из 243 больных у 157 (64,6%) был диагностирован острый серозный эпидидимит, у 86 (35,4%) — различные формы гнойного эпидидимита.

Как правило, острый эпидидимит не сопровождался выраженной интоксикацией: у 122 (50,2%) из 243 больных отмечалась нормальная или субфебрильная температура тела. Только у 4 (1,6%) пациентов с острым эпидидимитом при

поступлении было отмечено повышение температуры тела свыше 40°С.

Анализ местных проявлений острого эпидидимита позволил более аргументировано проводить дифференциальную диагностику острого серозного и гнойно-деструктивного эпидидимита.

В группе больных с серозным эпидидимитом преобладало легкое течение заболевания. Отмечалось незначительное увеличение размеров и инфильтрация придатка яичка, само яичко при этом было обычных размеров, ткани мошонки были не изменены. Только у 34,4% пациентов с серозным эпидидимитом при поступлении отмечались выраженные местные признаки воспалительного процесса в придатке яичка: явная асимметрия мошонки за счет отека и инфильтрации тканей, снижение (потеря) складчатости кожи, местная гиперемия и гипертермия, увеличение размеров придатка яичка и его болезненность при пальпации.

При остром гнойно-деструктивном эпидидимите течение заболевания было тяжелым у 64% больных. При осмотре определялось значительное увеличение размеров придатка и нередко самого яичка, ткани мошонки были резко утолщены и спаяны с кожей, что, наряду с реактивной водяной оболочкой яичка, затрудняло пальпацию органов мошонки.

Следует отметить, что как в группе больных с острым серозным эпидидимитом — у 54 (34,4%) из 157 больных, так и среди пациентов с гнойно-деструктивным воспалением придатка яичка — у 31 (36%) из 86 больных отнести течение заболевания только на основании клинических признаков к какому-либо виду не представлялось возможным. Трудности в дифференциальной диагностике в этих случаях были вызваны тем, что

местные проявления заболевания во многом были схожими и характеризовались средними по степени выраженности признаками.

Проведенный сравнительный анализ данных объективного обследования у больных с острым эпидидимитом — осмотра, пальпации и ультразвукового исследования органов мошонки — в первые сутки госпитализации показал, что в целом наблюдается соответствие стадий и степени выраженности клинического течения заболевания той ультразвуковой картине, которая характерна для серозного или гнойного воспаления в придатке яичка.

Таким образом, анализ клинических проявлений и результатов применения специальных методов исследования позволяет кратко сформулировать оптимальную программу диагностического процесса на догоспитальном этапе. Необходимый объем исследований может быть выполнен либо в поликлинике, либо в приемном отделении стационара.

Выявлена четкая причинно-следственная связь между развитием тяжелых гнойно-деструктивных форм острого эпидидимита и поздней

госпитализацией больных. На наш взгляд, следует признать нерациональной систему, когда врачи (фельдшера) первичного звена, не имея возможности провести весь комплекс диагностических мероприятий и полагаясь только на клинические признаки, воздерживаются от направления больных в стационар.

Все пациенты с острыми заболеваниями мошонки должны быть госпитализированы в специализированное урологическое отделение.

Больным с острым эпидидимитом в приемном отделении лечебного учреждения необходимо проводить комплекс диагностических мероприятий, включая ультразвуковое сканирование органов мошонки, для исключения ишемической патологии, определения клинко-морфологической формы заболевания.

Необходимость своевременной госпитализации больных обусловлена дифференцированным подходом к лечению острого эпидидимита. У пациентов с острым серозным эпидидимитом эффективна консервативная терапия. Больные с острым гнойно-деструктивным воспалением подлежат оперативному лечению.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИСТУПНОГО ПЕРИОДА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Е.С.Нишева, А.Л.Егоров, В.М.Шайтор, А.Б.Бичун

Детская городская больница № 1,

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Современные рекомендации по лечению приступного периода бронхиальной астмы (БА) включают в себя частые повторные ингаляции β_2 -адреномиметиков, использование метилксантинов, холинолитиков, а в случае неэффективности перечисленных средств — использование системных глюкокортикоидов. Ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК) не входят в схемы лечения приступного периода БА, так как не оказывают непосредственного бронходилатирующего действия. В то же время главным звеном патогенеза БА считается хроническое воспаление, а ИГК оказывают мощное местное противовоспалительное действие.

Цель исследования заключалась в оценке целесообразности использования ИГК в приступном периоде БА.

Обследованы 60 детей, госпитализированных со среднетяжелым и тяжелым приступом БА. Методом случайного отбора больные были разделены на 2 группы. В контрольной группе (31 человек) больных лечили согласно рекомендациям национального консенсуса по БА (адреномиметики, эуфиллин, холинолитики, а при их неэффективности — системные глюкокортикоиды). В основной группе (29 человек) больные получали высокие дозы ИГК (1200–2000 мкг/сут) с момента поступления в стационар.

В контрольной группе у большинства детей (28 из 30) состояние оставалось нестабильным в течение нескольких суток после поступления, что потребовало многократной коррекции терапии. У 18 детей потребовалось парентеральное введение бронхолитиков, у 12 пациентов — системных глю-

кортикостероидов. 6 больных были переведены в отделение реанимации из-за ухудшения состояния.

В основной группе, получавшей ИГК, только у 1 из 29 детей было отмечено ухудшение состояния, и ему повторно вводились системные глюкокортикостероиды. У остальных 28 детей основной группы состояние быстро стабилизировалось. Ни в одном случае парентерального введения бронхолитиков и системных глюкокортикостероидов не потребовалось.

До последнего времени алгоритм лечения детей в остром периоде бронхиальной астмы на догоспитальном этапе предусматривал применение бронхолитической терапии, а при ее неэффективности или тяжелом течении приступа — использование системных глюкокортикостероидов. Также системные глюкокортикостероиды рекомендовались пациентам со стероидозависимой формой БА вне зависимости от тяжести приступа. Нами проанализировано 756 историй болезни детей, обратившихся в аллергологический центр по поводу приступа БА (86 детей с тяжелой БА, 215 детей со среднетяжелой БА, 455 пациентов с легкой БА).

До обращения в аллергологический центр для лечения больных в приступном периоде исполь-

зовались: у 381 ребенка — ингаляционные адреномиметики и эуфиллин, у 245 детей — ингаляционные адреномиметики, у 64 детей — ИГК и ингаляционные адреномиметики, у 23 детей — ИГК, ингаляционные адреномиметики и эуфиллин, у 23 детей — системные глюкокортикостероиды, ингаляционные адреномиметики и эуфиллин, 20 детей лечения не получали.

После осмотра детей в аллергоцентре на стационарное лечение направлены 176 из 756 детей. Госпитализирован 171 ребенок из 669, не использовавших ИГК на догоспитальном этапе (26%), и только 5 из 87 (5%) детей, применявших ИГК в комплексной терапии приступа БА.

Раннее использование ИГК в приступном периоде БА способствует значительному сокращению (в 5 раз) госпитализации больных.

Раннее использование высоких доз ИГК в приступном периоде БА существенно улучшает течение и исход приступа.

Мы считаем целесообразным дополнение отечественных рекомендаций по лечению приступного периода БА введением в схему лечения ингаляционных глюкокортикостероидов.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАРЕЗОВ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А.Г.Мирошниченко, М.А.Кацадзе, О.Г.Изотова, С.Г.Али-Заде, С.Х.Каримов, Ш.Ш.Амонов, А.Б.Сангинов

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Парез кишечника является частым осложнением острой спаечной кишечной непроходимости у больных пожилого и старческого возраста, существенно повышающим летальность в послеоперационном периоде. Выявление ранних признаков пареза кишечника и выбор наиболее эффективных методов лечения остаются актуальными.

Целью работы являлось улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с острой спаечной кишечной непроходимостью за счет ранней диагностики пареза кишечника и сочетанного применения интубации

тонкой кишки и мониторинга толстокишечного сорбционного диализа.

Обследованы 26 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью в возрасте от 60 до 82 лет. Все больные были разделены на две группы: контрольную — 9 человек и основную — 17 человек. Контрольную группу составили больные, которым в ходе операции проводилась интубация тонкой кишки. Основную группу составили больные, у которых интубация тонкой кишки сочеталась с применением мониторинга толстокишечного сорбционного диализа.

Для исследования функционального состояния моторики желудочно-кишечного тракта был использован селективный электрогастроэнтероколонограф [Яковенко В.Н., 1996], позволяющий оценивать моторику желудка, двенадцатиперстной, тонкой и толстой кишки. Энтерограммы снимали до операции, а также на 1-е, 3-5-е и 7-10-е сутки после нее.

Сравнение субъективных (тошнота, рвота, вздутие живота, отхождение газов) и объективных параметров (объем живота, пульс, количество лейкоцитов в крови, рентгенологические данные, данные селективной электрогастроэнтероколонографии) в динамике показало, что сочетание интубации тонкой кишки с мониторным толстокишечным сорбционным диализом способствует уменьшению длительности послеоперационного пареза кишечника. Данные селективной электрогастроэнтероколонографии позволили выявить, что у больных основной группы перистальтика ЖКТ улучшается уже с 3-5-х

суток послеоперационного периода, в то время как у больных контрольной группы — лишь к 7-10-м суткам. В основной группе у 7 больных из-за технических сложностей была выполнена интубация только проксимальных отделов тонкой кишки. Однако, судя по клиническим данным и данным селективной электрогастроэнтероколонографии, это не сопровождалось ухудшением восстановления моторной функции кишечника.

Следует отметить, что метод электрогастроэнтероколонографии позволяет выявлять доклинические признаки пареза ЖКТ, мониторировать функцию ЖКТ, контролировать эффективность лечения.

Сочетанное применение интубации кишечника и мониторинга сорбционного толстокишечного диализа способствует более раннему восстановлению моторной функции кишечника у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью.

РОЛЬ АНТИОКСИДАНТОВ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Н.В.Петрова, В.Е.Марусанов, Ю.В.Павлов

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
Александровская больница, Россия*

© Коллектив авторов, 2003 г.

У 52 пациентов с тяжелой изолированной черепно-мозговой травмой (ЧМТ) (ушиб головного мозга тяжелой степени) в возрасте от 18 до 75 лет исследовали эффективность антиоксидантной терапии. У всех больных проводили стандартную интенсивную терапию, основной целью которой являлось поддержание нарушенных жизненно важных функций и гомеостаза, создание условий для восстановления функции мозга. При поступлении в стационар и на 1-е, 3-и и 5-е сутки проведения интенсивной терапии анализировали данные общеклинического, неврологического, рентгенологического обследования и компьютерной томографии.

Параметры центральной гемодинамики оценивали с помощью тетраполярной реографии. В плазме крови и спинномозговой жидкости (СМЖ) исследовали содержание продуктов свободнорадикального окисления (СРО) белков, липидов и антиоксидантной активности: тиолди-

сульфидное соотношение (ТДС), содержание аскорбиновой кислоты (АК), малонового диальдегида (МДА), супероксиддисмутазы (СОД).

У 30 больных в состав интенсивной терапии были включены антиоксидантные препараты различных групп: аскорбиновая кислота, унитиол, α -токоферола ацетат, солкосерил и липин. 22 пациента, которым проводилась только традиционная интенсивная терапия, составили контрольную группу.

Исходно у всех обследованных больных ТДС было снижено более чем на 50%, концентрация АК — почти на 30%, концентрация МДА была увеличена в 3 раза, а содержание СОД составило только 72% от нормы. В контрольной группе к 5-м суткам эти показатели изменялись недостоверно, тогда как у пациентов, получавших комплекс антиоксидантных препаратов, значения ТДС, АК, МДА и СОД составили соответственно 92,6%, 93,8%, 129,7% и 95,1% от нормы. У пациентов,

получавших антиоксидантную терапию, отмечалось также улучшение показателей центральной гемодинамики, неврологической и общеклинической симптоматики, среднее время пребывания в отделении реанимации сократилось на 12,5%, снизилось количество осложнений ЧМТ, особенно гнойно-септических (27,4% в контрольной группе и 19,8% при лечении антиоксидантами).

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что важнейшим звеном патогенеза ме-

таболических нарушений, возникающих при ЧМТ, является активация свободнорадикального окисления белков и липидов. Избыточное накопление продуктов СРО в значительной степени обуславливает тяжесть клинического течения и исходы ЧМТ.

Применение при ЧМТ антиоксидантных препаратов может ограничить повреждение нейронов, вызванное свободными радикалами, и улучшить ее течение и прогноз.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ НАЗОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Ю.Пиковский, В.И.Баркляя, А.Е.Захарова

*Московский государственный медико-стоматологический университет,
НПЦ экстренной медицинской помощи, Москва, Россия*

© Коллектив авторов, 2003 г.

Показания к интубации трахеи на догоспитальном этапе многообразны, причем подобные urgentные состояния нередки в практике оказания скорой медицинской помощи.

В настоящее время службой скорой медицинской помощи (СМП) преимущественно применяется оротрахеальная интубация с использованием прямой ларингоскопии.

Нам представляется целесообразным наряду с этой традиционной методикой обратить внимание сотрудников СМП на существование назо-трахеальной интубации, выполняемой «вслепую». Необходимо отметить такие ее несомненные преимущества, как:

- отсутствие необходимости в ларингоскопе;
- более устойчивое положение трубки в трахее, что важно при транспортировке больных;
- снижение дискомфорта у пациентов, связанное с меньшим раздражением рефлексогенных зон интубационной трубкой;
- методика признана более эффективной при «трудной» интубации;
- манипуляция технически легче выполняется даже при сохраненном мышечном тоне у пациента;

— интубация может быть осуществлена более комфортно при «неудобном» положении больного относительно врача, так как нет необходимости в визуализации голосовой щели (например, при положении больного на полу или в ограниченном пространстве салона санитарного транспорта);

— назо-трахеальная интубация является альтернативным вариантом при травмах челюстей.

В программу последипломного усовершенствования для врачей и фельдшеров СМП, наряду с обучением традиционным методикам интубации трахеи, мы включили обязательное освоение назо-трахеальной интубации.

Несмотря на кажущуюся сложность проведения интубации «вслепую», обучение этой методике не представляло трудностей для курсантов.

По отзывам прошедших обучение, они широко и успешно используют эту методику в практической деятельности, зачастую отдавая ей предпочтение перед интубацией с помощью ларингоскопа.

Учитывая вышеизложенное, мы считаем, что назо-трахеальная интубация должна найти достойное место в практике оказания скорой медицинской помощи.

ПЕРВИЧНЫЙ И РАСШИРЕННЫЙ РЕАНИМАЦИОННЫЕ КОМПЛЕКСЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Л.Радужкевич, А.А.Чурсин, Л.И.Дежурный, Г.В.Неудахин

Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Бригады скорой медицинской помощи в рамках своей профессиональной деятельности, по нашим данным, сталкиваются с необходимостью проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР) в 2,2% вызовов. При этом эффективность реанимации без учета отдаленных результатов не превышает 15%.

При проверке «базовых» знаний у врачей-курсантов, проходящих цикл тематического усовершенствования «Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний», было выявлено, что у 67% из них теоретическая подготовка по СЛР неудовлетворительна; 82% врачей допускают грубые ошибки при проведении СЛР на манекене-тренажере; материальная оснащенность специализированного медицинского транспорта (за исключением бригад интенсивной терапии) недостаточна.

Одна из главных причин сложившейся ситуации заключается в том, что отечественная нормативная база проведения СЛР требует существенной доработки.

Все реанимационные мероприятия можно свести к трем блокам: первичный реанимационный комплекс (ПРК), предназначенный для организованных и обученных групп населения (спасатели, пожарные МЧС, сотрудники ГИБДД, личной охраны и т. д.); расширенный реанимационный комплекс (РРК), применяемый при оказании квалифицированной медицинской помощи, в том числе на догоспитальном этапе (данный комплекс включает в себя также основные элементы ПРК); интенсивная терапия (ИТ), проводимая реаниматологами при оказании специализированной помощи.

Обсуждая проблему создания нормативной базы проведения СЛР с ведущими реаниматологами страны, мы убедились, что принципиальных разногласий нет. Необходимо лишь предпринять дополнительные усилия и выработать «общероссийские» стандарты (протоколы) ПРК и РРК.

Эта работа уже проводится в рамках Федерации анестезиологов и реаниматологов России. Данная публикация рассчитана на отклики специалистов скорой медицинской помощи, тем бо-

лее, если учесть, что в скором времени алгоритмы и стандарты по СЛР должны найти соответствующее отражение в целевой программе «Скорая медицинская помощь», одобренной Коллегией Минздрава РФ 24.12.2002 г., а также в современных унифицированных программах образования и подготовки специалистов по неотложной медицине.

В своей научно-практической и педагогической деятельности мы используем алгоритмы ПРК и РРК, которые базируются на методических указаниях НИИ Общей реаниматологии РАМН, а также курсах BLS (Basic Life Support) и ALS (Advanced Life Support), рекомендованных Европейским Советом по реанимации.

Перечни мероприятий и алгоритмы выполнения ПРК и РРК легли в основу разработанных нами программ обучения с акцентом на отработку практических навыков. В процессе преподавания использовали базовое и итоговое тестирование, компьютеризированные манекены-тренажеры, ситуационные задачи, решаемые в режиме реального времени.

За последние 2 года нами обучено ПРК 596 «немедиков», РРК — 516 врачей. По окончании занятий курсанты при тестировании показывали высокий уровень знаний и практического владения техникой проведения СЛР.

Мы понимаем, что создать стандарты (протоколы) ПРК и РРК недостаточно. Нужны механизмы для их совершенствования и распространения на территории страны. Для этого, на наш взгляд, необходимо следующее:

1. Под патронажем Федерации анестезиологов и реаниматологов создать российский Совет по реанимации для изучения нового опыта в области СЛР, периодического (один раз в 3–4 года) внесения изменений и дополнений в первичный и расширенный реанимационные комплексы, в программы обучения и для решения других вопросов, связанных с практикой СЛР.

2. При Совете создать рабочую группу по разработке отечественных стандартов (протоколов) первичного и расширенного реанимационных комплексов.

3. В унифицированные программы по скорой и неотложной медицинской помощи включить соответствующие разделы по ПРК и РРК.

4. Включить в план подготовки врачей-интернов и клинических ординаторов по скорой медицинской помощи обязательное прохождение курсов ПРК и РРК.

5. Рекомендовать прохождение курса расширенного реанимационного комплекса для врачей скорой медицинской помощи, аттестуемых на II,

I и высшую категории; данные курсы проводить на базе кафедр скорой и неотложной медицинской помощи, имеющих для этого соответствующие возможности; определить требования к таким кафедрам.

6. Обратиться в МЗ РФ с предложением подготовить и утвердить нормативный документ, регламентирующий адекватное поэтапное использование стандартов ПРК и РРК в практике скорой медицинской помощи на территории России.

НЕОТЛОЖНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В.В.Руксин

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© В.В.Руксин, 2003 г.

В Российской Федерации сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность занимают одно из первых мест, однако их профилактике не уделяется должного внимания. Быстро и реально улучшить проведение профилактических мероприятий в условиях, когда ресурсов государства и населения не хватает на диагностику и лечение заболеваний, не представляется возможным. Поэтому, помимо возвращения к традиционным методам первичной и вторичной профилактики, у больных с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний или их осложнений предлагается использовать новое превентивное направление, которое мы называем неотложной профилактикой.

К неотложной профилактике мы предлагаем относить комплекс экстренных мероприятий по предотвращению возникновения неотложных кардиологических состояний или их осложнений, включающий в себя:

1) мероприятия по предупреждению развития неотложного кардиологического состояния при 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 кардиоло-

гического 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 сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего необратимых (катастроф), таких как смерть или инфаркт (миокарда, мозга, легкого).

Мероприятия по неотложной профилактике должны осуществляться медицинскими работниками амбулаторно-поликлинических лечебных учреждений, станций скорой медицинской помощи, стационаров и самими пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями в рамках разработанной врачом программы самопомощи.

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

Рациональное проведение неотложных профилактических мероприятий может предупредить развитие тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний или их осложнений, уменьшить количество обращений за экстренной медицинской помощью, улучшить результаты лечения и снизить его стоимость.

ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.В.Руксин

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© В.В.Руксин, 2003 г.

Обращаемость за скорой медицинской помощью по поводу острой сердечной недостаточности (сердечной астмы, кардиогенного отека легких) остается значительной и не имеет тенденции к снижению. Это обусловлено как высокой распространенностью, так и недостаточно рациональным лечением сердечно-сосудистых заболеваний вообще и хронической сердечной недостаточности в частности.

Анализ качества оказания скорой медицинской помощи больным с острой сердечной недостаточностью в Санкт-Петербурге показал, что в большинстве случаев она оказывается своевременно, но нерационально. Почти в 80% случаев в типичных клинических ситуациях отмечены необоснованные отклонения от соответствующих «Рекомендаций по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации». Эти отклонения проявляются в недостаточном использовании эффективных и безопасных лекарственных средств (аэрозольных форм нитропрепаратов, нитроглицерина для внутривенного введения, ингибиторов АПФ), применении высоких доз диуретиков, необоснованном назначении сердечных гликозидов, препаратов калия, метилксантина, а при малейшей тенденции к артериальной гипотензии — глюкокортикоидных гормонов. Тяжелой и не всегда поправимой ошибкой является попытка применения антиаритмических средств, при отеке легких, вызванном тахикардией.

Следует понимать, что в основе кардиогенного отека легких лежит несоответствие венозного возврата возможностям левого желудочка, поэтому для оказания неотложной помощи определяющее значение имеют препараты, уменьшающие преднагрузку, и прежде всего нитраты и быстродействующие диуретики.

Традиционно используемые лекарственные формы нитроглицерина (капсулы, таблетки) являются нестойкими, и их активность может снижаться до окончания срока хранения, в связи с чем их применение нередко оказывается недостаточно эффективным, что является одной из причин полипрагмазии. Поэтому для оказания скорой медицинской помощи необходимо использовать быстродействующие, качественные

и стойкие лекарственные формы нитропрепаратов: аэрозольные формы нитроглицерина (нитроспрей-ICN и др.) или изосорбида динитрата (изокет), который действует не только быстро и стабильно, но также пролонгировано. В тяжелых случаях следует использовать нитроглицерин для внутривенного введения (перлинганит и др.).

Вторым препаратом, применяемым при оказании скорой медицинской помощи у пациентов с сердечной астмой и кардиогенным отеком легких, должен быть быстродействующий диуретик фуросемид (лазикс), который следует назначать внутривенно в обычных терапевтических (40 мг) дозах, а в нетяжелых случаях — внутрь (40–80 мг).

Указанные лекарственные средства должны стать основой оказания скорой медицинской помощи при сердечной астме и кардиогенном отеке легких в типичных клинических ситуациях, за исключением больных с артериальной гипотензией, с аортальным или митральным стенозом, гипертрофической кардиомиопатией, экссудативным перикардитом.

Так как большинство пациентов принимают ингибиторы АПФ в недостаточной дозе или нерегулярно, целесообразно (особенно при артериальной гипертензии) назначение каптоприла (капотена) или дополнительного приема ингибитора АПФ, который больной получает в плановом порядке.

Сердечные гликозиды следует использовать только в случаях умеренной застойной сердечной недостаточности при тахисистолической форме мерцания предсердий. Если отек легких развивается вследствие пароксизма тахикардии, то необходимо проведение экстренной электроимпульсной терапии. Применение антиаритмических средств в таких случаях должно быть исключено.

При показаниях к экстренной госпитализации следует предварительно стабилизировать состояние больного. Надежным признаком стабилизации состояния является способность больного перейти из вынужденного положения сидя в положение лежа.

Наконец, именно врач скорой помощи, оказывающий экстренное медицинское пособие, может и должен дать пациенту с сердечной астмой или кардиогенным отеком легких обоснованные

рекомендации по самопомощи в аналогичных urgentных ситуациях.

Ниже представлен перечень первоочередных мер доврачебной помощи при сердечной астме и кардиогенном отеке легких, из которых врачом может быть составлена программа самопомощи для конкретного больного.

1. При появлении ощущения нехватки воздуха, одышки (особенно в покое или в ночное время!) сразу же вызвать врача скорой медицинской помощи.

2. До приезда врача удобно, без напряжения сесть с опущенными ногами.

3. Обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, расстегнуть затрудняющую дыхание одежду).

4. Впрыснуть под язык или на щеку (не вдыхая!) 1 дозу нитроглицерина (нитроспрей-ICN или аналогичный) или изосорбида динитрата (изокет аэрозоль). В случае недостаточного эффекта использовать указанные препараты повторно с интервалом в 3 мин до трех раз. При этом дозы и интервалы между приемами препаратов назначаются индивидуально с объяснением возможных побочных действий и методов их коррекции.

5. Принять внутрь 40 мг фуросемида.

6. При выраженном повышении артериального давления принять внутрь соответствующую дозу каптоприла либо другого, получаемого пациентом в плановом порядке ингибитора АПФ.

ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Н.Стратий

Станция скорой медицинской помощи, г. Череповец, Россия

© В.Н.Стратий, 2003 г.

В последнее время проблеме внезапной смерти (ВС) уделяется большое внимание.

Целью настоящего исследования являлось определение места ВС в структуре летальности у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями на догоспитальном этапе.

В исследование включали только те случаи ВС, которые были зафиксированы в присутствии бригады скорой медицинской помощи (СМП).

Диагноз «Внезапная смерть» устанавливался по наличию ишемической болезни сердца в анамнезе, болей в грудной клетке перед остановкой кровообращения и длительности остро возникших симптомов коронарного приступа не более 6 часов.

Главным источником информации служили данные анамнеза, взятые из амбулаторной карты и других медицинских документов, дополненные сведениями, полученными при беседе с родственниками, а также электрокардиографическая картина на момент проявления клинических симптомов. Все полученные данные фиксировались в карте вызова, которая заполнялась выездными врачами и фельдшерами. В дополнение к карте вызова использовался протокол ин-

тенсивной терапии и реанимации, содержащий информацию о проведенных лечебных и реанимационных мероприятиях и об изменении состояния больных.

В исследование были включены 294 случая смерти на догоспитальном этапе у больных с заболеваниями сердца за период с 2000 по 2002 гг. В группу сердечно-сосудистых заболеваний вошли случаи летальных исходов при ВС, инфаркте миокарда, сердечной недостаточности, тромбоэмболии легочной артерии, пороках сердца и кардиомиопатиях.

За трехлетний период службой СМП было зарегистрировано 408 881 обращение, из них 74 616 (18,24%) случаев — по поводу заболеваний сердца. При этом общая догоспитальная летальность в присутствии бригад СМП составляла 435 (0,11%) случаев, из них летальность у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями — 294 (67,58%) случая.

В структуре кардиологических заболеваний летальность при ВС составляет 117 (39,79%) случаев.

Летальность при ВС имеет сезонные и суточные колебания: от 32,47% случаев в весенний

период до 15,38% случаев — в летний; в течение суток частота возникновения ВС максимальна в промежутке от 14 до 22 часов — 35,89% случаев. Именно в это время отмечается возрастание общей обращаемости за скорой медицинской помощью.

При анализе распределения случаев ВС по полу и возрасту установлено, что мужчины умирают от этого заболевания чаще женщин во всех возрастных группах, кроме больных старше 81 года.

Таким образом, в структуре догоспитальной летальности при кардиологических заболеваниях внезапная смерть занимает второе место по частоте (39,79% случаев), незначительно уступая только инфаркту миокарда (40,13% случаев).

Догоспитальная летальность в присутствии бригады СМП у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями составляет 67,58% случаев.

Внезапная смерть чаще регистрируется у мужчин в возрасте от 51 до 60 лет, чем у женщин.

ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ СИТУАЦИЯ НА СТАНЦИИ «КОМБИНАТСКАЯ»

С.Б.Трифонов, П.Г.Пилипенко, А.А.Пензев

Станция скорой медицинской помощи, Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, Омский территориальный центр медицины катастроф, Омск, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

5 июля 2000 г. в г. Омске на территории УПТК ОАО «Омскнефтепроводстрой» произошло возгорание с последующим взрывом железнодорожной цистерны с бензином. В результате взрыва пострадал 101 человек, в том числе 43 ребенка, умерли 5 человек.

Первое сообщение о пожаре поступило в ОТЦМК в 21.00 от оперативного дежурного ГУГОЧС. На пульт «03» сообщение о пожаре поступило в 21.09. Информации о пострадавших не поступило. В 21.13 на вызов направлена бригада в составе врача П.Ф.Радцига и фельдшера Ю.В.Шнайдер. В 21.19 бригада прибыла на место вызова, сотрудники передали сообщение о наличии пострадавшего и начали оказывать медицинскую помощь, находясь на расстоянии около 100 метров от очага возгорания. Для наблюдения за пожаром собралось большое число посторонних лиц, в том числе и дети.

В результате горения произошел нагрев цистерны с бензином и ее взрыв. При взрыве термические ожоги различной степени тяжести получили пожарные, работники милиции, сотрудники скорой медицинской помощи, работники УПТК, а также посторонние лица.

Оперативным дежурным ОТЦМК было принято решение о направлении в район пожара дополнительных сил к бригадам СМП, направленным ранее.

Всего в ликвидации последствий взрыва была задействована 21 бригада СМП, в том числе 12 врачебных линейных бригад, 2 фельдшерские

линейные бригады и 7 специализированных. В ожоговый центр в течение часа поступили 55 пострадавших, в том числе 21 ребенок. 8 пострадавших доставлены в травмпункт. 17 человек после оказания медицинской помощи отказались от госпитализации. В последующие дни за медицинской помощью обратился еще 21 человек, из числа пострадавших в этой чрезвычайной ситуации. Общее число пострадавших составило 101 человек, в том числе 43 ребенка. С 6 по 11 июля 2000 г. в ожоговом центре умерли 5 человек, все взрослые, в том числе фельдшер бригады скорой медицинской помощи.

Указом Президента Российской Федерации за мужество и самоотверженность, проявленные при спасении людей во время пожара, Юлия Викторовна Шнайдер награждена Орденом Мужества (посмертно).

Для предупреждения несчастных случаев с медицинским персоналом совместно с УГПС МЧС России по Омской области утверждена новая инструкция, определяющая порядок взаимодействия подразделений УГПС МЧС Омской области со службой скорой медицинской помощи г. Омска при пожарах, авариях и чрезвычайных ситуациях (ЧС). В ней более четко отражены зоны ответственности оперативных служб:

— руководитель тушения пожара до приезда бригады скорой медицинской помощи определяет и обозначает границы зоны безопасности, назначает ответственного или самостоятельно при-

нимает рапорт от прибывших сотрудников службы скорой помощи на границе зоны безопасности;

— розыск пострадавших, оказание им первой медицинской помощи на месте происшествия и эвакуация в зону безопасности (пункт сбора пострадавших) осуществляется расчетом УПС МЧС или аварийно-спасательными формированиями;

— руководитель бригады скорой медицинской помощи организует оказание медицинской помощи эвакуированным из зоны поражения, при необходимости запрашивает дополнительные силы и средства;

— персонал бригады скорой медицинской помощи уезжает с места пожара (аварии или ЧС) только с разрешения руководителя тушения пожара.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЦИТОФЛАВИН» ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ И ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ

А.Д.Цивинский, М.К.Шевчук, С.Е.Колбасов, Г.С.Стройкова, Т.Н.Саватеева
Институт токсикологии МЗ РФ, НТФФ «Полисан», Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

Травмы и отравления являются основной причиной смерти и инвалидизации людей моложе 40 лет в России. Интоксикация этанолом, обнаруживаемая у половины пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) [Corrigan J.D., 1995], существенно утяжеляет ее течение и ухудшает прогноз; вместе с тем интенсивная терапия данного состояния разработана еще недостаточно.

При ЧМТ и интоксикации этанолом возникают гипоксия и ишемия, усиление перекисного окисления липидов (ПОЛ) и угнетение системы антиоксидантной защиты, сопровождающиеся нарушением окислительного фосфорилирования, ацидозом и отеком головного мозга. Данные факторы подчеркивают необходимость применения у пострадавших с ЧМТ средств коррекции окислительного гомеостаза [Мошкин А.В., Промыслов М.Ш., 1998; Зозуля Ю.А. и др., 2000]. Одним из таких средств является цитофлавин — новый отечественный комбинированный метаболический препарат, состоящий из рибофлавина мононуклеотида (10 мг), никотинамида (10 мг), рибоксина (100 мг) и метилглутамин сукцината (500 мг), во флаконах для парентерального введения по 5 мл (производитель НТФФ «Полисан»).

Изучали действие цитофлавина при моделировании ЧМТ с сопутствующей ОИЭ и без нее.

Материалом исследования служили самцы беспородных крыс-альбиносов ($n = 194$). ОИЭ создавали внутрижелудочным введением раствора этанола в дозах 6–9 г/кг массы тела. ЧМТ нано-

сили с помощью свободно падающего груза на фронтальные отделы левой гемисферы. Цитофлавин (150–300 мг сукцината/(кг·сут)) и препарат сравнения мексидол (50 мг/(кг·сут)) вводили внутривенно.

Действие цитофлавина оценивали по влиянию на выраженность неврологических расстройств, выработку условного рефлекса пассивного избегания (УРПИ), активность животных в тесте «открытое поле». Определяли концентрацию лактата, АТФ, активность трансаминаз, лактатдегидрогеназы, сукцинатдегидрогеназы, интенсивность тканевого дыхания, показатели ПОЛ (гидроперекиси липидов, диеновые конъюгаты, малоновый диальдегид) и антиоксидантной защиты (содержание восстановленного глутатиона, аскорбиновой кислоты, сульфгидрильных групп, активность каталазы, супероксиддисмутазы) в крови и гомогенате головного мозга. Изучали влияние препаратов на патоморфологию головного мозга.

Применение цитофлавина (150 мг сукцината/(кг·сут)) снижало летальность при моделировании ОИЭ введением среднесмертельной дозы этанола (9 г/кг).

Назначение цитофлавина в остром периоде экспериментальной ЧМТ сопровождалось сохранением способности к выработке УРПИ и активности в тесте «открытое поле», нарушенных в группе плацебо. Применение цитофлавина нормализовало концентрацию лактата, АТФ, активность сукцинатдегидрогеназы и сниженную интенсивность тканевого дыхания в голов-

ном мозге, препятствовало активации процессов ПОЛ и угнетению антиоксидантной защиты.

Применение цитофлавина у крыс с очаговыми неврологическими симптомами на модели ЧМТ, осложненной ОИЭ (6–8 г/кг внутрижелудочно), сопровождалось более быстрым и полным регрессом неврологических нарушений, сохранением способности к выработке УРПИ, нормализацией активности трансаминаз, ЛДГ, СДГ,

менее выраженным повышением показателей ПОЛ, признаками относительного сохранения антиоксидантной защиты.

Установлено, что цитофлавин способствует восстановлению нарушенных функций при энцефалопатии, обусловленной травмой и отравлением этиловым алкоголем. Эффективность цитофлавина превосходит таковую у препарата сравнения мексидола.

ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНКОПОВ У ДЕТЕЙ

В.М.Шайтор, А.И.Муханова

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© В.М.Шайтор, А.И.Муханова, 2003 г.

Вертебрально-базиллярная недостаточность (ВБН) является ведущим синдромом в кливической картине цереброспинальных дисфункций у детей. Причиной формирования ВБН в детском возрасте в 44% случаев являются последствия перинатальных повреждений шейного отдела позвоночника: подвывихи, надрывы связок (до 72% случаев у крупных плодов), гидроцефальный синдром (12,6% случаев), кривошея (5% случаев) и т.д. По данным НИИ педиатрии РАМН РФ, к пубертатному периоду у детей, перенесших перинатальную травму шейного отдела позвоночника, в 93% случаев при УЗДГ обследовании выявляется хроническая ВБН. По данным разных авторов, удельный вес фазы декомпенсации ВБН в виде синкопальных состояний составляет от 25% до 30% случаев.

Целью исследования было выделение ведущих клиничко-неврологических синдромов перинатального происхождения, влияющих на возникновение синкопальных состояний у детей.

Проведено клиничко-нейрофизиологическое обследование 49 детей, перенесших синкопы, в возрасте от 9 до 14 лет. Все обследуемые дети наблюдались по поводу цереброспинальной дисфункции на резидуально-патологическом фоне. В структуре неврологического статуса были выделены 3 основных синдрома: астенический — 47,9% (23) больных, ВБН — 60% (29) больных, резидуально-органическая патология — 79,4% (39) пациентов. Отмечено, что данные клинические синдромы формировались на фоне патологии шейного отдела позвоночника: его нестабильности в 59% (29) случаев, признаков шейного остеохондроза — в 5,6% (3) случаев, наличия врожденной кранио-

вертебральной дисплазии — в 12,2% (6) случаев. У всех больных проведены электроэнцефалографическое (ЭЭГ), реоэнцефалографическое (РЭГ) обследования, омегаметрия и, при необходимости, рентгенография позвоночника.

Практически у всех детей (91%) декомпенсация состояния в виде возникновения синкопов была связана со стрессовыми ситуациями на фоне усиления выраженности церебральной астении и дисфункции позвоночника. Это было подтверждено данными ЭЭГ, проведенной в раннем постсинкопальном состоянии: наличием низковольтного электрогенеза коры головного мозга, особенно после проведения функциональных проб, угнетением основных биоритмов, снижением функционального состояния срединных структур в условиях гиперкапнии, появлением распространенной пароксизмальной эпилептической активности. Данные РЭГ-исследований выявили отчетливые ангиодистонические проявления (повышение сопротивления пинально-капиллярной сосудистой системы до 90–120%, признаки венозной дисгемии), ухудшение гемодинамических показателей в системе вертебробазиллярного бассейна в покое от 5–10%, при ротации головы — от 55% до 75%, признаки экстравазальных компрессионных и рефлекторно-ирритативных воздействий на позвоночные артерии.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что синдром ВБН, обусловленный краниовертебральной патологией, является ведущим и решающим фактором риска возникновения синкопов у детей, причем степень риска декомпенсации этого состояния увеличивается с возрастом ребенка.

ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 11.03.2003 г.

№ 93

Москва

Об отраслевой программе
«Скорая медицинская помощь»

В целях совершенствования организации и развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить отраслевую программу «Скорая медицинская помощь» (приложение)

Министр

Ю.Л.Шевченко

*Приложение
к Приказу Минздрава России
от 11.03.2003 г. № 93*

ОТРАСЛЕВАЯ ПРОГРАММА «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

Наименование Программы	«Скорая медицинская помощь»
Основание для разработки Программы	Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, задачи на 2001–2005 гг. и на период до 2010 года
Заказчик Программы	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Основные разработчики Программ	Минздрав России Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Минздрава России Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России ЦНИИ ОИИЗ Минздрава России
Цели и задачи Программы	<ul style="list-style-type: none"> — Повышение эффективности и качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах; — Выравнивание условий ее оказания и обеспечение равной доступности для населения современных медицинских технологий на территории Российской Федерации; — Совершенствование системы мониторинга и управления скорой медицинской помощью на муниципальном, субъектовом, федеральном уровнях; — Формирование современных организационных моделей оказания скорой медицинской помощи на всех ее этапах с учетом особенностей субъектов Российской Федерации; — Совершенствование нормативно-правовой, организационно-методической и материально-технической базы для развития скорой медицинской помощи; — Внедрение единых технологических требований и медико-экономических стандартов оказания скорой медицинской помощи; — Формирование современных финансово-экономических механизмов и системы оплаты скорой медицинской помощи, улучшение преемственности в деятельности догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи; совершенствование системы профессиональной подготовки и переподготовки

кадров для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;

— Сокращение летальности среди больных и пострадавших при госпитализации по неотложным показаниям на 15%;

— Улучшение научного сопровождения и координации научных исследований в сфере экстренной медицины, ускорение разработки и внедрения современных технологий диагностики и лечения в клиническую практику

Сроки реализации Программы

2003–2007 годы

Основные мероприятия Программы

— Совершенствование структур управления скорой медицинской помощью на федеральном и уровне субъектов Российской Федерации, совершенствование правовой и информационной базы системы управления скорой медицинской помощью;

— Формирование и совершенствование системы мониторинга оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, обеспечение информационной системы скорой медицинской помощи техническими средствами и оборудованием;

— Проведение целевых научно-практических мероприятий по проблемам скорой медицинской помощи;

— Разработка и внедрение новых форм и методов обучения специалистов для работы в области неотложной медицины;

— Совершенствование межведомственного взаимодействия при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

Ответственные за организацию и выполнение основных мероприятий Программы

Минздрав России

Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (по согласованию)

Ожидаемые конечные результаты реализации деятельности Программы

— Повышение медицинской и экономической эффективности лечебно-профилактических учреждений и подразделений скорой медицинской помощи на всех этапах оказания качественной скорой медицинской помощи;

— Создание основ для дальнейшего развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации;

— Повышение готовности лечебно-профилактических учреждений к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

Система организации контроля за исполнением Программы

Документы, разработанные в рамках выполнения Программы, утверждаются Консультативным советом Минздрава России по скорой медицинской помощи

1. ВВЕДЕНИЕ

В отраслевой целевой программе разработан комплекс мер, направленных на максимальное сохранение жизни и здоровья граждан, снижение трудопотерь и инвалидизации населения Российской Федерации. Цели и задачи отраслевой программы определены на основе анализа структуры летальности, объемов госпитализаций и обращаемости за скорой медицинской помощью, их изменений с учетом социально-экономических преобразований в стране.

2. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ ПРОГРАММНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ

Социально-экономический кризис 90-х годов в России негативно отразился на медико-демографической ситуации в стране. Одним из наиболее болезненных его последствий стал рост уровня смертности, превышающего аналогичные показатели развитых стран на 30–50%. За последние 10 лет число вызовов скорой медицинской помощи увеличилось на 30%, а доля больных, госпитализированных в экстренном порядке, возросла почти в 3 раза. Особая тяжесть urgentных больных и пострадавших, скоротечность развития неотложных состояний обуславливают высокую летальность, длительную утрату трудоспособности и увеличивающийся уровень инвалидизации. Более 90% больничной летальности связано с экстренным характером госпитализации.

Существенно выросло значение скорой медицинской помощи как одного из ведущих факторов национальной безопасности Российской Федерации. Рост числа и тяжести техногенных аварий и катастроф со значительными медико-санитарными потерями, усложнение внутри- и внешнеполитической обстановки в связи с ростом международного терроризма выдвигают дополнительные неотложные задачи по совершенствованию организации скорой медицинской помощи в Российской Федерации.

На догоспитальном этапе скорой медицинской помощи до сих пор высока доля несвойственной нагрузки, связанной с оказанием помощи хроническим больным. Одной из главных тенденций в развитии догоспитального звена становится постепенное замещение объемов врачебной помощи фельдшерскими. При этом неэффективно используется потенциал врачебных и специализированных бригад на вызовах и при транспортировке, где медицинская помощь предоставляется в объеме доврачебной помощи.

Основными проблемами современного этапа развития скорой медицинской помощи следует считать следующие:

— отсутствие единой системы мониторинга и управления скорой медицинской помощью в Российской Федерации;

— высокая доля несвойственной нагрузки на догоспитальном этапе и недостаточно эффективная структура оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе, низкая эффективность использования дорогостоящих ресурсов;

— отсутствие единых технологических требований, протоколов и стандартов оказания скорой медицинской помощи, учитывающих этапы ее оказания и отражающие преемственность в их деятельности, объемы и виды помощи;

— неэффективная система тарификации и оплаты скорой медицинской помощи, в первую очередь, на госпитальном этапе, тормозящая интенсивное использование коечного фонда и его реструктуризацию;

— недостаточное взаимодействие догоспитального и госпитального этапов оказания экстренной помощи, слабая готовность к работе в условиях чрезвычайных ситуаций;

— ослабление научно-методического сопровождения скорой медицинской помощи.

3. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

Программа ставит целью формирование условий для повышения качества и эффективности скорой медицинской помощи на всех этапах ее оказания, выравнивание условий ее предоставления, ускорение процессов реформирования первичного звена здравоохранения и реструктуризации коечного фонда.

Достижение цели Программы предполагает решение ряда задач:

- совершенствование нормативно-правовой, материально-технической и организационно-методической базы скорой медицинской помощи;
- формирование современной системы мониторинга и управления скорой медицинской помощью на уровнях — федеральном, субъекта Российской Федерации, муниципальном;
- выравнивание условий ее оказания и обеспечение равной доступности для населения современных медицинских технологий на территории Российской Федерации;
- формирование современных организационных моделей оказания скорой медицинской помощи на всех ее этапах с учетом сложившейся в субъектах Российской Федерации социальной инфраструктуры;
- внедрение единых технологических требований и медико-экономических стандартов оказания скорой медицинской помощи и системы управления качеством, формирование современных финансово-экономических механизмов и системы оплаты скорой медицинской помощи в целях повышения эффективности использования ресурсов;
- улучшение преемственности в деятельности догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи;
- совершенствование системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;
- улучшение научного сопровождения наиболее актуальных проблем экстренной медицины, координации научных исследований в этой сфере, ускорение разработки и внедрения современных технологий диагностики и лечения в клиническую практику;
- создание и апробация системы информационного обеспечения скорой медицинской помощи;
- улучшение межведомственного взаимодействия при ликвидации чрезвычайных ситуаций.

4. МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ. ОРГАНИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ И КОНТРОЛЬ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ ПРОГРАММЫ

Для реализации Программы по каждому разделу определяется план конкретных мероприятий с указанием сроков и ответственных исполнителей программных мероприятий.

Основные направления и положения Программы ежегодно уточняются и контролируются, исходя из хода ее выполнения и эффективности использования средств.

Управление и контроль за реализацией Программы осуществляется Минздравом России.

Координацию работ по реализации Программы осуществляет заказчик — Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Руководство выполнением программных мероприятий осуществляет Консультативный совет Минздрава России по скорой медицинской помощи.

5. ОЖИДАЕМЫЕ КОНЕЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

Реализация мероприятий, предусмотренных отраслевой программой «Скорая медицинская помощь», позволит обеспечить:

- повышение качества и экономической эффективности скорой и неотложной медицинской помощи населению;
- снижение летальности и инвалидизации при неотложных состояниях;
- улучшение преемственности оказания скорой медицинской помощи;
- повышение готовности лечебно-профилактических учреждений к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

**ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ОТРАСЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

№	Наименование мероприятий	Срок исполнения	Наименование документа	Исполнители
---	--------------------------	-----------------	------------------------	-------------

1. Нормативное обеспечение системы управления, мониторинга, оргметодработы и обеспечения качества скорой медицинской помощи (СМП)

1.1	Разработка и утверждение перечня основных понятий, терминов, определений СМП	2003	Скорая медицинская помощь. Основные термины и понятия	Минздрав России
1.2	Внесение изменений в государственную медицинскую статистическую отчетность в части оценки СМП (формы 14, 30, 41, 47 и др.); разработка и апробация новых учетных (формализованных) карт вызова бригады СМП	2004	Приказ Минздрава России	Минздрав России
1.3	Разработка единой методики оценки эффективности организации СМП территории, включая догоспитальный и госпитальный этапы	2004	Методические рекомендации	Минздрав России
1.4	Разработка и утверждение положения об организационно-методическом кабинете городской больницы СМП	2004	Положение	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ
1.5	Разработка и утверждение методических рекомендаций по организации системы оценки качества СМП при наиболее распространенных неотложных заболеваниях (состояниях): в группе «острого живота», при остром инфаркте миокарда, мозговых инсультах, пневмониях, отравлениях, тяжелой сочетанной травме	2006	Методические рекомендации	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ

2. Совершенствование организации СМП

2.1	Разработка методических рекомендаций по составу и профильности бригад СМП с учетом сложившейся в регионах страны социальной инфраструктуры, характера расселения и других особенностей территорий Российской Федерации (типология условий оказания СМП)	2004	Методические рекомендации	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; СПбМАПО МЗ РФ
2.2	Разработка и утверждение положения о кабинете (палате) интенсивной терапии на базе участковой больницы	2005	Положение	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ

2.3	Разработка методических рекомендаций по организации работы основных лечебно-диагностических служб центров СМП, больниц СМП, ЦРБ при оказании скорой медицинской помощи	2003	Методические рекомендации	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ
2.4	Разработка методических рекомендаций по дифференциации поводов к вызову и объемов скорой медицинской помощи и квартирной помощи	2004	Методические рекомендации	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ
2.5	Разработка и апробация единых алгоритмов и стандартов оказания скорой помощи на догоспитальном и госпитальном этапах	2005	Приказы Минздрава России	Минздрав России; ММА им. Сеченова МЗ РФ; СП6МАПО МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ
2.6	Разработка и апробация унифицированных программ к до- и последиplomной подготовке кадров врачебного и фельдшерского персонала по вопросам неотложной медицины	2006	Программы	Минздрав России; РМАПО МЗ РФ; СП6МАПО МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ
2.7	Анализ различных моделей финансирования СМП на догоспитальном и госпитальном этапах	2003	Аналитическое информационное письмо	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ
2.8	Разработка методических рекомендаций по внедрению дифференцированной оплаты труда персонала станций СМП	2005	Методические рекомендации	Минздрав России; СП6МАПО МЗ РФ; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ;
2.9	Разработка методических рекомендаций по организации взаимодействия БСМП с отделениями ранней реабилитации и долечивания в структуре городских больниц	2004	Методические рекомендации	Минздрав России; РМАПО МЗ РФ; СП6МАПО МЗ РФ; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ
2.10	Разработка оптимальных моделей организации оказания СМП на госпитальном этапе, дифференцированных по условиям оказания СМП	2005	Методические рекомендации	Минздрав России; РМАПО МЗ РФ; СП6МАПО МЗ РФ; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ
2.11	Разработка положения о больнице скорой медицинской помощи (БСМП)	2004	Приказ Минздрава России	Минздрав России; РМАПО МЗ РФ; СП6МАПО МЗ РФ; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ
2.12	Разработка положения об организации деятельности приемного отделения БСМП	2004	Положение	Минздрав России; РМАПО МЗ РФ; СП6МАПО МЗ РФ; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ

3. Реализация программы в территориях

3.1	Отбор в качестве моделей реализации пилотных проектов территорий, относящихся к категории крупных городов с населением свыше 500 тыс. человек, городов с населением менее 500 тыс. человек, сельских районов с компактным проживанием населения, сельских районов с низкой плотностью проживания	2004	Информационное письмо	Минздрав России; Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (по согласованию)
3.2	Дооснащение учреждений экспериментальных территорий, оказывающих СМП на догоспитальном этапе, на основе единых требований к технологическому обеспечению СМП	2005	Технологический стандарт оснащения. Приказ Минздрава России	Минздрав России; Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (по согласованию)
3.3	Апробация на базе экспериментальных территорий моделей управления, организационно-методического обеспечения и структуры СМП на догоспитальном этапе	2005	Заключение по апробации	Минздрав России; Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (по согласованию)
3.4	Дооснащение учреждений экспериментальных территорий, оказывающих ЭМП на госпитальном этапе, включая федеральные центры СМП, центры СМП субъектов Федерации, больницы СМП, центральные районные больницы, участковые больницы на основе единых требований к технологическому обеспечению СМП, дифференцированных по уровням оказания помощи	2005	Заключение по апробации	Минздрав России; Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (по согласованию)
3.5	Разработка и апробация алгоритмов оказания СМП при основных патологических состояниях на госпитальном этапе, дифференцированных по уровням оказания помощи по мере выравнивания технологических условий оказания помощи	2005	Заключение по апробации	Минздрав России; РМАПО МЗ РФ; СПБМАПО МЗ РФ; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ
3.6	Апробация унифицированных программ подготовки и переподготовки кадров больниц скорой медицинской помощи, отделений экстренной медицинской помощи, центральных районных больниц, участковых больниц по вопросам скорой медицинской помощи	2004	Заключение по апробации	Минздрав России; РМАПО МЗ РФ; СПБМАПО МЗ РФ; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ

4. Обеспечение технологического единства и стандартизации оказания СМП

4.1	Разработка требований к техническому оснащению, являющихся лицензионными требованиями и условиями осуществления СМП на догоспитальном и госпитальном этапах	2006	Приказ Минздрава России	Минздрав России; ММА им.И.М.Сеченова МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ
4.2	Разработка методических рекомендаций по кадровому обеспечению больниц СМП	2003	Методические рекомендации	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; РМАПО МЗ РФ
4.3	Разработка методических рекомендаций по организации оплаты ранней реабилитации и долечивания в условиях отделений ранней реабилитации и долечивания в структуре городских больниц и учреждениях медико-социального ухода с учетом особенностей территорий	2005	Методические рекомендации	Минздрав России; РМАПО МЗ РФ; СПбМАПО МЗ РФ; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ

5. Совершенствование преемственности оказания СМП

5.1	Апробация методики оценки эффективности организации скорой медицинской помощи территории	2005	Методические рекомендации	Минздрав России; РМАПО МЗ РФ; СПбМАПО МЗ РФ; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ
5.2	Распространение полученных результатов в субъектах Российской Федерации	2006–2007	Информационные письма	Минздрав России

6. Информационное обеспечение скорой медицинской помощи

6.1	Разработка методических подходов и требований к информационному обеспечению скорой медицинской помощи, включая разработку типовых АРМов станций скорой помощи (служба приема и распределения вызовов, бюро госпитализации), отделений экстренной помощи ВСМП	2003	Методические рекомендации	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ
6.2	Создание на базовых территориях опытно-экспериментальных полигонов по отработке использования на территориальном уровне современных информационных технологий, включая установление телекоммуникационной связи	2005	Территориальные программы	Минздрав России; органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (по согласованию); РМАПО МЗ РФ
6.3	Создание системы информационного обеспечения населения по вопросам само- и взаимопомощи при наиболее распространенных неотложных состояниях	2005	Информационные письма	Минздрав России

7. Научное обеспечение

7.1	Организация организационно-методических центров скорой медицинской помощи	2004	Приказ Минздрава России	Минздрав России
7.2	Разработка системы мониторинга за состоянием и развитием системы скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, научное сопровождение ее апробации на базовых территориях	2004	Территориальные программы	Минздрав России; органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (по согласованию)
7.3	Разработка методологии и системы оценок (по комплексу показателей) медицинской и социально-экономической эффективности скорой медицинской помощи территорий Российской Федерации	2006	Методические рекомендации	Минздрав России; РАМН (по согласованию)
7.4	Формирование принципиальных схем организации скорой медицинской помощи в зависимости от типологии условий ее оказания	2003–2005	Схемы организации	Минздрав России; РАМН (по согласованию)
7.5	Разработка методических материалов по вопросам планирования, организации и обеспечения населения скорой медицинской помощью с учетом сложившейся в регионах страны социальной инфраструктуры, характера расселения и других особенностей территорий Российской Федерации	2003–2005	Методические рекомендации	Минздрав России
7.6	Разработка научно обоснованных алгоритмов и стандартов оказания скорой медицинской помощи на всех этапах при основных неотложных состояниях	2003–2007	Приказы Минздрава России по утверждению ОСТов	Минздрав России; ММА им. И. М. Сеченова; СПбМАПО МЗ РФ; МГМСУ МЗ РФ; РМАПО МЗ РФ
7.7	Разработка методических материалов по оптимизации предоставления гарантированных государством объемов скорой медицинской помощи населению	2005	Методические рекомендации	Минздрав России; ЦНИИ ОИИЗ МЗ РФ
7.8	Проведение ежегодных научно-практических конференций по проблемам совершенствования и развития скорой медицинской помощи	2003–2007	Указания	Минздрав России
7.9	Разработка пособия по расчету стоимости медицинских услуг скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах	2004	Методические рекомендации	Минздрав России; РАМН (по согласованию); НИИ СП им. проф. И. И. Джanelидзе (по согласованию)

ИТОГИ НАУЧНОЙ РАБОТЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРОБЛЕМЕ «НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ» В 2002 году

А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Т.Н.Богницкая, Т.А.Стрелинская
НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

© Коллектив авторов, 2003 г.

В 2002 году научная работа в России оставалась по-прежнему интенсивной. Нам удалось получить сведения о 101 законченной научной работе, в том числе о 14 докторских и 81 кандидатской диссертации.

В научно-исследовательской работе принимали участие 46 научных коллективов, из них кафедры 39 вузов и учреждений последипломной подготовки врачей.

Изданы 4 монографии, 5 наименований методических рекомендаций, 3 пособия для врачей, 3 учебных пособия, 3 информационных письма. Подготовлены к печати 1 наименование методических рекомендаций и 4 пособия для врачей.

В центральной печати опубликованы 48 статей.

Перитонит прочно занимает первое место среди проблем неотложной хирургии. Впервые проведена оценка роли генетических маркеров в развитии гнойно-септических осложнений при заболевании органов брюшной полости и выявлены генетические маркеры предрасположенности к генерализации патологического процесса. Среди изученных полиморфных маркеров наиболее яркие изменения выявлены для генов цитохрома P-450, глутатион-S-трансферазы M1, ангиотензинпревращающего фермента и интерлейкина-6. Показано, что эффективность иммуномодулирующей терапии у больных с острыми гнойно-септическими заболеваниями брюшной полости можно прогнозировать по наличию определенных генотипических вариантов полиморфизма промоторной области гена интерлейкина-6: наиболее выраженный терапевтический эффект наблюдается у лиц с генотипами CC и GC (Башкирский медицинский университет).

Проведено клинко-экспериментальное обоснование применения лимфогенных методов в комплексном лечении перитонита.

Показано, что открытый лаваж лимфатической системы приводит к быстрому снижению содержания в крови циркулирующих токсичных иммунных комплексов и иммуноглобулинов классов G и M.

Установлено, что однократной эндолимфатической инфузии разовой терапевтической дозы антибиотика достаточно для поддержания терапевтической концентрации препарата в течение суток в гуморальных средах, стенках кишки, брыжеечных и парааортальных лимфатических узлах без создания токсической концентрации его в крови (РосМАПО и ММСУ). Вместе с тем показано, что в раннем послеоперационном периоде при перитоните лимфатическая система подвержена выраженным морфофункциональным изменениям: отмечаются снижение лимфопродукции на 30–70% и острые воспалительные явления лимфоидной ткани лимфатических узлов. Одним из важнейших компонентов этих изменений является мембранодестабилизирующий процесс.

Для коррекции этих нарушений использованы антиоксиданты — мексидол и аплегин, применение которых обусловило быстрое восстановление морфофункциональных характеристик лимфатической системы: лимфообразование и лимфоотток увеличились на 40–200%, быстрее стихали острые воспалительные явления в брыжеечных лимфатических узлах за счет заметного снижения интенсивности процессов липоперекисного окисления и фосфолипазной активности и повышения антиоксидантной защиты в тканевых структурах лимфатических узлов и самой лимфы (Мордовский государственный университет).

Показано, что методом выбора хирургического лечения больных с распространенным послеоперационным перитонитом является этапный лаваж брюшной полости при наличии более 20 баллов по Мангеймскому индексу перитонита и синдрома полиорганной недостаточности с вовлечением не менее 3 органов и систем организма. Оптимальным является проведение 2–3 этапных лаважей брюшной полости с интервалом не менее 48 часов (МОНИКИ).

Выделена своеобразная форма воспаления брюшины — огнестрельный перитонит, учитывающая специфичность механогенеза огнестрельных проникающих ранений живота и обусловленных ими патоморфологических изменений, возникающих в тканях и органах брюшной

полости (Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ).

Предложен оригинальный этапный метод ранней диагностики послеоперационного перитонита, основанный на применении интегральных показателей АРАСНЕ-III и лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). При отсутствии у пациентов в течение трех суток после операции положительного сдвига показателей АРАСНЕ-III и ЛИИ либо при повышении этих показателей и развитии интоксикации даже при отсутствии клинической картины показано проведение обследования, которое наряду с клиническими и лабораторными методами должно включать в себя инструментальные: рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические исследования, КТ (Кемеровская медицинская академия).

Выявлено, что непрямая электрохимическая детоксикация является эффективным методом в комплексном лечении больных с мочевым перитонитом. Ее использование способствует улучшению показателей периферической крови, повышению фагоцитарной активности нейтрофилов и улучшению степени дифференцировки Т-лимфоцитов. При применении этого метода летальных исходов не наблюдалось (Ярославская медицинская академия).

При экспериментальном желчном перитоните применение натрия гипохлорита приводит к нормализации количества тромбоцитов и их активности, увеличению времени свертываемости крови, протромбинового и тромбинового времени, раннему снижению содержания фибриногена, активации фибринолиза, что позволяет предотвратить тромбофилическое состояние с переходом в ДВС-синдром (Кубанская медицинская академия и Российский центр хирургической гастроэнтерологии).

Для борьбы с гемореологическими нарушениями, возникающими при распространенном перитоните и проявляющимися гиперкоагуляцией, рекомендовано применение озонированных растворов кристаллоидов, что приводит к улучшению текучести крови и микроциркуляции, нивелированию синдрома гипервязкости крови, снижению количества послеоперационных осложнений в 2,1 раза (Казанская медицинская академия дополнительного образования).

В качестве дополнительного эффективного метода предупреждения развития послеоперационных осложнений при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости предложена магнитно-лазерная терапия, способствующая умень-

шению пуринового катаболизма, снижению активности процессов ПОЛ, улучшению функционального состояния печени и почек по детоксикации продуктов обмена, на что указывает нормальное содержание ксантиноксидазы, малонового альдегида, молекул средней молекулярной массы (МСМ) (Чувашский государственный университет).

Доказано, что экстракорпоральное лазерное облучение крови в сочетании с гемосорбцией в комплексном лечении больных с распространенным перитонитом является высокоэффективным методом, уменьшающим количество послеоперационных осложнений и летальность (ММСУ).

Изучено влияние препарата ксеноселезенки «Спленопада» на течение перитонита. Показано, что при малой эффективности традиционных методов лечения, прогрессирующей интоксикации и иммунодепрессии препараты селезенки оказывают выраженное детоксицирующее, иммуностимулирующее и бактерицидное действие, приводящее к значительному снижению летальности у больных с перитонитом (Ижевская медицинская академия).

Подтверждено, что развитие синдрома энтеральной недостаточности является одним из главных патогенетических звеньев в течении распространенного гнойного перитонита, и частота летальных исходов при нем линейно зависит от степени тяжести синдрома энтеральной недостаточности. Установлено, что использование парацетама в дозе 0,1 г/кг массы тела в сутки в течение 5–7 дней после операции способствует более раннему восстановлению всех функций кишечника и началу энтерального питания, снижению интоксикации и фатальности заболевания (Дагестанская медицинская академия).

Разработаны метод интестинальной терапии в комплексном лечении перитонита — пристеночно-полостная санация кишечника — и устройство для ее осуществления. Наиболее эффективное лечение перитонита этим методом достигалось при использовании озонированного изотонического раствора натрия хлорида с температурой 34–36°С с концентрацией озона 500 мкг/л. Применение этого метода способствует более быстрому купированию синдрома эндогенной интоксикации, ликвидации пареза кишечника, уменьшению количества инфекционных осложнений, что в совокупности приводит к снижению летальности с 47,6% до 35,7% (Воронежская медицинская академия).

Разработана методика раннего энтерального питания белковым гидролизатом «Аминок» в сочетании с пробиотиком «Бифидумбактерин фор-

те», что на фоне синдрома кишечной недостаточности уменьшает частоту возникновения полиорганной недостаточности и дефицит массы тела, нормализует качественный состав микрофлоры кишечника и оказывает выраженное иммуностропное действие в условиях лапаростомий и программированных санаций у больных с распространенным перитонитом (Ставропольская медицинская академия).

Подчеркнута необходимость применения смешанного (парентерально-энтерального) метода коррекции метаболических нарушений и раннего энтерального питания больных с распространенным перитонитом, что способствует более раннему регрессу синдрома кишечной недостаточности и позволяет быстрее достичь положительного энергетического баланса (Башкирский медицинский университет).

Разработан метод энтеросорбции пектиновым препаратом «Нутрисорбосан» в комплексном лечении больных с перитонеальным эндотоксикозом. Его эффективность подтверждается улучшением показателей лейкоцитарного индекса интоксикации, уменьшением количества МСМ, быстрым восстановлением перистальтики кишечника, нормализацией иммунного статуса и в итоге — снижением летальности с 18,25% до 6,6%. Препарат не токсичен, не оказывает побочных действий, удобен для применения (ММСУ).

Установлено, что при проведении стандартных операций экстракорпоральной детоксикации происходит снижение содержания антибактериальных препаратов в крови ниже среднего терапевтического уровня. Проведение операций экстракорпоральной детоксикации и антибактериальной терапии в виде «антибактериального удара» (введение суточной дозы антибиотика) в составе перфузионной подготовки и «направленного транспорта» антибиотиков в активированных аутонейтрофилах как завершающего этапа операции плазмообмена с плазмосорбцией предотвращает снижение концентрации антибиотиков в крови ниже терапевтического уровня (ВМедА).

Разработаны схемы и компьютерная программа, автоматизирующая диагностику степени тяжести эндотоксикоза у больных с гнойно-хирургической патологией и выбор метода детоксикационной терапии (Ставропольская медицинская академия, Когалымская городская больница), таблица прогнозирования течения и исхода терминальной фазы распространенного гнойного перитонита и угрозомерическая шкала с указанием необходимого уровня помощи, позволившие

оптимизировать подходы к лечению этого грозного осложнения внутрибрюшной хирургической инфекции (Челябинская медицинская академия)

Доказано, что применение гемофильтрации при остром респираторном дистресс-синдроме у больных с перитонитом позволяет улучшить кислородтранспортную функцию крови, добиться коррекции волевических и метаболических нарушений и снизить уровень эндогенной интоксикации. В целом это приводит у больных с острым дистресс-синдромом при перитоните к снижению летальности с 82% до 44% (МОНИКИ).

Продолжена работа по ультразвуковой диагностике послеоперационных осложнений в брюшной полости. Показано, что пункционная санация и разнокалиберное дренирование под контролем эхографии являются методом выбора при лечении послеоперационных экссудативных поражений брюшной полости. Клиническая эффективность малоинвазивных технологий как окончательного метода лечения послеоперационных отграниченных экссудативных поражений брюшной полости достигает 97,5% (Курский медицинский университет).

Весьма актуальной проблемой неотложной хирургии остается **острый панкреатит**.

Показано, что у больных с различными формами острого панкреатита выявляются нарушения иммунного статуса, проявляющиеся дисбалансом субпопуляций Т-лимфоцитов, изменением соотношения основных классов иммуноглобулинов, дефицитом фагоцитарных клеток и активацией аутоиммунных факторов, что позволяет рассматривать эти нарушения как вторичный аутоиммунный синдром. При этом происходит иммунологический срыв и нарушение основных механизмов иммунных реакций, появляются патологические клоны лимфоцитов и циркулирующих аутоиммунных комплексов. У больных с острым панкреатитом, осложнившимся вторичным аутоиммунным синдромом, целесообразно использовать лимфологические методы иммуореанимации: методы иммунной супрессии, иммунной сорбции, иммунной коррекции, иммунного замещения и их сочетание, комбинирование методов иммуореанимации с афферентными, диализно-фильтрационными и фотодинамическими методами детоксикации. Применение этих патогенетически обоснованных методов позволяет снизить летальность, обусловленную аутоиммунными нарушениями, до 24,1%, уменьшить проявления парапанкреатита и снизить количество гнойных осложнений на 12,5% (ММСУ).

Установлено, что в формировании иммунодефицита при остром панкреатите наряду с количественными изменениями клеточного звена одним из ведущих механизмов развития иммунной недостаточности является метаболический иммунодефицит, наиболее выраженный при панкреонекрозе. Использование средств, корригирующих метаболизм, в частности, глутоксима (по 10 мг в течение 5 дней внутримышечно) в комплексном лечении больных с острым панкреатитом позволяет добиться выраженного иммунокорригирующего эффекта: снижения лимфопении, уменьшения выраженности Т-иммунодефицита, увеличения соотношения Т-хелперы /Т-супрессоры (Красноярская медицинская академия).

Подчеркнуто, что степень тяжести течения острого деструктивного панкреатита определяется не только характером патоморфологических изменений в самой поджелудочной железе, но и характером патоморфологических изменений в окружающих железу тканях. Выделено два периода в развитии и течении постнекротических осложнений острого деструктивного панкреатита: первый период характеризуется развитием ранних постнекротических асептических осложнений и сопровождается асептической системной воспалительной реакцией организма, обусловленной альтерацией тканей неинфекционной природы с развитием ранней эндогенной интоксикации, в основе которой лежит энзимная и асептическая резорбционно-тканевая токсемия.

Второй период характеризуется в зависимости от времени инфицирования некроза развитием ранних и поздних постнекротических септических осложнений и сопровождается септической системной воспалительной реакцией организма, обусловленной инфекционно-воспалительной альтерацией тканей с развитием поздней эндогенной интоксикации, в основе которой лежит инфекционно-резорбционно-тканевая и бактериальная токсемия.

Установлено, что тяжелое течение острого деструктивного панкреатита в период развития ранних постнекротических асептических осложнений, сопровождающееся нарастающей тяжелой степенью ранней эндогенной интоксикации, признаками иммуносупрессии, а также прогрессирующей, не корригирующейся полиорганной недостаточностью на фоне проведения всего комплекса консервативной терапии, включающей в себя методы экстракорпоральной детоксикации и лапароскопическое дренирование брюшной полости, является показанием к ранним (1–3 сут от

начала заболевания) и отсроченным (5–7 сут от начала заболевания) оперативным вмешательствам, которые должны рассматриваться как один из методов хирургической детоксикации. Однако хирургическая детоксикация неспособна самостоятельно обеспечить благоприятный исход заболевания без комплексного использования целого ряда консервативных мероприятий, основными среди которых являются методы экстракорпоральной детоксикации. Дифференцированное применение в комплексном лечении больных с постнекротическими осложнениями острого деструктивного панкреатита малоинвазивных вмешательств, методов формирования оментобурсопанкреатостомии и наложения лапаростомы с проведением этапных санаций брюшной полости и эндоскопических санаций сальниковой сумки в послеоперационном периоде позволило значительно сократить количество послеоперационных осложнений и улучшить показатели послеоперационной летальности (ММА).

Предложена «медикаментозная абдоминализация» поджелудочной железы путем введения буферного раствора, который максимально и длительно корригирует рН при остром панкреатите, смещающийся в щелочную сторону и создающий оптимальные условия для максимальной активности ферментов поджелудочной железы и колликвационного типа воспаления. Подобранный экспериментальным путем буферный раствор по химическому составу близок к раствору «Цитроглоукофосфат», который используется как консервант крови. Применяемый для инфильтрации поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки при остром деструктивном панкреатите как во время «открытых», так и во время лапароскопических операций раствор не вызывает повреждения нормальных тканей поджелудочной железы, уменьшает аутолиз железы и окружающей клетчатки и способствует профилактике развития гнойно-воспалительных изменений, что позволило избежать летальных исходов при деструктивном панкреатите у 64 больных (Курский медицинский университет)

Выявлено, что включение в комплекс хирургического лечения осложнений острого панкреатита модификаций спленоперфузий оказывает выраженное детоксицирующее, антисептическое и иммуностимулирующее действие, улучшает прогноз лечения больных, значительно уменьшает летальность (Ижевская медицинская академия).

Доказано, что озонированный изотонический раствор натрия хлорида в концентрации 4 мг/л

повышает чувствительность микробных ассоциаций, наиболее часто встречающихся при гнойных осложнениях острого панкреатита, в 2–8 раз. Воздействие озонированным изотоническим раствором натрия хлорида на гепаторенальном, энтеральном и регионарном уровнях позволяет значительно снизить панкреатогенную токсемия, количество инфекционных осложнений и летальность. Кроме того, выявлено, что озонотерапия нормализует внутриклеточную энергопродукцию, аминокислотный и липидный обмен. Она оказывает иммунокорректирующее действие, восстанавливает белково-липидные взаимоотношения в биологической мембране эритроцитов. Применение внутривенной озонотерапии позволяет воздействовать на систему гемостаза при остром панкреатите благодаря нормализации активности свободнорадикальных процессов, предупреждает возникновение нарушений гемостаза у больных с отечным панкреатитом, стабилизирует сосудисто-тромбоцитарный гемостаз и микроциркуляцию при панкреонекрозе (Красноярская медицинская академия).

Установлено, что низкоинтенсивная лазерная терапия в сочетании с магнитным полем и инфракрасным излучением при чрезкожном облучении больных с неосложненными формами острого панкреатита способствует более быстрому подавлению болевого синдрома и секреторной активности поджелудочной железы, восстановлению пассажа желчи в желчевыводящих путях и перистальтики кишечника, снижению температуры тела, уменьшению лейкоцитоза и ЛИИ. Оказывая влияние на состояние регионарной гемодинамики, магнитно-инфракрасно-лазерная терапия ведет к усилению притока крови в бассейн верхней брыжеечной артерии, способствуя восстановлению внутриорганной гемодинамики, предотвращая переход отечной формы в деструктивную (Ульяновский государственный университет).

Разработана и впервые использована в клинической практике оптимизированная схема детоксикации при остром панкреатите, основанная на сочетанном применении иммобилизованных на поливинилпирролидоне растворов натрия гипохлорита и низкоинтенсивного лазерного излучения. Потенцируя лечебное действие электрохимической детоксикации, низкоинтенсивное лазерное излучение существенно уменьшает ее отрицательные эффекты. Метод позволяет эффективно купировать панкреатогенный эндотоксикоз, предупредить прогрессирование аутолиза поджелудочной железы, уменьшить проявления

системного воспалительного ответа и снизить послеоперационную летальность на 6,4% (Красноярская медицинская академия).

Определена тактика антибактериальной профилактики и терапии при панкреонекрозе, позволяющая в условиях продолжительных сроков заболевания и лечения, особенно при проведении многократных этапных оперативных вмешательств, предусмотреть и оптимально планировать смену нескольких режимов антибактериальной профилактики и терапии (РГМУ).

Показана эффективность применения димефосфона при отечном панкреатите вследствие ускорения купирования явлений воспаления, уменьшения эндогенной интоксикации, коррекции расстройств липидного обмена и иммунитета, расстройств системы гемостаза, активации биохимических процессов в печени, что повышает ее детоксикационную функцию (больница СМП г. Саранска).

Выявлено, что при печеночной недостаточности у больных с острым панкреатитом мексидол и семакс оказывают гепатопротекторное действие, при этом мексидол эффективнее семакса. Лечебный эффект мексидола обусловлен ограничением степени повреждения гепатоцитов, предотвращением развития цитолитического и холестатического синдромов и процессов перекисного окисления липидов. В клинике мексидол эффективнее препарата эссенциале (НПЦ «Гидробиос» МЗ РФ).

Показана целесообразность дренирования забрюшинного пространства, сальниковой сумки и полости брюшины (наряду с другими дренажными конструкциями) с помощью пучков полутрубчатых дренажей при хирургическом лечении больных с деструктивным панкреатитом (СПбМАПО и Орловская областная клиническая больница).

Продолжены работы по ультразвуковой диагностике острого панкреатита (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского) и ультразвуковой диапневтике (Российский университет дружбы народов, Северный медицинский университет, Курский медицинский университет), использованию видеолапароскопии, КТ и тонкоигольной пункции в диагностике и лечении острого панкреатита (Воронежская медицинская академия, СПб НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе).

Разработаны прогностические критерии тяжести деструктивного панкреатита при его различных формах с их балльной оценкой, позволяющие выработать избирательный подход к каждому больному с деструктивным панкреатитом,

что привело к снижению летальности вдвое (Нижегородская медицинская академия, Военно-медицинский институт ФПС РФ).

Количество работ, посвященных **острому холециститу**, заметно уменьшилось.

Продолжены обобщение опыта по хирургическому лечению острого холецистита и выявление преимуществ малоинвазивных вмешательств перед традиционными операциями (СПбМАПО).

Подтверждена эффективность двухэтапного лечения острого холецистита у пациентов с высоким операционным риском, разработаны специальные катетеры, в конструкции которых имеются фиксирующие элементы, направленные на предупреждение смещения и выпадение катетера в свободную брюшную полость (Волгоградская медицинская академия, Медицинский институт Якутского государственного университета, КМСЧ № 3 и МСЧ № 5 г. Самары).

Показано, что традиционная предоперационная подготовка и послеоперационное лечение больных с деструктивными формами острого холецистита и механической желтухой являются недостаточно эффективными. У этих больных наблюдаются высокий уровень системной эндотоксемии и истощение антиэндотоксинового гуморального иммунитета, при этом концентрация общего билирубина в крови коррелирует с выраженностью системной эндотоксемии. Применение энтеросорбции в комплексном лечении больных с острым холециститом и механической желтухой доброкачественного генеза приводит к более быстрой нормализации общего состояния больных, улучшению клинико-лабораторных показателей и существенному снижению летальности. Для проведения энтеросорбции у больных данной группы рекомендованы растворимые энтеросорбенты, в частности энтеродез (Казанский медицинский университет, Казанский НИИ эпидемиологии и микробиологии).

Проблеме **острого аппендицита** посвящены три законченные работы.

Работа из Кемеровской медицинской академии основана на использовании теории адаптации для острого простого аппендицита, согласно которой острый аппендицит является неспецифическим воспалительным стадийным заболеванием, причиной прогрессирования которого являются неспецифическая сенсibilизация тканей и относительная недостаточность надпочечников.

Установлено, что простой аппендицит, сопровождающийся болью в 100% случаев, вызывает

повышение концентрации кортизола и изменения периферической белой крови, соответствующие таковым при общем адаптационном синдроме.

Автор считает, что диагностическая лапароскопия в раннем периоде заболевания, являясь неспецифическим раздражителем, приводит к регрессу клинической картины простого аппендицита, что наблюдалось в 98,6% случаев. Аналогичное, но более слабое действие оказывает внутримышечное введение преднизолона.

В целом тщательная оценка клинической картины в комплексе с лапароскопией и противопалательным лечением позволили снизить хирургическую активность при простом аппендиците.

Предложены методы оксигенотерапии, устраняющие гипоксию и инфекционно-воспалительный процесс в брюшной полости, купирующие послеоперационный парез кишечника и резко сокращающие количество внутрибрюшных осложнений и сроки стационарного лечения при остром аппендиците. Для профилактики развития раневых гнойно-воспалительных осложнений рекомендованы методики дренирования раны с использованием пенополиуретановых полосок, пропитанных 40% раствором глюкозы и 5% раствором аскорбиновой кислоты, а также оксигенотерапия раны в течение 2–3 суток после операции. По данным автора, предложенные способы позволили сократить количество раневых гнойно-воспалительных осложнений в 6 раз, а сроки лечения больных в стационаре — в 2 раза (Башкирский медицинский университет).

По проблеме **острой кишечной непроходимости** завершены 9 работ.

Продолжены работы по уточнению способов ультразвуковой диагностики различных видов острой кишечной непроходимости. Дополнение общепринятой ультразвуковой методики отдельными ее аспектами позволили повысить эффективность сонографии в разграничении обтурационной и странгуляционной форм спаечной тонкокишечной непроходимости. Рекомендовано использование ультразвуковой ирригоскопии с введением 1,5–2 литров 2–3% раствора крахмала с добавлением 5 мл баралгина для уточнения причины толстокишечной непроходимости (МОНИКИ).

Для выявления жизнеспособности кишечника при острой ишемии предложен метод определения уровня вторичной флюоресценции кишечника после введения 5 мл 10% раствора флюорената. При подозрении на острое нарушение мезентериального кровообращения методика лапа-

роскопической флюориметрии в динамике позволяет уточнить окончательный диагноз.

Установлено, что при уровне вторичной флюоресценции в пределах 75–50% изменения кишечника и его лимфатического аппарата обратимы. Вторичная люминесценция участка кишечника, составляющая 28% и ниже от вторичной флюоресценции желудка, отражает нежизнеспособность этого участка кишки независимо от его внешнего вида (МГМСУ).

Показано, что для коррекции синдрома энтеральной недостаточности при кишечной непроходимости необходимо использовать дренирование пищеварительного тракта, для чего предложен оригинальный энтеральный зонд и способ энтеросорбции с применением биологически активной добавки «Цесейдин» (Читинская медицинская академия и Иркутский институт усовершенствования врачей).

Подчеркнуто, что энтеро- и колоносорбция, проведенные в предоперационном периоде у больных раком толстой кишки, осложненным нарушением проходимости, способствует быстрому устранению общих воспалительных проявлений и восстановлению противоопухолевого иммунитета в послеоперационном периоде, что приводит к снижению летальности (СПб государственная медицинская академия, СПбМАПО, Воронежская медицинская академия).

Доказаны явные преимущества паллиативных и радикальных резекций толстой кишки перед симптоматическими операциями. Высокоэффективным дополнительным методом послеоперационного лечения этих больных является гипербарическая оксигенация и фотомодификация аутокрови больных (Казанская медицинская академия дополнительного образования).

По проблеме осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки завершено 19 работ.

Подтверждено, что использование видеолaparоскопической техники может быть методом выбора при лечении перфоративных пилородуоденальных язв. Оно значительно улучшает результаты лечения, что проявляется снижением частоты развития послеоперационных осложнений в 4 раза и отсутствием летальности. При этом после операций с использованием видеолaparоскопической техники отмечались достоверно более высокие показатели функциональных резервов желудка в отношении кровотока в слизистой оболочке, гормональной регуляции и редукции секреторной активности (150-й ЦВГ космических войск МО РФ).

Выявлено, что у больных старше 60 лет желудочно-кишечное кровотечение сочетается с перфорацией гастродуоденальной зоны в 1,5 раза чаще, чем у пациентов более молодого возраста. Обращает на себя внимание увеличение количества случаев тяжелой и крайне тяжелой кровопотери, а также резкое возрастание частоты возникновения тяжелых форм внутрибрюшной инфекции по сравнению с больными без кровотечений. Послеоперационная летальность при сочетании кровотечения и перфорации остается выше 65%.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв у пациентов пожилого и старческого возраста показало, что отличные и хорошие исходы наблюдаются у подавляющего большинства пациентов (у 93,3% больных, перенесших ваготомию с иссечением язвы и пилоропластикой, и у 53,8% пациентов после ушивания язвы (ВМедА и СПб НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе).

Предложены методы ушивания прободной язвы желудка с применением нового биоматериала — аллопланта. Они технически легко выполнимы и обладают высокой надежностью (Башкирский медицинский университет).

Доказано, что изолированное применение эндоскопических методов остановки язвенного кровотечения является лишь временной манипуляцией и снижает риск рецидива кровотечения до приемлемых значений только при кровотечении легкой степени, полном восполнении кровопотери и стабилизации гемодинамики. Использование H_2 -гистаминоблокаторов или цитопротекторов в качестве монотерапии может быть обосновано после выполнения эндоскопического гемостаза у больных с кровопотерей легкой или средней степени тяжести, вместе с тем их раннее совместное применение у больных с кровопотерей тяжелой степени существенно снижает риск рецидива после эндоскопического гемостаза (ВМедА).

Показано, что высокая и средняя степень инфицированности слизистой оболочки антрального отдела желудка *H.pylori* являются важным фактором в развитии рецидива острого гастродуоденального кровотечения из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Снижение степени обсемененности *H.pylori* слизистой оболочки желудка под воздействием эрадикационного лечения по схеме квадротерапии приводит к уменьшению количества случаев язвенного кровотечения до 10,8% у больных с высоким риском оперативного вмешательства и способст-

вует снижению общей летальности до 6,8%. При этом выявлено, что антихеликобактерное лечение по схеме квадротерапии является более эффективным по сравнению с антисекреторным лечением в профилактике рецидива острого гастродуоденального кровотечения и сроках заживления язв. Высокая эффективность этого лечения позволяет считать его альтернативой существующим на сегодняшний день различным хирургическим подходам, включая активную хирургическую тактику, основанную на прогнозе рецидива кровотечения.

Показана высокая эффективность комбинации изолированного ушивания перфоративной язвы и квадротерапии, что позволяет избежать рецидива язвообразования у 92,9% пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и у 83,4% больных с язвенной болезнью желудка (РГМУ).

Усовершенствована методика экстренного эндоскопического гемостаза, целью которого является разрушение источника кровотечения с последующим формированием асептического некроза путем введения этоксисклерола и потенцирование гемостатического процесса подслизистомышечной инфильтрацией более легкого склерозанта — 10%, 20% или 40% раствора глюкозы, оказывающего также механическое сдавление тканей и сосудов по типу «инфильтрационного жгута». Гемостатический эффект достигался в 79% случаев у больных с продолжающимся кровотечением. Предложено проведение превентивного гемостаза в течение 2–6 суток введением 5% раствора глюкозы, 5% раствора аскорбиновой кислоты и хлористого этила. Этот метод позволяет у 86% больных с высоким операционно-анестезиологическим риском избежать экстренного оперативного вмешательства (ММА).

Показана возможность повысить надежность гемостаза путем применения эндоскопической сорбционной терапии гелевином, являющимся высокоэффективным и безопасным средством профилактики и местной остановки пищеодно-желудочных кровотечений при синдроме Маллори — Вейсса (Воронежская медицинская академия).

Установлено, что пилоросохраняющая антрумэктомия в сочетании с селективной ваготомией и демукоизацией слизистой оболочки желудка приводит к адекватному снижению кислотопродуцирующей функции с сохранением моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка. Применение этой операции в лечении язвен-

ных гастродуоденальных кровотечений позволяет снизить количество послеоперационных осложнений и летальность (МГМСУ).

Показаны преимущества радикальной дуоденопластики при сочетанных осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в комбинации с превентивным консервативным лечением. Она создает оптимальные условия для реабилитации больных (Кубанская медицинская академия и Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии).

Разработан и апробирован новый способ оперативного лечения осложненных дуоденальных язв, заключающийся в надпривратниковой экономной резекции желудка для «выключения» трудноудаляемых язв с терминолатеральным гастродуоденоанастомозом в сочетании с селективной ваготомией, что позволяет снизить количество случаев ранних послеоперационных осложнений и свести летальность до минимума (Пензенский институт усовершенствования врачей).

Для профилактики развития постгастрорезекционных расстройств у больных с осложненной язвой двенадцатиперстной кишки предложена дуоденогастральная резекция с сохранением привратника (Смоленская медицинская академия), магнитотерапия аппаратом АМТ-01 «Магнитер» на сегментарный аппарат спинного мозга (Ульяновский государственный университет).

Для лечения острых эрозий слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендовано интрагастральное введение масла «Озонид» и озонированного изотонического раствора натрия хлорида через эндоскоп, приводящее к эрадикации *H. pylori* и ускорению процессов регенерации эпителия слизистой оболочки пилородуоденальной зоны и предупреждению развития осложнений (Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ).

Проблеме повреждений органов груди и живота посвящены 11 завершённых работ.

Установлено, что при закрытой травме груди, осложненной гемотораксом, кардиореспираторные нарушения более выражены и темпы функционального восстановления ниже, чем при открытой травме и при отсутствии гемоторакса. При проведении операций по устранению свернувшегося гемоторакса и его осложнений при исходно сниженных показателях функции внешнего дыхания и гиперкинетическом типе гемодинамики имеют место более быстрые улучшение вентиляции и нормализация параметров кровообращения, чем при консервативном лечении паци-

ентов (НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского).

Показано, что при закрытой травме груди назначение живого бактериального препарата споробактерина жидкого через рот по 1 мл два раза в сутки, а также использование магнитных полей способствуют уменьшению болей, частоты развития посттравматических плевритов, рассасыванию выпота и уменьшению плевральных наложений (Оренбургская медицинская академия).

Выявлено, что при ранениях миокарда инфузионная коррекция гемодинамических расстройств на догоспитальном и операционном этапах лечения, по суммарному объему превосходящая кровопотерю в 2 раза и более, приводит к ухудшению центральной гемодинамики, дисфункции правого желудочка, снижению доставки кислорода к тканям, нарушению тканевого метаболизма в раннем послеоперационном периоде, преимущественно при ранениях правого желудочка. В связи с этим ограничение объема инфузионной нагрузки до 1000–1500 мл в сутки в ранние сроки после операции с увеличением доли препаратов крови до 40–70% от общего объема инфузии способствует уменьшению дилатации правого желудочка, предотвращает его систолическую дисфункцию и развитие острой сердечной недостаточности (НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского).

Подтверждено, что инфицирование крови при повреждении полых органов брюшной полости зависит от поврежденного органа и времени с момента ранения. Реинфузия крови из брюшной полости возможна, так как в первые 4 часа инфицирование крови минимальное или отсутствует. После 6 часов реинфузия крови при повреждении тонкой или толстой кишки опасна, так как кровь более чем в 50% случаев инфицирована (СПб педиатрическая медицинская академия).

Выявлено, что заместительная инфузионно-трансфузионная терапия, основанная на ведущей роли донорской крови и эритроцитной массы, не улучшая кислородтранспортную функцию крови, приводит к синдрому гиподинамии, усугублению нарушений реологических свойств крови и микроциркуляции. Альтернативой переливанию донорской крови и эритроцитной массы является использование инфузионной программы, включающей в себя:

1) кристаллоидный раствор мафусол, содержащий в своем составе эффективный антигипоксанта биоэнергетической направленности — натрия фумарат, а также хлориды натрия, калия и магния;

2) коллоидный 6% или 10% раствор инфукол ГЭК, оказывающий объемозамещающее действие;

3) перфторан, полифункциональный препарат с газотранспортной функцией;

4) взвесь эритроцитов в «Модежеле», обладающую меньшей реактогенностью и гемодинамическими и реологическими свойствами (5 ЦВКГ МО РФ и Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» МЗ РФ).

Доказана целесообразность и возможность проведения видеолaparоскопии у пострадавших с сочетанной травмой органов живота и брюшинного пространства, находящихся в состоянии шока различной степени тяжести без отрицательного ее влияния на центральную гемодинамику и газообмен (Ростовский медицинский университет).

Обращено внимание на то, что при сочетанной травме продолжительность заживления ран толстой кишки резко увеличивается, что является следствием нарушения локальной гемодинамики, а также активации процессов ПОЛ, возникающих после получения скелетной травмы и развития травматического шока (РГМУ, Ростовский медицинский университет).

При разрывах поджелудочной железы рекомендовано осуществлять гемостаз с помощью наложения прецизионного шва на кровотокающий сосудистый пучок железы без грубого захвата ее ткани, что на 26,2% снижает количество послеоперационных осложнений. Наложение же каркасного шва на рану поджелудочной железы в 100% случаев сопровождается развитием тяжелых посттравматических осложнений.

Использование ультрафильтрации, ультрафиолетового облучения крови, иммунокоррекции полиоксидонием в комплексной терапии посттравматического панкреатита на 28% снижает количество осложнений за счет уменьшения выраженности эндогенной интоксикации, стимуляции иммунной системы, адекватного восполнения белково-электролитных потерь организма и быстрой нормализации моторной функции кишечника (Ивановская медицинская академия).

В заключение следует отметить, что за последние годы уменьшилось количество дублирующих друг друга работ, проводится глубокое изучение патогенетических механизмов острых хирургических заболеваний на биохимическом, иммунологическом и даже геномных уровнях, результаты которых позволяют сократить хирургическую агрессию и заменить ее медикаментозной терапией, что, с нашей точки зрения, надо приветствовать.

О ВСЕРОССИЙСКОМ СОВЕЩАНИИ ГЛАВНЫХ ВРАЧЕЙ СТАНЦИЙ И БОЛЬНИЦ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННОЙ 80-ЛЕТИЮ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЕКАТЕРИНБУРГА

15–17 октября 2003 г. в Екатеринбурге состоится Всероссийское совещание главных врачей станций и больниц скорой медицинской помощи и юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 80-летию Станции скорой медицинской помощи Екатеринбурга.

Информационную поддержку этих мероприятий осуществляет российский научно-практический журнал «Скорая медицинская помощь». Материалы Всероссийского совещания главных врачей станций и больниц скорой медицинской помощи и юбилейной научно-практической конференции будут опубликованы в № 3 журнала «Скорая медицинская помощь» за 2003 г.

Порядок оформления тезисов

Тезисы принимаются на русском языке в 2 экземплярах, на одном из которых должны быть подписи всех авторов и полный обратный адрес, факс, контактный телефон.

Обязательно представление электронной версии тезисов (только на дискете, предварительно проверив качество записи, файл просьба называть по фамилии первого автора!).

Тезисы следует печатать на бумаге формата А4 с полями по 2,5 см с каждой стороны, шрифтом 12 кегля, через 2 интервала. Объем тезисов до 2 страниц.

Материал следует располагать в следующем порядке:

- 1) фамилия и инициалы авторов;
- 2) название;
- 3) учреждение, город, страна;
- 4) актуальность, цель работы, материалы и методы, основные результаты, заключение (без названий рубрик).

Таблицы, рисунки, списки литературы в тезисах не размещаются.

Тезисы должны быть тщательно отредактированы и оформлены. Неправильно, неполно либо небрежно оформленные тезисы, а также тезисы, присланные по факсу или без электронной версии на дискете, рассматриваться не будут.

Тезисы докладов, отвечающие теме совещания, оформленные в полном соответствии с представленными требованиями и имеющие электронную версию, публикуются бесплатно.

Тезисы должны быть отправлены не позднее 15.06.2003 г. (по почтовому штемпелю).

Тезисы следует направлять по адресу: 193015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., СПбМАПО, редакция журнала «Скорая медицинская помощь». Тел.: (812) 588-43-11.

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.

Кафедра проводит обучение в интернатуре по специальности «Скорая помощь».

Кафедра проводит обучение в клинической ординатуре по специальностям:

«Кардиология», «Хирургия», «Анестезиология и реаниматология», «Скорая помощь».

Кафедра проводит очно-заочные выездные циклы во все регионы России «Скорая помощь. Подготовка и прием экзамена на сертификат специалиста» (для врачей и фельдшеров).

Продолжительность очной части цикла — 3 недели. Цикл завершается выдачей сертификатов специалиста и удостоверений о повышении квалификации.

Выездные циклы проводятся на хоздоговорной основе.

Тел./факс кафедры неотложной медицины СПбМАПО: (812) 588-43-11;

электронная почта: mapo@mail.lanck.net

Сравнение характеристик манекенов Ambu-Laerdal
(информация, пропущенная в № 4 за 2002 г.)

Сердечно-Легочная реанимация	Ambu Man mod.I	Resusci-Anne Electronics
------------------------------	----------------	--------------------------

1. Характеристики процесса тренировок

Вентиляция

Ступени тренинга

Гиперакстензия	Да	Да
Выдвижение челюсти	Да	Да
Вентиляция изо рта-в рот	Да	Да
Вентиляция изо рта-в-нос	Да	Да
Вентиляция изо рта-в-маску	Да	Да
Вентиляция мешок ИВЛ – маска	Да	Да
СЛР с реанимационной маской	Да	Нет
Лайф Ки		

Параметры наблюдения

Звук и ощущение выдыхаемого воздуха через рот и нос	Да	Нет, выдох через ребра
Движение грудной клетки	Да	Да
Вздутие живота при попадании воздуха в желудок	Да	Нет (нет мешка желудка)

Кардиокompрессия

Ступени тренинга

Локализация правильной точки компрессии	Да	Да
Компрессия	Да	Да

Параметры наблюдения

Локализация каротидного пульса	Да	Да
Неправильное положение рук	Да	Да

2. Анатомические характеристики

Голова поворачивается в стороны	Да	Да
Реалистичная грудная клетка	Да	Да

упрощает идентификацию правильной точки компрессии		
Реалистичная эластичность торакса	Шкала от мягкого до жесткого	Только мягкий

Движение торакса	Анатомически правильные наклонные экскурсии	Вертикальная экскурсия
------------------	---	------------------------

Ясно видимое вздутие живота(воздух в желудке)	Да	Нет
---	----	-----

Имитация каротидного пульса: Имитация посредством системы внешней трубки/баллон	Да	Да
---	----	----

Самовосстанавливающийся каротидный пульс при кардиокompрессии	Да	Нет
---	----	-----

Наличие модели торса	Да	Да
----------------------	----	----

Наличие модели тела в полный рост	Да	Да
-----------------------------------	----	----

Сердечно-Легочная реанимация	Ambu Man mod.I	Resusci-Anne Electronics
------------------------------	----------------	--------------------------

3. Характеристики приборов

Принцип работы

Электроснабжение
Двухсторонняя инструментальная доска для внешнего и самоконтроля с защитной шторкой шкалы со стороны обучаемого при экзамене

Встроенные инструменты показывают:

Минимальный объем вентиляции, л.
Максимальный объем вентиляции, л.
Вздутие живота (воздух в желудке)

Минимальная глубина компрессии (мм)

Максимальная глубина компрессии (мм)

Неправильное положение рук

4. Дополнительные характеристики оборудования

Аудиоритмическая индикация

5. Гигиенические характеристики

Защита против перекрестного заражения

Нет необходимости в уходе за внутренними частями манекена

Необходимость замены внутренних частей
Нет необходимости в применении лицевых марлевых салфеток на рот/нос

6. Транспортабельность

Вес модели торса вместе с коробкой
Вес упакованной в модели в полный рост

Мат для тренинга

Механический (система pop-up)
Нет необходимости

Да

Да, на шкале

Да, на шкале

Да

Да, на шкале

Да, на шкале

Да

Нет

Да, индивидуальные головные мешки и заменяемые лицевые маски

Да

Индивидуальные головные мешки

Да

Да

12 кг

17 кг

Да, раскладывающаяся сумка для ношения

Электронно-световая индикация
Батарей

Нет

Световая индикация при 800 мл.

Нет

Нет

Световая индикация (загорается лампа)при 38 мм
Световая индикация(лампа гаснет) при 51 мм

Да

Да

Нет, только индивидуальные лицевые маски

Нет

Нижние воздушные пути

Нет

15 кг

21,6 кг

Нет

КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Кирстен Текильсен Буус Директор по Обучению и Маркетингу Ambu International A/S Denmark

Перевод с английского

Маргарита Крог-Йенсен

Финансовое сравнение расходов по эксплуатации манекенов различных производителей по официальному справочнику «Bean Counter`s guide» Австралия

Прежде всего этот справочник интересен тем, что он достоверно показывает, что реанимационные манекены Ambu дороже манекенов их ближайший конкурентов, что фирме Ambu давно известно.

Однако, когда речь заходит о расходных материалах, химикалиях, лицевых масках и.т.п., оборудование компании Ambu гораздо дешевле. Более того, следует добавить, что цены на расходные материалы, которые даны в австралийском анализе, могут значительно отличаться от других стран.

Кроме того, процедура чистки может быть различной в разных странах, но вне сомнения, что манекены Ambu с их запатентованной гигиенической системой гораздо безопаснее и дешевле в эксплуатации.

Справочник «Bean Counter`s guide»: стоимость эксплуатации реанимационных манекенов в Австралии

Нижеследующее показывает разницу в эксплуатации реанимационных манекенов на австралийском рынке. Выбор пал на 5 манекенов от 3 поставщиков:

- Ambu Man mod. I
- Ambu Pal
- Laerdal Resusci Anne torso with skill guide
- Laerdal Little Anne
- Simulaids Brad

Цены на манекены Laerdal получены из офиса Laerdal Medical в Мельбурне, 13 – 14 ноября 1997 года.

Цены на манекены компании Ambu International A\S были получены от фирмы Acute Care Systems в Сиднее, 13 – 14 ноября 1997 года.

Цены на Simulaids Brad были получены по телефону из Австралийской Первой Помощи 14 июля 1998 года.

Манекен	Стоимость, USD	Индекс
Ambu Man mod. I	1730,00 USD	100%
Laerdal Resusci Anne torso with skill guide	1100,00 USD	64%
Simulaids Brad	655,00 USD	38%
Ambu Pal	397,50 USD	100%
Laerdal Little Anne	275,00 USD	73%

Таблица показывает стоимость Химической санобработки.

Процесс санобработки манекенов Laerdal требует дезинфекции манекена Clorhex перед каждым новым стажером. Когда занятия окончены, необходимо снять лицевую маску и мешки легких для их **уничтожения**, а манекен отдать для дезинфекции.

Манекены Ambu предполагают наличие индивидуальных лицевых масок или маски рот \ нос, и головной мешок, которые стажер сохраняет до конца занятия.

Манекены Simulaids предполагают, что стажер сохраняет маску рот \ нос до конца занятий, легкие удаляются и **уничтожаются**, а манекен подвергается дезинфекции.

Процесс сандезинфекции и обработки лицевых масок манекенов и масок рот \ нос

Лицевые маски моются мылом и водой, помещаются в антибактериальный раствор согласно рекомендациям производителей, промываются в воде и протираются тампоном в 5% спиртовом растворе Clorhexidine и укладываются в мешки для повторного применения или вставляются обратно в манекен.

На этой таблице показаны результаты работы 6 стажеров по 3 раза за занятие.

Цены предоставлены фирмой Livingstone International в Сиднее в июне 1998 года

Стоимость химической дезинфекции

Манекен	Спиртовой раствор Clorhex, мл	Тампоны, шт.	Антибактериальный раствор, мл	Стоимость за занятие, USD
Laerdal Resusci Anne	1 x 500	100	100	6,95
Simulaids Brad	120	12	100	2,12
Ambu Man mod. I	120	12	100	2,12
Laerdal Little Anne	1 x 500	100	100	6,95
Ambu Pal	120	12	100	2,12

Сравнение стоимости одно- и многоцветных частей манекена

Часть	Laerdal Resusci Anne	Ambu Man mod. I	Laerdal Little Anne	Ambu Pal	Simulaids Brad
Легкие	5,10 USD	не требуется	2,30 USD	не требуется	3,95 USD
Лицевые накладки	0,47 USD	не требуется	0,47 USD	не требуется	не требуется
Кожа лица	6,60 USD	15 USD	6,60 USD	10,00 USD	6,80 USD
Головные мешки	не требуется	0,25 USD	не требуется	0,075 USD	не требуется

Амбу манекены не требуют никакой физической работы, однако дезинфекция лицевых масок занимает некоторое время. Таким образом, затраты на труд для одного манекена равны затратам на любой другой манекен. Однако, если в классе используются несколько манекенов, тогда Система Ambu обеспечивает наименьшие затраты на труд, начиная со второго манекена. Это составляет 7 минут на каждый манекен по сравнению с Laerdal Resusci Anne и около 10 минут по сравнению с Simulaids Brad.

Лицевые маски от всех производителей имеют разную долговечность: примерно от 6-и месяцев при 2-х занятиях в день, до 3-4 лет при режиме занятий 2-3 раза в неделю.

Это исследование не затронуло различные характеристики манекенов или их способность функционировать в качестве учебного пособия. Это исследование затронуло только финансовое различие между применением различных Гигиенических Систем для большого количества пользователей.

Гигиеническая Система **AMBU** обеспечивает наименьшие затраты на труд и вышеуказанное финансовое преимущество делает ее наиболее экономичной в эксплуатации.

Acute Care Systems (Австралия)

Перевод с английского **Маргарита Крог-Йенсен**

Новости

Амбу Система Имитации МегаКоуд

Представляем Систему Имитации Амбу МегаКоуд с «интеллектуальным» программным обеспечением, которая использует анатомически верные модели в сценариях имитации. Она показана путем развития сценария при уходе студентов за пациентом. Пациент реагирует при подаче кислорода или введении медикаментов. Это лечение в сочетании поможет или ухудшит состояние пациента. Только правильные дозы и время помогут пациенту. Инструктор может принять во внимание или игнорировать реакции пациента, программа же автоматически произведет повторную оценку состояния пациента.

Концепция

- Система Имитации Амбу МегаКоуд основана на том, что стажер самостоятельно принимает жизненно важные решения, имеющие моментальное воздействие на состояние пациента, так же как они будут вынуждены поступать, сталкиваясь с реальным кризисом в отсутствие инструктора.
- Произвести манекен, который легок и прост для работы инструктора.
- Инструктор должен быть в состоянии посвятить все свое внимание работе стажеров, а не технике обучающего оборудования, нажимая громадное количество кнопок для работы системы.

Применение

- Бригадам ACLS (расширенный реанимационный комплекс) необходимо обучение максимально приближенное к реальной жизни с тем, чтобы стажеры были подготовлены к кризисам, которые могут встретиться на их пути в и вне госпиталя.
- Практические занятия на быстро реагирующих манекенах являются существенной частью процесса

ЧТО НОВОГО?

- Возможность подсоединения к компьютеру всех манекенов Ambu Man C, Defib, Cardiac Care
- Использование Windows 2000 и Windows XP
- Подключение через порт USB
- Новый бокс медикаментозного лечения, меньше, элегантнее, «Датский Дизайн»
- Программа разработана в операционной системе Windows – гибка и понятна пользователю
- Анатомически верные модели в сценариях
- Регулировка пульса на манекене

Впервые показана на конгрессе реанимации 2002 и на выставке «Medica» в октябре 2002 года. Открыта для продажи в марте 2003 года.

Спецификации

Требования к программному обеспечению:

- Windows 98, Me, 2000, XP
- Требования к компьютеру:**
 - Минимум – процессор Pentium II, минимум – 32 MB оперативной памяти (рекомендовано 64 MB), CD ROM drive, USB порт
 - Рабочий экран, как монитор с дистанционным управлением
 - Поставляется с 17 запрограммированными сценариями
 - Число сценариев, которые можно запрограммировать самим, не ограничено
 - Запрограммированные алгоритмы или использование Ваших собственных
 - Вся работа на манекене по СЛР (сердечно-легочной реанимации) непрерывно регистрируется
 - Вся работа на манекене ACLS (расширенный реанимационный комплекс) непрерывно регистрируется
 - Данные по ЭКГ и СЛР (сердечно-легочной реанимации) могут быть показаны одновременно
 - В любое время можно проследить отчет по тому или иному сценарию
 - Сценарий может изменяться во время работы над ним:
 - делая процесс обучения более гибким
 - увеличивая реалистичность обучения
 - Сценарии и отчеты по тестам могут быть сохранены, что
 - Помогает инструктору:
 - организовать повторное обучение стажера
 - сравнивать данные
 - Распечатка отчетов по сценарию:
 - действия по выполнению ACLS (расширенный реанимационный комплекс)
 - действия по выполнению СЛР (сердечно-легочной реанимации) – статистика по действиям СЛР
 - кривые СЛР и ЭКГ могут быть распечатаны - вы можете уменьшить в размере
 - страница обзора
 - страница обзора медикаментов
 - возможно подключение принтера

Имеющиеся комплектации:

Амбу Система Имитации МегаКоуд

- Полный рост Амбу тренажер I.V. (внутривенное вливание)
- Руки и ноги
- Бокс медикаментозного лечения

Амбу Система Имитации МегаКоуд, USB

- Полный рост Амбу тренажер I.V. (внутривенное вливание)
- Руки и ноги
- Интерфейс USB

НАБОРЫ ПО ОБНОВЛЕНИЮ ПРЕДЫДУЩЕЙ МОДЕЛИ:

Амбу Система Имитации МегаКоуд

- Программное обеспечение с новым боксом медикаментозного лечения
- Амбу Система Имитации МегаКоуд, USB
 Программное обеспечение с новым интерфейсом USB

Характеристики - Ambu Megacode Man

- Наличие датчика теста встряхивания помогает обрабатывать реалистическую оценку состояния пациента
- Датчик запрокидывания головы гарантирует, что стажер учится запрокидывать голову и открывать воздушные пути правильно
- Датчик контроля каротидного пульса показывает, что стажер проверил наличие пульса
- Манекен обладает апробированным и тестированным прибором для механического мониторинга, который дает моментальные данные по объему вентиляции, воздухе в желудке, глубине компрессии грудной клетки и неправильному положению рук
- Регулируемая жесткость грудной клетки для имитации различной конституции человеческого тела
- Гибкие электроды для дефибрилляции с тем, чтобы тренироваться со всеми ведущими марками дефибрилляторов
- Интубация с обычной оральной трубкой, ларингиальной маской и КомбиТьюб для использования оборудования, которое применяется ежедневно
- Дефибрилляция до 400 Дж позволяет производить дефибрилляцию как в реальной жизни: 200 Дж, 200-300 Дж, 360 Дж
- Для большей реалистичности сценария обучения можно тренировать 3-4 отведения ЭКГ и I.V. (внутривенное вливание)

Характеристики - Программное обеспечение

- Простое и легкое в применении. Нет необходимости в специальной тренировке для работы с ним
- Знаки регулировки на манекене
- Каротидный пульс, который автоматически следует комплексу QRS, может регулироваться, активироваться и деактивироваться по желанию
- Звуки дыхания могут включаться и выключаться нажатием мышки
- Звук сатурации может включаться и выключаться

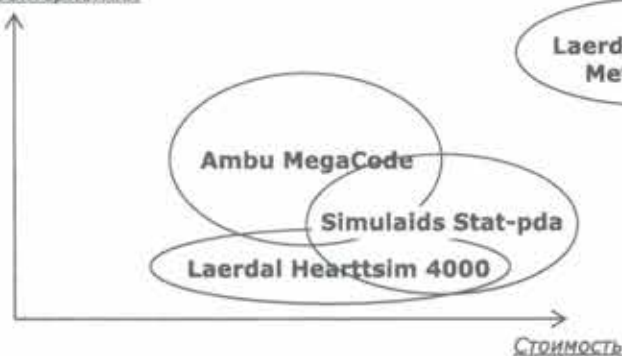
Новые характеристики по имитации:

- кривые 12 отведений ЭКГ
- регулируемая частота вентиляции
- регулируемая возможность дефибрилляции
- регулируемая частота пульса
- регулируемая сатурация соответствует пульсу и вентиляции
- регулируемое кровяное давление

Все перечисленные выше характеристики включены в анатомически правильную модель и работают интерактивно

- Детальный отчет теста, в котором все действия BLS (первичный реанимационный комплекс) и ACLS (расширенный реанимационный комплекс) на манекене Амбу МегаКоуд регистрируется посекундно
- Результаты обучения могут быть сохранены в помощь инструктору для организации повторного обучения

Качество и характеристики



Характеристики программного обеспечения – сравнение

Характеристики	Ambu	Leardal
Кривые 12 отведений ЭКГ	Да	Нет
Регулируемая частота пульса	Да	Нет
Регулируемая частота вентиляции	Да	Нет
Регулируемая возможность дефибрилляции	Да	Нет
Регулируемая сатурация	Да	Нет
Регулируемое кровяное давление	Да	Нет
Кривые с СЛР и ЭКГ показываются на дисплее	Да	Нет
Медикаментозная доза	Да	Нет
Возможность создать и редактировать алгоритм	Да	Нет
Автоматическая регистрация событий:		
• Интубация	Да	Нет
• Неправильное положение рук	Да	Нет
• Объем вентиляции в литрах	Да	Нет
• Глубина компрессии грудной клетки в мм	Да	Нет
• Воздух в желудке	Да	Нет
• Проверка состояния пациента (встряхивание)	Да	Нет
• Дефибрилляция в Дж	Да	Нет

Характеристики обучения СЛР – сравнение

Реальное время кривых СЛР	Да (без ограничения)	Да (1 мин)
Диаграмма выполнения СЛР	Да (без ограничения)	Да (4 мин)
Оценка СЛР	Да	Да
Запоминание или распечатка отчета	Да	Да
Написать и запомнить Ваши собственные сценарии по ACLS (расширенный реанимационный комплекс)	Да	Да
Написать и запомнить Вашу собственную презентацию ЭКГ	Да	Да
Совместим с манекеном BLS (первичный реанимационный комплекс)	Да	Нет
Возможность доведения / обновления старой модели до новой	Да	Нет

Возможности пользователя – сравнение

Характеристики	Ambu	Leardal
Анатомически верные модели	Да	Нет
Виды аритмии	Да	Да
Разнообразные формы аритмии	Да	Да
Типы экстрасистол	Да	Да
Генерирует пляску каротид	Да	Да
Разнообразные пороги водителей ритма	Нет, но	Да
Запись событий в журнале	Да	Да
Сохраняет или распечатывает результаты	Да	Да
События определяющие пользователя для журнала	Да	Да
Управляет звуками манекена	Да, но	Да
Управляет обструкцией легких манекена	Нет	Да
Игнорирует дефибрилляцию	Да	Да
Пишет и сохраняет собственный сценарий	Да	Да, но

Характеристики	Ambu	Leardal
События для журнала, определяемые пользователем для журнала	Да	Ограничены
Разнообразные пороги водителей ритма	Нет	Да
Разнообразные формы аритмии	Да	Да
Разнообразные формы экстрасистол	Да	Да
Дистанционное управление и/или управление посредством клавиатуры	клавиатура	Да
Бокс медикаментозного лечения	Да	Нет
Соединяется непосредственно с монитором ЭКГ	Да	Да
Совместим с манекеном BLS (первичный реанимационный комплекс)	Да	Нет

Кирстен Текильсен Буус
 Директор по Обучению и Маркетингу
 Ambu International A/S Denmark

Перевод с английского
Маргарита Крөг-Йенсен

127322 г. Москва, ул. Милашенкова, 16 офис №5

Телефон: +7 095 979 1247

+7 095 782 5756

Телефакс: +7 095 979 8572

Электронная почта: ambu@satel.ru

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СПАСАТЕЛЬНЫХ СИСТЕМ В ЕВРОПЕ – CEN/TC 239

Спасательные системы в Европейских странах долгое время имели множество различных форм стандартов. В новой Европе мы посчитали практически необходимым создать общие стандарты для достижения лучшего ухода за пациентами также и во время догоспитального этапа.

Европейская организация по стандартизации – CEN – получила мандаты в качестве членов в EU и EFTA для создания нового стандарта для Спасательных Систем. Мандат заключался в следующем: «определить стандарты для транспортных средств неотложной медицины и их медицинского оборудования для обеспечения безопасного и удобного транспорта и догоспитального лечения пациентов».

Мандат Комиссии четко был сконцентрирован на:

- Оборудовании транспортного средства для неотложной помощи
- Аспектах и взаимодействиях, связанных с машинами скорой помощи и их оборудованием
- Оборудовании по уходу за пациентами

Комиссия также выразила интерес относительно координации спасательных систем внутри Европы и подчеркнула проблемы, которые могут возникнуть в случае крупных массовых катастроф с участием более одной страны.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В CEN/TC 239

TC – Технический Комитет. – WG – Рабочая Группа.

Технический Комитет TC 239 был организован по инициативе Германии (DIN), и первое заседание проходило в Берлине в 1990 году в Германии с г-ном Бухнером в качестве председателя. Когда г-н Бухнер ушел в отставку, д-р Холлинг, Германия был выбран новым председателем на совещании Технический Комитет TC 239 в Дрездене в 1998 году.

На первом совещании Технический Комитет TC в 1990 году были представлены существующие стандарты DIN, Германия и предложены в качестве проекта для Европейских стандартов. Несколько делегаций выступили против и объяснили, что в Европе существует очень много национальных стандартов и все они основаны на специфической локальной основе. Швеция высказала точку зрения, что Технический Комитет TC 239 должен обсудить непрерывный уход за пациентом от места повреждения до госпитальной кровати, независимо от средств транспорта и стандарт должен предпочтительно основываться на требованиях функциональности.

Рабочая группа WG 1 «Медицинские Транспортные Средства» была основана в 1990 году на первом совещании. С 1998 года г-н Джон Вилби Великобритания был избран председателем.

Рабочая группа WG 2 влилась в WG 1 в сентябре 1995 года, и это привело к тому, что WG 1 получила более широкий диапазон действия, так как рабочая группа WG 2 была ответственна за **«Носилки и Другое Оборудование по Уходу за Пациентами»**. В результате работы новой WG 1 появились документы EN 1789 и EN 1865.

Рабочая группа WG 3 «Материалы Первой Помощи и Оборудование для Неотложной Медицины» была основана в 1990 году на первом совещании. Рабочая группа WG 3 предоставила отчет Техническому Комитету, и результаты ее работы были включены в документ prEN 1789. Рабочая группа WG 3 приостановила свою работу в сентябре 1995 года на совещании Технического Комитета.

Рабочая группа WG 4 «Транспортировка Инкубаторов» была основана в сентябре 1995 года на совещании Технического Комитета в Берлине с профессором Гунар Седин, Швеция, в качестве председателя. Рабочая группа WG 4 опубликовала документ prEN13976-1-2.

Рабочая группа WG 5 «Транспортные Средства для Воздуха, Воды и Труднопроходимой Местности» была организована в сентябре 1995 года на совещании Технического Комитета в Берлине доктором Хапнес, Норвегия в качестве председателя. Результатом работы рабочей группы WG 5 явилось создание документа EN 13718-1-2.

Рабочая группа WG 6 «Взаимодействия относительно медицинского оборудования» была основана в 1998 году на совещании в Вене с г-ном П-К Андерсен, Норвегия, в качестве председателя. Результатом работы WG 6 явилась обновленная версия документа EN13718-1. В настоящее время WG 6 приостановила свою работу.

ЧТО БЫЛО УДАЧНЫМ?

Работа явилась довольно успешной, что касается мандата по оборудованию транспортных средств для неотложной медицины. Выпущенный документ EN 1789 включает минимум требований к оборудованию машин скорой помощи для различного применения. Стандарт также включает некоторые аспекты относительно машин скорой помощи и оборудования.

ЧТО БЫЛО НЕУДАЧНЫМ?

Некоторые требования в документе EN 1789 оказались в противоречии с существующими стандартами, разработанными другими Техническими Комитетами. Также стало ясно, что документ EN 1789 находится в противоречии с требованиями, данными в директиве 70/56 EEC для дорожного транспорта и дорожные власти не в состоянии признать этот стандарт.

Что касается **оборудования для ухода за пациентами**, документ EN 1865 содержит несколько основных и полезных требований.

Стандарты по **Транспортным Средствам для Воздуха, Воды и Труднопроходимых Местностей** содержатся в документе EN 13718-1-2.

Стандарты по **Транспортировке Инкубаторов** будут официально приняты в документах prEN 13976 в ближайшем будущем.

Требования и способ их выражения относительно безопасности в отделении для пациентов при столкновении практически невозможно протестировать и выполнить.

Сегодняшняя редакция документа EN 1789 затрудняет процесс выражения спецификаций в дискуссиях между производителем и покупателем/потребителем.

Технический Комитет 239 отнесясь неохотой к изучению взаимодействий и эти аспекты не были отражены в документе EN 1789, что было замечено Комиссией.

ЦЕЛИ\ЗАДАЧИ на будущее

Работа со стандартизацией во многом является бесконечной: конфликты с другими стандартами, принятие стандарта, дисгармония с другими общими регулятивами, причины для исправления или обновления стандарта и т.п. Новые задачи становятся актуальными и должны быть внесены в стандарт или явиться конечным результатом новых стандартов. Программа на сегодня содержит следующее:

EN 1789:1999	Медицинские транспортные средства и их оборудование – Дорожные машины скорой помощи	Принят в 1999 г.
EN 1789:1999/prA1	Исправление EN 1789	В процессе подтверждения
PrEN 1789:1999 rev	Обновление EN 1789	В процессе развития
EN 1865:1999	Спецификация носилок и другого оборудования по уходу за пациентом, используемого в дорожных машинах скорой помощи	Принят в 1999 г.
EN 1865:1999	Обновление EN 1865	Еще не начинали
PrEN 13976-1	Транспортировка инкубаторов – Часть 1: Условия взаимодействия	В процессе подтверждения
PrEN 13976-2	Транспортировка инкубаторов – Часть 2: Требования к системе	В процессе подтверждения
EN 13718-1:2002	Транспортные средства скорой помощи для воздуха, воды и труднопроходимых местностей – Часть 1: Требования к медицинскому оборудованию для непрерывности ухода за пациентом	Принят в 2002 г.
EN 13718-2:2002	Оперативные и технические требования к непрерывности ухода за пациентом	Принят в 2002 г.
Новая тема	Взаимодействия относительно медоборудования	В процессе развития
Новая тема	Распознавание машин скорой помощи и персонала	В процессе развития

Самым важным разделом будущей работы является переработка документов EN 1789 и EN 1865, которые были приняты в 1999 году. Обновление относится, среди прочего, к улучшению безопасности персонала, одежды и распознаванию машин скорой помощи и персонала. Изменения предполагаются в увеличении безопасности персонала, одежды персонала и по вопросу маркировки. Требования других властей относительно транспортных средств должны быть лучше адаптированы в стандартах.

Бенгт Шёберг

Шведский Комитет по Стандартизации
 Эксперт по Оборудованию для Иммобилизации Пациентов в Машинах Скорой Помощи
 Директор
 Germa

Перевод с английского **Маргарита Крог-Йенсен**
 127322, Москва, Милашенкова, 16, офис 5
 Тел.: (095) 979-12-47, 979-85-72, 782-57-56

Применение респиратора Ambu Mark III в зараженной или токсичной атмосфере

1. Предыстория

В начале 50-х годов **Ambu** изобрела принцип, на котором сегодня основаны все ручные респираторы. Мешок с входным клапаном и клапаном пациента, который вентилирует пациента при сжатии. Первый мешок **Ambu** появился в 1956 году.

Запатентованная концепция **Ambu** состоит из 2-х элементов:

- 1) Внутренний мешок, при сжатии вентилирующий пациента с помощью клапана пациента и при раздувании всасывающий воздух для следующего сжатия через входящий клапан
- 2) Тонкая внешняя оболочка респиратора уникальна тем, что ограничивает давление воздуха, попадающего в воздушные пути пациента до максимума -70 см H₂O при обычном использовании. В то же время внешняя оболочка обеспечивает крепкий захват так, что вентиляция может выполняться в течение длительного времени без риска «обоженных» рук.

Эта концепция явилась основой в последующей разработке всех ручных респираторов **Ambu** и является частью одной из новейшей модели респиратора **Ambu Mark III**.

2. Применение респиратора Ambu Mark III в зараженной или токсичной атмосфере

Ручные респираторы применяются в разных условиях. Одна из важнейших сфер применения, когда пациент нуждается в вентиляции легких в зараженной или токсической атмосфере, т.е. при химической атаке, образовании дыма, пожаре, военных газах и т.д.

Выбор материала респиратора **Ambu Mark III** оказался важнейшим фактором.

Основная модель состоит из внутреннего мешка из ЕРДМ резины, а внешняя оболочка изготовлена из хлоропрена (неопрен марка Дюлона для Хлоропрена).

По специальному заказу Британской армии фирма **Ambu** разработала специальную модель с внутренним мешком, изготовленным из резины ЕДРМ, а внешняя оболочка из Бутиловой резины. Причина заказа объясняется тем, что Британская армия имеет большой позитивный опыт применения Бутила относительно проникновения газов.

Это видно из следующей таблицы:

Таблица № 1 Проникновение газов в вулканизированный материал
в 10⁻⁷ см² сек⁻¹ при 80° С

Источники Walter Null «Химия и технологии силикона», глава 9, стр. 446

Основа из резины	Газ	Азот	CO ₂
Натуральная резина	400	360	2100
Хлоропрен (основа мешка ИВЛ Mark III)	90	80	810
Бутиловая резина (специальный мешок ИВЛ Ambu Mark III)	50	35	290
Силиконовая резина (материал мешков ИВЛ других фирм)	4100	3600	13000

Таблица №1 показывает, что:

- Силикон в 46 раз более проницаем, чем Хлоропрены
- Силикон в 82 раза проницаем, чем Бутиловая резина

3. Специальный тест, выполненный Британской армией

Перед конечным принятием специальной модели Mark III с внешней оболочкой из Бутила Британская армия выполнила тест для определения способности различных ручных респираторов противостоять проникновению военных газов.

Основным результатом тестов оказалось следующее: респираторы, изготовленные из силикона, не применимы в условиях зараженной и токсичной атмосфер, тогда как респираторы, изготовленные из Хлоропрена или Бутила, могут с успехом использоваться в тех же условиях (с предпочтением Бутила).

К сожалению, детали этих исследований конфиденциальны, но результаты могут быть получены армиями большинства стран при обращении:

Хирург Контр-Адмирал,
Оперативная медицинская служба №2
The Terrace
Royal William Yard
Plymouth PL1 3RP
Devon England

Перевод с английского: **Маргарита Крэг-Йенсен**

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОСНАЩЕНИЯ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СЛУЖБ СПАСЕНИЯ

В.Ю.Пиковский

Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

© В.Ю.Пиковский, 2003 г.

Во внебольничных условиях оказание первой медицинской помощи при травмах ложится на спасателей, работников милиции, пожарных. Наиболее важно качество такой помощи при чрезвычайных ситуациях, когда медицинские службы не работают в очаге поражения и борьба с жизнеопасными осложнениями у пострадавших возлагается на те же экстренные немедицинские службы.

Можно выделить следующие направления доврачебной экстренной помощи, доступной сотрудникам служб спасения. Это обеспечение проходимости дыхательных путей и проведение искусственной вентиляции легких, борьба с продолжающимся наружным кровотечением, проведение реанимационных мероприятий при состоянии клинической смерти, щадящая транспортировка пострадавших со скелетной травмой из очага поражения (особенно это важно при подозрении на повреждение позвоночника и, в первую очередь, его шейного отдела), начальная коррекция кровопотери и обезболивание.

Однако перечень медицинского оснащения служб спасения в нашей стране не стандартизирован или нерационально сужен. Отсутствие соответствующего оборудования не позволяет осуществлять медицинскую помощь в необходимом объеме, что ведет к ухудшению прогноза у пострадавших. В то же время наш опыт подготовки сотрудников экстренных немедицинских служб позволяет утверждать, что при квалифицированном периодическом обучении спасатели успешно применяют медицинское оснащение, оказывая первую помощь в расширенном варианте, что способствует соблюдению принципа преемственности с последующими этапами медицинской помощи (выездные бригады скорой медицинской помощи, стационары скорой помощи) и, несомненно, улучшает выживаемость пострадавших.

Таким образом, в арсенале бригады службы спасения должно присутствовать следующее медицинское оснащение:

1. Для обеспечения проходимости дыхательных путей и проведения вентиляции легких — механический отсасыватель (например, V-VAC, фирмы «Laerdal»), набор воздуховодов, лицевая

маска с односторонним клапаном для проведения безопасного для спасателя искусственного дыхания (например, Laerdal Pocket Mask), источник кислорода для проведения оксигенотерапии, реанимационный дыхательный мешок для проведения ИВЛ. Представляет интерес выпускаемая фирмой «Laerdal» компактная укладка для проведения экстренной дыхательной терапии Laerdal Modulaide Oxygen, в состав которой входят дыхательный мешок с набором лицевых масок, кислородный баллон и механический отсасыватель. Методика интубации трахеи, наиболее рациональная у пострадавших в бессознательном состоянии, практически не применяется службами спасения в связи с относительной технической сложностью. Альтернативой здесь может быть использование пищевода-трахеальной комбинированной трубки, не требующей выполнения прямой ларингоскопии и обеспечивающей надежное восстановление проходимости дыхательных путей и защиту их от аспирации желудочного содержимого.

2. Для борьбы с продолжающимся наружным кровотечением, обработки раневых участков, первичной коррекции кровопотери и обезболивания — набор жгутов и перевязочного материала, антисептические средства, катетеры для периферических вен, капельницы и контейнеры с базисными инфузионными средами (наиболее целесообразно применение мягких пластиковых контейнеров объемом 1 л с изотоническим раствором натрия хлорида или раствором Рингера), шприцы и ампулированные обезболивающие препараты (ненаркотические анальгетики, например, из группы кеторолака).

3. Для щадящей транспортировки пострадавших из очага поражения — средства для транспортной иммобилизации скелетной травмы. Все пострадавшие, особенно находящиеся в бессознательном состоянии, должны быть отнесены к группе риска вероятного повреждения позвоночника. Их неправильная транспортировка может приводить к необратимым последствиям, в том числе и к жизнеопасным при повреждении шейного отдела. Поэтому в оснащение спасательных служб должны быть включены средства для ста-

билизации шейного отдела позвоночника (набор шейных воротниковых шин всех размеров) и транспортный щит. На базе нашей кафедры проходили клинические испытания иммобилизирующие средства фирмы «Laerdal»: щит для переноски пострадавших BaXstrap Spineboard и шейная воротниковая шина Stifneck. Данные медицинские изделия были применены соответственно у 23 и 17 пострадавших с подозрением на перелом позвоночника или с признаками его повреждения в различных отделах. В процессе клинических испытаний вышеназванные иммобилизирующие средства позволяли эффективно стабилизировать позвоночник во время транспортировки. Все пациенты были госпитализированы в стационар без ухудшения неврологической симптоматики, связанной с характером травмы. Надежность и, что немаловажно, простота применения данных изделий позволили рекомендовать их к использованию сотрудниками службы скорой медицинской помощи и спасателями.

Важным аспектом в медицинской деятельности спасательных служб является оказание помощи при состоянии клинической смерти. Известно, что исходы остановки сердца значительно улучшаются при раннем начале реанимационных мероприятий, что показывает необходимость обу-

чения и периодического тренинга спасателей комплексу сердечно-легочной реанимации с использованием специализированных манекенов.

При анализе догоспитальных остановок сердца наиболее часто фиксируется исходная фибрилляция желудочков (60–70%), причем раннее проведение электрической дефибрилляции (в пределах 3 минут после остановки кровообращения) достоверно увеличивает выживаемость пострадавших. Эти данные демонстрируют преимущества автоматических наружных дефибрилляторов, которые за счет простоты применения (дружественный интерфейс, четкие голосовые инструкции в виде последовательных команд, автоматическое определение показаний к дефибрилляции) могут быть использованы подготовленным персоналом служб спасения. Представителем данного класса аппаратов является автоматический наружный дефибриллятор PowerHeart AED.

Таким образом, рациональное оснащение спасательных служб медицинским оборудованием при обязательном условии квалифицированного периодического обучения должно способствовать своевременному началу полноценной медицинской помощи на догоспитальном этапе, позволит сократить количество осложнений у тяжело пострадавших, а зачастую и сохранить их жизнь.

ЮБИЛЕИ

К 80-ЛЕТИЮ СЕРГЕЯ АЛЕКСЕЕВИЧА СЕЛЕЗНЕВА



28 июля 2003 года исполняется 80 лет известному отечественному патофизиологу, лауреату Государственной премии Российской Федерации, заслуженному деятелю науки Российской Федерации доктору медицинских наук, профессору Сергею Алексеевичу Селезневу.

Сергей Алексеевич родился в городе Ветлуга Горьковской области. В 1941 г. он окончил среднюю общеобразовательную школу, а в 1942 г. — Военно-морское авиационно-техническое училище. В период Великой Отечественной войны Сергей Алексеевич служил в рядах ВВС Военно-морского флота. В 1946 г. он поступил в 1-й Ленинградский медицинский институт им.акад.И.П.Павлова.

В 1952 г. Сергей Алексеевич защитил кандидатскую диссертацию, а в 1965 г. — диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Печень при травматическом шоке». С 1959 г. по настоящее время С.А.Селезнев работает в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе, сначала в качестве руководителя лаборатории патологической физиологии, затем — заместителя директора института по НИР и главного научного сотрудника-консультанта.

Научная деятельность профессора С.А.Селезнева охватывает различные разделы патологической физиологии. Ранние его работы были посвящены патофизиологии пищеварения, в последующем — патофизиологии экстремальных состояний, в частности патофизиологии и экспериментальной терапии травматического шока. Основное внимание в своей работе Сергей Алексеевич уделяет изучению расстройств кровообращения и их связи с нарушениями кислородного обеспечения и функции органов. Им разрабатывается и пропагандируется принцип комплексной оценки кровообращения, включающий в себя исследование системной гемодинамики и метаболизма, регионарного кровотока и микроциркуляции с учетом изменений реологических свойств крови.

С.А.Селезнев является одним из основоположников разработки концепции травматической болезни, позволившей с новых позиций оценить патологические процессы, развивающиеся после тяжелой механической травмы, сформулировать и разработать принципы терапии.

Сергей Алексеевич проявил себя ученым широкой эрудиции, прекрасным организатором научных исследований. Во многом благодаря его авторитету и организаторским способностям, наладились и укрепились научно-практические связи института с учреждениями других городов России, а также ближнего и дальнего зарубежья.

В 1997 г. за разработку и внедрение современной концепции лечения тяжелой сочетанной травмы груди и ее осложнений С.А.Селезнев был удостоен почетного звания лауреата Государственной премии Российской Федерации.

С.А.Селезнев — автор более 300 научных работ, среди которых монографии, статьи, методические пособия. При научной консультации и под руководством С.А.Селезнева подготовлено большое число докторов и кандидатов наук, его ученики успешно работают не только в России, но и во многих других странах.

Профессор С.А.Селезнев — вице-президент научно-практического журнала «Скорая медицинская помощь», член редакционного совета журналов «Патологическая физиология и экспериментальная терапия», «Клиническая патофизиология».

Заслуги С.А.Селезнева отмечены орденом «Знак почета» и многими медалями.

Сотрудники НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе и редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь» сердечно поздравляют Сергея Алексеевича с днем рождения, желают ему крепкого здоровья и долгой активной творческой деятельности.

К 75-ЛЕТИЮ ИННЫ НИКОЛАЕВНЫ ЕРШОВОЙ



28 июля 2003 года исполняется 75 лет ученому секретарю НИИ скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе, доктору медицинских наук Инне Николаевне Ершовой.

44 года жизни, практической работы, научного и творческого труда связывают Инну Николаевну с Институтом скорой помощи.

И. Н. Ершова родилась 28 июля 1928 года, в 1946 году поступила в 1-й Ленинградский медицинский институт им. акад. И. П. Павлова, а затем закончила клиническую ординатуру и аспирантуру на кафедре факультетской хирургии. В НИИ скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе Инна Николаевна пришла в 1959 году хирургом, кандидатом медицинских наук, владеющим основами анестезиологии и реанимации.

Инна Николаевна принимала активное участие в лечении пострадавших с тяжелой механической травмой не только в стенах института, но и выезжая с бригадами скорой медицинской помощи к месту происшествия. С первых дней работы в институте Инна Николаевна активно занималась организацией нового операционно-анестезиологического отделения. Будучи избранной в 1962 году научным руководителем операционно-анестезиологического отделения, она бессменно проработала на этой должности на протяжении 14 лет. С 1972 года И. Н. Ершова трудится в должности ученого секретаря НИИ скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе.

На всех занимаемых постах Инна Николаевна никогда не прерывала связей с догоспитальным этапом: 30 ее научных работ посвящены различным аспектам оказания скорой медицинской помощи. Внедренный ею в практику совместно с профессором А. М. Середницким (г. Львов) портативный аппарат РИС-1 для проведения анальгезии и самоанальгезии нашел применение при оказании скорой помощи при травмах.

Оказанию скорой медицинской помощи пострадавшим с шоком посвящена одна из глав ее докторской диссертации. В соавторстве с Инной Николаевной были подготовлены монография «Первая до-медицинская помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях» и «Справочник врача скорой и неотложной помощи».

На протяжении многих лет Инна Николаевна Ершова была членом Научного совета по проблемам скорой медицинской помощи АМН СССР, секретарем Республиканской проблемной комиссии «Шок и коллапс», секретарем секции по травматическому шоку. С ее непосредственным участием были организованы и проведены 18 пленумов проблемных комиссий и научно-практических конференций в Ленинграде, Свердловске, Омске, Донецке, Харькове, Кишиневе, Пскове, Казани и других городах. За научные работы по проблемам оказания скорой и неотложной помощи Инне Николаевне трижды присуждалась премия им. И. И. Джанелидзе, результаты ее исследований докладывались на всесоюзных и международных конференциях и конгрессах, на совещаниях Научного совета Минздрава «Основы скорой и неотложной медицинской помощи».

За высокие достижения в лечебной и научной работе доктор медицинских наук И. Н. Ершова награждена орденом «Знак Почета», медалями, знаком «Отличник здравоохранения».

В канун юбилея друзья, коллеги и товарищи по работе искренне желают Инне Николаевне Ершовой доброго здоровья, бодрости, творческих успехов и большого счастья.

Вниманию рекламодателей!
Российский научно-практический журнал
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»
публикует информационные и рекламные материалы.
Стоимость размещения рекламы:

1 полоса полноцветная (4-я страница обложки)	600 усл. ед.
1 полоса полноцветная	500 усл. ед.
1 полоса черно-белая	250 усл. ед.
1/2 полосы черно-белая	125 усл. ед.
Статья на правах рекламы (до 2 полос) (включая НДС)	200 усл. ед.

Наш адрес: 193015, Санкт-Петербург, Кировная ул., д. 41,
Медицинская академия последипломного образования,
редакция журнала «Скорая медицинская помощь».
Тел./факс: (812) 588 43 11.
Электронная почта: mapo@mail.lanck.net

«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-3411 от 10 мая 2000 г.

Адрес редакции:

193015, Санкт-Петербург, Кировная ул., д. 41, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования,
редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь».
Тел./факс: (812) 588 43 11. Электронная почта: mapo@mail.lanck.net.

Оригинал-макет подготовлен ООО «ПринтЛайн», тел./факс: (812) 315-59-65.

Подписано в печать 19.05.2003 г. Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная. Гарнитура школьная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 10. Тираж 1000 экз. Цена договорная.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.
193015, Санкт-Петербург, Кировная ул., д. 41.

Компания РИПЛ эксклюзивно представляет всемирного лидера, предлагающего учебные пособия обеспечения населения и специалистов навыками первичной сердечно-легочной реанимации, а также повышения уровня обучения студентов медицинских вузов, среднего медицинского персонала и врачей.

Laerdal Medical AS основана в 1940 году. В 1960 году компания посвятила себя разработке и производству продуктов и средств обучения для оказания первой помощи больным и пострадавшим. Сегодня Laerdal – это лидер, поставляющий свою высокотехнологичную продукцию по всему миру. На манекенах Laerdal научились приемам спасения жизни более 150 миллионов человек.



Laerdal
helping save lives



Это должен знать каждый!

Обучение методам оказания неотложной доврачебной помощи людям в угрожающем жизни состоянии – клинической смерти, без сознания, с травмами любой степени тяжести – **должно быть доступно всем и максимально эффективно.** В первую очередь это касается людей, специфика работы которых значительно увеличивает шансы столкновения с такого типа ситуацией: сотрудников Службы спасения и Красного Креста, пожарных, сотрудников милиции и инспекторов ГАИ. Обучение на манекенах также необходимо школьникам и студентам ВУЗов и училищ, курсов работников охраны и телохранителей.

Учебные пособия для освоения приемов первичной сердечно-легочной реанимации – специальные манекены, имитирующие необходимые для реанимации свойства тела, находящегося в пограничном состоянии (упругость тканей грудной клетки, сопротивление искусственному «вдоху» и другие).

- **Resusci Anne** – семейство модульных манекенов для освоения приемов реанимационного пособия, в том числе непрофессионалами. Различные варианты комплектации позволяют проводить обучение навыкам сердечно-легочной реанимации на всех уровнях: от непрофессионалов до специалистов, как paramedics, так и врачей.
- **Resusci Junior** – манекен, имитирующий пациента старшего детского возраста. Предназначен для формирования базовых навыков реанимации. Существует 3 варианта комплектации, в том числе имитация утопления.
- **Resusci Baby** – манекен, имитирующий пациента младшего детского возраста. Предназначен для формирования базовых навыков. Малый и базовый варианты комплектации
- **SimMan** – универсальный манекен-симулятор. Предназначен для повышения квалификации медицинских работников и paramedics. Позволяет имитировать практически весь комплекс нарушений жизненно важных функций. Сложная, но надежная конструкция, множество датчиков и компьютерный контроль действий оператора позволяют достичь максимальной эффективности обучения.
- **Группа манекенов Kelli** – манекены ориентированы на отработку навыков спасения, мобилизации и транспортировки пострадавших с различными травмами. Предлагается широкий спектр накладок для имитации различных травм, ран и ожогов.
- **Учебные пособия для приобретения медицинских навыков** Манекены и принадлежности для обучения персонала типовым манипуляциям: интубация трахеи, искусственная вентиляция легких, перевязки, регистрация ЭКГ, дефибрилляция, и ряд других. Имеется также группа манекенов и принадлежностей, позволяющих проводить обучение пункции вен и артерий.

На манекенах Laerdal
научились приемам
спасения жизни
более 150 миллионов
человек



**Resusci
Anne**

**Resusci
Junior**



Kelli



Компания Рипл является эксклюзивным дилером фирмы Laerdal в России и осуществляет продажу, доставку и сервис по всему спектру продукции фирмы.

000 «Рипл» 127055 Москва
Лесная ул., 43, офис 539
тел.: (095) 258 2524
факс: (095) 978 6602
e-mail: info@reepL.ru
http://www.reepL.ru

