

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

РОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

2/2006

Основан в 2000 году

Учредители

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе
Общероссийская общественная организация
«Российское общество скорой медицинской помощи»

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 Г.А. Ливанов
А.Е. Борисов В.И. Мазуров
В.И. Ковальчук И.П. Миннуллин
К.М. Крылов Ю.С. Полушин
Ю.Б. Шапот

Ответственный секретарь: О.Г. Изотова

Редакционный совет:

М.М. Абакумов (Москва)
В.В. Афанасьев (Санкт-Петербург)

А.С. Багдасарьян (Краснодар)
А.А. Бойков (Санкт-Петербург)
Т.Н. Богницкая (Москва)
Е.А. Евдокимов (Москва)
А.С. Ермолов (Москва)
А.П. Зильбер (г. Петрозаводск)
А.А. Курыгин (Санкт-Петербург)
Л.А. Мыльникова (Москва)
В.Л. Радушкевич (г. Воронеж)
Л.М. Рошаль (Москва)
В.И. Симаненков (Санкт-Петербург)
В.В. Стожаров (Санкт-Петербург)
С.Н. Терешенко (Москва)
А.М. Хаджибаев (Ташкент)
С.Н. Хунафин (Уфа)
С. Штрих (Рига)
И.С. Элькис (Москва)
E. Krenzeloк (США)

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.

Индекс для подписки в каталоге «Роспечати»: 38513

Наш адрес: 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41. Медицинская академия последипломного образования, редколлегия журнала «Скорая медицинская помощь».

Тел./факс: (812) 588 43 11.

Электронная почта: tapo@mail.lanck.net

Сайт «Российского общества скорой медицинской помощи»: www.emergencyrus.ru

СОДЕРЖАНИЕ

СТАТЬИ

- МОДЕЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ 3
С.Ф.Багненко, Л.А.Михайлов, В.А.Федотов
- НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПОЛИКЛИНИК САНКТ-ПЕТЕРБУРГА (К ВОПРОСУ О РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТРАНЕ) 9
В.В.Руксин, А.Г.Мирошниченко
- СОСТОЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 13
Г.С.Шестаков, А.О.Мясников
- ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 17
В.А.Митин, С.Т.Игнатов
- ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ
И ПОСТРАДАВШИМ В ОТДЕЛЕНИИ ПЛАНОВОЙ И ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ 20
В.П.Попов, О.В.Колясников, Ю.В.Трушников, О.А.Мельникова
- ПОТЕНЦИАЛ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 22
С.Т.Игнатов, А.Д.Никониченко, В.А.Митин

ИНФОРМАЦИЯ

- ПЕРВЫЙ ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» 24
- ИТОГИ НАУЧНОЙ РАБОТЫ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ В 2005 г. 26
А.С.Ермолов, М.М.Абакумов, Т.Н.Богницкая, Т.А.Стрелинская

КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ АВТОМОБИЛЕЙ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 37
Л.М.Акопов, Г.Г.Мамджян

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ ПРИ КОРОНАРНОЙ МАСКЕ РАССЛАИВАЮЩЕЙ
АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ 43
О.А.Абакумова, А.М.Жирков

ИСТОРИЯ

- САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЙ. ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ 46
В.В.Шилов, М.Л.Калмансон, В.М.Бучко
- Б.П.КУШЕЛЕВСКИЙ – ОТЕЦ СОВРЕМЕННОЙ УНИВЕРСАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ЭКСТРЕННОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЖИЗНЕОПАСНЫХ СИТУАЦИЯХ 50
Е.Д.Рождественская

СКОРАЯ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРАХ

- ОКАЗАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ ОБЪЕМОВ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ: «ЦЕНА ВОПРОСА» 53
С.Ф.Багненко, В.В.Стожаров, А.Г.Мирошниченко, Г.Ф.Гулуа

ЮБИЛЕЙ

- К 60-ЛЕТИЮ ЮРИЯ БОРИСОВИЧА ШАПОТА 58
- ТЕЗИСЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2006» 59

СТАТЬИ

УДК 614.88.06.04

МОДЕЛЬ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

С.Ф.Багненко, Л.А.Михайлов, В.А.Федотов

*Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе,
Российское медицинское общество, Москва, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Понятие «общественное здравоохранение» («модель общественного здравоохранения») относительно новое для России, в то время как медицинские работники большинства развитых стран не представляют иных условий исполнения своей профессии. Западная модель общественного здравоохранения в упрощенном виде представляется как некий вариант общественного договора между государством (государственным регулятором: министерствами, департаментами и т. д.) и профессиональным медицинским сообществом (негосударственным регулятором: ассоциациями, палатами, гильдиями и т. д.) о разграничении полномочий (прав, обязанностей и ответственности) по ключевым вопросам медицинского обеспечения населения [1]. Несмотря на то, что механизмы и уровни разграничения полномочий, порядок взаимодействия, институциональные формы государственных и негосударственных регуляторов в сфере здравоохранения в разных странах имеют свои исторические и национальные особенности, их объединяет единый подход к исполнению врачами и медицинскими сестрами своей профессии: профессиональная медицинская деятельность (как минимум по таким ее аспектам, как стандарты, программы высшего и последиplomного непрерывного образования, сертификация и (или) аттестация, корпоративная этика, страхование профессиональной ответственности) регулируется профессиональными ассоциациями по медицинским специальностям, общекорпоративные (междисциплинарные) вопросы на уровне территориальных единиц стран (земля, область, провинция, штат) регулируются территориальными медицинскими объединениями (например, Florida Medical Association, Inc.), а на уровне государств — национальными медицинскими объединениями (например, Bundesärztekammer). При данной конструкции отраслевого регулирования государственный регулятор исполняет представительские, надзорные и контрольно-разрешительные функции, причем, как правило, не изолированно, а при взаимодействии и (или) непосредственном участии различных структур (комитетов, комиссий) профессиональных медицинских объединений. Медицинский работник (врач, медсестра) при получении сертификата (аттестата), выданного профессиональным медицинским объединением, приобретает право на самостоятельное исполнение избранной профессии, а государство (госрегулятор) обязано обеспечить реализацию этого права путем выдачи ему лицен-

зии. Этот правовой механизм создает условия, при которых правосубъектностью применительно к медицинской деятельности (лечебно-диагностическому процессу) обладает исключительно врач (медсестра), а не медицинская организация, так как только к физическому лицу одновременно применимы основные элементы понятия «правосубъектность»: правоспособность, дееспособность и деликтоспособность.

Модель общественного здравоохранения предполагает необычные для российской действительности варианты трудовых взаимоотношений между собственником лечебных организаций (будь то государство или частное лицо) и медицинским персоналом. Роль представителя собственника в стационаре заключается, в основном, в контроле над эффективной эксплуатацией имущества собственника трудовым коллективом (профсоюзом) медицинских работников при осуществлении ими медицинской деятельности, и подписании коллективного договора с профсоюзом данной лечебной организации. Именно профсоюз конкретной лечебной организации выступает хозяйствующим (экономическим) субъектом в правоотношениях как с собственником больницы, так и со страховыми организациями, поставщиками лекарств, медицинского оборудования и т. д. (заключает договора, выставляет и (или) оплачивает счета, ведет учет рабочего времени, выдает заработную плату и т. д.).

Ответственность за качество медицинской помощи при модели общественного здравоохранения возложена, прежде всего, на носителя профессии — врача (медсестру), а также на структуру, регулирующую их профессиональную деятельность — профессиональные объединения по медицинским специальностям. Высокий уровень качества исполнения врачом (медсестрой) своей профессии определяется многими факторами, главные из которых — тщательно проработанные стандарты деятельности по всем медицинским специальностям и контроль над их выполнением со стороны профессиональных медицинских объединений, жесткая система непрерывного последипломного образования с последующей процедурой сертификации, система корпоративной этики и страхование профессиональной ответственности (сумма годовой страховки в пользу третьих лиц по некоторым специальностям превышает 1 000 000 \$). Участие государственных регуляторов в системе мер по повышению качества медицинской помощи имеет, как правило, либо формальный (лицензия выдается только при нали-

чии сертификата/аттестата), либо опосредованный характер, например, через финансирование фондов, страхующих профессиональную ответственность врачей, инвестирование перспективных научных исследований и т. д. Высокая степень защищенности пациента и врача при конфликтных ситуациях достигается не столько работой судебных органов, сколько активной деятельностью различных общественных (внесудебных) институтов, обладающих широкими полномочиями в силу их легитимности.

С точки зрения научной теории регулирования западную модель общественного здравоохранения в части исполнения профессиональной медицинской деятельности (т. е. того, что не регулируется госрегулятором) можно рассматривать как отраслевой вариант саморегулирования [1, 2]. В историческом аспекте появление в хозяйственной деятельности стран различных форм регулирования (госрегулирование, саморегулирование, со-регулирование, рыночное регулирование) объясняется экономической целесообразностью, стремлением общества повысить эффективность производства общественных благ [3–5]. Характер производимых общественных благ во многом определяет специфику регулирования их производства и потребления [6]. Медицинские услуги относятся к разряду опытных и (или) доверительных благ, т. е. как раз к тем категориям благ, которые предполагают саморегулирование деятельности их производителей.

Другими словами, западное общество рассматривает модель общественного здравоохранения, в рамках которой саморегулирование профессиональной медицинской деятельности врачей (медсестер) является обязательным и важнейшим элементом, как наиболее эффективный и экономически целесообразный вариант производства медицинских услуг. Обществу выгодна данная модель, в том числе и по такому основанию, как сокращение расходов на содержание госрегулятора, что для российской действительности является весьма актуальным: по показателю доли прямых и опосредованных затрат на содержание структур и представителей госрегулятора (чиновников) в консолидированном бюджете здравоохранения страны Россия является несомненным «лидером» среди европейских стран. Кроме того, сегодня саморегулирование как институциональный механизм регулирования производства общественных благ в той или иной сфере принято рассматривать как наиболее эффективное «лекарство» в борьбе с такими пороками другого

институционального механизма — госрегулирования, как коррупция и взяточничество [7, 8].

Завершая краткую характеристику некоей усредненной западной модели общественного здравоохранения, необходимо сказать, что структура общественного здравоохранения конкретного государства всегда есть зеркальное отображение структуры общественного устройства данного государства. Основным элементом модели общественного здравоохранения является профессиональное медицинское сообщество, структурированное горизонтально (по медицинским специальностям) и вертикально (территориальный и национальный уровни), регулирующее профессиональную деятельность своих членов по принципу саморегулирования. Разумный баланс между государственным и негосударственным регуляторами в сфере здравоохранения обеспечивает оптимальное распределение ресурсов в отрасли, приемлемые обществом доступность и качество медицинской помощи, высокую социальную и юридическую защищенность как врачей (медсестер), так и пациентов. Легитимность профессиональных медицинских ассоциаций, равно как и самой модели общественного здравоохранения, в западных странах не закреплена какими-либо нормативными документами прямого действия. Модель общественного здравоохранения, как международный отраслевой проект добровольного саморегулирования, формировалась эволюционно, на основе хозяйственной практики и здравого смысла. Легитимность профессиональных медицинских сообществ в данной модели определяется многолетним историческим опытом их функционирования, структурированностью и членством в ассоциациях (де-юре — добровольным, а де-факто — обязательным).

Повышение интереса к модели общественного здравоохранения в России в последние годы было связано, прежде всего, с попыткой проведения в стране административной реформы, главная цель которой (по замыслу ее «архитекторов») — «коррекция форм государственного вмешательства в экономику, отказ от избыточного бюрократического регулирования и повышение эффективности действий государственной власти в тех сферах, где ее участие абсолютно необходимо» [9]. Основным направлением устранения тотального государственного вмешательства в экономику в Программе предусматривалось развитие саморегулирования хозяйственной деятельности. Если принятый в 2001 г. пакет законов так называемой первой волны дебиюрократизации («О го-

сударственной регистрации юридических лиц», «О лицензировании отдельных видов деятельности», «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)») не внес существенных новаций в функционирование отрасли здравоохранения, то принятие законов «второй волны» административной реформы — собственно этапа дерегулирования экономики — обеспечивало бы нормативно-правовую базу перехода от административно-государственной модели к модели общественного здравоохранения в России. Из двух важнейших законов данного этапа был принят лишь один — федеральный закон «О техническом регулировании», второй — проект федерального закона «О саморегулируемых организациях» — третий год не рассматривается Государственной думой (в первом чтении законопроект был принят 14.10.2003 г.). ФЗ «О техническом регулировании» с 1 июля 2003 г. вывел из-под прямого государственного регулирования основной элемент исполнения профессии — стандарты профессиональной деятельности, закрепил право профессиональных ассоциаций на разработку стандартов организации и добровольность их выполнения, вместо обязательной аккредитации хозяйствующих субъектов утвердил систему добровольной сертификации ответственности и т. д., т. е. фактически определил функции, передаваемые профессиональному сообществу (негосударственному регулятору), заложил основы формирования делегированного саморегулирования профессиональной деятельности в различных сферах, в том числе и в здравоохранении [10]. Принятие ФЗ «О саморегулируемых организациях» позволило бы законодательно закрепить в Российской Федерации модель общественного здравоохранения, при которой, как уже говорилось выше, профессиональное медицинское сообщество управляет профессиональной деятельностью своих членов, а различные институциональные структуры госрегулятора (Минздравсоцразвития, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и т. д.) выполняют лишь надзорные и контрольно-разрешительные функции.

Нередко оппоненты введения делегированного саморегулирования в России путем принятия специального закона ссылаются на то, что ни в одной из западных стран нет аналогичных законов. Действительно, западное саморегулирование, в том числе и в сфере здравоохранения, носило добровольный характер, но следует помнить,

что формировалось оно эволюционно и, как выражаются специалисты по теории регулирования, с «нуля». В условиях же длительного тотального государственного регулирования и российской ментальности переход к эффективному саморегулированию, тем более в социальной сфере, возможен только путем принятия федерального закона: либо общего, либо специального для конкретной отрасли [11]. Подтверждением сказанного является успешный опыт введения делегированного саморегулирования в России путем принятия специальных законов в таких сферах, как адвокатура, нотариат, оценочная деятельность, банкротство и т. д. [12–14]. Сегодня уже никого не удивляет, что в России профессиональной деятельностью адвокатов (нотариусов) управляют не министерство, не главные адвокаты (главные нотариусы) страны и (или) субъекта федерации, а сформированные коллегии адвокатов (нотариальные палаты), т. е. негосударственные регуляторы. Не вдаваясь далее в дискуссию о значимости, сути и целесообразности принятия закона «О саморегулируемых организациях», необходимо лишь отметить, что:

1) в условиях длительного тотального государственного регулирования формирование «сверху» (т. е. путем принятия закона) модели общественного здравоохранения и саморегулирования профессиональной врачебной деятельности — в частности, следует рассматривать как «прогностически благоприятный» признак зрелости государства в вопросах социальной ответственности по эффективному воспроизводству общественных благ (в частности — медицинских услуг);

2) передачу функций по реальному управлению профессиональной медицинской деятельностью в руки профессиональных ассоциаций следует рассматривать, прежде всего, не как их благо, а как возникновение реальной персональной ответственности каждого участника этих профессиональных ассоциаций перед пациентом и обществом в целом за конечные результаты своей деятельности.

Сегодняшнее состояние хода административной реформы в сфере здравоохранения характеризуется в высшей степени неопределенностью и непоследовательностью. Вместо планомерной работы по формированию в России модели общественного здравоохранения обществу предлагаются программы, представляющие собой не что иное, как попытку «реанимировать» изжившую и дискредитировавшую себя во всем мире административно-государственную модель управле-

ния отраслью. Более того, налицо «прогностически неблагоприятные» признаки по сворачиванию реформ, в том числе и в сфере здравоохранения. С 01.01.2006 г. вступили в действие поправки к «Основам законодательства РФ по охране здоровья граждан» [15], в соответствии с которыми стандарты медицинской помощи могут быть федеральными и региональными, и утверждаются органами управления исполнительной власти, т. е., госрегулятором соответствующего уровня. В 2005 г. Росздравнадзор предпринял шаги к «регулированию» системой добровольной сертификации соответствия (до 01.07.2003 г. — аккредитация) через некоммерческие организации [16–17]. Присутствие в указанных документах фразы «...результаты сертификации... будут приняты во внимание территориальными органами Росздравнадзора при проведении контроля качества ... и повторном лицензировании» есть не что иное, как сигнал участникам рынка медицинских услуг о возврате к старым «правилам игры»: добровольная де-юре «система добровольной сертификации соответствия» медицинских организаций постепенно превратится в обязательную процедуру де-факто в процессе лицензирования.

В соответствии с сегодняшним законодательством, в частности ст. 54 «Основ законодательства...» [15], профессиональные ассоциации реально могут управлять лишь одним из упомянутых ранее элементов профессиональной деятельности — сертификацией своих членов. Все попытки госрегулятора (Минздрава) де-юре «приватизировать» и эту функцию с помощью ведомственных нормативных актов не увенчались успехом (Приказ Минздравмедпрома РФ от 19.12.1994 г. № 286 «Об утверждении Положения о порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности» и Приказ Минздравмедпрома РФ от 17.11.1995 г. № 318 «О положении о квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста» отменены в 2000 году), однако де-факто, как нам всем хорошо известно, сертификация не является одним из элементов деятельности профессиональных медицинских ассоциаций.

В условиях законодательного «метания» и возникающих в связи с этим различного рода коллизий права естественным будет вопрос: так возможно ли построение в России модели общественного здравоохранения и каковы роль и задачи профессионального медицинского сообщества в этом процессе? Исторический опыт развитых стран свидетельствует о том, что модель общественного

здравоохранения — это обязательный атрибут большинства цивилизованных государств. Предпринимаемые политическим руководством России шаги по демократизации экономической и социальной сферы, борьба с коррупцией и взяточничеством в структурах государственных регуляторов [18], серьезные намерения об участии в международных экономических проектах (как, например, Всемирная торговая организация) дают возможность авторам говорить о неизбежности реформирования отечественной медицины в сторону модели общественного здравоохранения. Очевидно, что это вопрос времени.

Вместе с тем следует помнить, что процесс формирования института саморегулирования, а фактически — процесса перераспределения полномочий и ответственности между государственным и негосударственным регуляторами, будет сопровождаться повышением требований к структурам негосударственного регулятора — профессионального сообщества. И это вполне логично. Обществу в лице госрегулятора небезынтересно знать ответы, как минимум, на два вопроса: в чьи «руки» перераспределять полномочия и каким образом негосударственный регулятор будет нести ответственность за исполнение этих полномочий перед обществом и конечным потребителем, в частности перед пациентом? Другими словами, что сегодня представляет собой профессиональное медицинское сообщество России, насколько готово оно и структурно, и функционально исполнять управление профессиональной деятельностью медицинских работников? Ответы на эти вопросы, являющиеся по существу частью нашего исследования, не представляется возможным всесторонне осветить

в рамках данной статьи. Можно лишь с уверенностью сказать, что сегодняшние проблемы формирования цивилизованного профессионального медицинского сообщества есть зеркальное отражение проблем нашего общества в целом. Неопределенность будущего территориального устройства страны, отсутствие четкого стратегического плана развития национального здравоохранения с горизонтом в 10–15 лет, «колеблющееся вместе с линией партии» отраслевое законодательство в сочетании с существующими коллизиями права не способствуют планомерному созданию и функционированию институтов профессионального медицинского сообщества, более того, порождают препятствия методологического и методического характера данному процессу, стимулируют социальную и профессиональную апатию медицинских работников, неверие в перспективы цивилизованных форм исполнения своей профессии. Вместе с тем усилия лидеров отечественного здравоохранения по большинству медицинских специальностей в рамках деятельности Российского медицинского общества вселяют надежду на неизбежность построения в нашей стране адекватного профессионального медицинского сообщества точно так же, как и опыт развития западных демократий свидетельствует о неизбежности создания в России модели общественного здравоохранения. Ярким подтверждением этого является создание и активная деятельность таких общероссийских общественных организаций, как «Российское общество скорой медицинской помощи», «Российская ассоциация трансфузиологов», «Российское общество хирургов», «Ассоциация медицинских сестер России» и других. Очевидно, что это тоже вопрос времени.

Литература

1. Arrow K. Uncertainly and the Welfare Economics of Medical Care // Amer. Econ. Review.— 1963.— Vol. 53.— P. 941–973.
2. Black J. Constitutionalising Self-Regulation // Modern Law Review.— 1996.— Vol. 59.— P. 24–55.
3. Cane P. Self-Regulation and Judicial Review // Civil Justice Quarterly.— 1987.— Vol. 6.— P. 324–347.
4. Darvall L. Self-Regulation of Advertising and the Consumer Interest // Austr. Business Law Review.— 1980.— Vol. 8, № 5.— P. 309–320.
5. Rose-Ackerman S. Deregulation and Regulation: Rhetoric and Reality // J. Law and Politics.— 1990.— Vol. 6.— P. 287–309.
6. Обыденков А. Институциональные особенности саморегулирования бизнеса // Вопр. экономики.— 2003.— № 11.— С. 64–70.
7. Дегтярев А., Маликов Р. Коррупционная основа административных барьеров // Вопр. экономики.— 2003.— № 11.— С. 56–60.
8. McChesney F. Rent Extraction and Rent Creation in the Economic Theory of Regulation // Legal Studies.— 1987.— Vol. 16.— P. 101–118.

9. *Основные направления социально-экономического развития Российской Федерации на долгосрочную перспективу. Программа.* — 2001 // <http://www.spprinfo.ru/content/rubr6/rubr-63.asp>.
10. *Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Кириллов А.В., Федотов В.А.* Административная реформа и здравоохранение // *Скорая медицинская помощь.* — 2004. — № 4. — С. 12–16.
11. *Плескачевский В.С.* Правовые основы саморегулирования в России / Интернет-интервью с председателем Комитета по собственности Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации В.С.Плескачевским, 17 сентября 2004 г. // Справочная правовая система ГАРАНТ.
12. *Закон Российской Федерации от 11 февраля 1993 г. № 4462-1 «Основы законодательства Российской Федерации о нотариате».*
13. *Федеральный закон от 31 мая 2002 г. № 63-ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации».*
14. *Федеральный закон от 26 октября 2002 г. № 127-ФЗ «О несостоятельности (банкротстве)».*
15. *Закон Российской Федерации от 22 июля 1993 года № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».*
16. *Письмо Росздравнадзора от 02.11.2005 № 01И-626/05 «О системе добровольной сертификации процессов выполнения лабораторных исследований в здравоохранении».*
17. *Письмо Росздравнадзора от 02.11.2005 № 01И-627/05 «О системе добровольной сертификации процессов выполнения патоморфологических исследований».*
18. *Концепция административной реформы в Российской Федерации в 2006–2008 годах / Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 октября 2005 г. № 1789-р.*

УДК 614.88:614.23.004.12

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЛИКЛИНИК САНКТ-ПЕТЕРБУРГА (К ВОПРОСУ О РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТРАНЕ)

В.В.Руксин, А.Г.Мирошниченко

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© В.В.Руксин, А.Г.Мирошниченко, 2006 г.

Актуальность темы. Санкт-Петербург является единственным городом в Российской Федерации, в котором на протяжении последних 18 лет оказание экстренной медицинской помощи осуществляют как Городская станция скорой медицинской помощи (ГССМП), так и отделения скорой медицинской помощи (ОСМП) поликлиник.

При активно предлагаемой Министерством здравоохранения и социального развития реструктуризации службы скорой медицинской помощи анализ некоторых результатов работы этих поликлинических отделений представляется актуальным.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ отчетов о работе ОСМП поликлиник за 2004 г., данных специально разработанных анкет, письменных пожеланий заведующих отделениями и результатов экспертной оценки качества лечения в 38 ОСМП поликлиник для взрослых Санкт-Петербурга. Качество оказания скорой медицинской помощи оценивалось по числу диагностических ошибок при госпитализации по экстренным показаниям, количеству повторных вызовов и с помощью индикаторов качества путем подсчета частоты случаев назначения препаратов, показанных при данном заболевании в соответствии с «Рекомендациями по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации».

Были поставлены две основные цели:

1. Выяснить, какие силы и средства потребовались для создания эффективной службы экстренной медицинской помощи при поликлиниках.
2. Выяснить, при каких неотложных состояниях и в каком объеме оказывают экстренную медицинскую помощь ОСМП поликлиник.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ данных о количестве отделений, числе, составе и оснащении выездных бригад, сведений о медицинских кадрах ОСМП поликлиник в 2004 г. показывает, что суммарно они представляют собой мощную и разветвленную службу оказания экстренной медицинской помощи (табл. 1).

Отделений СМП, врачебных выездных бригад и врачебных кадров в поликлиниках для взрослых суммарно в 2,5 раза больше, чем таковых на ГССМП.

88,6% врачей и 79,1% фельдшеров ОСМП поликлиник имеют сертификаты по скорой медицинской помощи, 64,4% врачей

Таблица 1

**Количество подразделений и штаты отделений скорой медицинской помощи
поликлиник Санкт-Петербурга в 2004 г.**

Показатель	Количество
Отделений всего	38*
Бригад всего	234,9
— врачебных	191,68
— специализированных	10,0
— фельдшерских	33,22
Врачей по штату	1740,0
— физических лиц	1039,0
Средних медицинских работников по штату	2233,25
— физических лиц	1227,0

* Без 16 отделений скорой медицинской помощи при детских поликлиниках.

и 66,9% фельдшеров — квалификационные категории по скорой медицинской помощи.

На оснащении бригад ОСМП поликлиник находятся 243 дефибриллятора, 520 электрокардиографов, 121 аппарат для проведения автоматической ИВЛ, 96 пульсоксиметров, 25 небулайзеров.

Таким образом, в Санкт-Петербурге ОСМП поликлиник для взрослых в целом представляют мощную разветвленную службу экстренной медицинской помощи.

При таких силах и средствах ОСМП поликлиник способны выполнять большой объем работы по оказанию экстренной медицинской помощи (табл. 2).

Обращаемость за скорой медицинской помощью в ОСМП составила 304,9 на 1000 человек в год.

При большом объеме работы ОСМП поликлиник за счет относительно малого радиуса обслуживания способны обеспечить вполне удовлетворительные оперативные показатели (табл. 3).

Очевидно, что, располагая столь значительными силами и средствами, бригады ОСМП поликлиник должны обеспечивать достаточные объем и качество экстренных диагностических и лечебных мероприятий.

Процент диагностических ошибок врачей ОСМП поликлиник у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в 2004 г. составил 4,0%, а у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости вследствие вполне оправданной тенденции к гипердиагностики — 7,4% (при средней частоте получения возвратных талонов 49,9%).

Повторные вызовы ОСМП поликлиник в 2004 г. отмечены в 0,8% случаев.

К помощи специализированных бригад ГССМП врачи ОСМП поликлиник прибегали лишь в 0,4% случаев.

Показатели, характеризующие объем и качество лечебных мероприятий при оказании скорой медицинской помощи в ОСМП поликлиник,

Таблица 2

**Обращаемость за экстренной медицинской помощью в отделения скорой медицинской помощи
поликлиник Санкт-Петербурга в 2004 г.**

Показатель	Количество	Удельный вес ОСМП, %*
Обращаемость в ОСМП, всего	1 045 141	68,0
Вызовов, всего	954 322	68,5
Вызовов с оказанием медицинской помощи, всего	885 799	69,4

* По отношению к обращаемости за скорой медицинской помощью в Санкт-Петербурге.

Таблица 3

**Некоторые оперативные показатели работы врачебных линейных бригад отделений скорой
медицинской помощи поликлиник Санкт-Петербурга в 2004 г.**

Показатель	Количество
Среднее количество вызовов в сутки	12,4
Среднее время прибытия, мин	14,0
Среднее время выполнения вызова, мин	48,0
Прибытие до 15 мин, %	82,4

значительно различаются при сравнении разных лечебных учреждений и мало отличаются при сравнении работы врачей в одном ОСМП.

Так, частота успешного проведения реанимационных мероприятий в ОСМП поликлиник в среднем составила 28,5%. При этом 59 случаев проведения реанимационных мероприятий в 6 ОСМП поликлиник ни в одном случае не закончились успешно, а в 2 ОСМП частота выведения 39 пациентов из состояния клинической смерти составила 70,7% и 84,6%.

Частота назначения при остром инфаркте миокарда такого обязательного и доступного препарата, как ацетилсалициловая кислота, варьируется в диапазоне от 6,7% до 100%. Такие же колебания и в тех же лечебных учреждениях отмечены и в частоте применения при инфаркте миокарда других жизненно важных лекарственных средств (гепарина, блокаторов β -адренорецепторов).

Аналогичная картина отмечена при анализе качества оказания скорой медицинской помощи больным с нестабильной стенокардией, пациентам с бронхиальной астмой, острым нарушением мозгового кровообращения и с острым повышением артериального давления.

Все это лишний раз подтверждает, что качество оказания скорой медицинской помощи связано не столько с формой ее организации, сколько с работой руководителей соответствующих подразделений с персоналом и контролем качества оказания скорой медицинской помощи на местах.

Таким образом, для организации эффективного оказания экстренной медицинской помощи в поликлиниках потребовалось создать мощную и разветвленную структуру.

Рассмотрим теперь, как на практике формируются поводы к вызову служб экстренной медицинской помощи. В основу разделения поводов к вызову ГССМП и ОСМП поликлиник в Санкт-Петербурге положено то, что бригады ГССМП во всех случаях выезжают к пострадавшим, больным с острыми психическими заболеваниями, женщинам при родах или при нарушении

нормального течения беременности. К больным бригады ГССМП и ОСМП поликлиник направляют в зависимости от места нахождения последних. При нахождении больных вне квартиры выезжают бригады ГССМП, на квартире — бригады ОСМП поликлиник.

Не вдаваясь в дискуссию о правильности разделения вызовов к больным в зависимости от места их нахождения, подчеркнем, что в этом случае врачи ОСМП поликлиник часто вынуждены осуществлять экстренное медицинское пособие при состояниях, непосредственно угрожающих жизни (табл. 4).

Помимо этого данные табл. 4 показывают, что при таком разделении функций возложить оказание экстренной медицинской помощи в поликлиниках можно только на врачей и фельдшеров, имеющих квалификацию «скорая медицинская помощь», обеспеченных соответствующими оперативными возможностями, необходимым оснащением, растворами, медицинскими газами и лекарственными средствами, а вовсе не на «безоружных» и не подготовленных к проведению ургентного лечебного пособия терапевтов квартирной помощи или врачей общей практики.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что многолетний опыт работы Ленинградской — Санкт-Петербургской станции скорой медицинской помощи в условиях как объединения, так и разъединения служб скорой и неотложной медицинской помощи поистине уникален. Результаты последнего разъединения служб (1988) нельзя оценить иначе как положительные. Высокая для мегаполиса оперативность оказания экстренной медицинской помощи в Санкт-Петербурге очевидна. Поэтому, являясь сторонниками существования единой и неделимой службы скорой медицинской помощи в стране, авторы статьи категорически против любых попыток какого бы то ни было очередного объединения служб скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

В то же время нельзя не отметить, что ОСМП поликлиник в Санкт-Петербурге работают разобщенно, без единого административного подчинения

Таблица 4

Количество вызовов бригад отделений скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга при некоторых заболеваниях и состояниях, непосредственно угрожающих жизни, в 2004 г.

Заболевание, состояние	Количество вызовов	Удельный вес ОСМП, %*
Острый инфаркт миокарда	9443	78,1
Острое нарушение мозгового кровообращения	29 722	82,8
Смерть в присутствии	539	60,8

* По отношению ко всем случаям вызовов скорой медицинской помощью в Санкт-Петербурге.

ния, единой стратегии развития, единой электронной базы данных, единой системы контроля качества оказания скорой медицинской помощи. Интересы ОСМП поликлиник на уровне города и в стране фактически не представлены. Нормативная база для ОСМП фактически отсутствует.

В связи с этим совершенствование сложившейся в Санкт-Петербурге системы мы видим в организации централизованного приема всех экстренных медицинских вызовов по единому двух-трехзначному телефонному номеру, в существенном усилении методического и научного сопровождения и ужесточении централизованного контроля оперативности и качества работы всех (в том числе и коммерческих) медицинских учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь.

В целом анализ опыта разделения служб, оказывающих экстренную медицинскую помощь в Санкт-Петербурге, позволяет сделать ряд выводов, актуальных для организации работы станций скорой медицинской помощи в крупных городах Российской Федерации.

ВЫВОДЫ

1. Для передачи части функций крупной городской станции скорой медицинской помощи поликлиникам необходимо создание в них отделений, суммарно не уступающих станции скорой медицинской помощи по силам и средствам.

2. Механическое «расчленение» станций скорой медицинской помощи путем передачи части

ее сил и средств в поликлиники, равно как и попытки организации оказания экстренной медицинской помощи в поликлиниках силами терапевтов квартирной помощи или семейных врачей (врачей общей практики), неизбежно приведут к ухудшению результатов лечения в целом и будут иметь негативные медицинские, социальные и экономические последствия.

3. Качественно оказывать экстренную медицинскую помощь в поликлиниках могут только врачи и фельдшеры с квалификацией «скорая медицинская помощь», имеющие соответствующие оперативные возможности, оснащение и лекарственное обеспечение.

4. Разделение вызовов между службами, оказывающими экстренную медицинскую помощь, в зависимости от места нахождения больного может быть оправдано исключительно в той части, что все выезды вне квартир являются прерогативой станции скорой медицинской помощи.

5. Основой для разделения вызовов между службами и оценки их срочности должна быть оценка вероятности непосредственной угрозы жизни и здоровья пациента, поэтому прием вызовов должен быть централизованным и алгоритмизированным.

6. При любой организационной форме оказания скорой медицинской помощи необходимо обеспечить простоту и доступность ее вызова для населения, полноценное финансовое, юридическое и научно-методическое сопровождение, централизованный контроль оперативных показателей работы и качества лечения.

УДК 614.88:616.132

СОСТОЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Г.С.Шестаков, А.О.Мясников

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

© Г.С.Шестаков, А.О.Мясников, 2006 г.

Основные направления реформирования здравоохранения определены концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, цель которой — создание условий для сохранения и улучшения здоровья населения за счет снижения заболеваемости и смертности. Коллегия Минздрава России 20.03.2002 г. утвердила план действий по реализации целей и задач, определенных концепцией. Одно из условий реализации плана — обеспечение единства системы здравоохранения при повышении качества медицинской помощи, которое характеризуется качеством структуры, качеством процесса и качеством результата [1].

Эти проблемы широко обсуждаются в периодической медицинской литературе. Отмечается сложность реформирования, так как наличия стратегии недостаточно и необходимо разрабатывать подходы к реформированию деятельности самих лечебно-профилактических учреждений как объектов управления. Однако успех реформ зависит не только от оптимизации деятельности стационаров и поликлиник, но и от обеспечения преемственности между отдельными элементами различных секторов здравоохранения. Интересы основного объекта здравоохранения — пациента, требуют обеспечения оптимального взаимодействия всех участников оказания медицинской помощи, реализации единой доктрины лечебно-диагностического процесса, адекватного по этапам оказания медицинской помощи при обеспечении преемственности по вертикали и горизонтали органов и учреждений здравоохранения.

Несмотря на декларируемую важность комплексного подхода к организации взаимодействия между различными уровнями и этапами медицинской помощи, как правило, имеются в виду амбулаторно-поликлинический и стационарный этапы. Скорая медицинская помощь упоминается в ряду медицинских учреждений, но не более того.

Реформирование работы амбулаторно-поликлинических и стационарных лечебно-профилактических учреждений, а также внедрение новых форм предоставления медицинской помощи (отделения общей врачебной практики, диагностические центры, стационарзамещающие подразделения) требуют изучения и разработки форм и методов взаимодействия станций скорой медицинской помощи с другими службами здравоохранения, что в значительной степени должно обеспечить устойчивое качество системы предоставления медицинской помощи населению.

На протяжении всей истории скорой медицинской помощи основной ее задачей являлось оказание экстренной помощи пострадавшим и внезапно заболевшим на улице и в общественных местах. В соответствии с этой задачей строилась и вся организацион-

но-функциональная модель станций скорой медицинской помощи. При открытии подстанций в больших городах учитывалось расположение больниц, наличие дорог и тому подобное. Функционирование амбулаторно-поликлинических учреждений и административное деление городов никак не учитывалось, так как станции скорой помощи не взаимодействовали с поликлиниками, а пункты неотложной помощи, являясь структурными подразделениями поликлиник, обеспечивали преемственность в работе.

Развитие медицинской науки и практики позволило оказывать эффективную помощь в условиях стационаров больным с инфарктом миокарда, острым нарушением мозгового кровообращения и при других urgentных состояниях и заболеваниях. Для обеспечения своевременной доставки в больницы таких больных была создана единая служба скорой медицинской помощи и ликвидированы пункты неотложной помощи при поликлиниках. Однако при объединении станций скорой медицинской помощи и неотложной помощи поликлиник была утрачена информационная связь амбулаторно-поликлинических учреждений со службой экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. В настоящее время более 80% вызовов бригад скорой помощи выполняется к внезапно заболевшим, находящимся дома, и проблема организации взаимодействия в работе станций скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлинических учреждений приобрела особую актуальность. Однако инициатива решения этой задачи исходит в основном от станций скорой медицинской помощи. С созданием единой службы скорой медицинской помощи в периодической медицинской литературе появляются первые публикации, посвященные этой проблеме. Авторы констатируют изменения структуры обращений на станцию скорой медицинской помощи в сторону увеличения удельного веса вызовов к заболевшим, находящимся дома.

Недостаточное количество бригад скорой помощи привело к росту доли выездов, выполняемых с опозданием. В связи с этим была предпринята попытка изучения причин роста обращаемости на станции скорой помощи и поиска путей ее снижения [2]. Б.Д. Комаров и соавт. (1977) [3] отмечают, что с созданием единой службы скорой медицинской помощи «любой поступающий вызов должен быть обслужен незамедлительно, независимо от времени суток и района вызова». Диспетчер, принимающий вызов по телефону

«03», не располагает возможностью для определения степени тяжести внезапного заболевания или полученной травмы [3]. Кроме констатации проблемы, авторы публикаций предлагали передавать вызовы к больным, нуждающимся в амбулаторном лечении, в поликлиники.

В последнее десятилетие в связи с реформированием здравоохранения, появлением новых финансово-экономических механизмов управления здравоохранением и лечебно-профилактическими учреждениями вопросы организации взаимодействия в их работе становятся все более актуальными.

Основная часть предложений по снижению числа так называемых непрофильных вызовов скорой медицинской помощи формулируется работниками станций скорой медицинской помощи. Так, на Московской городской станции скорой медицинской помощи разработана система разделения поступающих вызовов по срочности исполнения [4]. Все вызовы подразделяются на четыре категории. Кроме того, врачи оперативного отдела вправе отказать в приеме вызова по 35 поводам.

Комментируя подобное решение по снижению числа обращений на станцию скорой помощи, необходимо отметить, что повод к вызову формулирует население, и не каждый вызывающий в состоянии адекватно определить тяжесть состояния заболевшего или пострадавшего.

Подобный подход к определению показаний к выезду бригад скорой медицинской помощи апробирован в 17 городах России [5]. Авторы предлагают подразделять показания к вызову бригад скорой помощи на абсолютные (в том числе жизненные), безусловные, условно абсолютные и относительные. При этом роды, осложненные кровотечением, на улице отнесены авторами к категории абсолютных показаний, а аналогичная ситуация на дому — к относительно срочным. Вызовы, которые могут быть переданы для исполнения в поликлинику, предлагается выполнять на хозрасчетной основе.

Станция скорой медицинской помощи г. Москвы организует взаимодействие с амбулаторно-поликлиническими учреждениями путем проведения ежеквартальных совещаний с их руководителями, где выявляются недостатки в работе служб, что позволяет снизить частоту непрофильных вызовов на 2% [6]. Тем не менее общее число обращений на станцию возросло на 13,7%, что свидетельствует о недостаточной эффективности такой формы взаимодействия.

Станция скорой медицинской помощи г. Омска, организуя взаимодействие с амбулаторно-поликлиническими учреждениями, проводит совместные совещания, составляет списки хронических больных по поликлиникам и участкам и доводит их до сведения руководителей этих учреждений, что позволило снизить удельный вес выездов к хроническим больным на 2%.

Наиболее эффективным способом снижения числа обращений на станцию скорой медицинской помощи г. Омска считается деятельность врача-консультанта на пульте «03». По данным авторов, более половины (52,0%) из 63 072 обращений в 2003 г. окончились консультацией специалиста без выезда бригады скорой помощи.

Таким образом, наиболее распространенной формой взаимодействия станций скорой медицинской помощи и амбулаторно-поликлинических учреждений в настоящее время является передача информации о больных, вызвавших бригаду скорой помощи, но не нуждавшихся в экстренной помощи или нуждающихся в активном посещении врача поликлиники после вызова бригады скорой помощи.

Второй путь снижения обращаемости на станции скорой медицинской помощи, широко обсуждаемый в медицинской периодической печати, — создание пунктов неотложной медицинской помощи при поликлиниках для оказания экстренной помощи внезапно заболевшим дома [4].

В доступной медицинской литературе нет научных обоснований предлагаемого разделения службы экстренной медицинской помощи и выделения из состава станций СМП службы неотложной помощи с созданием пунктов в поликлиниках. Необходимость такого разделения мотивируется необходимостью своевременного оказания экстренной помощи при несчастных случаях и травмах и высоким удельным весом непрофильных вызовов из-за вызовов, связанных с хроническими заболеваниями [4].

Все предлагаемые для обсуждения и претворяемые в жизнь организационные мероприятия направлены не на разработку методик оптимального обеспечения станций скорой медицинской помощи выездными бригадами, а только на снижение числа обращений за счет снижения доступности экстренной медицинской помощи при внезапных заболеваниях на дому.

В результате возврата к многоэтапности экстренной медицинской помощи ее оказание больным с угрожающими жизни заболеваниями становится отсроченным, что неминуемо ухудшает

результаты лечения. Кроме того, такой подход к организации экстренной помощи на догоспитальном этапе противоречит существующему законодательству.

Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 39) определяют, что скорая медицинская помощь оказывается гражданам в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства: при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях. Оказание такой помощи возложено на службу скорой медицинской помощи независимо от подчиненности и форм собственности. Постановление Правительства Российской Федерации № 550 от 24.06.01 г. «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» определяет, что «скорая помощь предоставляется при состояниях, угрожающих жизни или здоровью граждан или окружающих их лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами, отравлениями, при родах и осложненной беременности». Разделение экстренной медицинской помощи на скорую и неотложную не предусматривается и в Приказе № 100 Минздрава России от 26.03.99 г.

По мнению Н.Д.Грибовой и соавт. (2004) [7], разделение экстренной медицинской помощи на скорую и неотложную носит некорректный характер, так как производится на основе анализа отработанной медицинской документации (карт выполненных вызовов), а не при приеме вызовов. При обращении по телефону фельдшер по приему вызовов без осмотра больного не может адекватно определить необходимость и срочность выезда бригады. Авторы приходят к заключению, что существующая нормативно-правовая база, регулирующая оказание экстренной медицинской помощи населению, предполагает полную неправомочность понятия «неотложная помощь», а деление медицинской помощи на экстренную и отсроченную может применяться только при чрезвычайных ситуациях или массовых заболеваниях, после оценки медицинскими работниками масштаба имеющихся потерь. Во всех остальных случаях любое обращение граждан на станцию скорой медицинской помощи должно рассматриваться как категория экстренного обращения.

Таким образом, существовавшая многие годы и не претерпевшая в последнее время существенных изменений система взаимодействия станций скорой медицинской помощи и поликлиник по су-

ти заключается в информировании поликлиник о случаях выезда бригад скорой помощи к внезапно заболевшим на дому и необходимости активного посещения таких больных участковым врачом.

Возникновение новых организационных форм амбулаторно-поликлинической помощи

(врачи общей практики, стационары на дому, дневные стационары и т. п.) требует пересмотра роли и места станций скорой медицинской помощи в системе догоспитальной помощи и организации эффективного взаимодействия с амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

Литература

1. Вялков З.И. Управление качеством в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением.— 2003.— № 1 (8).— С. 5–11.
2. Комаров Б.Д., Лисичкин В.В., Зубов С.А. Уровень и структура обращаемости населения Москвы за скорой медицинской помощью // Сов. здравоохран.— 1981.— № 6.— С. 28–31.
3. Комаров Б.Д. и др. Расчет необходимого количества выездных бригад скорой помощи и методика оптимального распределения их по подстанциям: Методические рекомендации Минздрава РСФСР.— М., 1977.— 23 с.
4. Элькис И.С. Совершенствование управления скорой и неотложной медицинской помощью в крупнейшем мегаполисе (г. Москва): Автореф. дисс.... д-ра мед. наук.— М., 1997.— 48 с.
5. Грязнов С.Н., Зинин В.В. О показаниях к выезду скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь.— 2001.— Т. 2, № 3.— С. 15–16.
6. Элькис И.С., Лисичкин В.В., Зубов С.А. Организация оперативного управления бригадами и повышения качества лечебно-диагностической работы на станции скорой и неотложной медицинской помощи им.А.С.Пучкова г. Москвы // Новые технологии в службе СМП.— Челябинск, 2004.— С. 24–27.
7. Грибова Н.Д. и др. О понятии «Скорая медицинская помощь» // Новые технологии в службе СМП.— Челябинск, 2004.— С. 30–32.

УДК 614.883

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.А.Митин, С.Т.Игнатов

МУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», г. Прокопьевск, Кемеровская область, Россия

© В.А.Митин, С.Т.Игнатов, 2006 г.

Службе скорой медицинской помощи (СМП) придается большое значение в оказании экстренной медицинской помощи больным с угрожающими жизни состояниями на догоспитальном этапе.

Служба скорой медицинской помощи является зеркалом работы отечественного здравоохранения. Недостатки в организации медицинской помощи на дому увеличивают количество вызовов СМП. В значительной степени это зависит от преемственности в работе СМП с амбулаторно-поликлинической службой. Не секрет, что около 40% вызовов СМП составляют вызовы к пациентам с обострениями хронических заболеваний, которым требуется системное обследование и лечение, прежде всего, в поликлинике. В сложных социально-экономических условиях пациенты с острыми заболеваниями и состояниями, выявленными врачами СМП, нередко отказываются от экстренной госпитализации. Большое значение приобретает проведение таким больным своевременного и полного комплекса лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий, доступных в условиях поликлиники. Синдромная терапия, часто проводимая на этапе оказания СМП, изначально не направлена на лечение этой категории пациентов, а порой только вредит им при отсутствии дальнейших назначений по лечению основного заболевания.

Очень высокой остается доля несвойственной для СМП нагрузки, связанной с оказанием помощи хроническим больным (31,1% в 2004 г., 32,1% в 2005 г.). Учитывая высокие затраты и низкую эффективность подобного использования бригад СМП, необходимо искать пути снижения необоснованной обращаемости населения за скорой медицинской помощью. В этих условиях необходимо взаимодействие службы СМП и поликлиник.

Основным приказом, регламентирующим преемственность в работе этих лечебных учреждений, является Приказ МЗ РФ № 100 от 26.03.1999 г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации»; п. 4.3: «В целях координации лечебно-профилактической работы, улучшения преемственности в обслуживании больных администрация СМП проводит регулярные совещания с руководством ЛПУ, расположенных в зоне обслуживания», и Приказ ДОЗН Кемеровской области № 214 от 30.03.04 г. «Об улучшении преемственности в работе ССМП и ЛПУ городов и районов Кемеровской области», в котором говорится о том, что необходимо «...ежедневно передавать в поликлинику информацию о хронических больных, инфекционных и в ургентном состоянии больных, отказавшихся от экстренной госпитализации, а также детей до 3 лет.

При направлении на экстренную госпитализацию заполнять сопроводительный лист, передавать больного врачам стационаров».

Чтобы уменьшить обращаемость пациентов с хроническими заболеваниями за СМП, ежедневно утром по телефону передается информация в территориальные поликлиники об обслуженных больных, нуждающихся в посещении участковыми врачами для коррекции лечения, наблюдения, выписки медикаментов, консультации специалистами поликлиники, решения вопроса о плановой госпитализации либо для выполнения медицинских манипуляций. Кроме того, передается информация обо всех детях до 18 лет, обслуженных СМП, независимо от вида помощи. В последние годы охват наблюдением участковыми врачами в динамике составил 100% (табл. 1).

только бригадами СМП. При этом целесообразность таких перевозок весьма сомнительна. По этой причине показатель обращаемости на СМП увеличивается, что влечет как необоснованные экономические затраты, так и снижение эффективности работы службы СМП.

Согласно Приказу УЗ г. Прокопьевска № 79 от 03.04.2002 г., бригады скорой медицинской помощи привлекаются для перевозки пациентов на этапы долечивания только в случае необходимости сопровождения больных медицинским работником. Заявки на перевозки таких больных принимаются только от участковых врачей. Вызовы на плановую или экстренную госпитализацию больных также должны поступать только от участковых врачей, которые не должны ориентировать пациентов на использование бригад СМП для получения консультаций узких специ-

Таблица 1

Охват наблюдением в динамике участковыми врачами

Показатель	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Переданы в поликлиники	6014	5205	6081	9320	8620
Посещены участковым врачом	5921	5021	6081	9320	8620
% охвата	98,5	96,5	100	100	100

Для сведения участковых врачей бригады СМП оставляют сигнальные листы произвольной формы с указанием установленного диагноза и проведенного лечения.

Для улучшения преемственности между СМП и поликлинической службой на совместных совещаниях и конференциях проводится обмен информацией и разбор дефектов лечения.

С внедрением национального проекта «Здоровье», направленного на оздоровление населения путем укрепления материально-технической базы и укомплектованности врачебными кадрами амбулаторно-поликлинической службы, врачи стали более заинтересованы в получении информации СМП, способствующей улучшению как лечебной, так и профилактической медицинской помощи. Преемственность позволяет поликлинической службе активнее работать с хроническими больными, усиливать меры профилактики и повышать роль стационарзамещающих технологий.

Существует и другая проблема — перевозка больных по направлениям врачей лечебных учреждений. В практике учреждений здравоохранения некоторых территорий сложилась неправильная установка, что все больные должны перевозиться в больницы и из одного ЛПУ в другое

алистов. Встречаются единичные случаи, когда СМП вызывают для выполнения назначений участкового врача и проведения медицинских манипуляций, что противоречит положению о скорой медицинской помощи.

На показатель обращаемости за СМП влияет организация медицинской помощи как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах.

Из года в год отбор больных, направленных на госпитализацию, уменьшается, однако он на 10% выше областного показателя и составляет в среднем 31,4% (показатель по области — 21%). В то же время остается стабильным процент госпитализированных больных от числа направленных (табл. 2). По области этот показатель равен 93%.

На каждого больного, направленного бригадой СМП в стационар, заполняется сопроводи-

Таблица 2

Госпитализация в стационары (%)

Годы	Направлены на госпитализацию	Госпитализированы от числа направленных
2002	31,9	85,7
2003	31,4	87,0
2004	31,1	87,1
2005	31,4	86,6

тельный лист. При анализе отрывных талонов сопроводительных листов частота совпадения диагнозов составляет 95,2%.

Вопросы поддержания преемственности со стационарами решаются следующим образом:

1. Передача больного бригадой СМП непосредственно врачу стационара.

2. Ежедневное уточнение судьбы госпитализированных пациентов для своевременного информирования участковых врачей территориальных поликлиник о больных, которые не были госпитализированы.

3. Учет дефектов в работе СМП.

4. Обмен информацией при помощи сигнальных извещений.

5. Участие в совместных совещаниях.

6. Проведение ежемесячных медицинских конференций с участием главных и ведущих специалистов.

Преемственность в работе службы скорой медицинской помощи, поликлиник и стационаров позволяет более эффективно использовать возможности станции СМП и повышать качество оказания экстренной медицинской помощи.

УДК 614.88 (470-25)

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ И ПОСТРАДАВШИМ В ОТДЕЛЕНИИ ПЛАНОВОЙ И ЭКСТРЕННОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В.П.Попов, О.В.Колясников, Ю.В.Трушников, О.А.Мельникова

Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

После передачи в 1994 г. отделения санитарной авиации в структуру Территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) и организации отделения плановой и экстренной консультативной медицинской помощи были изменены некоторые подходы к работе отделения. При оказании помощи пациентам приоритетными были избраны следующие направления:

1) преимущественное решение вопросов консультативной помощи с выездом консультанта к больному, при необходимости выезд бригады специалистов;

2) оснащение специалистов, выезжающих к больному, необходимым диагностическим и лечебным оборудованием, инструментарием и медикаментами;

3) максимально возможное оказание медицинской помощи на месте, в том числе хирургической, с последующим выживанием больного местными силами или эвакуацией пациента в специализированные центры Екатеринбурга.

Для оценки эффективности этих подходов к оказанию экстренной консультативной медицинской помощи были разработаны методики, которые позволили оценить их с точки зрения доказательной медицины:

1) разработана и внедрена система дистанционного наблюдения (мониторинга) за тяжелыми больными и пациентами, нетранспортабельными на момент консультации.

2) внедрена система оценки тяжести состояния больного и разработана шкала оценки транспортабельности.

Обе методики основаны на универсальной шкале полиорганной недостаточности «Екатеринбург-2000», разработанной группой специалистов под руководством главного анестезиолога Свердловской области д-ра мед. наук А.Л.Левита (Патент на изобретение № 2185089 от 20.07.2002 г.). Шкала предусматривает оценку тяжести больного и пострадавшего по состоянию 7 основных систем и не требует специальных методов обследования.

Для включения больного в группу мониторингового наблюдения определены следующие показания:

1) больные, оперированные специалистами ТЦМК;

2) тяжелые больные, подлежащие лечению на месте до стабилизации состояния;

3) диагностически неясные больные в тяжелом состоянии и состоянии средней тяжести;

4) больные с ятрогенными осложнениями.

Решение о принятии больного на мониторинг принимают совместно заведующий оперативно-диспетчерским отделом, врач-

анестезиолог, ответственный за мониторинг, и врач-специалист по профилю заболевания пациента. Наблюдение осуществляется посредством телефонных консультаций с фиксацией данных о состоянии больного по специально разработанной программе. Интервал наблюдения — 12 или 24 ч в зависимости от тяжести состояния больного и ситуации на месте.

Врач, осуществляющий мониторинг, собирает информацию о состоянии пациента и динамике заболевания, информацию о проведенных лечебно-диагностических мероприятиях за прошедший период. В результате определяется последующая тактика ведения.

По результатам мониторинга принимаются следующие решения:

- 1) дальнейшее мониторирование больного;
- 2) организация консилиума с выездом к больному с привлечением узких специалистов и профессорско-преподавательского состава медицинской академии;
- 3) решение о перегоспитализации больного в специализированный центр;
- 4) прекращение мониторинга в связи со стабилизацией или улучшением состояния больного или летальным исходом.

Для объективизации подхода к определению транспортабельности была разработана шкала безопасной транспортировки, основанная на балльном показателе состояния пациента по шкале «Екатеринбург-2000», учете расстояния и длительности транспортировки, вида транспорта, уровня лечебного учреждения, в котором находится больной.

В зависимости от степени и количества декомпенсированных систем организма (не более 3) к больному направляется комплексная бригада, усиленная профильными специалистами, планируется интенсивная предтранспортировоч-

ная подготовка, определяется вид транспорта. Шкала, разработанная и внедренная нами, утверждена к применению Приказом Министерства здравоохранения Свердловской области под названием «Шкала транспортировки больных с полиорганной дисфункцией».

За 2001–2004 гг. на мониторинге находились 1048 больных.

Больные акушерского и гинекологического профиля составили 37%, пациенты нейрохирургического профиля — 20,3%, хирургического — 14,7%, травматологического — 5%. Средняя продолжительность мониторинга 4–7 суток.

Результаты применения методики мониторинга за больными и системы оценки транспортабельности указаны в таблице.

Т а б л и ц а

Результаты мониторинга наблюдения за пациентами

Оцениваемый критерий	2001–2002 гг.	2003–2004 гг.
Улучшение состояния больного (больной долечивался на месте), %	49,4	57,2
Эвакуация больного в специализированный центр Екатеринбурга, %	22,1	23,3
Летальный исход на месте, %	28,5	19,5

Из полученных данных видно, что в период с 2001 по 2004 гг. число пациентов, оставшихся для долечивания на месте (после оказания консультативной помощи), увеличилось с 49% до 57%. В то же время летальность снизилась с 29% до 20%. Данные результаты свидетельствуют о том, что применение шкалы безопасной транспортировки и шкалы оценки полиорганной дисфункции позволяет более точно оценить состояние больного, что, в свою очередь, улучшает качество оказания медицинской помощи.

С 2003 г. нами отслеживается судьба всех больных, перегоспитализированных в ЛПУ областного центра. Заслуживает внимания снижение летальности в этой группе больных — с 7,2% в 2003 г. до 4,8% в 2004 г.

Таким образом, в результате проделанной работы можно сделать вывод, что разработанная и внедренная нами система мониторинга и объективизации критериев тяжести состояния и транспортабельности пациентов достаточно удобна, проста и эффективна.

УДК 159.944.4:614.881

ПОТЕНЦИАЛ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.Т.Игнатов, А.Д.Никониченко, В.А.Митин

МУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», г. Прокопьевск, Кемеровская область, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

На станции скорой медицинской помощи (СМП) г. Прокопьевска трудятся 123 медицинских работника. Доля мужчин составляет 33,3%, женщин — 66,7%. Половина работников младше 40 лет.

При анализе заболеваемости медицинских работников г. Прокопьевска выяснилось, что медицинский персонал станции СМП занимает одно из первых мест по количеству дней временной нетрудоспособности. Средняя длительность пребывания на больничном листе составила 18,4 дней в 2004 г. и 14,4 дней в 2005 г.

Структура заболеваемости работников СМП и медицинских работников города представлена в таблице.

Видно, что в структуре общей заболеваемости работников СМП болезни системы кровообращения и травмы превышают городские показатели на 2,2% и 3,4% соответственно. Одновременно с этим прослеживается увеличение средней продолжительности одного случая временной нетрудоспособности у работников СМП по сравнению со средними показателями среди работников здравоохранения в городе.

С учетом неблагоприятной обстановки по заболеваемости среди медицинского персонала СМП был проведен опрос о состоянии здоровья. При ответе на вопрос о перенесенных заболеваниях 52% работников ответили, что они имеют хронические заболевания и связывают их с работой на станции скорой медицинской помощи.

Наибольший удельный вес (20,7%) имеют болезни органов кровообращения, из которых 90% приходится на гипертоническую болезнь. Второе и третье места с одинаковой частотой (13,5%) занимают болезни мочеполовой и костно-мышечной системы. Из них самыми распространенными оказались пиелонефрит, цистит, остеохондроз.

Четвертое место заняли болезни органов пищеварения (10,8%), более половины которых приходится на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки.

Результаты периодического медицинского осмотра также показали, что у 80% медицинского персонала СМП были выявлены те или иные хронические заболевания.

По частоте выявления хронические заболевания распределились следующим образом:

- остеохондроз — 39,7%;
- нарушение зрения — 17,8%;
- болезни уха, горла и носа — 12,9%;
- хронический бронхит — 7,9%;
- артериальная гипертензия — 7,9%;
- ИБС — 6,9%;
- хронический пиелонефрит — 4%;
- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — 2,9%.

Т а б л и ц а

Структура заболеваемости медицинских работников за 9 месяцев 2005 г.

Заболевания	Удельный вес, %		Средняя длительность, дней	
	СМП	город	СМП	город
Болезни органов дыхания	21,8	26,4	11,5	20,0
Травмы	18,8	15,4	20,5	15,0
Болезни костно-мышечной системы	12,9	12,9	19,5	15,9
Болезни системы кровообращения	12,9	10,7	16,5	9,4

Также выяснилось, что 9,8% врачей и фельдшеров являются носителями австралийского антигена.

На станции СМП был принят ряд мер по укреплению здоровья медицинского персонала. Однако проведенные оздоровительные мероприятия не позволили существенно снизить заболеваемость медицинского персонала СМП, так как основным фактором, влияющим на состояние здоровья работников, являются неблагоприятные условия и характер труда.

По роду своей деятельности медицинский персонал СМП постоянно подвергается воздействию различных неблагоприятных факторов: нервно-эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая поза, перенапряжение анализаторных систем, работа в условиях повышенной

и пониженной температуры и влажности окружающей среды, воздействие инфекционных агентов, работа в криминальной и социально неблагоприятной обстановке.

Незавидное материальное положение сотрудников СМП вынуждает их постоянно работать на 1,5 ставки и более. Из-за проблем с финансированием рабочие места не аттестованы, что не позволяет обоснованно решать вопросы о предоставлении льгот и компенсаций, связывать профессиональную заболеваемость с условиями труда.

Исходя из вышесказанного, мы считаем, что необходимо законодательно расширить список профессиональных заболеваний медицинских работников с учетом основных структурных групп, рассмотреть в правительстве РФ вопрос о снижении пенсионного возраста для работников СМП.

ИНФОРМАЦИЯ

ПЕРВЫЙ ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕРОССИЙСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

10 апреля 2006 г. в г. Воронеже состоялся первый пленум правления общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи».

На пленуме присутствовали 134 делегата из Астрахани, Брянска, Волгограда, Воронежа, Воронежской области, Выборга, Екатеринбургa, Йошкар-Олы, Казани, Красноярска, Липецка, Махачкалы, Москвы, Мурманска, Омска, Орла, Орловской области, Нижнего Новгорода, Ростова-на-Дону, Санкт-Петербурга, Тамбова, Тольятти, Томска, Тулы, Уфы, Ярославля.

Во время работы пленума проходила выставка продукции ведущих отечественных и зарубежных компаний, производящих автотранспорт, медицинскую технику, лекарственные препараты и растворы для службы скорой медицинской помощи.

К проведению пленума был приурочен выпуск очередного номера Российского научно-практического журнала «Скорая медицинская помощь».

С приветственным словом к участникам пленума обратились первый заместитель Главы администрации г. Воронежа Ю.П.Кретинин, руководитель Главного управления здравоохранения Воронежской области Е.В.Мезенцев, ректор Воронежской государственной медицинской академии им.Н.Н.Бурденко И.Э.Есауленко.

Председатель правления РОСМП проф. А.Г.Мирошниченко доложил о результатах работы правления в текущем году и подготовки ко 2-му съезду РОСМП.

Участники пленума заслушали и обсудили 15 докладов по животрепещущим проблемам и перспективам развития службы скорой медицинской помощи в стране.

Обсуждались вопросы реализации национального проекта по скорой медицинской помощи, выполнения Приказа МЗ и СР РФ № 752 «Об оснащении санитарного транспорта», реструктуризации службы, роли доказательной медицины в практике скорой медицинской помощи и научной специальности «скорая медицинская помощь», взаимодействия с Всероссийской службой медицины катастроф, подготовки и переподготовки врачей и фельдшеров, дополнений в стандарты по скорой медицинской помощи.

Подробно были рассмотрены правовые аспекты деятельности медицинских профессиональных общественных организаций в Российской Федерации, вступление РОСМП в Российское медицинское общество и результаты юридической регистрации региональных организаций.

По результатам обсуждения принято решение.

РЕШЕНИЕ**плenums правления общероссийской
общественной организации «Российское
общество скорой медицинской помощи»**

1. Обратиться ко 2-му съезду общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» с предложением об изменении подхода к формированию правления по принципу представления в нем 7 федеральных округов.

2. Продолжить оказание методической помощи по завершению государственной регистрации региональных отделений общества.

3. Подготовить предложения по формированию системы непрерывного обучения врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи.

4. Сформировать комиссию экспертов для оценки качества оказания скорой медицинской помощи.

5. Сформировать комиссию по проведению контролируемых клинических испытаний.

6. Поручить председателю правления РОСМП внести в повестку работы ближайшего Координационного совета по скорой медицинской помощи МЗ и СР РФ вопрос о введении научной специальности «скорая медицинская помощь».

7. Сформировать повестку дня съезда, подготовить обсуждение и утверждение предложений пленума правления на съезде РОСМП.

Правление и участники пленума выражают глубокую признательность администрации г. Воронежа, руководству комитетов здравоохранения г. Воронежа и Воронежской области, руководству Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко и заведующему кафедры скорой медицинской помощи этой академии проф. В.Л.Радущкевичу за деятельную поддержку в проведении первого пленума правления общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи».

Ученый секретарь РОСМП, проф. В.В.Руксин

ИТОГИ НАУЧНОЙ РАБОТЫ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ В РОССИИ В 2005 г.

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

© Коллектив авторов, 2006 г.

В 2005 году ученых России по-прежнему привлекали проблемы неотложной хирургии. Нам удалось получить сведения о 126 завершенных научных работах, в том числе 12 докторских и 96 кандидатских диссертациях.

В научно-исследовательской работе принимали участие 43 научных учреждения, среди них кафедры 34 вузов и учреждений последипломной подготовки врачей. Нам известно о публикации 5 наименований методических рекомендаций, 1 пособия для врачей и 6 монографий. В центральной печати опубликованы 65 статей.

Перитонит и абдоминальный сепсис, развивающийся в 70% наблюдений при распространенном перитоните, по-прежнему привлекают большое внимание хирургов. По этой проблеме завершены 25 работ.

Широко освещались вопросы программированных санаций брюшной полости при распространенном перитоните (РГМУ, Сибирский медицинский университет, МОНИКИ, Оренбургская медицинская академия, 574-й военный клинический госпиталь, Ставропольская медицинская академия).

Показано, что при применении программированных санаций брюшной полости клиническая стабилизация у большинства больных с распространенным гнойным перитонитом наступает на 5–7-е сутки. Морфологически через 10 суток наблюдается значительное очищение поверхности брюшины, а через 14 суток — полное ее очищение. При проведении лапароскопических санаций клиническая стабилизация наступает к 4–5-м суткам, а через 10 суток морфологически завершается острая фаза перитонита.

Обращено внимание на то, что при распространенном перитоните, сопровождающемся II–III степенью интоксикации, а также в тех случаях, когда Маннгеймский перитонеальный индекс превышает 30 баллов, санация брюшной полости в послеоперационном периоде должна быть продолжена в виде продленной санации, так же как и у ослабленных больных, перенесших 5 и более программированных санаций, при сохраняющихся признаках эндогенной интоксикации («третичный перитонит»).

Применение технологии программированных санаций брюшной полости в комплексном лечении больных с распространенным гнойным перитонитом в сравнении с релапаротомиями «по требованию» позволило купировать перитонит, по данным Ставропольской медицинской академии, в 75,6% наблюдений со снижением летальности с 42,6% до 18,9%, а по данным Сибирского медицинского университета — с 52% до 20,89%.

По данным Российского медицинского университета, применение программированных санационных релапаротомий при распространенном перитоните позволило снизить летальность в наиболее тяжелой группе больных с 45,8% до 29,8%, а количество внутрибрюшных осложнений, которые могут привести к повтор-

ным вынужденным хирургическим вмешательствам, — с 56,3% до 25,5%.

Предложен диагностический коэффициент, величина которого складывается из определения характера и количества выпота в брюшной полости, наличия и характера фибрина, диаметра кишки, утолщения ее стенки, перистальтики кишечника, количества отделяемого по зонду. Этот индекс позволяет планировать необходимость продолжения цикла санаций брюшной полости (РГМУ).

Изучено влияние интраперитонеального протеолиза имозимазой, интенсивно лизирующей фибринозно-гнойные продукты воспаления и фибринсодержащие субстраты (НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН).

Показана эффективность видеолaparоскопических озоновых санаций брюшной полости при распространенном перитоните (574-й военный клинический госпиталь).

Выявлено, что во время ревизии брюшной полости и ее промывания после выполнения основного этапа операции при экспериментальном перитоните отмечается массивное поступление микроорганизмов из очага первичного воспаления в брюшную полость в лимфатическую систему, а затем в кровеносное русло, что сопровождается гемодинамическими нарушениями и может привести к образованию очагов инфекции в органах, непосредственно не вовлеченных в патологический процесс. Применение гиперосмолярных растворов для промывания брюшной полости при экспериментальном перитоните снижает риск распространения инфекции лимфогематогенным путем, что позволяет обосновать патогенетическую целесообразность их применения (Институт медицинского образования Новгородского государственного университета).

Обращено внимание на то, что комплексное лечение распространенного перитонита должно предусматривать лечебные мероприятия, направленные на снижение внутрибрюшного давления. Предложен эффективный способ коррекции внутрибрюшного давления — декомпрессионное ушивание брюшной полости с применением временной заплаты из пористого политетрафторэтилена. Применение этой пленки обеспечивает атравматичный доступ для многократных санаций брюшной полости, позволяет управлять размерами операционной раны, обеспечивая при этом полноценную коррекцию внутрибрюшного давления (РГМУ).

Подчеркнуто, что активная хирургическая тактика при гнойно-септических осложнениях заболеваний органов брюшной полости должна сочетаться с методами гемокоррекции как единая операция детоксикации организма. Методами выбора при этом являются интермиттирующая гемофильтрация и бифильтрационный обменный плазмаферез (МОНИКИ).

Показано, что в комплексном лечении больных с послеоперационным перитонитом экстракорпоральная детоксикация лимфы является высокоэффективным методом терапии, позволяющим снизить летальность с 61,8% до 34,1% (ЦВКГ им. Вишневого).

Предложен метод дренирования брюшной полости с использованием гидратцеллюлозной пленки, эффективно снижающий степень выраженности эндогенной интоксикации, количество послеоперационных осложнений и летальность (с 26% до 17,1%) по сравнению с марлево-перчаточным дренажом. Лечебный эффект объясняется возможностью выполнения непрерывного дренирования брюшной полости (Казанская медицинская академия).

Показано, что применение постурального дренажа на предложенной модели функциональной медицинской кровати превосходит «традиционные» методы дренирования по эффективности и скорости оттока экссудата, что позволяет снизить летальность на 8,5% (Кубанская медицинская академия).

Работами Кубанской медицинской академии показано, что комплексное применение натрия гипохлорита и ВЛОК в лечении экспериментального желчного перитонита приводит к раннему прерыванию цепи свободнорадикальных реакций и нормализации показателей антиоксидантной защиты организма, что проявляется улучшением клинической картины в послеоперационном периоде с нормализацией практически всех звеньев гемостаза к 7-м суткам наблюдения, коррекцией морфофункциональных признаков воспаления в париетальной брюшине и снижением летальности животных в 2 раза. Сравнительное изучение этих методов свидетельствует о том, что применение натрия гипохлорита является более эффективным методом гемокоррекции по сравнению с ВЛОК.

Гемокоррекция течения желчного перитонита путем комплексного применения натрия гипохлорита и УФОК приводит к выраженной стимуляции эритропоэза, ранней нормализации количества лейкоцитов и тромбоцитов и их агрегации

онной активности, а также способствует ранней нормализации гормонального статуса животных при экспериментальном желчном перитоните.

Выявлено, что комплексное лечение больных с распространенным перитонитом с использованием газожидкостного потока натрия гипохлорита и обкалывание лапаротомной раны ронколейкином способствуют снижению послеоперационной летальности в 2,3 раза и количества послеоперационных осложнений в 2 раза (Кубанская медицинская академия).

Установлено, что при спаечном процессе, обусловленном перитонитом, расстройства в коагуляционно-литической системе крови общего и локального кровотока, лимфе, ткани кишечника сопровождаются развитием липидного дистресс-синдрома, ведущими механизмами которого являются повышенная активность свободнорадикальных реакций ПОЛ и фосфолипазы А2, снижение антиоксидантного потенциала, протекающие на фоне нарушенного транскапиллярного обмена, электрогенеза и трофики тканей кишечника, лимфотока, повышенной экссудации. При применении комбинации препаратов мексидола и гепарина или мексидола и фраксипарина происходит раннее восстановление системы свертывания крови и лимфы, состава липидов, интенсивности ПОЛ, активности фосфолипазы А2. Быстрое купирование патологических сдвигов гомеостаза обусловило предупреждение формирования спаек в брюшной полости в 80% экспериментальных наблюдений. На основании полученных экспериментальных данных рекомендовано для предупреждения развития спаек в брюшной полости при перитоните в послеоперационном периоде включать в комплексное лечение комбинации мексидола и гепарина или мексидола и фраксипарина (Мордовский государственный университет).

Обращено внимание на то, что тотальная и длительная назоинтестинальная интубация с послеоперационным лаважем кишечника и энтеросорбцией не только является эффективным методом декомпрессии и деконтаминации кишечника в условиях распространенного гнойного перитонита, но и позволяет предотвратить транслокацию микрофлоры кишечника в брюшную полость и снизить количество гнойно-воспалительных осложнений и релапаротомий (Ростовский медицинский университет).

Создана компьютерная программа оценки тяжести состояния больных с абдоминальным сепсисом, позволяющая отнести пациента к одной

из четырех групп прогноза уже в 1-е сутки после операции. На основании проведенного медико-экономического и статистического анализа компонентов интенсивной терапии в группах прогноза разработана концепция улучшения качества лечения больных без увеличения затрат. В каждой группе определены критерии приоритетности компонентов интенсивной терапии, что позволяет не расходовать материальные средства на неприоритетные компоненты терапии. Выделение 2-й и 3-й групп как наиболее перспективных с точки зрения снижения летальности позволяет перераспределять материальные средства таким образом, чтобы наибольшие затраты приходились на больных именно этих групп. Это определяет для пациентов указанных групп более длительный реанимационный койко-день, использование длительной вентиляционной поддержки, раннее использование дорогостоящих антибиотиков и комплексной нутритивной поддержки (ГКБ № 15 г. Москвы).

Для профилактики несостоятельности швов анастомозов кишечника и развития перитонита предложено местное применение фибринового клея, использование которого приводит к ускоренной регенерации с быстрым восстановлением биологического герметизма и механической прочности анастомозов, препятствует развитию гнойно-деструктивных процессов и патологического склерозирования в области сформированного соустья (ММА).

Как и в прошлом году, большое количество работ (26) посвящено проблеме **острого панкреатита**.

Показано, что ведущими факторами панкреонекроза, определяющими прогноз и исход заболевания, являются:

- 1) распространенный и инфицированный характер некротической деструкции;
- 2) преобладание некротического компонента в очагах забрюшинной деструкции над экссудативным;
- 3) развитие системной воспалительной реакции и полиорганных нарушений.

Эти факторы позволяют объективно оценить степень тяжести состояния больного и обосновать кардинальные направления тактики комплексного лечения.

Подчеркнуто, что своевременная и точная дифференциальная диагностика стерильного и инфицированного панкреонекроза включает применение в динамике заболевания комплекса традиционных клинических и инструменталь-

ных методов (УЗИ, лапароскопия, КТ, диагностические пункции под УЗИ-контролем), лабораторных гемотест-систем (панкреатическая амилаза, липаза, лактатдегидрогеназа), лабораторных маркеров системной воспалительной реакции (С-реактивный белок, прокальцитонин) и сепсиса (микробиологические исследования). Достоверными признаками инфицирования панкреонекроза следует считать совокупность следующих данных: 1) максимальная суточная температура тела выше 37,8°С; 2) количество лейкоцитов более 12 000; 3) ЛИИ более 6 усл. ед.; 4) концентрация С-реактивного белка более 200 мг/л; 5) прокальцитонин в крови более 2,0 нг/мл; 6) увеличение значения как минимум трех из этих лабораторных показателей более чем на 30% по отношению к стартовому уровню в течение 1–2 суток мониторинга.

Подчеркнуто, что антибактериальные препараты (карбопенемы, фторхинолоны и цефалоспорины III–IV поколения) при ограниченном характере панкреонекроза позволяют предупредить развитие инфицирования, тогда как при распространенном некротическом процессе их эффективность существенно ограничена (РГМУ).

В работе из Оренбургской медицинской академии стадия гнойно-септических осложнений при деструктивном панкреатите рассматривается как самостоятельное заболевание, протекающее на фоне разбалансированности всех функций систем и органов. Установлено, что инфицирование ткани поджелудочной железы происходит уже на ранних стадиях, особенно во второй фазе (панкреатогенной токсемии).

Выявлен новый феномен «укрытия» бактерий во внутриклеточных структурах органа. В течение продолжительного времени они сохраняют свою жизнеспособность, что служит одной из причин развития инфицирования некротических масс и приводит к хронизации и рецидивированию инфекционного процесса в очагах деструкции поджелудочной железы и ее клетчатки.

Показана целесообразность использования методов непосредственного воздействия на область гнойно-некротического поражения для ускорения процессов отграничения, отторжения некротических масс, стимуляции регенераторных процессов. Для этого предложено местное использование окситоцина и гликозаминогликанов (гиалуриновой кислоты или куриозина) (Оренбургская медицинская академия).

Установлено, что показанием к хирургическому лечению при ограниченном стерильном

панкреонекрозе является стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне проводимой комплексной интенсивной терапии, при этом интраоперационная тактика и выбор дренирующей операции зависят от распространенности некротического поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки: при ограниченном стерильном панкреонекрозе целесообразно использовать «закрытые» методы дренирования, при распространенном стерильном панкреонекрозе оптимальным является применение программируемых некрсеквестрэктомий в условиях «открытой» ретроперитонеостомии, что позволяет снизить летальность в 2 раза. В качестве метода выбора при распространенном инфицированном панкреонекрозе рекомендовано лапаротомное вмешательство, включающее использование бисубкостальной лапаротомии, абдоминализацию поджелудочной железы в корпорокаудальном отделе, «открытое» дренирование забрюшинного пространства в сочетании с тактикой этапных некрсеквестрэктомий в программируемом режиме (РГМУ).

Предложен способ выявления зон некроза в поджелудочной железе с помощью оценки кровотока панкреатической области в режиме цветового доплеровского картирования, основанный на сравнительной оценке количества доплеровских сигналов в толще железы и на ее поверхности. Он служит основным критерием обоснования выбора зоны в поджелудочной железе для забора тканевого материала при проведении тонкоигольной биопсии. Доля снижения доплеровских сигналов на 50% служит четким маркером некроза (НПЦ «Гидробиос»).

Обращено внимание на то, что комплексная консервативная терапия без применения хирургических технологий приводит к излечению 14,6% больных с панкреонекрозом. Как правило, это мелкоочаговые формы стерильного панкреонекроза (89,2% случаев). Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости при обнаружении панкреатогенного ферментативного перитонита в сочетании с консервативной терапией приводит к абортированию перитонита и мелкоочагового стерильного панкреонекроза у большинства больных (67,3%). Однако у 32,7% пациентов после лапароскопической санации наблюдается трансформация стерильного панкреонекроза в инфицированный (Курский медицинский университет).

Установлено, что развитие распространенного геморрагического парапанкреатита в первую не-

делю после начала заболевания оказывает неблагоприятное влияние на исход за счет значимого повышения показателей интоксикации — в 1,5–2 раза, в то время как развитие распространенного жирового парапанкреатита не влияет на уровень эндогенной интоксикации и исход заболевания в этот период. Поэтому при обнаружении геморрагического парапанкреатита необходим лапароскопический мониторинг в первые 48 ч заболевания для ранней диагностики распространенности процесса и определения показаний к раннему дренированию брюшинной клетчатки, предотвращающему прогрессирование эндогенной интоксикации и развитие гнойно-септических осложнений (Саратовский военно-медицинский институт).

Предложен специфичный для больных с деструктивным панкреатитом тяжелой степени биохимический индекс, основанный на определении уровней содержания глюкозы, мочевины, аспартатаминотрансферазы и креатинина. Он прогнозирует ранний летальный исход (ВМА).

При остром панкреатите обнаружены выраженные мембранодестабилизирующие явления в виде изменений липидного спектра поджелудочной железы, плазмы крови и липопротеидов, развивающиеся вследствие интенсификации процессов ПОЛ и активации фосфолипазы А2 (Мордовский государственный университет).

В экспериментальной работе из ВМА показано, что моделирование у животных острых хирургических заболеваний, таких как острый панкреатит, перитонит, приводит к однотипным биохимическим нарушениям: стимуляции процессов ПОЛ, активации и последующему истощению факторов антиоксидантной защиты. Введение препаратов, оказывающих антиоксидантное (рексод) и антигипоксантное действие (триса и реамберин), снижает выраженность окислительного стресса в организме и предотвращает развитие полиорганной недостаточности.

Доказано, что применение мексидола в комплексной терапии острого панкреатита позволяет замедлить деструктивные процессы в поджелудочной железе, способствует более быстрому отграничению воспалительного процесса. Это ускоряет сроки купирования ферментной токсемии и гипергликемии. В целом использование мексидола в комплексной терапии острого панкреатита позволяет достигнуть существенного снижения частоты осложнений и летальности в 1,8 раза (РГМУ).

Установлено, что у больных с острым деструктивным панкреатитом развивается функцио-

нальная несостоятельность иммунной системы. Возникает дисбаланс цитокиновой регуляции, наблюдающийся с 1-х суток заболевания и выражающийся в повышении содержания провоспалительных цитокинов на фоне снижения концентрации интерлейкина-2. В раннем послеоперационном периоде отмечена гиперпродукция оксида азота, которая коррелирует с высокой частотой развития ранних осложнений.

Доказано, что применение ронколейкина способствует стабилизации системы цитокиновой регуляции, снижению концентрации оксида азота и процента апоптоза иммунокомпетентных клеток. Рекомендовано сочетанное применение ронколейкина и реамберина, позволяющее предупредить развитие ранней иммуносупрессии и гнойно-некротических осложнений и снизить послеоперационную летальность на 10,2% (Красноярская медицинская академия, РУДН).

Показано, что применение миелопида в комплексном лечении осложнений инфицированного панкреонекроза способствует более быстрой нормализации иммунного статуса больных, так же как и использование фторхинолонов — абактала, таривида и цифрана. У больных с острым отечным панкреатитом включение в традиционное лечение производных нуклеиновых кислот — дерината, в меньшей степени ридостина, приводит к полному или частичному восстановлению в крови содержания цитокинов, иммунокомпетентных лимфоцитов, фагоцитарной и кислородзависимой активности нейтрофилов периферической крови (Курский медицинский университет).

Разработан алгоритм детоксикационной терапии, основанный на «активной» хирургической тактике, проводимой под «прикрытием» методов экстракорпоральной детоксикации (плазмафереза, гемодиализации и экстракорпоральной иммунофармакотерапии) у больных с тяжелыми и крайне тяжелыми распространенными формами инфицированного панкреонекроза, позволивший снизить частоту развития полиорганной дисфункции в 2,2 раза и уменьшить летальность с 40,3% до 19,7% (Ставропольская медицинская академия).

Показано, что использование комбинированной озонотерапии (внутривенное введение, интраоперационная санация, локальное применение для аспирационного промывного дренирования в качестве лаважной жидкости) позволяет остановить развитие гнойно-некротических изменений в поджелудочной железе, предотвратить дальнейшее инфицирование участков нек-

роза ее паренхимы и парапанкреатической клетчатки, нормализовать клинико-лабораторную картину и состояние больных, снизить количество осложнений и летальность (МГМСУ).

Применение внутривенной лазерной терапии в сочетании с УФОК и ГБО оказывает корригирующее воздействие на систему антиоксидантной защиты и снижение активности процессов ПОЛ, одновременно устраняя дисбаланс в иммунной системе (Амурская медицинская академия).

Установлено, что комбинированное (внутривенное, эндолимфатическое) введение лекарственных средств позволяет в течение 2 суток купировать («обрывать») отечную форму острого панкреатита и предупредить прогрессирующее течение деструктивных форм (ВМА).

По современным представлениям, одним из важных звеньев патогенеза острого панкреатита является нерегулируемое течение системного воспалительного ответа, существенным моментом которого являются нарушения в системе микроциркуляции и гемореологии, определяющиеся состоянием агрегационной способности самых многочисленных форменных элементов крови — эритроцитов. Включение в комплексную терапию больных с острым деструктивным панкреатитом фракционированных гепаринов, пентоксифиллина снижает частоту развития послеоперационных осложнений в результате улучшения реологических показателей эритроцитного звена гемостаза, подавляет активность сладжа эритроцитов и активность гиперкоагуляции, что может служить своего рода средством профилактики ДВС- синдрома (Башкирский медицинский университет).

В эксперименте установлено, что терапия острого панкреатита лиофилизированными ксеногенными гепатоцитами (препарат «Гепатосан») на ранних стадиях заболевания предотвращает развитие дистрофических и некротических процессов в печени и поджелудочной железе. Включение этого препарата в лечение больных с острым деструктивным панкреатитом и функциональной печеночной недостаточностью способствует более быстрому купированию болевого синдрома, более раннему восстановлению перистальтики, более ранней нормализации биохимических показателей (РГМУ).

Предложено использование методики внутритканевого электрофореза поджелудочной железы с раствором натрия гипохлорита в ферментативной фазе острого деструктивного панкреатита, повышающей эффективность консерватив-

ной терапии и служащей профилактикой гнойно-некротических осложнений (Курский медицинский университет).

Проблеме **острого холецистита** посвящены 9 завершенных работ, в которых обсуждаются вопросы совершенствования диагностики деструктивных форм острого холецистита и его хирургического лечения.

Подтверждено, что комплексное УЗИ с применением доплеровских режимов сканирования является наиболее информативным методом диагностики острого холецистита, применение которого позволяет диагностировать деструктивные и осложненные формы заболевания, прогнозировать и оценивать эффективность консервативной терапии, определить показания к проведению и срочность хирургического пособия (РГМУ).

Предложен эффективный метод лабораторной диагностики острого холецистита — компьютерная инфракрасная спектрофотометрия плазмы крови, применение которой дает возможность не только подтвердить поставленный на основе клинических данных диагноз, но и прогнозировать развитие деструктивных форм заболевания. Разработана система мероприятий по предупреждению гнойных осложнений у больных с острым холециститом (Тверская медицинская академия).

Подчеркнуто, что консервативная терапия острого холецистита приводит к запоздалым операциям на фоне тяжелого состояния больных, прогрессирования деструкции желчного пузыря и в неблагоприятных местных условиях (ММА).

Разработаны «Способы экспресс-диагностики деструктивных изменений желчного пузыря при остром холецистите», основанные на клинических, лабораторных данных и данных УЗИ и позволяющие в 94,7% выявить деструктивные изменения желчного пузыря в течение 2 ч от момента поступления больного в приемное отделение.

Подчеркнуто, консервативная терапия гнойно-деструктивных форм острого холецистита нецелесообразна.

Подтверждено, что операция из минилапаротомного доступа является экономически наиболее выгодной методикой холецистэктомии, выполняемой у 96% больных с острым холециститом. При наличии технических трудностей оправдано применение лапаролифтинга и специальных ретракторов (Тюменская медицинская академия, Уральская медицинская академия).

Установлено, что метод хромодуоденоскопии (поступление темной сине-зеленой желчи из

большого дуоденального сосочка при внутривенном введении метиленового синего или индигокармина, что свидетельствует об отсутствии обтурации пузырного протока) позволяет точно и достоверно оценить состояние пузырного и внепеченочных желчных протоков. Это является определяющим моментом в выборе лечебной тактики и способа хирургического лечения больных с острым холециститом пожилого и старческого возраста, достоверно уменьшить количество ЭРПХГ и неудовлетворительных отдаленных результатов, связанных с резидуальным холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка. Дифференцированный подход к лечению острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста с применением эндовидеохирургических технологий, позволил добиться выздоровления 99% пациентов, получить хорошие и удовлетворительные результаты более чем в 90% наблюдений (Ставропольская медицинская академия).

Созданы лечебно-диагностические алгоритмы для лечения острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом (ВМА), острого холецистита, осложненного механической желтухой (Ростовский медицинский университет), гнойного холангита, развившегося на фоне острого холецистита (ММА).

По проблеме **острой кишечной непроходимости** завершены 11 работ.

В эксперименте изучены морфологические изменения тонкой кишки и ее внутриорганоанального кровеносного русла, выраженность которых прямо пропорциональны сроку ишемии при моделированной острой странгуляционной кишечной непроходимости. Выявлено, что электромагнитное воздействие после оперативного устранения острой странгуляционной непроходимости оказывает благоприятное действие на восстановление морфологического состояния тонкой кишки и морфофункциональных параметров ее внутриорганоанальных кровеносных сосудов (РУДН и НИИ морфологии человека).

Подчеркнуто, что циркуляторные расстройства в ишемизированном сегменте тонкой кишки могут быть эффективно оценены с помощью метода лазерной доплеровской флоуметрии, что следует учитывать при органосохраняющем способе окончания оперативного вмешательства.

Выявлено, что применение антиоксидантных препаратов (цитофлавин, рексод) до разрешения странгуляционной кишечной непроходимости позволяет уменьшить выраженность реперфузионных повреждений и может быть рекомендова-

но в комплексном лечении острой странгуляционной кишечной непроходимости (ВМА).

Показано, что у больных с острой кишечной непроходимостью изменения иммунологической и антиоксидантной реактивности зависят от степени эндотоксикоза. Эндотоксикозу средней степени тяжести на дооперационном этапе свойственно наличие дисфункции иммунной системы с вовлечением как клеточного, так и гуморального звеньев на фоне сочетания высокой активности ПОЛ и умеренной активности антиоксидантной системы, а при тяжелой степени — развитие вторичного иммунодефицита на фоне высокой активности ПОЛ и истощения антиоксидантной защиты.

Выбор комплексной интенсивной терапии при острой кишечной непроходимости должен производиться дифференцированно: у больных со средней степенью эндотоксикоза рекомендованы внутрипортальная трансфузионная терапия, иммунокоррекция ронколейкином, назоинтестинальная интубация и методы активной энтеральной детоксикации. У больных с тяжелой степенью эндотоксикоза лечение обязательно должно быть дополнено активной элиминацией токсичных продуктов из внутренних сред организма с использованием эфферентных методов детоксикации. В целом дифференцированная тактика лечения острой кишечной непроходимости позволила снизить летальность в 3,6 раза (Ростовский медицинский университет).

В экспериментальной работе Смоленской медицинской академии установлено, что комплексное применение озона и гипохлорита натрия при хирургическом лечении острой кишечной непроходимости снижает воспалительную реакцию и ускоряет репаративные процессы в сформированном межкишечном соустье, что способствует сокращению сроков заживления кишечной раны и более быстрому повышению биомеханической прочности анастомоза. При резекции кишки в условиях перитонита сочетанное применение натрия гипохлорита и озона позволило в эксперименте значительно уменьшить количество гнойно-воспалительных осложнений, риск развития несостоятельности анастомоза и на 21,7% снизить летальность животных.

Предложено и обосновано при неотложной резекции тонкой кишки использование Y-образной энтеростомии с компрессионным отсроченным анастомозом, что позволило ликвидировать несостоятельность межкишечного анастомоза, снизив частоту послеоперационных осложнений

и послеоперационную летальность (Тюменская медицинская академия).

Доказана эффективность лапароскопического адгезиолизиса, количество рецидивов после которого снижается в 10 раз. В группе пациентов, перенесших в раннем послеоперационном периоде лапароскопические санации с устранением формирующихся сращений, клинических проявлений спаечной болезни не было, т. е. лапароскопический метод может использоваться в раннем послеоперационном периоде для механической профилактики спайкообразования (Ярославская медицинская академия).

Подтверждено, что метод контактной флюориметрии для оценки микроциркуляции в кишечной стенке при опухолевой толстокишечной непроходимости является высокоинформативным и дает возможность интраоперационного применения в качестве экспресс-метода. Установлена корреляционная связь между степенью нарушения микроциркуляции и глубиной морфологических нарушений в кишечной стенке, являющихся одним из главных факторов, определяющих объем и вид оперативного вмешательства. Показано, что особенностью инфузионно-детоксикационной терапии при лечении тяжелых форм толстокишечной непроходимости является включение в качестве базовых инфузионных сред антигипоксантами направленной — мафузола, полиоксифумарина (ГИУВ МО РФ).

Предложено использование биологически активного шовного материала — нити «Никант», разработанной во ВНИИ синтетических волокон при участии ученых Тверской медицинской академии. Установлено, что сформированные с помощью биологически активного шовного материала толсто-толстокишечные анастомозы превосходят аналогичные соустья, наложенные традиционными нитями, по темпам репарации тканей, механической прочности и в меньшей степени проницаемы для микробов. При применении биологически активного шовного материала несостоятельность швов и летальность от несостоятельности швов были в три раза меньше, чем при использовании традиционных нитей (Тверская медицинская академия).

Для расширения показаний к первично-восстановительным операциям при хирургическом лечении экстренных хирургических заболеваний ободочной кишки предложена методика интраоперационного опорожнения кишечника с помощью механического устройства, позволяющего выполнять эту процедуру наиболее пол-

но, в закрытом режиме, без дополнительного инфицирования брюшной полости. Формирование компрессионного анастомоза с помощью имплантатов с «памятью» формы после опорожнения кишечника, совершенствование техники выполнения таких операций привели к увеличению удельного веса радикальных операций, уменьшению калечащих колостомических операций и снижению летальности (Дальневосточный медицинский университет).

Впервые за много лет одна работа посвящена исследованию возможностей УЗ-технологий в диагностике **ущемления** у больных с наружными брюшными **грыжами**.

Показано, что комплексное УЗИ позволяет проводить эффективную дифференциальную диагностику ущемленной грыжи с другими острыми заболеваниями, протекающими со сходной клинической картиной, и выявлять некроз грыжевого содержимого (РГМУ).

По проблеме осложнений **язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки** завершена 21 работа и выполнено наибольшее количество докторских диссертаций — 4.

Установлено, что в патогенезе перфоративной язвы значимую роль играет увеличение количества адреналин- и норадреналинсодержащих клеток в слизистой оболочке нейроэндокринной зоны желудка, биогенные амины которых вызывают спазм сосудов, приводящий к ишемии тканей и ее деструкции. Механизм перфорации связан с ослаблением клеточных механизмов защиты слизистой оболочки, сочетающимся с увеличением количества больших гранулярных лимфоцитов в периферической крови и депонированием в них гранул серотонина, адреналина и гистамина.

Определено, что объективным критерием, позволяющим прогнозировать риск развития осложнений язвенной болезни в виде перфорации и кровотечения у пациентов с неосложненной гастродуоденальной язвой, является индекс течения заболевания, рассчитываемый на основании 86 прогностически значимых признаков. При индексе менее +13 баллов течение пептической язвы считается непрогрессирующим, при индексе +13 баллов и более — прогрессирующим. Прогрессирующее течение заболевания является показанием к плановой операции, предупреждающей развитие жизнеопасных осложнений (Самарский медицинский университет).

При осложненных гастродуоденальных язвах имеют место значительные изменения показателей метаболизма соединительной ткани в сыво-

ротке крови и слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Наиболее выраженные сдвиги характерны для содержания свободного и белковосвязанного оксипролина, гексозаминов, сиаловых кислот и диеновых конъюгатов. Их отклонение от нормы колеблется от 9,8% до 75%. Выявлена супрессия Т-клеточного звена иммунитета на фоне дисиммуноглобулинемии (Ярославская медицинская академия, Ульяновский государственный университет).

Ряд работ посвящен вопросам **острых гастроуденальных кровотечений**, особенно рецидивных, так как рецидив язвенного гастроуденального кровотечения является основным фактором развития летальных исходов при этой патологии. Рецидив кровотечения определяет прогрессирование системных постгеморрагических нарушений с развитием синдрома малого выброса, ДВС-синдрома, синдрома полиорганной недостаточности.

Рецидив острого гастроуденального кровотечения имеет в своей основе ишемический некроз расположенных в глубине периульцерозной зоны тканей с аррозией стенки крупных сосудов мышечного и подслизистого слоев, возникающий на фоне острой циркуляторной гипоксии. Непосредственной причиной возникновения некробиоза и некроза является окислительный стресс с активацией процессов ПОЛ и свободно-радикального окисления. Поэтому патогенетически обоснованным критерием в прогнозировании рецидива кровотечения, наряду с клиническими и эндоскопическими показателями, является величина локального окислительно-восстановительного потенциала ткани язвы. Критическим для возникновения рецидива кровотечения является величина, равная или превышающая +70 мВ. Эндогемостаз и антисекреторная терапия, проводящиеся при критических по отношению к рецидиву кровотечения значениях окислительно-восстановительного потенциала, не предотвращают рецидива кровотечения и не оказывают влияния на прогнозирование угрозы повторного кровотечения.

Показано, что лечебная эндоскопия позволяет осуществить гемостаз у 94% пациентов с продолжающимся кровотечением и добиться окончательного гемостаза у 78,5% пациентов. Наибольшей эффективностью в достижении стабильного гемостаза обладает лазерная фотокоагуляция. Подчеркнуто, что эффективность эндогемостаза при рецидивном кровотечении в 2 раза ниже по сравнению с эндоскопической остановкой первичного кровотечения (ММА, РУДН).

Установлено, что для прогнозирования рецидива язвенного кровотечения, наряду с клиническими и эндоскопическими признаками, может быть использовано определение содержания белковосвязанного оксипролина и гексозаминов, что позволяет заблаговременно прогнозировать рецидивы кровотечения и снизить их частоту с 15% до 4,5% (Ярославская медицинская академия).

Предложен «коэффициент компенсации», являющийся интегральным критерием, позволяющим достоверно оценить состояние больного и выявить необходимость гемотрансфузионной поддержки (Иркутский медицинский университет).

Обращено внимание на то, что без совершенствования инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на коррекцию постгеморрагической гипоксии, и комплексного противорецидивного лечения за счет одних только хирургических вмешательств, даже с учетом успехов анестезиологии и реаниматологии, не удастся сколько-нибудь значительно снизить операционную летальность при язвенных, особенно массивных, кровотечениях, которая остается высокой и колеблется от 6% до 15%. Использование перфторана, полиоксифумарина и неотона, улучшающих газотранспортную функцию крови, компенсирующих метаболический ацидоз, оказывающих благоприятное действие на процессы ПОЛ и энергообразования в клетке, приводит к улучшению общего состояния больных с тяжелыми гастроуденальными кровотечениями (СПб НИИ СП им. проф. И.И. Джанелидзе).

Установлено, что введение в программу заместительной терапии при язвенных кровотечениях трансфузий эритроцитной массы не оказывает достоверного влияния на динамику кислородного режима и выраженность процессов окислительного стресса в ткани гастроуденальной язвы. Локальное применение раствора гумата калия в качестве антиоксиданта является патогенетически обоснованным, позволяет на фоне антисекреторной терапии предотвратить возникновение рецидива кровотечения у пациентов с острыми язвами и пролонгировать безрецидивный период у пациентов с язвенной болезнью.

Выявлено, что различная эффективность антисекреторных препаратов при язвенных кровотечениях имеет в своей основе различное влияние лекарственных средств на pO_2 и процессы свободнорадикального окисления в ткани язвы. Наибольшей эффективностью в достижении стабильного гемостаза обладают ингибиторы протонной помпы (ММА).

Доказано, что степень инфицированности *Helicobacter pylori* и частота ассоциации с *H. pylori* не являются прогностическими критериями возникновения гастродуоденального кровотечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а также возникновения повторных кровотечений у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями. Установлено антимикробное действие препарата ксимедон в отношении *Helicobacter pylori*. Предложена новая схема противоязвенной терапии, включающая омепразол и ксимедон, позволяющая снизить количество рецидивных кровотечений с 17,4% до 10,3% и летальность (Казанский медицинский университет).

В то же время обращено внимание на высокую степень контаминации *H. pylori* слизистой оболочки желудка у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (Ульяновский государственный университет, Ярославская медицинская академия).

Установлен длительный противорецидивный эффект аргоноплазменной коагуляции, позволяющий во многих случаях отказаться от выполнения экстренных оперативных вмешательств при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях (ВМА, РУДН).

Предложен эндоскопический сочетанный способ локального гемостаза — радиоволновая коагуляция с применением эндоскопической медикаментозной блокады блуждающего нерва (РосМАПО).

Установлено, что фибриновый клей является перспективным средством эндоскопической остановки гастродуоденальных кровотечений различной этиологии как адекватный гемостатический агент, пригодный для многократного применения в комбинации с другими способами эндоскопического гемостаза. При этом фибриновый клей не теряет своей специфической роли иммунорегуляторного агента и стимулятора регенерации (ММА).

Показана высокая эффективность включения ронколейкина в комплексное лечение осложненных дуоденальных язв, так как ронколейкин способствует более быстрому заживлению язвенного дефекта и сокращению сроков лечения в стационаре более чем в 2 раза (Кубанский медицинский университет).

Доказано, что видеолaparоскопическая медикаментозно-термическая селективная проксимальная ваготомия в сочетании с минилапаротомным доступом для иссечения язвы с пилорой

пластикой или экстрадуоденизации язвы с пилоропластикой сопровождаются адекватным снижением желудочной секреции с хорошими результатами в отделенном периоде (МГМСУ).

Показано, что лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой из минидоступа является одним из вариантов эффективного хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией и кровотечением (РГМУ, МГМСУ).

При хирургическом лечении осложненных гигантских язв желудка и двенадцатиперстной кишки у наиболее тяжелых больных предложено дополнение объема хирургической операции канюлированием пупочной вены для внутривисцерального введения лекарственных средств во время операции и в течение 6–12 дней после нее (Ростовский медицинский университет).

По проблеме **повреждений органов брюшной полости и грудной клетки** выполнены 8 работ.

Разработан лечебно-диагностический алгоритм для пострадавших с колото-резаными ранениями груди и живота с использованием современных малоинвазивных методов диагностики и лечения, применение которого дает возможность поставить правильный диагноз у 95,3% пациентов и значительно улучшить результаты лечения. Использование малоинвазивных методик позволило достоверно уменьшить частоту выполнения открытых операций на 11,5%. Результаты лечения пострадавших современными малоинвазивными хирургическими вмешательствами лучше, чем у этих же пациентов после открытых операций, так как частота осложнений уменьшается в 2,7 раза, а средняя продолжительность стационарного лечения на 3 суток (СПБМАПО и СПб НИИ СП им. проф. И. И. Джанелидзе).

Показано, что видеоторакоскопия с использованием плазменной хирургической установки СУПР-М является высокоэффективным методом лечения гемопневмоторакса и свернувшегося гемоторакса. Она позволяет произвести надежный гемостаз в области переломов ребер, раневого канала при открытых повреждениях и поврежденной ткани легкого, что позволяет интраоперационно расправить легкое на стороне повреждения. Применение этой установки позволяет удалять свернувшийся гемоторакс не только в ранние сроки, но и в период формирующегося фиброторакса до 4 недель с момента травмы, что снижает количество торакотомий при данном осложнении. При этих операциях уменьшается количество внутриплевральных осложнений по

сравнению с традиционными методами лечения в 3,2 раза (Смоленская медицинская академия)

Выявлено, что по показателям протеолитической и прокоагулянтной активности фагоцитов в периферической крови и лаважной жидкости из плевральной полости можно судить о степени тяжести состояния пациента, форме заболевания и эффективности лечения при гемотораксе, в том числе и свернувшемся. Дифференцированное применение активаторов и ингибиторов протеолиза позволяет повысить эффективность консервативной терапии, уменьшить число оперированных больных в 4 раза и улучшить непосредственные и отдаленные результаты (Алтайский медицинский университет).

Установлено, что при травме паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства в области интраорганных гематом достоверным признаком при УЗИ является повышение систолической скорости по периферии гематомы и значительное снижение или отсутствие кровотока внутри гематомы (Башкирский медицинский университет).

Обнаружено, что наложение гемостатических швов, тампонада и монополярная коагуляция при повреждениях поджелудочной железы сопровождаются критическим снижением перфузии органа, что является неблагоприятным фактором в отношении развития тяжелого травматического панкреатита. Минимальные микроциркуляторные нарушения обеспечивает эндоскопический гемостаз тахокомбом, применение которого позволяет снизить показатели летальности до 14,3% (Красноярская медицинская академия).

Доказано, что при нанесении на рану паренхиматозного органа фибриновый клей позволяет остановить диффузное кровотечение и избежать его рецидива в послеоперационном периоде, пре-

пятствует образованию остаточных полостей и местных гнойно-воспалительных осложнений. Его нанесение на рану печени способствует интенсивному восстановлению структуры и функциональной активности печеночной паренхимы, позволяя, в частности, стабилизировать колебания коагуляционного потенциала и предотвратить развитие гипокоагуляции. Применение фибринового клея позволяет расширить возможности органосохраняющих операций при травме селезенки, в том числе при ее ятрогенных повреждениях, когда выполнение спленэктомии крайне нежелательно из-за возможности развития специфических осложнений (ММА).

Созданы диагностические алгоритмы и алгоритм усовершенствованной хирургической тактики при повреждениях ободочной кишки, основанный на прогностической оценке тяжести травмы, что позволило снизить количество послеоперационных осложнений и летальность в 2 раза (Медицинский институт Якутского университета).

Разработан лабораторно-математический метод оценки объема острой кровопотери у пострадавших с травмой груди и живота, основанный на математической обработке параметров гомеостаза (кислотно-основное состояние, газы крови и показатели красной крови) и позволяющий при поступлении пострадавшего в стационар определить величину кровопотери и рекомендовать объем необходимой инфузионно-трансфузионной терапии во время операции и в послеоперационном периоде. Разработана программа интраоперационной инфузионно-трансфузионной терапии, применение которой позволило уменьшить количество послеоперационных осложнений, летальность и благодаря которой удалось снизить в 3 раза использование донорских компонентов крови (НИИ СП им.Н.В.Склифосовского, Москва).

КОРПОРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

УДК 614.88

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ АВТОМОБИЛЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Л.М.Акопов, Г.Г.Мамджян

Москва, Россия

© Л.М.Акопов, Г.Г.Мамджян, 2006 г.

В настоящее время автомобили скорой медицинской помощи, как правило, предлагаются отечественными продавцами специализированного транспорта без медицинского оснащения, и забота о доукомплектовании автомобилей ложится на покупателя.

Покупатели по своему составу различны: это и государственные (муниципальные) структуры, и частные фирмы, которым трудно ориентироваться на динамичном рынке медицинской техники, и они зачастую заказывают либо устаревшее отечественное, но известное им медицинское оборудование, либо импортное, не имея информации о появлении на рынке современных отечественных моделей, отличающихся высоким качеством и доступной ценой. За последние 2–3 года разработан ряд новых приборов и аппаратов для догоспитального этапа оказания скорой медицинской помощи, зарегистрированных и сертифицированных МЗ и СР РФ, которые уже зарекомендовали себя на рынке с положительной стороны и могут стать базовыми для службы СМП.

1. Укладка врача СМП

Общеизвестно, какое большое значение врачи и фельдшеры скорой медицинской помощи придают качеству, надежности, удобству, долговечности и дизайну упаковок, так как это их основной инструмент для работы в любых, в том числе и экстремальных, условиях.

Как по удельной стоимости и массе, так и по соотношению цены и качества оптимальными на сегодняшний день являются упаковки УМСП-01-П двух типоразмеров: большая (520×310×390 мм) и малая (440×252×330 мм), разработанные специально по техническому заданию и при участии ССиНМП им.А.С.Пучкова г. Москвы. Благодаря применению новых материалов наконец стало возможным производить упаковки не только более легкие и дешевые, но и не менее прочные, чем металлические. Это современные изделия из термоударопрочного ABS пластика оранжевого цвета с мощной литой ручкой, исключающей повреждение содержимого упаковки даже в тех случаях, когда врач или фельдшер забудет закрыть замки упаковки. Замки мощные, литые из того же ABS пластика, только белого цвета, удобно и легко защелкиваются при закрытии створок с фиксацией технологических направляющих одной створки в отверстие другой. В открывающихся створках упаковки расположены лотки с ложементом для ампул и флаконов (в большой упаковке 120 мест под ампулы 1–2 мл, 80 мест под ампулы 5 и 10 мл и 8 мест под флаконы 25–100 мл; в малой — 115 мест под ампулы 1–2 мл, 25 мест под ампулы 5 мл,

20 мест под ампулы 10 мл и 7 мест под флаконы 25–100 мл). При открывании футляра обеспечиваются постоянная вертикальная ориентация лотков с ампулами и удобный доступ к содержимому укладки, причем при полном раскрытии створок укладка не теряет вертикальной устойчивости.

Укладки по желанию заказчика снабжаются перегородками, дополнительным или специальным ложементом, мини-укладками, держателями инфузионных флаконов и проч. Мелкие детали укладки (тяги, замки, крепежные элементы) всегда есть на складе и в случае потери или поломки поставляются за символическую плату, а при большом заказе — бесплатно.

Укладка УМСП-01-П большая обладает значительной вместимостью и предпочтительна для работы в условиях крупных городов, а также для специализированных бригад (например, реанимационной, с аппаратом ИВЛ, укладки ГО ЧС). УМСП-01-П имеет три варианта исполнения: стандартная, с поднятыми лотками УМСП-01-П/2 и с двухэтажными лотками УМСП-01-П/3.

Укладка УМСП-01-П малая является более компактной и комфортной при переноске и оптимальна для работы в условиях региональных станций СМП в качестве базовой для линейных бригад, а также для комплектования специализированных упаковок и наборов.

Укладками УМСП-01-П за короткий срок оснащены станции СМП Медицинского Центра Управления делами Президента РФ, станций СМП Москвы, Набережных Челнов, Перми, Ярославля, Иванова, Новокузнецка, Владимира, Екатеринбурга, Йошкар-Олы, Саратова, Самары, Нижнего Уренгоя, Тюмени, Московской области и многие других регионов РФ.

2. Ларингоскопы

Специфика применения ларингоскопов на скорой помощи заключается в том, что они должны иметь минимальную цену и при этом содержать оптимальный набор клинков, охватывающий при небольшом количестве максимальный диапазон типоразмеров, иметь надежные лампочки (включая запасные) и удобный, надежный, компактный чехол с отделениями, имеющими дополнительные отсеки. Так как вопрос цены весьма актуален, то будем рассматривать только ларингоскопы «теплого света» (не оптоволоконные).

Ларингоскоп Лсп-01 — «Мединт-М» специально разработан для службы СМП и поэтому

в наибольшей степени удовлетворяет предъявляемым требованиям.

Ларингоскоп Лсп-01 — «Мединт-М» предназначен для интубации трахеи при проведении ИВЛ и общей анестезии как в условиях догоспитального этапа, так и в стационаре.

Ларингоскоп Лсп-01 — «Мединт-М» соответствует международному стандарту ISO 7376/1.

Ларингоскоп полностью адаптирован для работы в условиях работы выездных бригад скорой медицинской помощи.

Включение ларингоскопа происходит автоматически при соединении замка рукоятки с замком клинка и приведении клинка в рабочее положение. Универсальный набор из 4 клинков позволяет производить интубацию трахеи у детей и взрослых с разными анатомическими размерами головы, лица и верхних дыхательных путей: изогнутые — McIntosh №№ 1, 3, 4 и прямой — Wisconsin-Foredger № 4.

Питание ларингоскопа осуществляется от 2 батареек на 1,5 В типа LR 14, которые имеются в широкой продаже. При интенсивной работе возможно использование аккумуляторов аналогичного типа. Чехол ларингоскопа, кроме отдельных карманов для рукоятки, каждого клинка и запасных лампочек, имеет карман для интубационных трубок и проводников, а также специальный отсек для аксессуаров, куда можно поместить гель для манжеты, миорелаксанты, запасные батарейки и т. п.

Таким образом, все необходимое для интубации трахеи может быть собрано в одной компактной упаковке. В комплект входят 8 лампочек (4 основных и 4 запасных). В качестве опции предлагается зарядное устройство для аккумуляторов.

3. Пульсоксиметр

Важнейшей задачей является внедрение мониторинга сатурации кислорода и частоты сердечных сокращений в практику работы выездных бригад СМП. Пульсоксиметрия является доступным и информативным неинвазивным методом мониторинга состояния пациента. Пульсоксиметр входит в состав обязательного оснащения автомобилей СМП в проекте национального стандарта России на автомобили СМП.

Существенным является тот факт, что научить персонал применению пульсоксиметра в клинической практике достаточно просто. Единственной проблемой остается цена большинства таких приборов. Так, большинство зарубежных пульсоксиметров стоят не менее

600 \$. Кроме того, зарубежные пульсоксиметры, даже известных производителей, зачастую не выдерживают специфических условий работы выездных бригад СМП.

В связи с этим специально для службы скорой медицинской помощи разработана новая надежная и доступная по цене (розничная цена около 12 500 руб.) модель отечественного пульсоксиметра «Окситест-1».

Основные технические параметры пульсоксиметра «Окситест-1» приведены в таблице.

Специальная конструкция датчика обеспечивает устойчивую работу прибора во время транспортировки пациента.

Пульсоксиметр снабжен чехлом, предохраняющим корпус прибора от ударов и позволяющим подвешивать его на стене салона автомобиля СМП. Имеется также приспособление, обеспечивающее фиксацию прибора на носилках, на поясе или на одежде врача или пациента. В качестве опции недорого предлагается сетевое зарядное устройство.

тельность пульсоксиметра «Окситест-1» по сравнению с аналогами.

Привлекательными потребительскими свойствами также являются: двойная упаковка «Окситест-1»; возможность работы прибора с чехлом и без чехла; при хранении и транспортировании предусмотрена упаковка чехла с пульсоксиметром в мини-укладку (вместе с датчиком, кабелями и руководством по эксплуатации).

4. Наборы реанимационные

Учитывая востребованные потребности рынка в оптимальных по форме и содержанию реанимационных наборах и тот факт, что значительная и, пожалуй, решающая часть комплектующих изделий производится холдингом «Мединт-М» (укладки УМСП-01 и сумка СР-3, дыхательные мешки, ручной отсасыватель, ларингоскоп, пульсоксиметр), была разработана и испытана, новая серия реанимационных наборов, на которые были получены разрешительные документы МЗ РФ и СР:

— реанимационный набор для взрослых и детей от 5–6 лет НРСМП-01 — «Мединт-М»;

Таблица

Сравнительные характеристики портативных пульсоксиметров с пальцевыми датчиками

Параметр	Сравниваемые аналоги			
	«Окситест-01» Медплант (Россия)	«Окси-Плюс 491» Инвекор (Россия)	ПО-02-«Кардекс» ОМИД (Россия)	«Nonin 8500A» (США)
Диапазон измерений	От 0 до 99	От 0 до 100	От 0 до 100	От 0 до 100
Предел допускаемой погрешности SpO ₂ , %	От 60 до 84 — ±3; от 85 до 99 — ±2; от 0 до 60 — не нормируется	От 40 до 80 — ±3; от 80 до 100 — ±2; от 0 до 40 — не нормируется	От 70 до 100 — ±2; от 0 до 60 — не нормируется	От 70 до 100 — ±3; от 0 до 70 — не нормируется
Диапазон измерений ЧСС, в 1 мин	От 30 до 240	От 20 до 250	От 30 до 240	От 18 до 300
Предел допускаемой погрешности ЧСС, в 1 мин	От 30 до 120 — ±1; от 121 до 240 — ±2	От 20 до 120 — ±1; от 120 до 250 — ±2	±2	±3
Наличие тревожной сигнализации	Есть	Есть	Есть	Есть
Питание:				
от сети 220 В	Нет (опция)	Есть	Есть	Нет
от внутреннего источника	Есть — 6 ч непрерывной работы (аккумулятор)	Есть — 2,5 ч непрерывной работы (аккумулятор)	Есть — 8 ч непрерывной работы (аккумулятор)	Есть — 10 ч непрерывной работы (батарея)
от внешнего источника постоянного напряжения	Есть — от источника постоянного напряжения 8–14 В	Нет	Есть — от источника постоянного напряжения 12–27 В	Нет
Габаритные размеры, мм	112×82×40	250×160×80	80×155×30	75×150×25
Масса комплекта, кг	0,3	2,0	0,5	0,3
Цена, руб.	12 900	16 500	18 000	15 000

Данные, представленные в таблице (с учетом метрологической точности показаний в условиях работы на подстанциях скорой помощи, габаритов, цены), наглядно отражают предпочти-

— реанимационный набор для новорожденных и детей до 1 года НИРН-01 — «Мединт-М».

Оба набора имеют разные варианты исполнения.

Современные реанимационные наборы должны обязательно содержать:

- аспиратор, причем желательнее не ручной, так как он занимает руки персонала, практически отсасывает только воду и не способен отсасывать густое содержимое;
- ларингоскоп, желательнее универсальный с широким набором клинков;
- набор для коникотомии;
- портативный, работающий в автономном режиме пульсоксиметр;
- шприц Жанэ;
- достаточно полный состав инструментария и аксессуаров.

Наборы должны оснащаться удобным, надежным, легким, эргономичным футляром-укладкой, ориентированным на экстремальные условия эксплуатации в службах СМП.

Аппарат дыхательный ручной АДР-1200, исходя из указанных современных требований, не может считаться полноценным реанимационным набором как по комплектности, так и по качеству и надежности футляра.

Если рассматривать наборы без аппаратов ИВЛ, но с ножным или пневмоотсасывателем, включающие также позиции, указанные выше, имеющие минимальную цену при высоком качестве, то оптимальными являются наборы серии НРСМП-01 — «Мединт-М», оснащенные в полном соответствии с нормативными документами и имеющие наилучшие для российских условий футляр-укладку из сверхпрочного ABS пластика типа УМСП-01-П или новую сумку реанимационную СР-3.

5. Наборы специализированные

Для специализированных бригад скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерских пунктов, паромедиков, служб ГО и ЧС выпускаются специализированные наборы:

- набор фельдшерский НФСМП — «Мединт-М»;
- набор акушерский НАСМП — «Мединт-М»;
- набор травматологический НИТсп-01 — «Мединт-М»;
- набор реанимационный для новорожденных НИРН-01 — «Мединт-М»;
- набор токсикологический НИСМПт-01 — «Мединт-М»;
- набор для специализированного транспорта (пожарных, ГАИ и др.) НСТ-01 — «Мединт-М»;
- набор врача общей практики НВОП-01 — «Мединт-М».

6. Сумки медицинские

Для всех наборов производятся медицинские сумки из прочной надежной моющейся эстетичной синтетической ткани СМУ-01; СМУ-03; СР-03, имеется специальная сумка для электрокардиографа СК-04.

Сумка **СК-04** (размеры 440×370×95 мм) предназначена для хранения, транспортировки и оперативной работы с электрокардиографом. Сумка разработана для самой распространенной модели электрокардиографа — «Аксион» ЭК1Т-04, а также подходит для аппаратов «Fukuda Denshi», «Cardimax» FX-2111, «Autocardiner» FCP-2155, «Schiller», «Cardiovit» АТ-5, АТ-104 и для других моделей электрокардиографов, размер корпуса которых не превышает 265×222×85 мм. Сумка обеспечивает сохранность аппаратуры и оперативную регистрацию ЭКГ. Electroды аппарата с подключенным кабелем размещены в специальных отсеках и в процессе транспортировки остаются на своих местах, при открытии сумки электрокардиограф немедленно готов к работе. Во время работы аппарат остается в сумке, жесткая откидная крышка сумки фиксируется в открытом положении, обеспечивая удобный доступ к органам управления и аксессуарам. Сумка защищает аппарат от действия влаги, перепадов температуры и механических воздействий благодаря жесткому каркасу, продлевает срок его службы. Сумка имеет современный дизайн, прочную конструкцию, высокое качество пошива, устойчива к обработке и рассчитана на длительный срок эксплуатации.

Сумка медицинская универсальная **СМУ-01** (размеры 385×325×130 мм) предназначена для комплектования, упаковки, хранения и транспортировки различных наборов, упаковок и отдельных медицинских изделий. Компактность сумки позволяет использовать ее для оснащения бригад скорой помощи, мобильных спасательных формирований, медпунктов и санитарных дружин. Сумка выполнена в виде кейса из прочной синтетической ткани ПВХ. Внутри сумки находятся три прозрачные мини-укладки для размещения мелких вложений; крупные вложения фиксируются резиновой лентой. Сумка имеет широкую надежную молнию, раскрывается по периметру на две одинаковые половины. Вкладыши с вложениями крепятся к стенке сумки на «липучке». Конструкция сумки усилена в местах максимальной нагрузки, сумка устойчива к обработке, рассчитана на продолжительный срок эксплуатации.

Сумка медицинская универсальная **СМУ-03** (размеры 395×200×250 мм) предназначена для комплектования, упаковки, хранения и транспортировки различных медицинских наборов, упаковок, а также отдельных медицинских изделий. Универсальность сумки СМУ-03 позволяет использовать ее для оснащения бригад скорой помощи, мобильных спасательных формирований, учреждений амбулаторной медицины. Материал — прочная водоотталкивающая ПВХ ткань. Сумка прямоугольной формы с крышкой. Все детали сумки, включая дно и верхнюю крышку, выполнены с использованием толстого слоя пенки ПВХ, что защищает содержимое от ударов и повышает потребительские свойства изделия. Снаружи сумки имеется четыре внешних боковых кармана, причем передний карман застегивается на широкую молнию, внутри него есть три кармашка из специальной сетки для фиксации флаконов и расходных материалов. Аналогичные кармашки-держатели расположены также внутри изделия. На одной из стенок и на внутренней стороне крышки сумки расположены держатели для ампул и мелких инструментов. Сумка устойчива к обработке, рассчитана на продолжительный срок эксплуатации.

В сумки медицинские универсальные СМУ-01 и СМУ-03 комплектуются специализированные наборы:

— набор фельдшерский НФСМП — «Мединт-М»;

— набор акушерский НАСМП — «Мединт-М»;

— набор реанимационный для новорожденных НИРН-01 — «Мединт-М»;

— набор токсикологический НИСМПТ-01 — «Мединт-М»;

— набор врача общей практики НВОП-01 — «Мединт-М».

Специально для комплектования, размещения, хранения и транспортировки реанимационных наборов различной комплектации разработана сумка реанимационная **СР-03** (размеры 500×250×265 мм). Универсальность сумки позволяет использовать ее для оснащения бригад скорой помощи, медицины катастроф, военной и экстремальной медицины, мобильных спасательных формирований, учреждений амбулаторной медицины. Сумка выполнена из прочной синтетической водоотталкивающей ткани ПВХ. Все детали сумки, включая дно и верхнюю крышку, выполнены с использованием толстого слоя пенки ПВХ, что защищает содержимое от ударов

и повышает потребительские свойства изделия. На верхней крышке расположены: отдельный отсек (на молнии) с окном для информационной таблички и прозрачным карманом из целлулоидной пленки для бланков и других бумаг. Внутри отсека можно складывать использованный расходный материал. Под верхней крышкой (внутри сумки) имеется встроенный ампулярий для ампул разного размера, общим количеством 81 шт. Предусмотрено крепление крышки к корпусу сумки специальными ограничительными ремешками. Все молнии — широкие, надежные, с металлическими замками. Внутри сумки — 3 разграничителя, которые крепятся к стенкам сумки на «липучке» и делят ее на отсеки. При необходимости разграничители можно убрать. Для размещения расходных материалов (шприцов, перевязочных средств, флаконов с инфузионными растворами и проч.) предусмотрены два мини-вкладыша оригинальной конструкции. Сумка устойчива к обработке, рассчитана на продолжительный срок эксплуатации.

7. Специализированные наборы

Специализированные наборы предназначены для оказания специализированной медицинской помощи. В оснащении бригад СМП имеется дополнительное снаряжение, которое используется только при наличии специальных показаний. При поступлении профильного вызова (роды, отравление и проч.) медицинскому персоналу не приходится тратить время на поиск и сбор необходимого снаряжения, так как оно находится в специализированном наборе и готово к применению.

Перечни вложений в специализированные наборы отработан в результате практического применения на крупных станциях СМП и утверждены МЗ и СР РФ как оптимальные для данного профиля.

8. Носилки бескаркасные «Плащ»

Носилки бескаркасные «Плащ» выполнены из прочной ПВХ ткани, размер 190×85 см, масса 1,9 кг.

Носилки «Плащ» незаменимы для транспортировки пострадавших в тесном помещении и ограниченном пространстве.

Область применения: службы скорой помощи, медицины катастроф, ГО и ЧС, военной и экстремальной медицины; медпункты предприятий.

Бескаркасные носилки в сложенном виде компактны, легки, поэтому они особенно удобны для оснащения мобильных формирований.

Отличия от аналогов:

— удобство при транспортировке пациента (4 пары удобных, не травмирующих при большой нагрузке ручек оптимального размера из медицинского пластика);

— оптимальные размеры и усиленная конструкция (увеличенная до 40 мм ширина строп, усиленные двойные швы в местах максимальной нагрузки);

— металлические отверстия (люверсы) дают возможность подвешивать носилки для просушивания после обработки;

— предусмотрены специальные стропы для фиксации пациента на носилках;

— носилки упакованы в прочный и удобный чехол, на чехле имеется бирка-держатель для номера бригады.

Вся рассмотренная выше номенклатура медицинского оснащения является обязательной для комплектования автомобилей СМП в соответствии со следующими нормативными документа-

ми: Приказом МЗ РФ № 100, ОСТом 2003 г., проектом национального стандарта РФ по оснащению автомобилей СМП.

Для обеспечения полного оснащения автомобилей СМП в соответствии с указанными выше нормативными документами можно рекомендовать современные отечественные модели медицинского оборудования, которые оптимальны по соотношению цены и качества:

— аппараты ИВЛ серии ТМТ;

— 3-канальный электрокардиограф «Альтон-03»;

— транспортные мониторы фирмы «ОМИД»;

— средства транспортной иммобилизации фирмы «Омнимед».

В настоящее время отечественные производители выпускают немало современного и доступного по ценам медицинского оборудования для автомобилей СМП, которое по функциональным возможностям соответствует предъявляемым требованиям.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.127-005.8

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ ПРИ КОРОНАРНОЙ МАСКЕ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

О.А.Абакумова, А.М.Жирков

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

© О.А.Абакумова, А.М.Жирков, 2006 г.

ВВЕДЕНИЕ

Острое расслаивание аорты — самое частое из неотложных состояний, связанных с ее заболеваниями. По нашим данным, среди всех госпитализированных в 2000–2004 гг. расслаивающая аневризма аорты (РАА) в среднем встречалась в 12 случаях за год.

Наиболее частой причиной, ведущей к развитию аневризм аорты, в нашем исследовании был атеросклероз, в одном случае — врожденная дисплазия соединительной ткани сосудистой стенки.

Многообразие локализации и вариантов течения РАА (надрывы интимы аорты в зоне аневризм или эктазий с формированием сквозных дефектов или расслоением стенки сосуда, медианекроз и др.) приводит к различным клиническим проявлениям и развитию необычных симптомов — масок этого заболевания.

Многообразие клинических проявлений РАА, наряду с относительной редкостью заболевания, часто приводит к диагностическим ошибкам.

В нашем исследовании среди различных вариантов клинического течения РАА (так называемых масок заболевания), не диагностированных прижизненно, наиболее часто встречалась коронарная маска, при которой назначение некоторых препаратов, показанных при инфаркте миокарда (антикоагулянтов, дезагрегантов), ухудшает прогноз.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ 42 случаев расслаивающей аневризмы аорты за 2000–2004 гг. В 61% случаев РАА развивалась у мужчин. Летальность при данном заболевании составила 86%. Диагноз РАА прижизненно не был поставлен в 17% летальных исходов (у 6 пациентов). Из них у 5 отмечалась коронарная маска, а у одного больного — маска «острого живота».

Возраст пациентов с РАА составил: мужчин $68,6 \pm 8$ лет, женщин — $71,6 \pm 8,4$ года. Среди умерших средний возраст мужчин составил $69 \pm 7,9$ года, женщин — $72,2 \pm 8,6$ года. Наиболее часто РАА встречалась в возрастной группе от 62 до 78 лет. Прижизненно правильный диагноз был установлен у 85% пациентов, средний срок постановки диагноза РАА составил 25 ч (рассматривались случаи, когда в анамнезе у больных не было указаний на наличие аневризмы аорты), а среднее время до наступления летального исхода составило 29,6 ч.

Таким образом, прижизненно, но поздно поставленные диагнозы не оставляли практической возможности для осуществления оперативного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди вариантов атипичного клинического течения РАА коронарная маска в нашем исследовании встречалась чаще всего (16,7% случаев). Она наблюдалась одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Во всех случаях отмечалось расслаивание восходящей части грудного отдела аорты. Летальность при данной клинической форме РАА составила 85,7%.

Острый болевой синдром у всех этих больных трактовался как связанный с острым инфарктом миокарда, у 5 пациентов из 7 диагноз инфаркта миокарда (ИМ) оставался окончательным клиническим диагнозом, а у 2 пациентов РАА была диагностирована своевременно.

Дифференциальная диагностика РАА и ИМ достаточно сложна, учитывая схожие характеристики болевого синдрома. Частота встречаемости ЭКГ-изменений по данным нашего исследования представлена в таблице.

3. Рефлекторный спазм коронарных сосудов при раздражении аортальной стенки.

Во всех случаях при коронарной маске РАА больные умирали от острой тампонады сердца вследствие надклапанных разрывов аорты с прорывом в полость перикарда и тампонадой сердца.

Приводим два клинических примера.

1. Больной С., 73 лет, пенсионер, поступил в приемный покой НИИСП в состоянии средней тяжести с жалобами на боли в области сердца и онемение правой нижней конечности, артериальное давление 135/80 мм рт. ст., пульс ритмичный, 72 уд./мин. На рентгенограмме грудной клетки: венозный застой, инфильтрация легочной ткани в нижней доле правого легкого, сердце увеличено в размерах за счет левого желудочка, аорта уплотнена. В анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз $10,1 \times 10^9$ /л, гемоглобин 137 г/л, АсАТ 40 ЕД/л. На ЭКГ: ритм синусовый, низкий вольтаж в отведениях от конечностей, блокада передневерхнего разветвления левой ножки предсердно-желудочкового пучка (пучка Гиса), неполная блокада правой ножки пучка Гиса, метаболические изменения. Больной был осмотрен хирургом, терапевтом,

Т а б л и ц а

Частота встречаемости изменений на ЭКГ у больных с расслаивающей аневризмой аорты

Изменения на ЭКГ	Наблюдений всего	Частота встречаемости при РАА, %
Признаки ишемии и повреждения	26	61,9
Из них с инфарктоподобной динамикой	5	11,9
Метаболические изменения	11	26,2
Синусовая тахикардия	13	31
Экстрасистолия	11	26,2
Мерцательная аритмия	8 (у 5 — пароксизмальная форма)	19

На возникновение изменений на ЭКГ при РАА оказывают влияние следующие факторы:

1. Выраженная ишемия миокарда вследствие снижения артериального давления и распространения расслоения проксимально. В отдельных случаях, когда гематома распространяется в направлении сердца, а также при разрыве интимы над аортальными клапанами может произойти сдавление устья венечной артерии с развитием инфаркта миокарда и возникновением типичной для него клинической и электрокардиографической картины.

2. Нарастающая анемия, в патогенезе которой, помимо острой кровопотери, играет роль депонирование большого количества крови в новообразованных аортальных каналах.

поставлен диагноз: «Острая ишемия правой нижней конечности, острый инфаркт миокарда?». Уточнено, что давящие боли за грудиной возникли 2 ч назад и прием нитратов был малоэффективен, а онемение правой ноги больной отмечал в течение 10 дней. В анамнезе артериальная гипертония, стенокардия напряжения.

В палате интенсивной терапии больной осмотрен сосудистым хирургом, был поставлен диагноз: «Острый тромбоз бедренного подвздошного сегмента правой бедренной артерии, некомпенсированная ишемия», по поводу чего была проведена экстренная тромбэктомия. После оперативного лечения пациент продолжал жаловаться на боли в левой половине грудной клетки сжимающего характера. На повторной ЭКГ: ритм синусо-

вый 62 в 1 минуту, уплощение зубца *T*, без признаков острой очаговой патологии. По поводу ОКС больной получал нитраты, ненаркотические анальгетики, β -адреноблокаторы, дезагреганты, а после тромбэктомии — варфарин и гепарин. Через 16 ч после поступления в стационар наступила потеря сознания, на ЭКГ — редкий идиовентрикулярный ритм, реанимационные мероприятия были безуспешны.

Данные аутопсии: расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты, с надклапанном разрывом (5 см — внутренняя стенка, 1,5 см — наружная стенка), аневризма правой подвздошной артерии. Гипертоническая болезнь III ст., выраженный атеросклероз аорты и коронарных сосудов. Причина смерти — гемотампонада сердца (800 мл).

2. Больная В., 46 лет, поступила в приемное отделение в состоянии средней тяжести после эпизода потери сознания, с жалобами на слабость, загрудинные боли неопределенного характера и иррадиации. В анамнезе в течение 20 лет гипертоническая болезнь. На ЭКГ: синусовая тахикардия, фиброзно-рубцовые изменения в переднеперегородочной области левого желудочка. С диагнозом: «Острый коронарный синдром?» переведена в отделение кардиореанимации.

При осмотре отмечались бледность кожного покрова, холодный пот, артериальное давление 80/60 мм рт. ст., пульс ритмичный 92 в 1 минуту, легкие — без признаков застоя, острой очаговой неврологической симптоматики не наблюдалось. На рентгенограмме легких — значительное расширение средостения и увеличение размеров сердца за счет левого желудочка, аорта широкая, плотная. Анализы крови в динамике без признаков анемии и данных, свидетельствующих об остром некрозе миокарда. На ЭКГ отмечалось появление и персистирование ишемии в области боковой стенки левого желудочка. Болевой синдром был купирован наркотическими анальгетиками в день поступления.

Со 2-х суток состояние больной стабилизировалось, гемодинамика оставалась стабильной, без применения вазопрессоров. Ухудшение состояния отмечено на 4-е сутки: внезапно наступила потеря сознания и остановка дыхания,

на ЭКГ — идиовентрикулярный ритм, переходящий в асистолию. Реанимационные мероприятия были неэффективны.

Данные аутопсии: расслаивающая аневризма восходящего отдела аорты, ИБС, атеросклероз аорты II ст., коронарных артерий, гипертоническая болезнь, разрыв аневризмы аорты, геморрагическое пропитывание мягких тканей средостения, корней легких, 800 мл жидкой крови в левой плевральной полости; малокровие внутренних органов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая летальность при РАА и жизненно важная значимость ее ранней диагностики для своевременного хирургического лечения диктуют необходимость повышения настороженности врачей различных специальностей и на разных этапах оказания экстренной медицинской помощи, а также совершенствования диагностических алгоритмов РАА.

Особую настороженность в плане исключения РАА следует проявлять при наличии и сочетании перечисленных ниже признаков.

1. Несоответствие длительности болей (обычно в течение нескольких часов, в среднем 2–4 ч) в грудной клетке и изменений на ЭКГ («застывшая ЭКГ», низкий вольтаж, возможно отсутствие признаков ишемии).

2. Указания в анамнезе на внезапное появление болевого приступа во время физической нагрузки с изменением положения тела, наклоном туловища.

3. Наличие в анамнезе эпизода потери сознания с развившейся впоследствии артериальной гипотензией, возникшей на фоне или после болевого синдрома в грудной клетке или брюшной полости.

4. Отсутствие заметного обезболивающего эффекта анальгетиков и нитропрепаратов.

5. Выявление признаков ишемии периферических артерий (особенно развития острых тромбозов периферических артерий) у пациентов с болями в грудной клетке или животе.

При подозрении на РАА «золотым стандартом» обследования являются КТ, МРТ, ЭхоЭКГ.

ИСТОРИЯ

УДК 616.8:614.88

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ЦЕНТР ЛЕЧЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЙ. ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В.В.Шилов, М.Л.Калмансон, В.М.Бучко

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

В 1961 г. на базе терапевтического отделения Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе был выделен коечный фонд (8 коек) для больных с отравлениями барбитуратами, в лечении которых активно участвовали анестезиологи-реаниматологи. В сентябре 1962 г. обобщенный опыт лечения 181 пациента с отравлениями барбитуратами был доложен на заседании секции общества анестезиологов-реаниматологов. Здесь же было высказано предложение о необходимости создания в Ленинграде Центра лечения отравлений.

В январе 1966 г. в Ленинграде на базе больницы скорой помощи № 10 было организовано токсикологическое отделение, научным руководителем которого был назначен старший научный сотрудник НИИ СП им.проф.И.И.Джанелидзе Е.С.Копосов, заведующей токсикологическим отделением — Н.П.Терехова. В сентябре 1967 г. заведующим токсикологическим отделением стал канд. мед. наук В.М.Бучко.

На основании Приказа № 364 Ленгорздравотдела от 03.07.1967 г. была создана специализированная токсикологическая бригада скорой медицинской помощи. Приказом МЗ РФ № 32-т-1303-к от 20.09.1970 г. в больнице скорой помощи № 10 была создана лаборатория «Искусственная почка».

Наконец, Приказом МЗ РСФСР № 70 от 26.03.1970 г. в Ленинграде был создан Межобластной центр по лечению острых отравлений.

До 1980 г. в больнице скорой помощи № 10 работали токсикологическое отделение на 60 коек с палатой реанимации на 8 коек, лаборатория гемодиализа, клиническая лаборатория, в которой круглосуточно работал химик-аналитик. Задачей химика-аналитика было проведение химико-токсикологических анализов для больницы скорой помощи № 10 и других медицинских учреждений города.

В мае 1980 г. вышел Приказ министра здравоохранения СССР № 475 «Об улучшении стационарной специализированной помощи при острых отравлениях», на основании которого в сентябре 1980 г. был издан Приказ Ленгорздравотдела № 902, в котором была определена организационная, штатная и финансовая структура вновь организованного Ленинградского межобластного центра по лечению острых отравлений. Основными задачами центра были оказание специализированной медицинской помощи населению Ленинграда, а также организационно-методическая и кон-

сультационная помощь медицинским учреждениям Северо-Западного региона. Этим приказом были утверждены:

- положение о Ленинградском межобластном центре по лечению острых отравлений;
- положение о заведующем центром по лечению острых отравлений;
- положение о враче-токсикологе центра по лечению острых отравлений;
- штатное расписание центра.

Этим же приказом в структуру центра было включено отделение гипербарической оксигенации. В.М.Бучко был назначен руководителем межобластного Центра лечения отравлений.

В январе 1986 г. Центр стал базой для вновь созданной кафедры клинической токсикологии ЛенГИДУВа, которую возглавил доктор медицинских наук, профессор Георгий Александрович Ливанов. С этого времени кафедра является научным координатором работы Городского токсикологического центра.

Работа кафедры велась по следующим основным направлениям:

- подготовка кадров по клинической токсикологии;
- внедрение результатов научной работы в лечебно-диагностический процесс.

В июле 1987 г. центр был переведен в НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе. В январе 2002 г. центр реорганизован в научный отдел клинической токсикологии, что позволило значительно интенсифицировать ведущиеся на его базе научные исследования. На клинических материалах центра лечения отравлений выполнены 5 докторских и 16 кандидатских диссертаций. В настоящее время в центре работают 5 докторов и 4 кандидата медицинских наук.

До января 2002 г. токсикологический центр бесценно возглавлял канд. мед. наук Владимир Михайлович Бучко. С января 2002 г. по ноябрь 2004 г. центром руководил д-р мед. наук, профессор Г.А.Ливанов, который с 2000 г. является главным токсикологом Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга.

С марта 2005 г. Городской токсикологический центр возглавил доктор медицинских наук, профессор В.В.Шилов, воспитанник кафедр военно-полевой терапии и военной токсикологии Военно-медицинской академии им.С.М.Кирова, заведующий кафедрой общей и клинической токсикологии СПбМАПО с 2000 г.

В настоящее время на основании распоряжения Комитета по здравоохранению Правительст-

ва Санкт-Петербурга № 350-р от 29.11.2004 г. «О совершенствовании организации токсикологической помощи населению Санкт-Петербурга» для совершенствования организации специализированной медицинской помощи населению Санкт-Петербурга при острых отравлениях, координации деятельности учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга в части оказания токсикологической помощи и во исполнение Приказа МЗ РФ № 9 от 08.01.2002 «О мерах по совершенствованию организации токсикологической помощи населению Российской Федерации» в структуре Государственного учреждения Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе организован Городской центр острых отравлений. Этим же приказом утверждено Положение о Городском центре острых отравлений ГУ «СПб НИИ СП им.проф.И.И.Джанелидзе».

Городской Токсикологический Центр создан в целях:

- организации эффективной системы, обеспечивающей оказание адекватной специализированной комплексной медицинской помощи пациентам с острыми отравлениями в г. Санкт-Петербурге;
- разработки и внедрения в практику новых технологий и оптимальных схем профилактики, диагностики, лечения и реабилитации с учетом современных научных и технических достижений.

Для достижения названных целей Центр выполняет следующие функции:

1. Оказание адекватной специализированной помощи населению Санкт-Петербурга при острых отравлениях силами подразделений Центра и ГУ «СПб НИИ СП им.проф.И.И.Джанелидзе».
2. Обеспечение круглосуточной консультативной помощи лечебно-профилактическим учреждениям по вопросам оказания медицинской помощи при острых отравлениях.
3. Обеспечение круглосуточной лабораторной помощи учреждениям здравоохранения силами химико-токсикологической лаборатории.
4. Организация и проведение работы с населением по предупреждению острых отравлений.
5. Участие в ликвидации и профилактике медицинских последствий техногенных химических аварий.

6. Изучение состояния обеспеченности населения Санкт-Петербурга токсикологической помощью, разработка и проведение мероприятий по организации медицинской помощи при всех

видах острых отравлений в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга, проведение экспертизы качества токсикологической помощи.

7. Внедрение в практику новых лечебно-диагностических технологий на основе последних научно-технических достижений, а также передового опыта аналогичных учреждений, в том числе в области информатизации.

8. Организация статистической системы учета и отчетности по острым химическим отравлениям с учетом сведений Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора по Санкт-Петербургу, Городского бюро судебно-медицинской экспертизы, учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга.

9. Проведение анализа распространенности, структуры, причин острых отравлений и разработка программ их профилактики совместно с другими заинтересованными учреждениями и организациями.

10. Участие в проведении экспертизы временной нетрудоспособности и прогностической оценки степени тяжести заболевания госпитализированных больных, а также в решении вопросов целесообразности направления на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) больных с инвалидизирующим течением заболевания.

11. Организационно-методическое руководство деятельностью лечебных учреждений Санкт-Петербурга в части организации и качества оказания токсикологической помощи, в том числе при массовых химических отравлениях и катастрофах.

12. Организация подготовки кадров для обеспечения оказания токсикологической помощи в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга путем обучения специалистов на рабочих местах, организации семинаров, циклов повышения квалификации, научно-практических конференций и других форм обучения.

13. Взаимодействие с отечественными и зарубежными учреждениями по профилю Центра.

14. Ведение необходимой учетной и отчетной документации и представление отчетов о деятельности в установленной форме и установленные сроки.

Центр имеет следующую структуру:

- отделение реанимации на 12 коек;
- токсикологическое отделение на 48 коек;
- химико-токсикологическая лаборатория;
- психосоматическое отделение для больных с суицидными попытками и другими острыми психическими расстройствами на фоне тяжелой соматической патологии — 37 коек.

Общее число больных, доставляемых ежегодно в токсикологический центр в период с 2000 по 2005 гг., составляет 4500–7000 человек. Из них 900–1100 больных госпитализируются в отделение реанимации. Летальность составляет 1,7–2,0%.

Одним из важнейших направлений работы центра в последние годы является разработка эффективных методов лечения наркозависимых больных по неотложным показаниям. По данным городского организационно-методического отдела по наркологии, статистические показатели смертности среди общего количества стоящих под наблюдением в районных наркологических подразделениях Санкт-Петербурга с 1998 по 2005 г. возросли почти в 2 раза (с 1,8% до 3,13%).

Ведущей причиной смерти больных является острое отравление (передозировка). Основная масса таких пациентов доставляется по скорой помощи в единственный специализированный стационар — Городской центр острых отравлений на базе НИИ СП им. проф. И.И. Джанелидзе. Только по сравнению с 2002 г. в 2005 г. число наркозависимых больных с острыми отравлениями (передозировками), поступивших в этот стационар, возросло в 3 раза и составило 1633.

За период с 2002 по 2005 г. отмечено увеличение поступления больных с острыми отравлениями алкоголем и суррогатами. Число поступивших пациентов возросло с 948 в 2002 г. до 1759 в 2005 г. Летальность при этих отравлениях на протяжении последних 10 лет составляет 0,9–2,7%.

Важнейшей проблемой при проведении интенсивной и ранней реабилитационной терапии наркологических больных с острыми отравлениями представляется тяжелая сопутствующая соматическая патология (ВИЧ, гепатиты, сепсис, пневмонии, панкреатиты, черепно-мозговая травма и т. д.), выявляемая в процессе обследования и лечения у 80% больных.

Химико-токсикологическая лаборатория обслуживает все подразделения СПб НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе и медицинские учреждения Санкт-Петербурга при поступлении больных с подозрением на острые отравления. За год лаборатория выполняет свыше 20 000 исследований.

В настоящее время в центре проводятся научные исследования по следующим темам:

1. Нарушения функций основных систем жизнеобеспечения организма при тяжелой химической травме и принципы их коррекции.

2. Нарушения центральной регуляции кровообращения при острых отравлениях веществами нейротропного действия.

3. Клиника, диагностика и лечение токсических энцефалопатий при острых отравлениях.

4. Особенности течения комбинированных токсико-термических поражений.

5. Оценка эффективности современных методов эфферентной терапии при острых отравлениях.

За последние годы сотрудниками центра опубликовано свыше 230 печатных работ, в том числе 19 монографий и пособий для врачей.

На базе Центра проводятся занятия по клинической токсикологии и реаниматологии с врачами, интернами, клиническими ординаторами, аспирантами, слушателями циклов усовершенствования врачей всех медицинских вузов Санкт-Петербурга.

В 2005 г. закончили обучение и приняты в штат Центра 4 клинических ординатора.

Перспективы дальнейшей работы Центра связаны с решением следующих задач:

— анализом современной структуры и причин летальности при острых и хронических отравлениях;

— организацией и объемом оказания помощи больным с острыми отравлениями на догоспитальном и госпитальном этапах;

— организацией оказания помощи больным с острыми и хроническими отравлениями;

— научным обоснованием современных подходов к профилактике, диагностике и лечению экзогенных отравлений, принципов реабилитации в постинтоксикационном периоде;

— изучением патогенеза и путей коррекции ведущих синдромов критических состояний при острых отравлениях;

— вопросами экспертизы острых и хронических отравлений;

— проблемами специальности «токсикология», вопросами преподавания и подготовки кадров;

— оказанием помощи населению при массовых отравлениях, химических авариях, катастрофах, химическом терроризме.

УДК 616-082 (470-25)

**Б.П.КУШЕЛЕВСКИЙ — ОТЕЦ СОВРЕМЕННОЙ УНИВЕРСАЛЬНОЙ
МОДЕЛИ ЭКСТРЕННОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ЖИЗНЕОПАСНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Е.Д.Рождественская

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия», Екатеринбург, Россия

© Е.Д.Рождественская, 2006 г.

В 2006 г. исполняется 30 лет со дня смерти выдающегося отечественного ученого, патриарха Уральской школы терапевтов и кардиологов, лауреата Государственной премии Бориса Павловича Кушелевского.

Яркая, насыщенная и многотрудная творческая жизнь Б.П.Кушелевского — основателя уральской школы терапевтов — является образцом служения медицине и медицинской науке. Мудрый врач — терапевт от Бога, непревзойденный диагност, равного которому не было на Урале; великолепный Учитель с непостижимой способностью клинициста-«волшебника» раскрыть суть самой тяжелой и диагностически сложной болезни.

Мощный фундамент во всех областях внутренней медицины позволил Борису Павловичу встать в один ряд с выдающимися отечественными терапевтами: М.Я.Мудровым, Г.А.Захарьиним, С.П.Боткиным, В.П.Образцовым.

В 1920-е годы он изучал сердечно-сосудистые заболевания, явившиеся итогом Первой мировой войны: подострый септический эндокардит, гипертоническую болезнь, люэтический аортит, ведет поиск средств активной терапии эндокардита и аортита.

После работы в клинике Г.Ф.Ланга — патриарха отечественной кардиологии, Б.П.Кушелевский внедрял на Урале активные методы лечения недостаточности кровообращения с применением ртутных мочегонных средств, а также хинидина при мерцательной аритмии.

В период Второй мировой войны 1941–1945 гг. внимание Бориса Павловича и коллектива его кафедры было сосредоточено на актуальных вопросах кардиологии в связи с увеличением заболеваемости ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, сосудистыми тромбозами. Именно это обстоятельство побудило Бориса Павловича Кушелевского вместе с академиком И.Я.Постовским реализовать идею синтеза отечественного препарата дикумарина, уже широко применявшегося под названием дикумарол зарубежными кардиологами, как эффективного антикоагулянта с целью лечения и профилактики тромбозов. Под руководством Б.П.Кушелевского дикумарин был впервые испытан в отечественной практике. На XV Всесоюзном съезде терапевтов Борис Павлович выступил с докладом об антикоагулянтной профилактике инфаркта миокарда у больных стенокардией. В 1958 г. была опубликована первая в нашей стране монография «Очерки антикоагулянтной терапии», обобщающая 10-летний опыт клиники Б.П.Кушелевского по использованию антикоагулянтов при сердечно-сосудистой патологии. Вскоре монография переиздается в Будапеште на венгерском языке. В 1969 г. Борис Павлович был удостоен Государственной премии СССР за внедре-

ние в практику новых методов лечения инфаркта миокарда.

Как ученый Борис Павлович широко известен в нашей стране. Его блестящие и оригинальные идеи всегда были на уровне передовой науки. Ко многим его научным разработкам уместно применить слово «впервые». В 1956 г. на XIV Всесоюзном съезде терапевтов Борис Павлович впервые высказал крылатую идею о необходимости организации специальных кардиологических бригад на станциях скорой медицинской помощи. В своем выступлении на съезде Борис Павлович назвал их «противотромбозные отряды» (это предложение нашло свое отражение в первоначальном названии службы — тромбоэмболический центр). Как талантливый организатор, «полководец» от медицины, Б.П.Куселевский остро видел вставшие в полный рост в послевоенный период проблемы кардиологии, все ее «болевы» точки. Вот почему организацию специализированных кардиологических бригад он рассматривал как «велеие века», что не было преувеличением. Первая кардиологическая бригада в Свердловске вышла на линию в 1960 г. К этому времени появились новые возможности, что было связано с приходом нового главного врача станции скорой медицинской помощи В.Ф.Капиноса: вновь выстроенное здание ССМП, оснащение бригад электрокардиографами и другой аппаратурой, оборудование санитарных машин радиосвязью, а главное — приход новых врачей, учеников Бориса Павловича. Они явились первопроходцами на сложном пути, и их имена известны: В.А.Фиалко, В.И.Белокриницкий, С.И.Масевич (Плотникова), Р.Г.Бикмухаметова, Л.С.Воробьева, Л.П.Долникова, В.В.Коллонтай, В.Н.Штуц, Э.Д. Чагаева, Л.С.Шмушкевич, Г.И.Хорьяков, Л.Я.Новикова и многие другие.

В 1962 г. В.Ф.Капинос создал первую в Советском Союзе неврологическую бригаду, в 1967 г. — токсико-терминальную бригаду для борьбы с тяжелыми отравлениями и травмами. В 1967 г. за заслуги в развитии службы скорой помощи в нашей стране В.Ф.Капинос был удостоен звания «Заслуженный врач РСФСР».

Без преувеличения можно сказать, что создание специализированных бригад по своему значению справедливо приравнивается к достижениям мирового уровня в области современных технологий по организации urgentной помощи больным с жизнеопасными заболеваниями. Мировой приоритет Российской службы скорой медицинской помощи в организации специализи-

рованной помощи на догоспитальном этапе был признан нашими зарубежными коллегами. Европейские службы отстали по срокам внедрения прогрессивных форм оказания экстренной медицинской помощи примерно на 10 лет.

Трудно переоценить вклад специализированных бригад в разрешение целого ряда малоизученных проблем клиники неотложных состояний, с которыми врачи специализированных бригад сталкивались ежеминутно: это и выделение продромального периода инфаркта миокарда (предынфарктного состояния), по терминологии Б.П.Куселевского; лечение на догоспитальном этапе отека легких; разработка принципов и методов антикоагулянтной и тромболитической терапии; создание системы экстренной помощи на догоспитальном и госпитальном этапах больным с острой церебральной недостаточностью и многое другое.

Накопление опыта организационной и лечебно-диагностической деятельности, талант и преданность нелегкому труду, не прерывающиеся связи с клиниками и Учителями (Б.П.Куселевский, Д.Г.Шефер, И.М.Хейнонен, А.Т.Лидский) формировали из сотрудников специализированных бригад зрелых врачей-диагностов, способных, по мнению Б.П.Куселевского, самостоятельно решать сложные диагностические задачи. Постепенно сформировался институт собственных высококвалифицированных врачей-консультантов, многие из них в настоящее время стали кандидатами медицинских наук и преподавателями одного из сложных разделов медицины — «скорая медицинская помощь».

В 1978 г. по предложению заведующего кардиологическим отделением станции скорой медицинской помощи В.И.Белокриницкого, при поддержке декана лечебного факультета доцента С.А.Иорданиди и одобрении ректора СГМИ проф. В.Н.Климова для студентов VI курса был организован цикл «скорая медицинская помощь». Следует подчеркнуть, что СГМИ первым в стране ввел такой раздел в учебную программу. Накопленный за 17 лет опыт обучения субординаторов на цикле «скорая медицинская помощь» показал своевременность и полезность этой формы преддипломной подготовки будущих врачей. В 1982 г. по инициативе заместителя главного врача по лечебной работе В.А.Фиалко станция скорой помощи стала базой для прохождения интернатуры. Такая преемственность, как пишут авторы исторического обзора «80 лет станции скорой помощи Екатеринбурга», была использована администра-

цией станции для отбора кадров. Как отмечали В.И.Белокриницкий и В.А.Фиалко (2003), ответы врачей-интернов на вступительном собеседовании и на выпускных экзаменах наглядно иллюстрировали пользу обучения в интернатуре.

После досадного упразднения цикла в 1994 г. он был восстановлен в 2003 г., для студентов V курса лечебного факультета при вновь организованной кафедре токсикологии и скорой медицинской помощи (зав. проф. В.Г.Сенцов). Был решен вопрос и о целесообразности проведения циклов повышения квалификации для врачей скорой медицинской помощи на базе этой же кафедры, в штат преподавателей которой входят и ученики проф. Б.П.Кушелевского, накопившие уже 20-летний опыт педагогической работы.

Высказывая мысль о создании «специализированной кардиологической скорой помощи», Борис Павлович Кушелевский понимал, что фактор времени (или, как сейчас говорят, «золотой час») при оказании помощи больным с острым инфарктом миокарда играет решающую роль. Он был уверен, что именно скорая помощь, как наиболее мобильное звено нашего здравоохранения, способно решить эту задачу. Борис Павлович верил в потенциал службы скорой помощи, в том числе научный.

Прошедшие годы (в 2005 г. специализированная служба скорой помощи в нашем городе отметила свое 45-летие) подтвердили предвидение ученого. Именно специализированные бригады

скорой медицинской помощи, в частности кардиологические, обеспечивают высокий уровень диагностики и оказания экстренного медицинского пособия с применением современных методов лечения. Именно на нашей станции в 1963 г., впервые в службе скорой помощи страны, по инициативе и под руководством проф. Б.П.Кушелевского был применен отечественный фибринолизин, впервые был осуществлен принцип госпитализации больных с инфарктом миокарда, минуя приемное отделение. Уже в первые годы работы кардиологических бригад госпитализация больных с инфарктом миокарда достигала 80% (при 12% в других городах), были разработаны схемы купирования острого отека легких с применением пентамина и введением этанола внутривенно и интратрахеально.

О научном потенциале врачей специализированных бригад свидетельствуют свыше 400 печатных работ, в том числе 9 монографий. На материалах станции скорой медицинской помощи Екатеринбургa защищены 13 кандидатских диссертаций. Отрадно отметить, что за последнее время этот процесс активизировался.

Ни для кого не секрет, что уровень станции скорой медицинской помощи определяется состоянием ее специализированной службы.

Прошедшие 45 лет наглядно показали, что задачи, поставленные перед специализированными бригадами скорой медицинской помощи профессором Борисом Павловичем Кушелевским, решаются, и решаются успешно.

СКОРАЯ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРАХ

УДК 388.24:369.223:725.5

ОКАЗАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ ОБЪЕМОВ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ: «ЦЕНА ВОПРОСА»

С.Ф.Багненко, В.В.Стожаров, А.Г.Мирошниченко, Г.Ф.Гулуа

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.проф.И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

В канун 2006 года был принят Федеральный закон от 31.12.2005 г. № 199-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий», который незаслуженно не был замечен медицинской общественностью. Между тем он существенно изменяет правовую природу использования медицинских стандартов. Ранее, как известно, Федеральный закон от 27.12.2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании», действие которого распространялось и на медицинские стандарты, предусматривал добровольность исполнения требований стандартов. Согласно Закону, «стандарт — документ, в котором в целях добровольного многократного использования устанавливаются... правила осуществления и характеристики... выполнения работ или оказания услуг» (ст. 2). Дополнительно обратим внимание на п. 3 ст. 1 Закона «О техническом регулировании»: «Действие настоящего Федерального закона не распространяется на государственные образовательные стандарты, положения (стандарты) о бухгалтерском учете и правила (стандарты) аудиторской деятельности, стандарты эмиссии ценных бумаг и проспектов эмиссии ценных бумаг». Как видно, этот список — исчерпывающий и не содержит медицинских стандартов.

Многих из нас подобная ситуация не устраивала, при этом существовало несколько вариантов формирования среды, в которой требования стандартов были бы обязательны для медицинских организаций. Полагаем, что оптимальным был бы сценарий, основанный на развитии саморегулирования в здравоохранении. Стандарты утверждались бы территориальными профессиональными медицинскими ассоциациями, объединяющими медицинские учреждения и предприятия как стандарты организации. Последние были бы обязательны для членов ассоциации в силу их членства в указанном объединении.

Исполнительная власть пошла по другому пути — варианту принятия закона. Упомянутый в начале статьи Федеральный закон от 31.12.2005 г. № 199-ФЗ предусматривает внесение изменений в ч. 1 ст. 6 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Указанная статья дополняется пунктом 3.1, предусматривающим за органами государственной власти субъектов РФ «право установления региональных стандартов медицинской помощи на уровне не ниже стандартов медицинской помощи, установленных...» Минздравсоцразвития. Также допол-

нительный пункт 4.1 относит к полномочиям названных органов «участие в осуществлении контроля за соблюдением стандартов медицинской помощи, оказываемой организациями независимо от формы собственности ... и ... принадлежности в части реализации территориальных программ государственных гарантий ...».

Следует отметить, что в целях преодоления сформировавшейся коллизии права необходимо внести соответствующие дополнения в Федеральный закон «О техническом регулировании». Перечень стандартов, на которые не распространяется действие закона, в новых правовых условиях должен быть дополнен медицинскими стандартами.

Однако более важным следует считать вопрос ресурсного обеспечения выполнения требований стандартов. Известно, что оказание медицинской помощи в соответствии со стандартами требует большего объема средств, чем выделяется в настоящее время. На заседании «круглого стола», организованного Комитетом по охране здоровья Государственной Думы РФ, по вопросам совершенствования законодательства в сфере здравоохранения (2005), заместитель начальника Экспертного управления Администрации Президента РФ Н.Б.Найговзина отмечает, что «...любая стандартизация требует денег. Все прекрасно понимают, и в том числе Минфин, что принятие законопроекта о гарантиях потребует совершенно иных финансовых подходов, более детальных расчетов в здравоохранении, и конечно потребует дополнительных денег». Из выступления начальника Управления здравоохранением Тюменской области А.А.Гонцова на том же заседании: «И сколько мы не делали попыток разработки таких протоколов, но всегда приходили к выводу: чтобы реализовать эти научно обоснованные протоколы, необходимо денег гораздо больше, чем выделяется из года в год, гораздо больше. И это, на мой взгляд, еще не вся проблема. За протоколами ведения больных, за стандартами лечения идет стандартно-техническая оснащенность».

Попытаемся оценить: насколько больше средств понадобится для оказания стационарной медицинской помощи в соответствии со стандартами по сравнению с текущим финансированием. Для решения указанного вопроса в условиях отсутствия стандартов, разработанных по всем заболеваниям, мы воспользовались определенным приемом. Он основан на понимании того, что в стационарах с высокой степенью использо-

вания коечного фонда эмпирически сложились минимальные и оптимальные объемы госпитальной помощи. При этом минимально необходимые объемы помощи получают пациенты, лечение которых оплачивается из средств ОМС и бюджета, оптимальные — лица с дополнительным финансированием (ДМС, платные услуги и т. д.). Для обоснования данного вывода обратим внимание на ряд обстоятельств.

Первое: у абсолютного большинства пациентов (94,0%), госпитализированных в крупные многопрофильные стационары Санкт-Петербурга, работающие в режиме больниц скорой помощи, расходы не соответствовали объему полученных средств на 10 и более процентов. У каждого четвертого (27,1%) эта разница составляла 2 и более раза. При этом в группе больных, лечение которых оплачивалось из государственных источников, расходы на оказание стационарной помощи в среднем превышали объем полученных средств. На оказание им госпитальной помощи стационар в среднем получал 4 408,60 руб. при средних расходах в 5 861,81 руб. (покрытие — 75,2%). Следовательно, стационар перераспределяет часть средств для оказания помощи больным, лечившимся за счет средств ОМС, от пациентов с дополнительным финансированием. Некие факторы побуждают врачей оказывать больший объем помощи, чем предусмотрено тарифами в системе ОМС.

Полагаем, что одним из основных таких факторов является тяжесть заболевания.

Были определены объемы стационарной помощи в группах больных с различной тяжестью заболевания (табл. 1).

Поскольку лечебно-диагностические услуги являются разноплановыми, объем помощи был выражен через величины средних расходов, произведенных стационаром, на оказание госпитальной помощи пациентам перечисленных групп. Средние расходы на лечение больных с трансмуральным инфарктом миокарда были в 2,2 раза выше, чем на оказание стационарной помощи пациентам со стенокардией. Объем средств, затраченных на лечение больных с острым панкреатитом тяжелой и средней степени тяжести, был почти в 5,7 раза больше, чем у пациентов с легкой степенью данного заболевания. Указанные величины у пострадавших с ушибом и сотрясением головного мозга различались в 4,2 раза.

Второе: в существующих условиях финансирования здравоохранения общество получает вполне приемлемые результаты деятельности

Таблица 1

Средние расходы на оказание стационарной помощи пациентам с различной степенью тяжести заболевания (в руб.)

Нозологическая форма	Средние расходы	t
Стенокардия	4 359,70	12,64
Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда	9 778,91	
Сотрясение головного мозга	2 959,32	6,50
Ушиб головного мозга	12 367,14	
Острый панкреатит легкой степени	7 994,59	28,36
Острый панкреатит тяжелой и средней степени	45 241,73	

стационаров. Сравним летальность среди больных, лечившихся только за счет средств ОМС, и пациентов, госпитализированных в стационары города, в благоприятные (в финансовом плане) годы (табл. 2).

ма помощи и результатов лечения производилось в соответствующих нозологических группах. Предварительно осуществлялось сопоставление пациентов 1-й и 2-й групп по возрасту, полу и другим характеристикам. Достоверных раз-

Таблица 2

Летальность пациентов, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, в различные временные периоды

Год	Летальность среди оперированных, %	Критерий достоверности различий показателей
1988	4,0	t1988–1994 = 2,77
1994	4,7	t1994–2004 = 8,32
2004	1,8	t1988–2004 = 6,63

Поскольку структура госпитализации с течением времени изменялась, а существующая в настоящее время тарифная политика в здравоохранении Санкт-Петербурга побуждает стационары госпитализировать «полуамбулаторных» больных, сравнивались показатели летальности среди больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Согласно анализируемому данным, в 2004 г. была зафиксирована более низкая летальность среди пациентов, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и лечившихся только за счет средств ОМС и бюджета, чем за два других года.

Сопоставление двух названных аспектов позволяет утверждать, что больные, стационарное лечение которых оплачивалось только за счет средств из государственных источников, получают минимально необходимый объем помощи.

Третье: больные, лечение которых оплачивается не только за счет средств ОМС и бюджета, но и из дополнительных источников, получают больший объем помощи, чем пациенты предыдущей группы. В совместной с рядом исследователей работе [Стожаров В.В. и др., 2005] нами было проведено сравнение объема медицинской помощи, оказанной пострадавшим от травм, в двух указанных группах пациентов. Сравнение объе-

личий выявлено не было. Вместе с тем пациентам с дополнительным финансированием было оказано большее количество диагностических и лечебных услуг. В этой группе количество УЗИ на 100 пострадавших от тяжелых травм составляло до 285,7 (при травме живота), что больше, чем в группе с оплатой только за счет ОМС (153,8 в данной нозологической группе). Пациентам с травмой, которые лечились только за счет средств ОМС, выполнялось в среднем 5,5 сеансов КТ на 100 больных; в группе пострадавших, получавших дополнительное финансирование, — 25,8. По ряду нозологических групп различие составляло до 6,3 раз. Пациентам с оплатой только за счет средств ОМС назначалось в среднем 9,2 услуги медицинского массажа на 100 человек, в группе пациентов с дополнительными источниками финансирования — 42,6. Аналогичные данные были получены по всем видам диагностических и лечебных услуг.

Четвертое: уже из предыдущего фрагмента можно было сделать вывод, что в условиях недофинансирования пациенты платят не столько за более комфортные условия лечения и сервисные услуги, сколько за непосредственно медицинские услуги. Сравнение долей пациентов, получавших платные услуги, свидетельствует о том, что с увеличением тяжести заболевания указанная величина возрастает (табл. 3).

Таблица 3

Процент пациентов, получавших платные услуги

Нозологическая форма	Удельный вес, %	t
Стенокардия	6,7	2,0
Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда	10,9	
Сотрясение головного мозга	3,8	5,16
Ушиб головного мозга	16,3	
Острый панкреатит легкой степени	11,0	5,75
Острый панкреатит тяжелой и средней степени	33,1	

Пятое: было бы неверным предположить, что пациенты, оплачивая медицинскую помощь, «дофинансируют» ее, доводя объем получаемых стационаром средств до уровня производимых расходов. Об этом свидетельствуют данные, представленные в первом фрагменте исследования. Кроме того, у 93,8% больных, имевших дополнительное к ОМС финансирование, сумма средств, затраченных стационаром на лечение, отличалась на 10% и более от величины средств, полученных стационаром. В этой же группе разница в 2 раза и более была отмечена у 29,2% больных. Необходимо подчеркнуть, что у 43,7% больных данной группы расходы превышали сумму средств, полученных на лечение, на 10% и более, а у 12,7% — более чем в 2 раза.

Следовательно, в стационарах с высокой степенью использования коечного фонда эмпирически сложились минимальные (оказываемые пациентам с финансированием только из средств бюджета и ОМС) и оптимальные объемы (у больных с дополнительным финансированием) госпитальной помощи.

Теперь, на заключительном этапе определения объема недофинансирования стационарной медицинской помощи, сравним средние расходы в группах больных с финансированием из различных источников со средними суммами, полученными стационарами из средств ОМС и бюджета. В результате проведенного анализа было установлено следующее:

— средние расходы в группе лиц, лечение которых оплачивалось только из средств ОМС, составили 5861,81 руб.;

— средние расходы на лечение больных с дополнительным финансированием составили 19 967,71 руб.;

— средние суммы, полученные стационарами из средств ОМС и бюджета на лечение одного больного, — 4718,47 руб.

Соотношение между средними расходами в 1-й группе и средней суммой средств из государственных источников составляет 1,24, во 2-й

группе — 4,23. Представленные данные означают, что для оказания минимальных объемов госпитальной помощи финансирование из государственных источников следует увеличить на 24% (при условии, что все случаи госпитализации были обоснованными). Для того чтобы оказывать оптимальные объемы стационарной помощи и при этом не привлекать средства пациентов, необходимо увеличить текущее финансирование более чем в 4 раза.

Возможно ли это увеличение, в состоянии ли органы исполнительной власти субъекта РФ финансово обеспечить реализацию государственных гарантий в части оказания стационарной помощи оптимального объема? В Санкт-Петербурге потребность в финансировании Территориальной программы на оказание стационарной помощи в системе ОМС, утвержденная нормативными актами, в 2004 г. была определена в 3 730 400 тыс. рублей (табл. 4).

Следует учесть, что часть этих средств, возможно, была использована нерационально: на оказание стационарной помощи больным, не нуждавшимся в госпитализации. Вследствие реализации нерациональных принципов оплаты услуг стационаров в период 2000–2004 гг. в Санкт-Петербурге рост госпитализации в стационары системы ОМС составил 24,8%. В данном случае за уровень необоснованной госпитализации мы примем максимально высокий по данным литературы — 30%. Очевидно, что пациенты, не нуждающиеся в госпитализации, являются легкими категориями больных с уровнем расходов на оказание им помощи ниже среднего. Однако и в этом случае округлим величину потерь в большую сторону: будем считать, что расходы на необоснованную госпитализацию также составляют 30% от всех расходов на оказание стационарной помощи из средств ОМС. Вычтем величину потерь (1 119 120 тыс. рублей) из утвержденной потребности, а разность умножим на 4,23. Полученный результат (11 045 714,4 тыс. рублей) является суммой средств, необходимой для ока-

Таблица 4

Параметры финансирования здравоохранения Санкт-Петербурга в 2004 г.

Параметр	Сумма, тыс. руб.
Утвержденная потребность в финансировании Территориальной программы на оказание стационарной помощи в системе ОМС	3 730 400,0
Утверждено по доходам территориального фонда ОМС	7 386 539,0
из них страховые взносы на ОМС неработающего населения, уплачиваемые органами исполнительной власти субъектов РФ	1 742 871,8
объем расходов бюджета Санкт-Петербурга на здравоохранение (раздел 15.1 без учета платежей из бюджета на ОМС неработающего населения)	8 603 048,4
объем расходов бюджета Санкт-Петербурга на здравоохранение с учетом платежей из бюджета на ОМС неработающего населения (сумма по разделам 15.1 и 15.4)	10 345 920,2
Консолидированный бюджет здравоохранения Санкт-Петербурга (сумма строк 2 и 4)	15 989 587,4
Объем всех расходов бюджета Санкт-Петербурга	91 761 900,0
Объем всех доходов бюджета Санкт-Петербурга	87 336 800,0
Дефицит бюджета	4 425 100,0

зания оптимальных объемов стационарной помощи в системе ОМС. Это в 1,5 раза больше, чем все доходы Территориального фонда ОМС за 2004 год (см. табл. 4). С учетом полученных результатов утвержденные расходы средств ОМС на оказание стационарной помощи должны быть увеличены более чем на 7,3 млрд руб. Это практически половина консолидированного бюджета здравоохранения города.

Где взять недостающие средства? Как известно, налоговая политика государства не предусматривает увеличение размеров единого социального налога. Наиболее реальным источником увеличения расходов на здравоохранение являются средства бюджета, например, страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемые в ТФОМС органами исполнительной власти субъектов РФ, местного самоуправления. Следует отметить, что дефицит территориальных программ государственных гарантий исследователи объясняют именно крайне низкими платежами органов ис-

полнительной власти на ОМС неработающего населения [Шейман И.М., 2005]. В Санкт-Петербурге страховые взносы на ОМС на одного неработающего жителя в среднем в 4,8 раз меньше, чем та же величина на одного работающего.

Для оказания оптимальных объемов стационарной помощи средства бюджета на обязательное медицинское страхование неработающего населения должны быть увеличены с 1 742 871,8 тыс. руб. до 9 058 186,2 тыс. руб., что с учетом параметров бюджета города практически невозможно.

Таким образом, выполнение требований стандартов, предусматривающих оказание оптимального объема стационарной помощи, даже при принятии мер по предупреждению необоснованной госпитализации, обуславливает необходимость увеличения текущего финансирования более чем в 3 раза. Такие расходные обязательства непосильны для местных бюджетов. Данные обстоятельства следует учитывать органам власти при реализации нормотворческой деятельности.

ЮБИЛЕЙ

К 60-летию ЮРИЯ БОРИСОВИЧА ШАПОТА



Юрий Борисович Шапот — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, родился в 1936 году в г. Иркутске. В 1960 году окончил 1-й Ленинградский медицинский институт им. акад. И.П.Павлова. После окончания института работал главным врачом и ведущим хирургом участковой больницы. В 1963 году принят ординатором хирургического отделения больницы им. Урицкого г. Ленинграда, а в 1968 г. был избран по конкурсу на должность младшего научного сотрудника клиники гепатохирургии Ленинградского НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе. В 1975 году успешно защитил диссертацию на степень кандидата медицинских наук. В 1975 году Юрий Борисович был избран на должность старшего научного сотрудника той же клиники. Работая в этой должности, Ю.Б.Шапот проявил себя творческим научным сотрудником с широким диапазоном научных интересов. В 1986 г. Ю.Б.Шапот успешно защитил диссертацию на степень доктора медицинских наук по теме: «Закрытая сочетанная травма груди, сопровождающаяся шоком».

В 1983 году в Ленинградском НИИ скорой помощи была создана первая в стране клиника сочетанной травмы, возглавить которую было поручено Ю.Б.Шапоту. При формировании клиники Юрий Борисович проявил организационный талант, широкую эрудицию и творческие способности. Благодаря разработанной коллективом научных сотрудников под руководством Ю.Б.Шапота системе оказания помощи пострадавшим с сочетанной шокогенной травмой, удалось на 10% снизить летальность и в 1,8 раза сократить количество осложнений у пострадавших. Им предложен метод определения доминирующего повреждения у пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями, а также запатентован способ лечения травматического шока. Ю.Б.Шапотом подготовлены 7 кандидатов и 4 доктора наук, диссертационные исследования которых посвящены оказанию помощи пострадавшим с сочетанными и множественными травмами, сопровождающимися шоком. В 1993 году он утвержден в ученном звании профессора по специальности «хирургия».

Являясь хорошим организатором, Ю.Б.Шапот зарекомендовал себя как активный хирург, свободно оперирующий на органах грудной и брюшной полости и сосудах. Большой опыт ученого, хирурга и врача обобщен им в 197 опубликованных научных работах, включающих 7 монографий, посвященных вопросам диагностики и лечения политравмы, сопровождающейся шоком.

Ю.Б.Шапот награжден знаком «Отличник здравоохранения» и нагрудным знаком «Изобретатель СССР». Он является членом межведомственной Республиканской проблемной комиссии «Неотложная хирургия», членом редколлегии журнала «Скорая медицинская помощь», редактором трудов института скорой помощи им. проф.И.И.Джанелидзе. Пользуется заслуженным уважением и авторитетом среди коллег.

ТЕЗИСЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СКОРАЯ ПОМОЩЬ-2006»

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ТРАВМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Д.В.Афанасьев, А.Л.Кричевский,
И.К.Галеев, К.Н.Сиворонов

*Городская клиническая больница № 3,
Кемеровский областной центр медицины
катастроф, г. Кемерово, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Тяжелая компрессионная травма встречается при различных механических повреждениях и синдроме позиционного давления (СПД) мягких тканей массой собственного тела у пациентов, находящихся в коматозном состоянии. Особенностью СПД является то, что все пациенты обращаются за помощью с уже развившейся клинической картиной местных и общих проявлений реперфузионного синдрома. Постишемический токсикоз и рабдомиолиз при этом усугубляются комбинированным поражением за счет отравления экзотоксинами (алкоголь, наркотики, угарный газ и др.).

В зоне компрессии и ишемии развивается характерный индуративный постишемический отек, который приводит к вторичной циркуляторной гипоксии тканей. Гипоксия, в свою очередь, поддерживает миолиз и эндотоксикоз. Вместе с тем, по нашим представлениям, ишемический отек в раннем периоде СПД имеет защитный характер, задерживая массивное поступление в организм больного продуктов цитолиза и предупреждая «токсический удар» и быстрое развитие полиорганной дисфункции.

Именно такое представление о патогенезе тяжелой компрессионной травмы мягких тканей конечности положено в основу терапии СПД [Кричевский А.Л., 1995].

Для коррекции гипоксии мы используем перфторан — искусственный переносчик дыхатель-

ных газов крови, который не подавляет метаболизм клетки и может рассматриваться как антигипоксикант и корректор доставки кислорода в ткани.

На базе Областного Центра по лечению острых отравлений за период с 2000 г. по настоящее время были пролечены 40 больных с СПД. 67,5% пациентов имели объем пораженных мягких тканей, равный объему двух и более конечностей. Во всех случаях имела место острая почечная недостаточность в стадии анурии.

В комплекс терапии включались ежедневные сеансы гипербарической оксигенации. В основной группе (19 больных) в первые часы после декомпрессии к стандартной терапии добавляли инфузии перфторана.

Наш опыт показывает, что раннее включение перфторана в дополнение к адекватной оксигенотерапии улучшает результаты лечения этой группы больных.

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ КОМПРЕССИОННОЙ ТРАВМЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Д.В.Афанасьев, А.Л.Кричевский,
И.К.Галеев, К.Н.Сиворонов

*Городская клиническая больница № 3,
Кемеровский областной центр медицины
катастроф, г. Кемерово, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

На базе областного центра по лечению острых отравлений г. Кемерово с 2000 г. по настоящее время были пролечены 40 больных с тяжелой формой синдрома позиционного давления (СПД) мягких тканей.

Критериями тяжести состояния этих пациентов являлись:

1) значительный объем пораженных мягких тканей (верхняя конечность и более);

2) длительность компрессии более 6 ч;

3) наличие острой почечной недостаточности (ОПН) в стадии анурии.

Летальность составила 10%.

Причинами, повлекшими развитие СПД, в подавляющем большинстве явились отравление алкалоидами группы опия (50%), острое отравление этиловым спиртом (27,5%), в 15% случаев причиной бессознательного состояния был сочетанный прием алкалоидов группы опия с этиловым спиртом; отравление окисью углерода и нейротропными препаратами встречалось соответственно в 5% и 2,5% случаев.

Анализируя структуру летальности, мы обратили внимание, что двое больных, причиной СПД у которых являлось острое отравление окисью углерода, и пациент, у которого причиной СПД было острое отравление смесью нейротропных препаратов, умерли. По нашему мнению, это связано с развитием тяжелой гипоксии вследствие снижения сродства гемоглобина к кислороду при отравлении окисью углерода, либо вследствие нарушения утилизации кислорода в клетках, а также с нарушением центральной регуляции дыхания и транспорта кислорода при отравлении нейротропными препаратами.

С нашей точки зрения, необратимая полиорганная недостаточность, как главная причина смерти при тяжелой компрессионной травме мягких тканей, является клиническим выражением неспособности кислородтранспортной системы организма обеспечить скорость доставки кислорода, адекватную метаболическим потребностям в покое.

ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Р.Р.Алимов, О.Г.Изотова, С.Х.Каримов,
Ш.Ш.Амонов, Д.А.Рахмонов, И.З.Патарайя
*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования,
Александровская больница, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

В последние годы отмечается неуклонное возрастание количества случаев острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. В структуре экстренно госпитализированных больных в группе «острого живота» острый панкреатит (ОП) впервые занял первое место [Борисов А.Е., 2001]. Остается высокой летальность при ОП, особенно его деструктивных формах, достигая

20–30% при осложнении ОП перитонитом [Толстой А.Д. и др., 2002]. Панкреатогенный перитонит (ПП) имеет характерные отличия от перитонитов другой этиологии на этапах развития. Одним из признаков ПП, важным для его диагностики и патогенеза, является парез кишечника, объективизация которого на различных этапах течения заболевания является актуальной задачей.

Для решения поставленной задачи обследованы 82 больных в возрасте от 16 до 80 лет с ОП, сопровождавшимся парезом кишечника. Парез кишечника был проанализирован в двух группах больных.

В 1-ю группу вошли 23 пациента с ОП без перитонита. Средний срок госпитализации составил 62,1 ч.

Во 2-ю группу вошли 59 больных с острым деструктивным панкреатитом, осложненным перитонитом. Средний срок госпитализации составил 55,2 ч.

Для оценки пареза кишечника впервые использовалась методика селективной электрогастроэнтероколонографии [Смирнова В.И. и др., 1995; Хитаршвили И.И. и др., 1996; 1998]. Первичный анализ проводился по следующим показателям: максимальная амплитуда (МА), период сокращений и уменьшение амплитуды сигнала. Изменение МА наиболее ярко характеризовали нарушения моторной функции, поэтому именно этот показатель использовали для сравнительной характеристики разной степени выраженности пареза кишечника. Нормальные показатели определены на основе данных гастроэнтероколонографии в группе 10 здоровых добровольцев.

МА на дооперационном этапе в группе больных с острым деструктивным панкреатитом составила для желудка $43,16 \pm 7,72$, для двенадцатиперстной кишки (ДПК) — $22,11 \pm 2,29$, для тонкой кишки — $20,26 \pm 2,45$, для толстой кишки — $21,75 \pm 5,12$. В группе больных с ОП, осложненным перитонитом: для желудка — $28,62 \pm 7,70$, для ДПК — $13,32 \pm 3,31$, для тонкой кишки — $9,55 \pm 2,65$, для толстой кишки — $11,71 \pm 4,20$.

Выявленные изменения МА в группе больных с панкреатогенным перитонитом были статистически достоверными ($p < 0,001$) при сравнении данных МА без перитонита и с показателями здоровых людей.

Анализ полученных с помощью селективной электрогастроэнтероколонографии данных позволяет заключить, что наибольшие нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечно-

го тракта были характерны для ОП, осложненного перитонитом. Выявленный парез кишечника в этой группе больных развивается в более ранние сроки, чем в группе пациентов без перитонита, что увеличивает как диагностическую, так и прогностическую значимость этого синдрома в лечении больных с ОП.

О ВНЕДРЕНИИ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.О.Балаян

*Отделение скорой медицинской помощи
поликлиники № 97, Санкт-Петербург, Россия*

© А.О.Балаян, 2006 г.

Переход к страховым принципам оказания медицинской помощи, формирование и повсеместное внедрение системы обязательного медицинского страхования, широкое распространение негосударственных форм медицинского обслуживания, а также развитие правового самосознания граждан привели к необходимости объективной оценки качества оказания медицинской помощи.

Существует целый ряд субъектов, принимающих участие в оценке качества медицинской помощи: пациент, врач или иной медицинский работник, страховая медицинская кампания, органы управления здравоохранением, профессиональная медицинская ассоциация, общество защиты прав потребителей, юридические органы. Каждая из этих сторон оценивает качество медицинской помощи со своей точки зрения. Так, пациента интересуют доступность и уровень сервиса при оказании медицинской помощи, но он, как правило, не в состоянии адекватно оценить собственно медицинскую ее составляющую. Для медицинского работника качество медицинской помощи выражается в выполнении им соответствующего стандарта или алгоритма обследования и лечения, ощущении исполненного долга. Страховую медицинскую кампанию в первую очередь заботит стоимость оказанных медицинских услуг в рамках конкретного клинического протокола. Органы управления здравоохранением увязывают качество оказываемых медицинских услуг с уровнем материально-ресурсного обеспечения, решением кадровых проблем, наличием жалоб.

Таким образом, налицо односторонний подход к оценке качества медицинской помощи со стороны различных заинтересованных сторон.

Назрела необходимость внедрения единых, универсальных и объективных, простых и удобных в применении показателей, характеризующих качество медицинской помощи.

В международной практике под качеством медицинской помощи понимают совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента и современному уровню медицинской науки. При проведении оценки качества медицинской помощи в современных условиях необходим отказ от применявшихся ранее экстенсивных показателей в пользу внедрения в практику индикаторов качества.

Все вышеизложенное в полной мере относится и к оказанию скорой медицинской помощи.

Первый Всероссийский съезд врачей скорой медицинской помощи в числе прочих поставил задачу доработки, утверждения и повсеместного внедрения индикаторов качества оказания скорой медицинской помощи. Эти индикаторы разрабатываются экспертами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и призваны, в первую очередь, унифицировать, стандартизировать, выразить в конкретных величинах качество оказания скорой медицинской помощи.

Что же такое индикатор качества медицинской помощи вообще и скорой медицинской помощи в частности?

Индикаторы качества медицинской помощи — это количественные показатели, отражающие структуру, процесс или результат оказания медицинской помощи. В идеале индикаторы качества должны быть относительными величинами, показывающими, в какой степени при оказании медицинской помощи обеспечиваются основные ее характеристики (эффективность, безопасность, своевременность, способность удовлетворить ожидания и потребности пациента, стабильность осуществления лечебного процесса и результата, адекватность, доступность, преемственность и непрерывность).

Разумеется, что индикаторы качества скорой медицинской помощи должны формироваться в зависимости от конкретной нозологической формы заболевания, конкретного клинического протокола и учитывать современные рекомендации, стандарты и алгоритмы оказания экстренной медицинской помощи. Особую актуальность индикаторы качества скорой медицинской помощи приобретают в рамках предоставления государственных гарантий медицинской помощи,

т. е. в рамках ОМС, где и оказывается основной объем скорой медицинской помощи. Именно в этом секторе медицинской помощи давно разработаны и постоянно совершенствуются рекомендации и стандарты диагностики и лечения неотложных состояний.

Любой индикатор качества представляет собой некую совокупность относительных величин, отражающих профессиональный уровень оказания медицинской помощи.

Обязательным составляющим элементом индикатора качества скорой помощи является процент госпитализированных больных по конкретным нозологическим формам. Понятно, что оцениваться этот показатель должен по-разному, в зависимости от того, нуждается ли больной в экстренной госпитализации. Так, при остром инфаркте миокарда независимо от качества оказанной экстренной медицинской помощи больной нуждается в обязательной госпитализации. В этом случае чем больше процент госпитализации, тем выше качество оказания скорой медицинской помощи. Однако при гипертоническом кризе или почечной колике далеко не все больные нуждаются в экстренной госпитализации. Больше того, чем выше качество скорой медицинской помощи, тем может быть ниже процент госпитализированных.

С предыдущим показателем тесно связаны два других. В случаях, когда больному требуется экстренная госпитализация, актуальна оценка досуточной летальности. При заболеваниях, не требующих обязательной госпитализации, используют другой показатель — процент повторных вызовов. Эти два показателя являются важными элементами оценки качества оказания скорой медицинской помощи.

Следующая группа показателей индикаторов качества отражает структуру и процесс оказания скорой медицинской помощи, т. е. частоту применения тех или иных лечебных мероприятий, диагностических методик, лекарственных средств, которая предлагаются к использованию в соответствующих рекомендациях по оказанию скорой медицинской помощи. Данная группа показателей является непостоянной и, безусловно, будет изменяться в зависимости от внедрения новых методов лечения и диагностики. Кроме того, эти элементы индикаторов качества должны быть открыты для широкого обсуждения с целью их совершенствования.

В заключение нужно подчеркнуть, что индикаторы качества оказания скорой медицинской

помощи должны преимущественно относиться к тем явлениям, которые зависят от качества работы самих медицинских работников и в меньшей степени от материально-ресурсного обеспечения процесса.

О начале функционирования индикаторов качества можно говорить только после принятия целого ряда законодательных норм. До этого момента концепция оценки качества медицинской помощи, разработанная Росздравнадзором, нуждается в широком и серьезном обсуждении медицинской общественностью и профессиональными ассоциациями. Она должна быть полностью доступна для ознакомления и доработки.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ОПИАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

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

ГОУ ВПО «Красноярская государственная
медицинская академия», МУЗ ГКБ
№ 6 им.Н.С.Карповича, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

В последнее время отмечается увеличение числа людей, употребляющих производные опиатов для достижения наркотического опьянения.

В работе токсикологического центра наиболее часто приходится сталкиваться с развитием острой дыхательной недостаточности при острых парентеральных отравлениях опиатами. С 2000 г. при отравлении опиатами с догоспитального этапа стали применять антидот налоксон.

После назначения налоксона у 70% больных состояние улучшалось, и дальнейшая помощь им ограничивалась наблюдением в течение 2 ч с последующей выпиской из стационара. У 11% пациентов развилось выраженное психомоторное возбуждение с судорожным синдромом, что потребовало проведения симптоматической терапии и ИВЛ. Данное осложнение, вероятно, связано с гипоксическим отеком мозга, диагностика и лечение которого на догоспитальном этапе в силу объективных причин затруднены.

У 15 из этих пациентов на аппарате AVL-725 при поступлении в стационар, на фоне ИВЛ через 30 минут, 1, 2, 3, 4, 6 ч проведено исследование кислотно-основного состояния и газового состава крови.

У всех больных обнаружены декомпенсированный смешанный ацидоз, гиперкапния, гиперлактатемия.

Продолжительность ИВЛ составляла от 2 до 8,5 ч, что в сочетании с медикаментозной терапией позволяло скорректировать имеющиеся нарушения.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ ОПИАТАМИ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.М.Брюханов, С.В.Гребенников,
О.П.Козычева, М.Л.Лебедев, Е.А.Попова,
А.И.Филяков, Т.Г.Шиврина, А.Ю.Шумбасов
*ГОУ ВПО «Красноярская государственная
медицинская академия», МУЗ ГКБ
№ 6 им.Н.С.Карповича, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Общероссийской тенденцией последнего десятилетия является существенный рост потребления наркотических веществ с немедицинской целью. Подавляющая доля потребляемых в г. Красноярске наркотиков кустарного производства представляют собой производные опиатов различной степени очистки и концентрации. Развивающаяся в данных случаях дыхательная недостаточность имеет центральный генез и требует оказания неотложной медицинской помощи.

За последние 10 лет количество случаев отравления опиатами увеличилось в 55 раз. В отделение реанимации токсикологического центра поступили 1416 больных.

Подавляющее число пациентов с отравлением опиатами составляют мужчины — 86,9%. Чаще всего встречаются больные в возрасте 20–29 лет (63,7%), на втором месте — пациенты в возрасте 12–19 лет (25,8%). Больные 30 лет и старше составляют 10,5%. Минимальный возраст пациентов составил 13 лет, максимальный — 54 года.

Респираторная поддержка при отравлениях опиатами является частью комплекса мероприятий. Применение с лечебной целью ИВЛ зависит от степени выраженности дыхательных расстройств, а также от использования в терапии антагонистов опиатов. С 2000 г. на фоне использования антидота опиатов налоксона число больных, нуждающихся в проведении ИВЛ, сократилось с 90% до 40%.

С выздоровлением выписаны 91,1%, с улучшением — 7,0% пациентов. Летальность при отравлении опиатами составила 1,9%.

ПОДХОДЫ К ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ НЕЙРОТРОПНЫМИ ЯДАМИ

В.Н.Быков, Л.А.Покровская, С.В.Чепур,
А.С.Никифоров, А.А.Бажин

*Государственный научно-исследовательский
испытательный институт военной медицины,
Санкт-Петербург, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Развитие неспецифических цитопатологических реакций, обуславливающих необратимые повреждения нервных клеток, существенно ограничивает эффективность современных средств противосудорожной терапии. В этой связи рассматриваются направления повышения эффективности терапии базисными противосудорожными средствами (барбитуратами и бензодиазепинами) посредством комбинирования с нейропротективными препаратами.

На моделях отравлений крыс различными конвульсантами с помощью морфологических и биохимических методов прослежено развитие цитопатологических реакций, существенно ограничивающих эффективность средств противосудорожной терапии. Установлено, что при формировании очагов гипервозбуждения в первую очередь повреждаются синаптические структуры, элементы которых подвергаются темной или светлой дегенерации. В то же время изменения свойств мембран клеток, опосредованные перекисным окислением липидов, способствуют развитию симметричных электропроницаемых контактов, принимающих участие в генерализации возбуждения при судорожном пароксизме, между нейронами и между нервными и глиальными клетками. Изменения межклеточных взаимоотношений и появление мембранных контактов, проводящих нервный импульс без синаптической задержки, могут минимизировать результаты применения базисных антиконвульсантов, воздействующих на процессы передачи нервного импульса.

Анализ структурных изменений позволяет предположить эффективность антагонистов кальция, антиоксидантов и ингибиторов циклооксигеназы для снижения риска развития постинтоксикационной дефицитарной симптоматики и стабилизации структуры электропроводящих мембран.

Изучен положительный эффект применения NMDA-блокаторов, агонистов аденозиновых ре-

цепторов, тормозных нейропептидов и антиоксидантных олигопептидов на моделях отравления крыс коразолом и тиосемикарбазидом. Возникающие изменения реологических свойств крови определяют целесообразность применения гепарина или его аналогов.

Проведенные исследования позволили определить морфологические критерии для отбора нейротропных средств, обосновать направления поиска эффективных препаратов, а также определить необходимость их применения в схемах комплексной противосудорожной терапии для повышения эффективности базисных антиконвульсантов.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ

В.Э.Вальтер, Ю.Л.Гладченко, О.А.Вранович

*Негосударственное учреждение
здравоохранения «Медико-санитарная часть»,
г. Астрахань, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

До настоящего времени некоторые стороны патогенеза, диагностики и интенсивной терапии острого респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ) являются достаточно противоречивыми, а летальность при его тяжелых формах остается в пределах 50–80% [Багдаев В.Е., Гологорский В.А., 1996; Garber V.G., Hubert P.C., 1996].

Приводим 6 наблюдений лечения наркоманов, которые случайно или с суицидальной целью внутривенно ввели концентрированные растворы уксусной кислоты или уксусного ангидрида.

В 1-ю группу вошли 3 больных, которые ввели себе кислоту внутривенно в ветви нижней полой вены. Экспозиция в одном случае составила более суток, в двух других случаях 7–8 ч. Введено внутривенно в двух случаях по 2 мл уксусного ангидрида, в третьем — 5 мл уксусной кислоты. При поступлении пациенты жаловались на одышку, чувство нехватки воздуха, кровохарканье; дыхание жесткое. ЧДД 30–46 в 1 минуту, в легких — мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы, умеренная артериальная гипотензия, тахикардия. Свободный гемоглобин крови в норме. Респираторный алкалоз, метаболический ацидоз, pO_2 46–41%. На рентгенограммах; легочный рисунок усилен за счет венозного застоя,

на фоне которого выявляется множество разнокалиберных очагов инфильтрации. Корни инфильтрированы, бесструктурные. В последующие сутки нарастало количество фокусов инфильтрации, которые в нижних отделах приобрели сливной характер. Отмечали положительную тимоловую пробу, повышение содержания молекул средней молекулярной массы, билирубина, фибриногена В, АсАТ, АлАТ в плазме крови, нарастали анемия, лейкоцитоз, СОЭ, в моче появился белок. Все пациенты умерли от нарастающей дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. При патологоанатомическом исследовании макро- и микроскопическая картина в легких была идентичная и соответствовала изменениям при РДСВ.

Во 2-й группе были 3 больных, которые ввели уксусную кислоту в область локтевой вены или вен кисти. У этих пациентов отмечалась болезненность в местах инъекций, по ходу вен. Общее самочувствие не страдало. При рентгенографии легких патологических изменений не выявлено. Все пациенты выписаны с выздоровлением.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ АЗАЛЕПТИНОМ: ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

В.Д.Великова, А.В.Федоров

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

© В.Д.Великова, А.В.Федоров, 2006 г.

Первенство среди острых отравлений лекарственными средствами всегда сохранялось за препаратами нейротропного действия. Однако спектр отравлений лекарственными средствами постоянно изменяется и расширяется. В настоящее время причиной наиболее тяжелых интоксикаций в этой группе являются amitриптилин и клозапин (КЛ). Клозапин интересен еще и тем, что в течение последних 3 лет стремительно вытесняет клофелин из лидеров криминальных отравлений.

Клозапин (азалептин, лепонекс) — нейрорептик, производное дибензодиазепина. Механизм терапевтического и, следовательно, токсического действия обусловлен блокадой центральных дофаминергических и холинергических рецепторов. Несмотря на атропиноподобное действие препарата, интоксикация сопровождается гиперсаливацией и бронхореей, причина которых остается не до конца объяснимой. Попадание слюны в дыхательные пути, дис- и гиперкриния

бронхиальных желез с нарушением эвакуации секрета приводят к бронхиальным и легочным осложнениям на разных этапах интоксикации и зачастую являются причиной смерти у этих больных. Такие особенности действия препарата в токсических дозах не должны оставаться незамеченными. КЛ имеет сравнительно небольшой объем распределения (V_d) — 3 л/кг массы тела, высокую связь с белками — 90%.

С 2002 по 2005 гг. в отделение реанимации токсикологического центра были госпитализированы 232 больных с острыми отравлениями КЛ различной степени тяжести; умерли 8 человек, причем в течение этих лет летальность имела отчетливую тенденцию к снижению: 11,76% (2002 г.), 9,26% (2003 г.), 7,58% (2004 г.) и 3,26% (2005 г.) соответственно. При анализе причин, влияющих на исход заболевания, было показано, что наиболее существенное значение имели правильная оценка тяжести интоксикации и поступление больного в реанимационное отделение, тщательная и своевременная санация трахеобронхиального дерева и ротовой полости. Очень многое зависит от экспозиции.

Среди больных в тяжелом состоянии (кома I–III), которые поступали в течение первых 6 ч с момента отравления, летальность составила 4,35%, при госпитализации через 6–12 ч — 11,54%, после 12 ч — 27%. Применение гемосорбции (ГС) при отравлениях тяжелой степени существенно не влияло на исход заболевания. В группе больных, в схему лечения которых входила ГС (67 человек), летальность составила 13,4%; без применения ГС (42 человека) — 11,9%.

Отравления психотропными препаратами редко бывают изолированными. По данным, подтвержденным химическим исследованием биосред (230 наблюдений), было показано, что в 54 случаях отравления КЛ сопровождались алкогольной интоксикацией легкой и средней тяжести (содержание этанола в крови $1,79 \pm 0,26$ г/л, в моче — $2,86 \pm 0,48$ г/л). Достаточно часто имели место сочетания с производными барбитуровой кислоты (15), 1,4-бенздиазепина (16), фенотиазина (9), амитриптилином (10). Тщательного анализа по этому показателю не проводилось, но тем не менее можно отметить, что наиболее неблагоприятным является сочетание КЛ с производными фенотиазина и барбитуровой кислоты (раннее развитие комы и гемодинамических расстройств). Криминальные отравления КЛ всегда сопровождаются алкогольной интоксикацией, поскольку яд плохо растворим в воде, чем, возможно, и объясняется

увеличение сочетания КЛ с этанолом с 13,4% (2001–2003 гг.) до 34,9% в 2005 г. За январь–март 2006 г. зарегистрировано 7 отравлений азалаптином в сочетании с этанолом, относящихся к разряду криминальных.

Таким образом, для улучшения качества лечения и прогноза необходимы адекватная оценка тяжести интоксикации, профилактика легочных осложнений, оптимальный подбор методов экстракорпоральной детоксикации с учетом кинетических параметров препарата, использование фармакологических антагонистов (нивалина, аминостигмина), применение которых было крайне ограничено в последние годы.

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРОСОРБЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

М.К.Вишневецкий, Г.А.Терехин,
Д.П.Елизаров

Пермская государственная медицинская академия, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Отравления лекарственными препаратами представляют собой новую токсикологическую патологию с летальностью до 1–3%, частотой развития коматозного состояния до 10–15% [Лужников Е.А., 2000]. В связи с этим необходимость совершенствования комплексной терапии больных с острыми медикаментозными отравлениями остается актуальной.

В эксперименте на белых нелинейных крысах на 5 моделях острого отравления психотропными препаратами и изониазидом методом В.Б.Прозоровского нами изучена эффективность 9 энтеросорбентов. Практически во всех сериях на фоне лечебного введения сорбентов наблюдали снижение токсичности ядов с коэффициентом защиты от 1,2 до 4,6.

Полисорб в 5 из 6 моделей острого отравления достоверно снижал токсичность лекарственных препаратов.

На базе Пермского областного центра лечения острых отравлений и Городской станции скорой медицинской помощи выполнены исследования по оценке влияния полисорба на результаты комплексного лечения 285 больных с острыми медикаментозными отравлениями.

На догоспитальном этапе полисорб вводили в желудок через тонкий зонд из расчета 14 г на

150 мл воды. После экспозиции в 10 минут промывали желудок до «чистых вод» и повторно вводили энтеросорбент в дозе 30 г на 150 мл воды.

В стационаре сорбент назначали 4–6 раз в сутки по 4–5 г на прием в течение 2–5 суток. Среднесуточная доза полисорба составляла 27,0–30,0 г.

Эффективность лечения оценивали по данным клиничко-лабораторных исследований, продолжительности госпитализации, частоте развития осложнений, динамике восстановления общего состояния, сознания, функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Применение полисорба на догоспитальном и госпитальном этапе оказывает существенное влияние на выраженность и течение острых отравлений и приводит к сокращению частоты развития токсических пневмоний в 1,6 раза, первичного кардиотоксического эффекта — в 1,3 раза, продолжительности стационарного лечения в 2–2,5 раза.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫЯВЛЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ СРЕДИ АБИТУРИЕНТОВ ВУЗОВ

О.А.Габрильянц

Подольский наркологический диспансер, Россия

© О.А.Габрильянц, 2006 г.

В России проблема злоупотребления наркотическими и токсичными веществами лицами молодого возраста остается актуальной. Ошибки при выявлении наркозависимости особенно недопустимы при освидетельствовании кандидатов на поступление в учебные заведения министерств и ведомств, в которых законом предусмотрена военная служба. Задача ранней и безошибочной диагностики немедицинского потребления наркотиков и токсикантов у абитуриентов усложняется из-за существующей практики предоставления права углубленного обследования только ведомственным медицинским комиссиям, которые подчас ограничиваются формальным запросом в наркологический диспансер по месту жительства будущего курсанта. При этом не учитывается, что, во-первых, далеко не все потребители психоактивных веществ (ПАВ) попадают на учет; во-вторых, данная категория подростков и их родители, как правило, склонны к диссимуляции, стремясь избежать негативных социальных последствий выявления признаков наркозависимости. Для га-

рантированного распознавания данной патологии явно недостаточно однократного обследования.

Предлагаемый нами «эпидемиологический» подход предусматривает серию обследований, включающих: тщательный сбор анамнеза с использованием нескольких источников сведений о подростке; повторные клинические осмотры (при посещении подростком психиатров-наркологов каждого из заинтересованных учреждений независимо от ведомственной принадлежности) с соблюдением принципа преемственности; обязательное экспресс-тестирование на содержание нескольких видов наркотиков в биологических средах в динамике; использование современных инструментальных технологий психологического и психофизиологического скрининга; централизованную систему сбора, накопления и анализа полученной информации о подростке. Необходимым условием должно быть соблюдение законодательства в сфере здравоохранения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЖИДКОГО АЗОТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

А.В.Гаёв, Н.Л.Кузнецова

*МУ «Центральная городская больница № 23»,
Екатеринбург, Россия*

© А.В.Гаёв, Н.Л.Кузнецова, 2006 г.

Язва — дефект кожи или слизистых оболочек, склонный к хроническому течению.

Большинство исследователей подтверждают наличие сосудистого компонента в течении патологического процесса. Выделяют три основных фактора возникновения хронических язв: посттравматический, нейрогенный и сосудистый.

Целью исследования является изучение влияния холодового фактора на симпатическую иннервацию периферических сосудов нижних конечностей.

Наряду со стандартным обследованием, 10 больным, проходившим лечение в отделении гнойной хирургии МУ ЦГБ № 23, проведены реовазография и ультразвуковая диагностика сосудов нижних конечностей. У большинства пациентов выявлена субкомпенсация кровообращения.

По оригинальной методике произведена периферическая криосимпатодеструкция жидким азотом тыльной артерии стопы пораженной или контралатеральной конечности. Отмечено улучшение кровообращения в послеоперационном

периоде, подтвержденное данными инструментальных исследований.

Положительный терапевтический эффект жидкого азота позволяет рекомендовать использование данного метода в комплексном лечении больных с различными формами хронического нарушения кровообращения.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ю.Л.Гладченко, В.Э.Вальтер, Н.В.Бухарцева

Негосударственное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть», г. Астрахань, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Проанализированы 1595 случаев госпитальной летальности и данные Бюро судебно-медицинской экспертизы Астраханской области за 2003–2005 гг. Общая смертность при острых отравлениях в этот период колебалась с 51 до 53,7 на 100 000 населения. Полученные данные свидетельствуют об увеличении общей смертности на 2,7%.

Средние показатели общей смертности от отравлений среди городского населения составили 36,1 и были достоверно выше соответствующих показателей смертности сельского населения — 15,9.

подавляющее большинство пострадавших от острых химических отравлений умирают вне стационаров (дома, на улице); госпитальная летальность колебалась от 2,3% до 2,9%.

В отделении острых отравлений умерли 99 пациентов, из них 70–79% были в трудоспособном возрасте; самая высокая летальность (22,2%) отмечена в возрастной группе от 31 до 40 лет. Из всех умерших, по среднестатистическим данным, 57,6% составили мужчины и 42,4% — женщины. Досуточная летальность составила 39,2%.

Наиболее высокая летальность (45,4%) отмечена при отравлениях прижигающими жидкостями (уксусная кислота), лекарственными препаратами (29,3%), алкоголем и его суррогатами (7,1%).

По данным бюро судебно-медицинской экспертизы, за рассматриваемый период острые химические отравления были причиной летальных исходов в 24,1% всех случаев насильственной смерти. Основными токсикологическими факторами, которые приводили к смерти пострадавших, были алкоголь и его суррогаты (62,6% случаев), окись

углерода (25% случаев), лекарственные средства (3,1% случаев), прижигающие жидкости (1,8% случаев), пестициды (0,2% случаев). Отмечено увеличение в 2,2 раза числа умерших от отравлений суррогатами алкоголя. Наметилась тенденция к увеличению количества летальных исходов от отравлений окисью углерода в 1,3 раза.

ФАРМАКОПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОТОКСИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ МЕКСИДОЛОМ, ЭТОМЕРЗОЛОМ И ПОЛИСОРБОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

О.Г.Горячева, М.А.Зубарев, Г.А.Терехин

Пермская государственная медицинская академия, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

При отравлениях фосфорорганическими соединениями (ФОС) у пациентов развиваются артериальная гипертензия, нарушения ритма и проводимости, экзотоксический шок. Включение в состав комплексной терапии на догоспитальном и госпитальном этапе фармакологических препаратов с выраженной антиоксидантной, антигипоксической и сорбционной активностью может обеспечить качественное улучшение комплексного лечения больных с отравлениями ФОС.

В эксперименте на крысах на модели острого отравления карбофосом ($2/3$ ДЛ 50) изучены кардиопротекторная активность энтеросорбента полисорба МП, актопротектора этомерзола и синтетического антиоксиданта мексидола. Эффективность препаратов оценивали по выживаемости животных и частоте развития первичного кардиотоксического эффекта (ПКЭ).

При остром отравлении карбофосом к исходу 6-х суток летальность составила 36%, у 50% выживших животных наблюдали признаки ПКЭ.

Во всех сериях с применением этомерзола (внутрижелудочно 20 мг/кг), мексидола (внутримышечно 100 мг/кг) и при однократном введении полисорба МП (внутрижелудочно в дозе 1000 мг/кг через 15 мин после введения ФОС), гибели животных не наблюдали.

К 6-м суткам в серии с мексидолом ПКЭ развился у 25% крыс, с полисорбом — у 14%, а в серии с этомерзолом признаков развития ПКЭ не наблюдали.

Результаты исследования свидетельствуют о наличии выраженной кардиопротекторной активности у исследуемых препаратов. Для профи-

лактики и лечения нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы при отравлениях ФОС оптимальным является сочетание эфферентных методов, в том числе энтеросорбции, с фармакологическими препаратами, обладающими выраженной антигипоксической и антиоксидантной активностью.

ТРАВМА ГРУДИ. ПРИНЦИПЫ ДЕЙСТВИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.В.Добрынина, А.В.Николенко, Е.М.Кон,
Г.С.Сандакова, Г.А.Юрченко, В.В.Морозов
*МУЗ «Пермская городская станция скорой
медицинской помощи», Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Характерные особенности травматизма связаны с современным состоянием цивилизации. По статистическим данным ССМП города Перми, за последние 5 лет наблюдается четкая тенденция к увеличению числа вызовов, связанных с механической травмой разной степени тяжести: с 18% в 2000 г. до 29% в 2004 г. Наиболее часто причиной механической травмы являются автодорожные и железнодорожные аварии — 46%, ножевые ранения грудной и брюшной полостей с повреждением внутренних органов или без повреждения — 38%; падение с высоты — 7%. По данным ССМП города Перми, за период с 2000 г. по сентябрь 2004 г. в ДТП пострадали 10 000 человек, из них $\frac{3}{4}$ — люди трудоспособного возраста от 20 до 50 лет; 50% мужчин, 45% женщин, 5% детей в возрасте от 5 до 14 лет. Наибольший удельный вес имеет сочетанная травма при ДТП, однако при изолированной травме третье место занимает травма груди.

Наиболее частым и серьезным при торакальных травмах является расстройство респираторно-циркуляторной функции. В течении травмы груди можно выделить ряд характерных периодов, соответствующих периодам травматической болезни. Для нас наибольшее значение имеют: период острых реакций: нарушение каркасности грудной клетки, сдавление грудной клетки, травматические параличи и разрывы диафрагмы, обструкция ВДП, синдром внутриплеврального напряжения; флотация и смещение средостения; синдром легочного, легочно-плеврального, интраплеврального кровотечений; синдром медиастенального напряжения, механическая травма легкого, по-

вреждение воздухоносных магистралей, механическая травма сердца, повреждение крупных сосудов, хилоторакс, разрывы пищевода; период ранних осложнений, характеризующийся развитием РДСВ. При постановке диагноза травмы груди важно наличие четырех достоверных симптомов: пневмоторакс, эмфизема, гемоторакс, кровохарканье.

Мы придерживаемся следующей тактики при ведении пациента: оценка общего состояния, устранение нарушений витальных функций, включая разрешение синдромов внутриплеврального, внутримедиастинального напряжения, устранение экстра- и интраперикардальной тампонады сердца, кардиоваскулярная поддержка, мониторинг ЭКГ и SpO₂, инфузионная терапия до стабилизации артериального давления, асептическая повязка (окклюзионная при открытом пневмотораксе), адекватная анальгезия, интубация трахеи двухпросветной трубкой Карленса, ИВЛ с поддержанием анестезии кетаминотом и фентанилом, симптоматическая терапия.

При соблюдении вышеописанных принципов оказания помощи снижается летальность и уменьшается количество осложнений у пострадавших с торакальной травмой на догоспитальном этапе.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИАГНОСТИКА ДЕБЮТА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

А.Е.Жуков, П.Д.Петровский
*МУЗ «Пермская городская станция скорой
медицинской помощи», Россия*

© А.Е.Жуков, П.Д.Петровский, 2006 г.

Публикаций, посвященных рассматриваемому нами вопросу, в медицинской литературе крайне мало. Первый пик заболеваемости сахарным диабетом (СД) приходится на 6 лет, а второй — на пре- и пубертатный периоды.

В РФ частота заболеваемости СД составляет 28 случаев на 100 000 детей. Нередко болезнь диагностируется в стадии кульминации диабетического кетоацидоза (ДКА). По данным Дж.Регланда (2001), наибольшая частота ДКА в США встречается в возрастной группе до 19 лет. Известно, что СД возникает иногда после вирусных инфекций, отсюда и увеличение выявляемости диабета в холодное время года. Помимо инфекций, другими провоцирующими факторами мо-

гут быть травма, стресс, повышение эмоциональной и физической нагрузки и др.

На Станции скорой медицинской помощи г. Перми в 2005 г. впервые выявлен СД у 3 подростков (2 мальчика — 11 и 13 лет, и девочка 13 лет) в январе, марте и в августе. Общепринято, что диагностика ДКА не представляет трудности, но с учетом специфики догоспитального этапа это далеко не так. До сих пор не получили объяснения некоторые клинические особенности ДКА:

— боли в животе, что нередко является поводом для диагностики острой хирургической патологии брюшной полости;

— поражение плевры;

— отсутствие явной взаимосвязи между степенью нарушения сознания больного и выраженностью кетонемии и гипергликемии.

Нередко сотрудники выездных бригад СМП видят ребенка в «подавленном» состоянии (вялость, адинамия), а классической кетоацидотической комы нет.

Большинство авторов отмечают, что повышение температуры тела при отсутствии респираторной инфекции у детей не является составной частью ДКА. Только у 10% больных отмечается повышение температуры тела, несмотря на то, что провоцирующим фактором ДКА чаще является инфекция [Регланд Дж., 2001]. По нашим данным, у 2 больных была пониженная температура тела — 35,3–35,5°С, у одного — субфебрильная.

В типичных случаях у детей с ДКА могут выявляться тошнота, рвота, боли в животе, снижение массы тела, дегидратация, артериальная гипотензия, тахикардия, гипервентиляция или дыхание Куссмауля, запах ацетона в выдыхаемом воздухе.

Затрудняет диагностику и тот факт, что если ребенок в состоянии адекватно принимать жидкость и соли, то может развиваться состояние компенсаторного кетоза, и тогда не удается выявить типичные клинические критерии ДКА. В частности, могут отсутствовать запах ацетона изо рта, дегидратация и артериальная гипотензия. Следствием является позднее обращение за медицинской помощью и утяжеление состояния детей (в одном из наших наблюдений родители обратились за скорой медицинской помощью только через 5 суток от начала заболевания).

При экспертной оценке карт вызовов к детям с ДКА выявлено следующее:

1) двум подросткам был выставлен диагноз: острый аппендицит, перитонит, инфекционно-

токсический шок (ИТШ) II–III ст. (один из них был госпитализирован в хирургическое отделение по направлению участкового врача), а третьему больному — острая бронхопневмония, ИТШ II ст., дыхательная недостаточность II ст.;

2) после вызова специализированной бригады и проведения глюкотеста у обоих больных диагностирован СД с кетоацидозом;

3) ни у одного из пациентов не ощущался запах ацетона изо рта, а дыхание Куссмауля и выраженная жажда отмечались только у одного ребенка.

С учетом многообразия клинических проявлений дебюта СД всем детям с болями в животе и одышкой, протекающими на фоне артериальной гипотензии, вялости и адинамии, необходимо для исключения сахарного диабета и диабетического кетоацидоза проводить глюкотест и термометрию.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ПРИСУТСТВИИ БРИГАД ПО МАТЕРИАЛАМ МУЗ «ПЕРМСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

А.Е. Жуков, В.К. Тиунов, В.В. Нелюбин,
Л.Е. Кузьмина

*МУЗ «Пермская городская станция скорой
медицинской помощи», Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Проведен анализ вызовов к больным и пострадавшим, умершим в присутствии бригад СМП за период с января 2002 г. по декабрь 2004 г. 1002 случая смерти в присутствии бригады условно подразделены на две группы. У 345 пациентов 1-й группы летальный исход можно было предвидеть вследствие наличия терминальной стадии течения хронических заболеваний; во 2-ю группу вошли 657 больных и пострадавших, умерших внезапно. Эта группа подразделялась на две подгруппы: подгруппу, в которой внезапная смерть возникла на фоне остро возникшего заболевания (545 случаев), и подгруппу пациентов (112 случаев), у которых внезапная смерть явилась следствием внешних воздействий (сочетанная и комбинированная травма, поражение электрическим током, повешение, утопление и др.).

Очевидно, что существенно повлиять на предвиденную смерть у хронических больных или на смерть при травме, несовместимой с жизнью, невозможно, поэтому наибольший интерес пред-

ставляет анализ летальности у пациентов с острым возникшим заболеванием. По нозологии данная подгруппа распределилась следующим образом: острый коронарный синдром — 380 (69,7%) случаев, инсульты — 69 (12,7%) случаев, ТЭЛА — 33 (6%) случая, астматический статус — 15 (2,8%) случаев, инфекционно-токсический шок — 12 (2,2%) случаев, прочие заболевания — 36 случаев. Учитывая большой удельный вес больных с острым коронарным синдромом, внезапность и драматичность развития внезапной смерти, мы предприняли попытку выявить факторы, влияющие на ее возникновение.

Проанализирована 231 карта вызова лиц, умерших на догоспитальном этапе в присутствии бригад СМП, с клинически и электрокардиографически подтвержденным острым инфарктом миокарда. К картам вызова прилагались специально разработанные «Реанимационные карты» с электрокардиограммами в динамике. В анализируемой группе преобладали мужчины — 122 больных и люди старше 60 лет — 151 человек. Чаще летальные исходы наступали с 8.00 до 20.00 часов — 174 (75,3%) случая. Не выявлено зависимости летальности от сроков обращения больных за медицинской помощью, в 177 (76,6%) случаях больные обратились в течение 1 часа от возникновения заболевания. У 190 (82,3%) больных имелся отягощенный сердечно-сосудистый анамнез. Оценка выраженности болевой синдрома проводилась на основании субъективной оценки жалоб больного и эффективности наркотических анальгетиков по специальной шкале. В 137 случаях из 231 боль оценивалась как «невыносимая» и в 88 случаях — как «сильная». Острая сердечно-сосудистая недостаточность II и III степени по Killip наблюдалась у 132 человек. У 115 пациентов исходно зафиксирована синусовая тахикардия, в то же время другие нарушения ритма наблюдались лишь у 19 больных. У 60 больных отмечалось нарушение АВ-проводимости (АВ-блокада I ст. — 39 случаев, АВ-блокада II ст. типа Мобитц II — 4 случая и АВ-блокада III ст. — 17 случаев). Инфаркт миокарда у 141 больного локализовался на передней стенке, у 87 человек — на задней стенке и у 3 больных распространялся на правый желудочек. Патологический зубец Q был зарегистрирован на ЭКГ у 139 больных. Подъем сегмента ST над изоэлектрической линией более 5 мм отмечен у 186 человек. У 16 больных обнаружено увеличение интервала Q — T.

Проведенный анализ позволил выделить факторы риска развития летального исхода у боль-

ных с острым коронарным синдромом: возраст старше 70 лет, выраженный болевой синдром, отягощенный кардиологический анамнез, сахарный диабет, тахикардия, артериальная гипотензия, наличие нарушений АВ-проводимости, локализация инфаркта миокарда на передней стенке, подъем сегмента ST над изоэлектрической линией более 5 мм.

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

А.Е. Жуков, В.К. Тиунов, В.В. Нелюбин,
Н.А. Валитова, Д.В. Кожанов, Г.А. Юрченко
МУЗ «Пермская городская станция скорой
медицинской помощи», Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Мы провели углубленный анализ структуры вызовов к больным с артериальной гипертензией (АГ) за 2004 г. и 6 мес 2005 г. с использованием специальной программы сплошного учета обращаемости населения г. Перми за скорой медицинской помощью. В работе не выделялась эссенциальная и симптоматическая АГ. Всего обслужено 81 564 вызова к больным с АГ, причем отмечается ежегодное увеличение их количества.

Всех больных с АГ мы подразделяем на две группы:

1-я — больные с ухудшением течения АГ;

2-я — больные с гипертоническим кризом, в том числе и с осложненным течением.

Такое подразделение обусловлено различным подходом к лечению и тактике ведения больных на догоспитальном этапе.

При анализе полученных данных удалось установить, что 55 247 случаев (67,7% от общего количества вызовов к больным с АГ) было обусловлено ухудшением течения заболевания, а 26 317 (32,3%) случаев — развитием гипертонического криза. Осложненное течение гипертонического криза наблюдалось у 3304 (4%) больных.

Женщины значительно чаще (77% случаев) обращаются за медицинской помощью по поводу повышенного артериального давления, и у них в 4,5 раза чаще наблюдаются гипертонические кризы. Лица пенсионного возраста составляют 49,6% от обслуженных вызовов, у них же отмечается и более тяжелое течение заболевания — кризы в 41,3% случаев.

Каких-либо сезонных различий в поступлении вызовов к больным с АГ нами не отмечено.

Количество вызовов к больным с повышением артериального давления увеличивается в воскресенье и понедельник и уменьшается в пятницу. Отмечается увеличение количества вызовов в вечерние часы, с максимумом от 20 до 24 ч.

Обращает на себя внимание значительное количество вызовов к больным с ухудшением течения АГ, поступающих на станцию СМП в часы работы поликлиник, — 38% от общего количества вызовов к больным с АГ.

Мы проследили обращаемость больных с АГ за скорой медицинской помощью и выяснили, что она варьируется от 81 до 142 обращений на 1000 прикрепленного населения в зависимости от поликлинического учреждения. Выборочный анализ карт вызова к больным АГ показал, что из 80 больных 17 человек, хотя и страдают в течение многих лет артериальной гипертензией, профилактического лечения вообще не получают, и только в случаях повышения артериального давления обращаются за скорой медицинской помощью; 56% больных лечатся эпизодически и лишь 22,5% пациентов — постоянно.

Для снижения лавинообразно нарастающей обращаемости за скорой медицинской помощью при артериальной гипертензии основное значение имеет активизация работы поликлиник и школ для больных с АГ.

ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ ПРИ ДОДИПЛОМНОЙ И ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ

Ю.В.Зобнин

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет», Россия

© Ю.В.Зобнин, 2006 г.

Цикл клинической токсикологии в Иркутском государственном медицинском университете создан в 1976 г. Преподавание этой дисциплины базируется на Программе по внутренним болезням для студентов лечебного факультета (М., 1994). Осуществляемый переход на новые учебные планы в системе образовательных стандартов привел к значительному сокращению количества учебных часов, перенес основной акцент на последипломную подготовку врача, в том числе по клинической токсикологии. При этом Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования (ГОС ВПО) по специальности 040100 «Лечебное дело»

не предусмотрена учебная дисциплина «клиническая токсикология».

Внедряемые Государственные стандарты послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по этим специальностям, подготовленные на основании соответствующих квалификационных характеристик, предписывают изучение вопросов диагностики и лечения острых и хронических интоксикаций врачами различных специальностей. При этом включенные в стандарты примерные учебные и учебно-тематические планы послевузовской профессиональной подготовки специалистов в интернатуре (первичной специализации), в клинической ординатуре, а также циклов переподготовки (общего и тематического усовершенствования), аттестационных (сертификационных) циклов по различным специальностям неодинаковы по степени детализации (темы, количество часов, клинические базы) и регламентируют изучение обсуждаемых вопросов.

Для повышения качества оказания неотложной помощи при острых отравлениях необходимо включение клинической токсикологии как обязательной дисциплины в ГОС ВПО по специальностям 040100 «Лечебное дело» и 040200 «Педиатрия», а также разработка и внедрение программы самостоятельного курса клинической токсикологии для студентов высших медицинских учебных заведений. Внесение дополнений в программы (стандарты) последипломной подготовки врачей различного профиля будет способствовать более точной регламентации (по темам и объему часов) изучения вопросов неотложной помощи при острых отравлениях. Кроме того, необходимы введение специальности 040103.01 «Токсикология» в список базовых специальностей, реализация решений съездов токсикологов России о разработке предложений по созданию кафедр токсикологии в медицинских вузах.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОФЛАВИНА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА

Ю.В.Зобнин, И.П.Провадо, Б.М.Любимов,
А.Ф.Малых, А.Б.Третьяков
МУЗ «МСЧ ИАПО», г. Иркутск, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Цитофлавин — антигипоксанта и цитопротектор, включающий янтарную кислоту, рибоксин,

рибофлавин-мононуклеотид и никотинамид, разработанный НТФФ «Полисан», применяли внутривенно, в рекомендованных дозах у 53 больных с острыми отравлениями окисью углерода (угарным газом — 35 человек, выхлопными газами — 18 человек).

Цитофлавин использовали в комплексе с другими методами и средствами терапии, в соответствии с существующими принципами лечения данных отравлений. Эффективность применения препарата оценивали ретроспективно в сравнении с аналогичными по тяжести состояния и другим показателям группам пациентов, леченных без применения цитофлавина (угарным газом — 171 человек, выхлопными газами — 44 человека).

У больных со средней степенью тяжести отравления (имевших кратковременную потерю сознания и уровень карбоксигемоглобина в крови до 45%) при применении цитофлавина наблюдалось уменьшение сроков исчезновения таких признаков гипоксической энцефалопатии, как оглушенность и сонливость. При отравлении тяжелой и крайне тяжелой степени у больных, доставленных в коматозном состоянии, при уровне карбоксигемоглобина до 55%, наличии признаков позиционной компрессии тканей с проявлениями миоренального синдрома, отмечено уменьшение признаков гипоксической энцефалопатии (ускорение восстановления сознания с минимальными проявлениями ретроградной амнезии у пациентов, находившихся в коматозном состоянии не более 2–3 ч, и при раннем начале терапии). Сложилось впечатление, что досрочное прекращение введения цитофлавина способствовало рецидивированию энцефалопатии. У пациентов, находившихся в коматозном состоянии 6 и более часов и имевших явные признаки интракраниальной гипертензии с элементами очаговой симптоматики, расцененные как проявления аноксической энцефалопатии, применение препарата не повлияло на исход заболевания, но, возможно, способствовало увеличению времени умирания.

Средняя продолжительность госпитализации пациентов основной группы составила $4,7 \pm 0,5$ суток, летальность 1,9%; в контрольной группе эти показатели составили соответственно $4,5 \pm 0,8$ суток и 3,7%.

Использование цитофлавина наиболее эффективно в ранние сроки с момента отравления, поэтому можно рекомендовать начинать его применение еще на догоспитальном этапе.

ОСТРЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ НАРКОТИКАМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

М.Л.Калмансон, В.В.Шилов

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования,
Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им.проф.И.И.Джанелидзе, Россия*

© М.Л.Калмансон, В.В.Шилов, 2006 г.

С 1990 по 2000 г. отмечалось значительное увеличение количества случаев острых отравлений наркотиками (с 80 случаев в 1990 г. до 1685 в 2000 г.). К 2002 г. количество острых отравлений наркотиками снизилось до 448. В 2004–2005 гг. количество отравлений вновь увеличилось до 1633. Среди поступающих в Центр лечения острых отравлений наркозависимых пациентов 95–97% употребляли героин.

Количество тяжелых отравлений в 1990 г. составило 7% от числа поступивших, в 2000–2005 гг. — 50–52%.

Летальность в 1991–2005 гг. составила 0,95–3,5%.

Более 97% поступающих больных составляют люди в возрасте от 15 до 25 лет, пациенты старше 30 лет встречаются крайне редко.

Большой удельный вес больных, поступивших в тяжелом состоянии, в первую очередь объясняется поздним оказанием медицинской помощи на догоспитальном этапе с развитием тяжелой гипоксии, значительным ухудшением основных показателей здоровья среди наркозависимых, употреблением наркотиков в состоянии алкогольного опьянения, а также на фоне приема лекарственных препаратов нейротропного действия, что ведет к резкому утяжелению интоксикации и развитию таких осложнений, как отек головного мозга и легких.

Интенсивная терапия больных с тяжелыми отравлениями опиатами начинается с проведения ИВЛ и инфузионной терапии. Если у больного отсутствуют показания к проведению ИВЛ и он может выполнять простейшие задания, то внутривенно вводится налоксон в дозе 0,4–0,8 мг. При положительной реакции на введение препарата внутримышечно вводится налоксон в дозе 0,8 мг. В дальнейшем налоксон применяется внутримышечно в случае развития рецидива интоксикации. У больных с клиническими признаками гипоксической энцефалопатии и отека головного мозга налоксон не вводится. Всем больным проводятся инфузионная, детоксикационная, симпто-

матическая терапия и энтеральное зондовое питание. При восстановлении эффективного самостоятельного дыхания проводится курс ГБО.

В настоящее время обсуждаются причины существующей динамики острых отравлений наркотиками и мероприятия по снижению их количества.

ПРЕИМУЩЕСТВА МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Э.В.Лобанов, Н.Л.Кузнецова

*МУ «Центральная городская больница № 23»,
Екатеринбург, Россия*

© Э.В.Лобанов, Н.Л.Кузнецова, 2006 г.

Травмы коленного сустава (КС) являются достаточно частой причиной обращения за медицинской помощью (до 13% всех обращений). По данным различных исследований, в структуре травм коленного сустава повреждения связочного аппарата составляют от 11% до 40%, а повреждения мениска — 9–11%, хотя в целом считается, что травма мениска — наиболее частая из травм КС. Вследствие травмы КС различные повреждения связочного аппарата ежегодно возникают у 3% населения.

Целью работы было улучшение результатов лечения пациентов с острой травмой коленного сустава.

В 2003–2005 гг. в клинике прооперированы 49 пациентов в 1–3-и сутки после травмы. Диагнозы при поступлении: повреждение медиального мениска (26 человек), гемартроз коленного сустава (14 случаев), перелом межмышечкового возвышения (5 человек), сочетанные повреждения коленного сустава (4 пациента). Все виды исследования и лечения проводились только на основе информированного согласия больных и в соответствии с международными этическими требованиями ВОЗ (Женева, 1993). Всем пациентам проводились клиническое обследование; лабораторные клинические и биохимические анализы крови и мочи; электрокардиография.

Диагностическая артроскопия была выполнена 28 больным, из них 24 продолжены в мини-артротомическую операцию. Первичная миниартротомия произведена у 21 пациента. Конверсии в традиционную артротомию не произошло ни в одном случае. Интраоперационно поэтапно проводилась ревизия внутрисуставных структур, вымывались или механически удалялись сверт-

ки крови, выяснялся характер повреждений, производились все необходимые манипуляции: резекция поврежденной порции мениска (в 19 случаях), хондропластика при травме суставного хряща (в 13 случаях), пластика ПКС аутоотрансплантатом из собственной связки надколенника (в 4 случаях), фиксация межмышечкового возвышения (в 5 случаях). У остальных оперированных были обнаружены частичные разрывы инфра- и медиопателлярных складок, ущемление жировых тел, несущественные ушибы хряща.

Послеоперационный койко-день составил 11,4. У 98,7% больных обезболивания с помощью наркотических анальгетиков не понадобилось.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ (ТОКСИЧЕСКИЙ ИНДЕКС, МЕНТАЛЬНО-КАРДИО-РЕСПИРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ)

В.А.Лукин

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

© В.А.Лукин, 2006 г.

По данным отечественных и зарубежных токсикологов, отравления лекарственными средствами нейротропного действия отмечаются у 48% больных с острыми отравлениями, а летальность составляет около 10%.

До настоящего времени не выработано единой тактики лечения больных с острыми отравлениями лекарственными препаратами нейротропного действия, так как не обозначены клинико-функциональные и жизненно важные показатели для своевременного адекватного лечения и для прогнозирования. В большинстве случаев выбор специфического лечения у пострадавших с острыми отравлениями лекарственными препаратами основывается на личном опыте и интуиции специалистов.

Целью работы была разработка объективных критериев для определения степени тяжести пострадавших при острых отравлениях лекарственными средствами, для прогнозирования и выбора рациональной тактики лечения в ближайший постинтоксикационный период.

Для характеристики токсического повреждения используется токсический индекс или ментально-кардио-респираторный показатель (MCR):

$$MCR = \frac{ЦНС \cdot ЧСС}{ЧД},$$

где ЦНС — сознание в баллах (ясное — 10, обну- билляция — 8, сомноленция — 6, сопор — 4, кома — 2), ЧСС — частота сердечных сокращений в минуту, ЧД — частота дыхания в минуту.

При острых отравлениях ксенобиотиками легкой степени MCR составляет от 30 до 50 баллов. При флюктуации токсического индекса в обе стороны имеются все основания верифици- ровать степень токсической болезни как сред- нюю. Если коэффициент стремится к меньшим значениям, то это указывает на тяжелую сте- пень острого отравления и прогностически не- благоприятный исход.

Индивидуальное определение тяжести состо- яния пострадавших позволяет нам проводить дезинтоксикационную терапию в более ранние сроки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОГЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ШЕИ И СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА

С.А.Мальцев, Н.Л.Кузнецова, М.В.Турунцев, Н.А.Шекунова

МУ «Центральная городская больница № 23», Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Травма шеи часто — в 27% случаев — сопро- вождается повреждением щитовидной железы. Паренхиматозный характер кровотечений и обильная васкуляризация железы затрудняют гемостаз. Традиционно используемые для гемо- стаза биполярная коагуляция ткани и прошива- ние ткани железы в ряде случаев были недоста- точно эффективны.

Целью исследования был поиск наиболее дей- ственных методов остановки кровотечения из щитовидной железы у трахеостомированных больных. Нами у 19 пациентов была использована криохирургическая технология для эффек- тивной остановки кровотечения из щитовидной железы и области трахеостомы. Для криохирур- гического воздействия применили аппарат «Азо- криод», действуя на кровоточащую зону до появ- ления побеления тканей на расстоянии 5 мм от криозонда. Экспозиция — 3-кратно по 10 се- кунд. Криохирургический гемостаз позволял быстро и эффективно произвести остановку кро-

вотечения из щитовидной железы, когда другие хирургические методы были недостаточно эффе- ктивны. В результате криовоздействия происхо- дило склерозирование ткани щитовидной желе- зы с последующей облитерацией кровоточащих сосудов.

Применение криохирургического гемостаза позволило уменьшить кровопотерю с 120 ± 30 до 35 ± 15 мл, сократить продолжительность опера- ции в 2 раза, снизить сроки госпитализации с 12 ± 2 до 6 ± 1 суток, уменьшить количество ре- цидивов кровотечения. Криохирургическую ме- тодику гемостаза следует считать методом выбо- ра при рецидивирующих кровотечениях из тка- ни щитовидной железы у трахеостомированных больных.

МЕТОДИКА ЩАДЯЩЕЙ ТАМПОНАДЫ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПНЕВМОТАМПОНА

С.А.Мальцев, Н.Л.Кузнецова, М.В.Турунцев, Н.А.Шекунова

МУ «Центральная городская больница № 23», Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Операции при травматических повреждениях придаточных пазух носа, в силу их особенностей кровоснабжения и анатомического соседства с крупными артериальными сосудами, сопровож- даются у 95% больных выраженными кровоте- чениями. Традиционно операции при поврежде- ниях придаточных пазух носа заканчивались ту-гой марлевой тампонадой для остановки крово- течения.

Целью исследования был поиск эффективных методов гемостаза. В нашей клинике предложе- на, внедрена с 2000 г. и применена у 48 больных методика тампонады верхнечелюстной пазухи латексным пневматическим тампоном. Тампон вводился через раневой канал в преддверии рта либо эндоназально через нижний носовой ход. После установки латексный тампон раздували воздухом либо ледяным изотоническим раство- ром натрия хлорида. В случае необходимости ле- дяной раствор многократно заменялся в полости баллона до полного гемостаза. При использова- нии тампона типа «Ямик» приспособление име- ло клапанный механизм воздухообмена. Для удаления тампона снимали давление в его полости, и он легко извлекался из верхнечелю- стной пазухи.

Использование техники пневматической латексной тампонады значительно сокращало время операции, создавало быстрый надежный гемостаз и возможность контроля над кровотечением. Методика дала возможность сочетать механический и термический факторы воздействия на источник кровотечения, а также, в случае необходимости, фиксировать стенки верхней челюстной пазухи при их переломе.

Внедрение метода щадящей пневмотампонады позволило быстро и эффективно произвести гемостаз, сократить время операции в 2 раза, уменьшить сроки госпитализации с 14 ± 3 до 10 ± 2 дней, предупредить развитие инфекции в ране.

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТЕНОЗА ТРАХЕИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ

С.А.Мальцев, Н.Л.Кузнецова, Н.А.Шекунова
МУ «Центральная городская больница № 23»,
Екатеринбург, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Стенозы трахеи могут развиваться у реанимационных больных, находящихся на ИВЛ. Для снижения частоты развития осложнений нами предложена система профилактики развития стенозов трахеи.

Произведен анализ историй болезней пациентов, находящихся на продленной ИВЛ по поводу сочетанных повреждений. Проводился эндоскопический осмотр гортани, трахеи, бронхов с помощью фибробронхоскопа с последующей санацией трахеобронхиального дерева. Исследование выполнялось на 2–3-и, 5–6-е и 10-е сутки.

На 2–3-и сутки на уровне стояния трубки до ее дистального конца трахея гиперемирована, фибринозный налет диффузно. В бронхах отмечались явления эндобронхита I–II степени. Эти изменения наблюдались у 33 (66%) больных. На 5-е и 10-е сутки явления ларингита, фибринозно-язвенного трахеита, гнойного диффузного эндобронхита II–III степени определялись у 100% больных, находящихся на ИВЛ. По клиническим наблюдениям установлена закономерность: чем быстрее восстанавливается спонтанное дыхание, тем менее выражены воспалительные изменения в дыхательных путях и наиболее благоприятен прогноз в отношении развития стриктур.

В последнее время мы уделяем значительное внимание вопросу профилактики стенозов тра-

хеи и гортани. Отработан алгоритм мероприятий. К ним относились выполнение ранней трахеостомии (на 2–3-и сутки) больным, которым необходима дальнейшая ИВЛ; отработанная техника трахеостомии с продольным рассечением III–IV колец трахеи; уход за раной; своевременное или постоянное удаление содержимого ротовой полости посредством носоглоточного катетера и централизованной системы вакуум-аспирации или тампонадой глотки; санация полости рта растворами антисептиков; смена трахеостомических трубок 1–2 раза в сутки, аспирация содержимого бронхов или регулярные санационные бронхоскопии, бронхосаливки.

Использование системы профилактики с 2000 г. позволило снизить на 32% количество случаев стеноза трахеи у больных, находящихся на ИВЛ.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.Е.Марусанов, В.А.Семкичев,
С.А.Климанцев, К.М. Матус,
К.В.Вершинин, А.В.Федоров

Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Городская
станция скорой медицинской помощи, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Инфузионная терапия, направленная на восполнение острой кровопотери, — важнейший компонент противошоковых мероприятий на догоспитальном этапе, но трактовка ее качественного состава и объема на догоспитальном этапе остается неоднозначной.

Цель работы: обоснование тактики инфузионной терапии при коррекции острой кровопотери у пострадавших с травматическим шоком на догоспитальном этапе.

Всего были обследованы 30 пациентов в возрасте от 25 до 70 лет (средний возраст 51,2 года), среди которых мужчины составили 69%. У 30% пострадавших была различная степень алкогольного опьянения.

Состояние системы кровообращения оценивалось с помощью метода интегральной реографии тела (ИРГТ) на портативном комплексе для автоматизированной интегральной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы КФС-01 «Кардиометр-МТ» до начала интен-

сивной терапии и по прибытии РХБ в стационар. Оценивали тип сердечный индекс (СИ), минутный объем кровообращения (МОК), ударный индекс (УИ), коэффициент интегральной тоничности (КИТ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), объем внеклеточной жидкости (ВКЖ) и показатель баланса (ПБ). Определяли артериальное давление по методу Короткова, частоту пульса и насыщение кислородом артериальной крови (SpO_2), степень угнетения сознания (по шкале Глазго). Рассчитывали шоковый индекс Альговера, объем кровопотери и пульсовое давление. Оценку тяжести шока и эффективности терапии проводили в соответствии с «Рекомендациями по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации»

Возмещение кровопотери производили растворами гидроксипропилированного крахмала (ГЭК 130/0,4) «Волювен» («Fresenius Kabi», Германия), солевыми растворами («Ацесоль»), коллоидными растворами («Полиглюкин», «Желатиноль») в одну периферическую (локтевую) и (или) наружную яремную вены. Показания к катетеризации центральной вены определялись врачом специализированной реанимационно-хирургической бригады индивидуально в зависимости от тяжести состояния пострадавшего.

Полученные данные обрабатывались непараметрическими методами статистического анализа (метод Фишера).

Исследование исходных данных, полученных на месте происшествия, позволило распределить пострадавших на 3 группы (в зависимости от нарушения периферического кровообращения по данным ОПСС), а в дальнейшем проследить эффективность оказанной помощи в этих группах.

В 1-ю группу вошли 8 пострадавших с нормальной величиной ОПСС — от 928 до 1144 дин/(с · см⁻⁵), с артериальным давлением выше 90/60 мм рт. ст., ЧСС 90–118 в 1 минуту, индексом Альговера 0,9–1,2, что соответствовало шоку I степени. Тип кровообращения гипердинамический с нормальной разовой производительностью сердца.

2-я группа состояла из 10 пациентов с ОПСС от 1445 до 5077 дин/(с · см⁻⁵) (фаза централизации кровообращения). Нарушения центральной гемодинамики выражались снижением систолического артериального давления до 40–88 мм рт. ст., ЧСС от 110 до 160 в 1 минуту, индексом Альговера 0,7–3,5, что соответствовало шоку I–III степени. Тип кровообращения преимущественно гиподинамический со значи-

тельно сниженной разовой производительностью сердца.

В 3-й группе было 12 пациентов (2 находились в терминальном состоянии) с ОПСС от 868 до 332 дин/(с · см⁻⁵) (фаза децентрализации кровообращения), систолическим артериальным давлением от 50 до 100 мм рт. ст., диастолическим давлением 30–60 мм рт. ст., ЧСС от 110 до 157 в 1 минуту, индексом Альговера 0,9–2,1, что соответствовало шоку I–III степени. У 6 пострадавших был гипердинамический тип кровообращения с умеренным снижением разовой производительности сердца (РТМФ < 0,05), а у остальных пациентов отмечалось выраженное (на 31–24%) снижение сердечного выброса (РТМФ < 0,05) с нормодинамическим типом кровообращения.

Следует отметить, что по показателям центральной гемодинамики (ЧСС и артериальное давление) 2-я и 3-я группы статистически не различались.

Коррекция волевых нарушений у пострадавших 1-й группы солевыми растворами и кровезаменителями с объемной скоростью 10–12,5 мл/мин (0,1–0,15 мл/(кг · мин)) была успешной во всех случаях. Солевые растворы обеспечивали нормодинамический тип кровообращения, а кровезаменители приводили к увеличению разовой производительности сердца и МОК, т. е. к гиперкоррекции имевшихся нарушений.

Во 2-й группе больных восполнение кровопотери с объемной скоростью 10–40 мл/мин (0,14–0,5 мл/(кг · мин)) обеспечивало повышение систолического артериального давления до 100 мм рт. ст., урежение ЧСС и приводило к уменьшению ОПС до 821–1292 дин/(с · см⁻⁵). Эффективность волювена была выше, чем традиционных коллоидных препаратов. Следует отметить, что во всех случаях была отмечена тенденция к изначальной гиперкоррекции волевых нарушений, не оправданной объективными фактами, у половины больных этой группы было достаточно инфузии солевых растворов со скоростью 0,17–0,20 мл/(кг · мин).

У больных 3-й группы с систолическим артериальным давлением выше 80 мм рт. ст. была достигнута стойкая коррекция показателей центральной и периферической гемодинамики при инфузии со скоростью 14–25 мл/мин (0,17–0,3 мл/(кг · мин)). При применении волювена тип кровообращения был гипердинамический.

Пострадавшим с артериальным давлением ниже 70 мм рт. ст. требовалось значительно боль-

шая объемная скорость инфузии кровезаменителей — 18–150 мл/мин (0,25–1,55 мл/(кг·мин)), и все же это не приводило к стабилизации гемодинамики и состояния пациентов.

1. Интегральная реография тела позволяет своевременно оценить нарушения гемодинамики на догоспитальном этапе и обеспечивает адекватный контроль проводимой интенсивной терапии.

2. Пострадавшие, не имеющие нарушений периферической гемодинамики (по данным ИРГТ) и с систолическим артериальным давлением выше 90 мм рт. ст., не нуждаются в проведении интенсивной терапии на месте происшествия.

3. Пациентам с травматическим шоком в фазе централизации кровообращения (по данным ИРГТ) показана инфузия солевых растворов со скоростью 0,17–0,2 мл/(кг·мин), а в фазе децентрализации — высокомолекулярных коллоидных растворов до 0,3 мл/(кг·мин).

4. ГЭК 130/0,4 «Волювен» («Fresenius Kabi», Германия) более эффективно корректирует волевые нарушения по сравнению с инфузией коллоидных растворов («Полиглюкин»), входящих в комплекс традиционной терапии.

НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ КРИЗЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА ИНГИБИТОРОМ АПФ ТРАНДОЛАПРИЛОМ

Т.Н.Минникова, К.И.Теблов

*Главный клинический госпиталь МВД РФ,
МГМСУ, Москва, Россия*

© Т.Н.Минникова, К.И.Теблов, 2006 г.

Оценивали эффективность ингибитора АПФ (ИАПФ) трандолаприла у больных, перенесших неосложненный гипертонический криз.

Обследованы 26 пациентов: 20 мужчин и 6 женщин в возрасте от 30 до 55 лет, с гипертензией, ранее не леченные, после перенесенного гипертонического криза. Купировали гипертонический криз приемом 25–50 мг каптоприла. Для дальнейшего лечения назначался трандолаприл в дозе 2–4 мг 1 раз в сутки утром. Всем пациентам проводилось СМАД в начале и после 3-недельного лечения.

У всех обследованных был отмечен неосложненный гипертонический криз со средними цифрами АД: САД — 182,0±2,3 мм рт. ст.; ДАД — 98,4±2,4 мм рт. ст. После приема каптоприла через 15–30 мин зафиксировано снижение САД до 158,1±4,2 мм рт. ст. и ДАД — до

88,4±2,4 мм рт. ст. В дальнейшем назначалось лечение трандолаприлом. На фоне лечения трандолаприлом в течение 3 недель отмечен четкий гипотензивный эффект. До лечения среднее САД — 148,4±2,3 мм рт. ст., после лечения — 124,7±2,4 мм рт. ст. (p<0,01). Среднее ДАД до лечения 88,3±1,6 мм рт. ст., после — 81,6±1,6 мм рт. ст. (p<0,01). После 3-недельного лечения доля пациентов с нормальным суточным ритмом АД («дипперы») достигла 19 человек (73%) (исходно было 15 (57,7%) пациентов) за счет перехода 2 пациентов из группы «нон-дипперов», а также 2 пациентов из «овердипперов». В подгруппе «нон-дипперов» стало 7 человек (исходно 6 (26,9%)) за счет перехода 2 пациентов на фоне лечения из группы «найтпиккеров» и 2 пациентов из группы «овердипперов».

Трандолаприл в дозе 2–4 мг/сут обеспечивает длительную антигипертензивную активность в течение 24 ч. Происходит нормализация суточного ритма АД. Это значительно снижает степень риска развития осложнения АГ в утренние часы, наиболее опасные в плане гипертонического криза, сердечно-сосудистых осложнений.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Л.А.Новиков, С.С.Алексанин, В.Л.Столяр,
О.Ю.Атьков, А.М.Никифоров

*ВЦЭРМ МЧС РФ, ДМО ОАО РЖД, Российская
Ассоциация Телемедицины, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Телемедицина — использование телекоммуникационных технологий в лечении пациентов, приобретает особую актуальность в экстренной медицине, связанной с природными и техногенными катастрофами. Это весьма социально значимое направление медицинской национальной политики, которое позволяет как организовать помощь отдельному пациенту, так и объективно оценить ситуацию в зоне катастрофы для принятия адекватных мер по алгоритмам МЧС РФ.

Исторически сложились два направления использования телемедицинских технологий:

1. Заочное консультирование (off-lane) на основании медицинской информации переданной по электронной почте.

2. Очные видео-консультации врачей, иногда с демонстрацией пациента (on-lane) по ISDN или IP каналам связи на скорости 128 kbs и более.

Современная концепция взаимодействия оперативных служб в очаге природной или техногенной катастрофы при разрушенной или отключенной повседневной инфраструктуре связи свидетельствует об особой актуальности спутниковых каналов связи. Это доказывает, что при возникновении чрезвычайной ситуации единственно гарантированной остается лишь спутниковая связь, требующая особого алгоритма использования телемедицинских технологий при одновременном оказании медицинской помощи.

Экстренная спутниковая телелемедицина (emergency satellite telemedicine) включает мониторинг жизненно важных показателей, их запись, а при необходимости — и передачу для принятия совместного решения по дальнейшему лечению.

В рамках практической реализации данной концепции с 2003 г. создано три варианта мобильного использования телемедицинских технологий:

— в 2003 г. был создан «реанимобиль» со спутниковой IP системой 144 kbs;

— в 2005 г. создан комплекс «операционная + реанимобиль» с эндовидеохирургическим оборудованием и спутниковой ISDN системой 128 kbs;

— в 2006 г. организован «центр экстренной медицинской помощи», оснащенный приборами радиационной и химической разведки, а также оборудованием для экстрокорпоральной детоксикации. Он выполняет основные функции мобильного филиала лечебного учреждения со спутниковыми ISDN 128 kbs и IP 512 kbs видеосистемами.

Последняя модель является отражением принципиально новой глобальной концепции оказания экстренной помощи. Мобильный центр экстренной медицинской помощи соответствует требованиям МЧС РФ.

29 марта 2006 г. во время солнечного затмения, когда не работала сотовая связь, при транспортировке из Карелии в Санкт-Петербург пострадавшего с тяжелейшей сочетанной травмой были проведены спутниковые телемедицинские консилиумы с врачами России, Франции и Канады.

4 апреля 2006 г. проф. В.А.Воинов провел первый мобильный сеанс лечебного плазмафереза с использованием отечественного оборудования «Гемофеникс», что доказало возможность использования данной методики в очаге чрезвычайной ситуации.

В настоящее время новой концепцией оказания экстренной медицинской помощи и техническими характеристиками оборудования обеспечивается одновременная работа врачей разных специальностей с тремя пострадавшими. Предусмотрены автономная работа комплекса в радиусе 1500 км от Санкт-Петербурга, а также его транспортировка самолетом МЧС РФ в любой регион планеты.

СЛУЧАЙ ОТРАВЛЕНИЯ СОРБИФЕРОМ

А.В.Павлов

*МУЗ «Городская детская больница»,
г. Петрозаводск, Россия*

© А.В.Павлов, 2006 г.

10.03.2003 г., через 1 ч после приема 15 таблеток сорбифера (каждая таблетка содержит 320 мг сульфата железа или 100 мг элементарного железа), в приемное отделение ГДБ доставлена девочка К., 2 года 8 мес с диагнозом: «Острое медикаментозное отравление сорбифером тяжелой степени». Суммарная доза сульфата железа составила 4800 мг, или 400 мг/кг, что соответствует 125 мг/кг элементарного железа. Летальной обычно считают дозу, эквивалентную 200–250 мг/кг элементарного железа.

При поступлении: состояние тяжелое, в сознании, вялая, резкая бледность кожных покровов с серым колоритом, сердечные тоны приглушены, тахикардия. ЧСС 144 уд./мин, АД 80/50 мм рт. ст., ЧД 34 в 1 минуту.

В отделении ИТАР проведено промывание желудка (промывные воды с примесью таблеток), назначены слабительное (магния сульфат) и энтеросорбент (активированный уголь) в зонд. По экстренным показаниям проведена ФГДС с активной эвакуацией содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. На ФГДС: гиперпластический гастродуоденит, данных, свидетельствующих об инородных телах желудка и двенадцатиперстной кишки, не выявлено. Начата инфузионная терапия в режиме форсированного диуреза со скоростью 15 мл/(кг·ч), назначены глюкокортикоидные гормоны (преднизолон 8 мг/(кг·сут)), гепатопротекторы (эссенциале, липоевая кислота, карсил), гемостатики и вазопротекторы (дицинон, викасол, аскорбиновая кислота), антибактериальная терапия (цефазолин 50 мг/(кг·сут)), антиоксиданты (витамин Е 200 мг/сут).

Со 2-х суток начата специфическая антидотная терапия дефероксамином (препарат отсут-

ствовал в отделении ИТАР ДГБ, аптеках и других лечебных учреждениях города) в дозе 500 мг каждые 6 ч. Получен положительный эффект — окрашивание мочи комплексом ферриоксиамина в розовый цвет. На 4-е сутки, после нормализации цвета мочи, дефероксамин (десфераль) заменен на унитиол в дозе 1 мл/10 кг массы тела через 8 ч.

На фоне проводимой терапии отмечены стабилизация состояния, нормализация гемодинамических и лабораторных показателей.

На 5-е сутки после начала терапии девочка переведена в соматическое отделение, выписана через 4 недели с момента отравления в удовлетворительном состоянии.

О СИСТЕМНОМ МНОГОФАКТОРНОМ АНАЛИЗЕ С МАТЕМАТИЧЕСКИМ МОДЕЛИРОВАНИЕМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАНЦИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ

В.Р.Погосян, А.Г.Петросян

*Министерство здравоохранения
Республики Армения, Городская станция
скорой медицинской помощи, Ереван,
Республика Армения*

© В.Р.Погосян, А.Г.Петросян, 2006 г.

Проведен комплексный анализ деятельности станции скорой медицинской помощи г. Еревана, выявлено множество факторов, влияющих на ее функционирование. Эти факторы подвергнуты системному многофакторному анализу [Углов Б.А., Углова М.В., 1982].

Разработаны две модели: по исходам вызовов и по времени обслуживания вызовов.

По времени обслуживания все вызовы были разделены на 3 группы: до 30 мин, 31–40 мин, больше 40 мин. Сопоставление групп проводили с помощью критерия Пирсона. Результаты сопоставления показали, что оптимальным является срок до 30 мин.

Для оптимизации деятельности станции скорой помощи нами предложено два критерия: коэффициент деятельности ССМП (соотношение обслуживаемого населения и количество вызовов бригад скорой помощи) и коэффициент эффективности деятельности ССМП, который определяли по формуле:

$$M = m \cdot a,$$

где m — коэффициент деятельности ССМП; a — количество выездных бригад.

Анализ работы ССМП показал, что этот коэффициент увеличился с 0,58 в 2001 г. до 0,87 в 2003 г.

О СЛУЧАЯХ ОТРАВЛЕНИЯ ДДТ

В.Р.Погосян, А.Г.Петросян, М.Р.Григорян,
Д.С.Мхитарян, С.Г.Галстян

*Министерство здравоохранения
Республики Армения, Городская станция
скорой медицинской помощи, 2-я клиника
и военно-медицинский факультет Ереванского
государственного медицинского университета,
Ереван, Республика Армения*

© Коллектив авторов, 2006 г.

ДДТ уже в течение многих лет не производится, но в некоторых деревнях жители продолжают хранить и использовать это хлорорганическое соединение.

Во 2-й университетской клинике ЕГМУ наблюдали 5 случаев отравления ДДТ детей из сельской местности (последнее отравление в 2005 г.). В одном случае отравление было результатом случайного приема внутрь жидкого ДДТ, в 4 случаях с помощью ДДТ лечили педикулез волосистой части головы.

В сельской местности издавна было принято лечить вшивость нанесением фосфор- или хлорорганического яда на волосистую часть головы. Являясь липотропным ядом, ДДТ быстро всасывается с кожных покровов и накапливается в подкожной клетчатке, нейронах, печени и почках. Из этих органов он медленно всасывается, и его удаление из организма происходит на протяжении нескольких месяцев.

В наших случаях ДДТ наносили на волосистую часть головы и покрывали целлофаном на 2–3 ч. Клиническая картина отравления проявлялась на 4–6-й день в виде тошноты, рвоты, парестезии языка, лица. Отравленные отмечали сильные головные боли, головокружение, тремор, генерализованные судороги.

В токсикологическое отделение дети поступали на 5–6-е сутки отравления.

При приеме ДДТ внутрь производили промывание желудка, давали активированный уголь.

При чрескожном отравлении кожу промывали мылом и теплой водой. Проводили противосудорожную терапию. Назначали атенолол. Проводили терапию токсического гепатита. Исход во всех случаях был благоприятным.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ
РАСТВОРОВ И ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛА
В ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ — СТАНДАРТ
ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ**

А.А.Попов, Е.А.Попова, С.И.Ростовцев,
Б.Ф.Московчук, С.А.Скрипкин, А.Вл.Лоленко,
А.А.Любченко, А.Вас.Лоленко, В.В.Медведев
*ГОУ ВПО «Красноярская государственная
медицинская академия», МУЗ ГССМП,
г. Красноярск, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Статистические показатели количества случаев травм, состояний, связанных с острой кровопотерей, острых нарушений мозгового кровообращения не имеют тенденции к снижению. Поэтому сохраняется актуальность проблемы выбора адекватных средств для проведения ранней инфузионной терапии на догоспитальном этапе. При этом надо отметить, что в течение нескольких лет применение гипертонических растворов натрия хлорида, новых инфузионных сред на основе желатины и растворов гидроксипропилированных крахмалов («Рефортан», «Волювен», «ХАЕС-стерил») стало традиционным при проведении интенсивной терапии вышеуказанных состояний в стационаре.

Наше исследование показало, что использование у больных с травмой и острой кровопотерей на догоспитальном этапе 7,5% раствора натрия хлорида на фоне применения даларгина и милдроната способствовало уменьшению тахикардии и показателей шокового индекса, увеличению систолического артериального давления, ЦВД, повышению количества баллов по шкале Глазго, уменьшению числа дыханий и сохранению SpO₂ на более высоком уровне, чем в контрольной группе. Применение разработанной программы интенсивной терапии на догоспитальном этапе позволило достоверно уменьшить количество возникающих осложнений с 99% в контрольной до 50,9% в основной группе, сократить сроки пребывания больных в стационаре в среднем на 7 суток и снизить общую летальность на 9,5%. В настоящее время завершено внедрение «малообъемной реанимации» в интенсивную терапию на Городской станции скорой помощи г. Красноярск. Однако надо отметить, что в значительной степени дальнейшее внедрение данного метода оказания помощи на догоспитальном этапе затруднено в связи с отсутствием этих средств в соответствующем приложении к Приказу МЗ РФ № 100. Внесение дополнений

в указанный приказ и стандарты оказания скорой медицинской помощи будет способствовать улучшению ее результатов на догоспитальном этапе.

**О КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

А.А.Попов, Е.А.Попова, А.М.Сухоруков,
С.И.Ростовцев, Б.Ф.Московчук, С.А.Скрипкин,
А.Вл.Лоленко, А.А.Любченко
*ГОУ ВПО «Красноярская государственная
медицинская академия», МУЗ ГССМП,
г. Красноярск, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

С учетом тяжелого финансового положения в здравоохранении и увеличения процента медицинских услуг по дополнительному страхованию и внебюджетному финансированию скорая медицинская помощь остается одной из немногих общедоступных сфер здравоохранения для населения. В январе 1999 г. в Красноярской государственной медицинской академии при кафедре хирургических болезней ФУВ был создан курс скорой помощи, который в 2004 г. трансформировался в кафедру неотложной медицины. Возглавил кафедру доктор медицинских наук, профессор А.А.Попов. На кафедре ведут преподавание высококвалифицированные сотрудники — 3 доктора медицинских наук и 4 кандидата медицинских наук. Неоценимую помощь в процессе создания нашей кафедры оказали сотрудники кафедры неотложной медицины СПбМАПО (зав. кафедрой профессор А.Г.Мирошниченко).

Специальность «скорая медицинская помощь» является социально значимой. Поэтому администрацией Красноярской медицинской академии была поставлена задача открытия клинической ординатуры по данной специальности. Была создана соответствующая методическая база; оборудован тренажерный класс. В 2000 г. оформлена соответствующая лицензия.

Двухгодичная программа обучения в клинической ординатуре составлена таким образом, что на первом году слушатели изучают неотложные состояния в стационаре ГКБ № 20 (хирургия, анестезиология-реаниматология); ГКБ № 6 (токсикология, инфекции, неврология, травматология, кардиология) и МСЧ № 96 (тренажерный класс и компьютерные классы), а второй год полностью посвящен работе на Городской станции скорой медицинской помощи (главный врач С.А.Скрипкин).

ПУТИ КОРРЕКЦИИ СОЛП И РЕСПИРАТОРНОГО
ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ ПРИ ОСТРОМ
ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Е.А.Попова, С.В.Гребенников, В.М.Брюханов,
О.П.Козычева, М.Л.Лебедев, А.А.Попов,
А.И.Филяков, Т.Г.Шиврина, А.Ю.Шумбасов
ГОУ ВПО «Красноярская государственная
медицинская академия», МУЗ ГКБ
№ 6 им.Н.С.Карповича, г. Красноярск, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Прием уксусной кислоты, экзотоксический шок, наличие у части больных ожога дыхательных путей способствовали тому, что у 27 из 40 больных контрольной группы развивался РДСВ различной степени тяжести, у 13 — СОЛП, что выразилось в уменьшении оксигенации на 49,6% (ниже 250 мм рт. ст.). На фоне медикаментозного лечения, ингаляции кислорода ($FiO_2 = 0,4-0,33$) и проведения ИВЛ к концу 3-х суток удалось стабилизировать газообмен, а на 5-е сутки у всех больных PaO_2/FiO_2 было выше 300 мм рт. ст. У пациентов исследуемой группы при поступлении также наблюдалась артериальная гипоксемия с развитием СОЛП и РДСВ, однако дополнительное интенсивной терапии далагарином на фоне инфузии 400–500 мл 10% рефортана позволило уже к концу 1-х суток улучшить индекс оксигенации, уменьшить число пациентов с СОЛП и избежать развития РДСВ.

Прогрессивное нарастание концентрации свободного гемоглобина (в контрольной группе — 7,38 г/л, в исследуемой группе — 7,61 г/л) приводило к развитию субкомпенсированного метаболического ацидоза у пациентов обеих групп.

В контрольной группе респираторная поддержка и инфузия 4% раствора натрия гидрокарбоната (7,5 мл/кг) позволили к концу 1-х суток справиться с внутрисосудистым гемолизом и скорректировать показатели КОС, однако и на 5-е сутки в крови сохранялся компенсированный метаболический ацидоз, при этом в артериальной крови дефицит оснований (ВЕ 4,9 ммоль/л) был выше, чем в венозной (ВЕ 2,1 ммоль/л), что сопровождалось возрастанием ЧДД, элиминацией CO_2 , высокими показателями ЛИИ.

У больных исследуемой группы параметры КОС нормализовались уже на 1-е сутки, не наблюдалось повторного развития метаболического ацидоза и снижалось количество септических осложнений со стороны легких.

СТРУКТУРА, МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
И ИСХОДЫ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В ЦЕНТРЕ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

А.Ф.Потапов, О.В.Вафина,
Т.С.Аржакова, Н.В.Носачёва

Республиканская больница № 2 — Центр
экстренной медицинской помощи, г. Якутск,
Республика Саха

© Коллектив авторов, 2006 г.

Изучали структуру, методов лечения и исходов острых отравлений взрослого населения по материалам Центра экстренной медицинской помощи за период с 2002 по 2005 гг.

Проанализирована работа отделения реанимации по оказанию специализированной токсикологической помощи. За четыре последних года в отделение поступили 834 токсикологических больных, что составило 7,6% от всех госпитализированных. Возраст больных составил от 15 до 85 лет, из них мужчин — 517 (61,9%), женщин — 317 (38,1%).

В структуре отравлений преобладают отравления этиловым алкоголем — 343 (41,1%) и суррогатами алкоголя — 146 (17,5%) больных. Следующими по частоте являются отравления медикаментами — 22,9% (191 больной), ингаляционными — 7,5% (63 пациента) и прижигающими ядами — 7,2% (60 больных).

Основным методом лечения являлся форсированный диурез с предварительной водной нагрузкой. Методы эфферентной детоксикации применялись 237 раз у 104 (12,5%) больных. Среди методов активного лечения отравлений преобладают фильтрационно-диализные методы (197 сеанса у 69 больных): гемодиализ (158 сеансов у 35 больных), гемофильтрация (24 сеанса у 22 больных) и гемодиофильтрация (15 сеансов у 12 больных). Аферезные и сорбционные методы применялись значительно реже — 40 сеансов у 35 больных: 17 плазмаферезов (15 больных) и 23 гемосорбции (20 больных).

Летальность при острых отравлениях составила 14,8%. Наиболее часто неблагоприятные исходы отмечались при отравлениях этиловым алкоголем, суррогатами алкоголя и прижигающими ядами, летальность при которых соответственно составила 8,0%; 3,9% и 1,2%.

Заключение: пострадавшие с острой химической травмой составляют значительную долю среди больных, поступающих в отделение реани-

мации Центра экстренной медицинской помощи Якутии. Число этих больных не имеет тенденции к снижению, их лечение требует существенных затрат и применения современных методов активной детоксикации организма.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

В г. ОМСКЕ

А.В.Сабаев, А.А.Сиротин

*Городская клиническая больница скорой
медицинской помощи № 1,
Бюро судебно-медицинской экспертизы,
г. Омск, Россия*

© А.В.Сабаев, А.А.Сиротин, 2006 г.

В настоящее время острые химические отравления находятся на 3–4-м месте по общему числу случаев и на 1-м месте — по абсолютному числу смертельных исходов (95 045 человек по данным за 2002 г.), превышая данный показатель в 2 и 3 раза для новообразований и инфаркта миокарда соответственно. Показатель смертности от острых отравлений в целом по стране за период с 1999 по 2001 гг. увеличился с 48 до 60,4 на 100 000 населения [Остапенко Ю.Н. и др., 2003].

Целью настоящего исследования было изучение показателей смертности в результате воздействия острой химической травмы городского населения г. Омска.

Исследование проведено по материалам центра лечения острых отравлений г. Омска, бюро судебно-медицинской экспертизы Омской области, территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Омской области.

За последние 5 лет отмечается увеличение показателей смертности населения Омской области в результате воздействия острой химической травмы. Отмечается увеличение показателей смертности в результате острого отравления этанолом с 23,2 на 100 000 населения в 2000 г. до 28,7 на 100 000 населения в 2004 г.

В последние 5 лет отмечается значительный рост смертности в результате острого отравления наркотическими веществами, что требует дополнительного анализа эпидемиологической ситуации этих отравлений. Рост смертности в этой группе пострадавших в 2004 г. увеличился по сравнению с 2003 г. почти в 3,4 раза и составил 10,5 на 100 000 населения.

Стабильной остается смертность в результате воздействия прижигающих ядов, четкой тенден-

ции к увеличению или снижению количества этих отравлений в настоящее время нет.

По-прежнему остается высоким показатель смертности в результате воздействия окиси углерода и других вредных паров и газов, что, как характерная особенность региона, еще раз свидетельствует о значительном количестве жилого массива с печным отоплением и нарушениями правил эксплуатации печного отопления. Высокими показателями представлены острые отравления медикаментами — смертность от этого вида химической травмы в 2004 г. составила 1,7 на 100 000 населения — самым высоким показателем за последние 5 лет.

В настоящее время отмечается рост числа летальных исходов в результате воздействия острой химической травмы в г. Омске, что требует дополнительного изучения этиологических, психологических и социальных аспектов воздействия на организм человека химических агентов, а именно — алкоголя, наркотиков, психотропных медикаментов.

Социально-гигиеническое обследование пострадавших в результате воздействия химических агентов позволит выявить основные этиологические моменты этих состояний, выявить определенные мотивы поведения индивидуума в контексте развития острой химической травмы, что в последующем позволит осуществлять полноценную профилактику экзогенных отравлений химической этиологии среди населения крупного промышленного центра Западной Сибири.

ПЕРИАРТЕРИАЛЬНАЯ КРИОСИМПАТОДЕСТРУКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТМОРОЖЕНИЯМИ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.Н.Савкин, Н.Л.Кузнецова

*МУ «Центральная городская больница № 23»,
Екатеринбург, Россия*

© А.Н.Савкин, Н.Л.Кузнецова, 2006 г.

Отморожения дистальных отделов конечностей относятся к тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата, возникающим под воздействием низких температур и, следовательно, имеющим сезонный характер. Чаще страдают люди, ведущие асоциальный образ жизни. Исходы традиционного лечения неблагоприятны, в значительном проценте случаев выполняются высокие ампутации конечностей, что приводит к инвалидизации пациентов и увеличению числа нетрудоспособного населения.

Целью исследования являлось улучшение результатов лечения больных с отморожениями кистей и стоп III–IV степени.

Периартериальная криосимпатодеструкция периферических артерий конечностей использовалась в лечении 12 пациентов с отморожениями кистей и стоп III–IV степени в первые часы после поступления в отделение гнойной хирургии. Объективизация результатов лечения проведена путем исследования периферического кровотока в конечностях с помощью реовазографии, ультразвуковой доплерографии, капилляроскопии. После применения периартериальной криосимпатодеструкции отмечено улучшение показателей кровотока по результатам всех указанных методов исследования.

Использование периартериальной криосимпатодеструкции в лечении больных с отморожениями кистей и стоп III–IV степени позволило снизить уровни ампутации у пациентов данного профиля, сократить длительность их пребывания в стационаре и сроки временной нетрудоспособности.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ГОРОДЕ СО СРЕДНЕЙ ЧИСЛЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

В.Б.Салеев

Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, г. Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

© В.Б.Салеев, 2006 г.

Увеличение численности населения пожилого возраста определяет рост объема медицинской помощи и экономические затраты. Основная часть людей пожилого возраста России проживает в городах со средней численностью населения, каким является Йошкар-Ола [Комаров Б., 1982].

Исследование проводилось в Республике Марий Эл, по материалам отделения СМП Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн (РКГВВ) за 2001–2005 гг. За данный период произошел рост численности населения пожилого возраста г. Йошкар-Олы с 38 700 в 2001 г. до 39 800 в 2005 г. Установлено, что при доле лиц в возрасте старше 60 лет в структуре всего населения 16,8%, на них приходится 54,3–56,7% выполненных вызовов СМП. Обращаемость данной возрастной части населения превышает планово-нормативный показатель в 3,5–4,5 раза. На обращаемость существенное влияние оказывают такие факторы, как возраст, характер заболевания, семейное положение (одинокое), сезонность, время суток,

день недели, частота плановой госпитализации, предварительная обращаемость в поликлинику. Недостатки организации медицинского обслуживания данной категории населения в поликлиниках (очереди, отсутствие активных посещений врачами на дому, недостаточное внимание, неэффективность лечения) приводят к необоснованной нагрузке на выездные бригады СМП [Шабалин В., 2002]. Частота необоснованных вызовов увеличивается и составляет 65–70% от общего числа вызовов к пожилым больным, что приводит к существенным экономическим затратам для службы СМП.

Объективным критерием недостаточного качества диспансерного наблюдения за пациентами старшего возраста, имеющими хронические заболевания, является высокий процент хронических больных, вызывающих СМП более 10 раз в год. В общем числе обратившихся к СМП они составляют менее 1,0%, но потребляют пятую часть экономических затрат. Более половины всех больных пожилого возраста, обращающихся за СМП, не обращаются в поликлиники. Атипичное течение многих заболеваний у данной группы населения, отсутствие возможностей дополнительного исследования, короткое время общения, психологические особенности пациентов и недостаточная подготовка медицинского персонала по неотложной гериатрии, затрудняют адекватную диагностику и терапию.

Одним из путей совершенствования оказания СМП больным старшего возраста является создание выездных гериатрических бригад как в составе станций СМП, так и при гериатрических центрах. Опыт работы с больными пожилого возраста показал, что система непрерывной клинической подготовки медицинского персонала должна быть следующей: систематическая постдипломная подготовка по вопросам неотложной гериатрии чаще одного раза в 5 лет; проведение врачами отделения конференций с анализом диагностических и тактических ошибок; создание единой информационной базы об обслуживаемом контингенте; постоянное и своевременное получение информации обо всех госпитализированных пожилых больных и исходах заболеваний; ежедневная передача дежурными врачами информации обо всех обслуженных больных участковым врачам; проведение активных, консультативных и контрольных вызовов к неясным в диагностическом отношении пациентам. При таком подходе число госпитализаций на 1000 вызовов в последние 5 лет удается удерживать на уровне 80, а частота расхождения диагнозов составляет 3,5–5,5%.

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ С БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

В.Б.Салеев

*Республиканский клинический госпиталь
ветеранов войн, г. Йошкар-Ола,
Республика Марий Эл,*

© В.Б.Салеев, 2006 г.

С начала 90-х годов прошлого века в российскую медицину стали постепенно внедряются методы зарубежной медицины, и прежде всего, система платных услуг, которая существенно усложнила взаимоотношения врача и пациента и привела к обезличиванию медицинской помощи.

В настоящее время на происходящие процессы обезличивания медицинской помощи оказывают влияние следующие причины:

- более жесткая система финансирования;
- внедрение новых методик лечения и диагностики;
- невозможность выбора больным врача и ЛПУ;
- участие несколько врачей в лечении тяжелых больных;
- недостаточная укомплектованность врачами первичного звена здравоохранения;
- увеличение количества судебных разбирательств.

С одной стороны, врачи СМП иногда назначают пожилым больным большое количество различных медикаментов и консультаций; с другой стороны, в новых условиях становится все труднее обеспечить качественное медицинское обслуживание.

Волнения в обществе, возникшие после отмены льгот на медицинские услуги, полностью подтверждают последнее положение. По данным А.С.Ермолова (2003), 5% хронических больных потребляют в течение года 25% объема финансирования службы СМП.

Тем не менее необходимо постоянно помнить, что врач СМП часто остается единственной нитью, которая связывает больного с нормальной жизнью, и от его отношения к пациенту нередко зависят результаты лечения. Даже при неизлечимой болезни врач должен стремиться к улучшению качества жизни больного. В неотложной гериатрии особенно актуальны слова Френсиса Пибоди, сказанные в 50-х годах XX столетия: «Значение близких отношений между врачом и больным нельзя переоценить, ведь необыкновенно часто успех и диагностики, и лечения пря-

мо зависят от них. Одно из главных качеств врача: заинтересованность в человеке, поскольку секрет лечения — это внимание к больному».

ЭКГ-ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ

М.С.Соболева, А.В.Тараканов,
Р.А.Суроедова, С.Е.Срибный

*Ростовский государственный медицинский
университет, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Ранняя постинфарктная стенокардия (РПИС) представляет собой клинический синдром, проявляющийся возникновением ангинозных приступов в покое или вследствие незначительной нагрузки вскоре после развития инфаркта миокарда. Внедрение в клиническую практику новых методов лечения изменило клиническую картину острого инфаркта миокарда; частота РПИС возросла до 30–50% по сравнению с 15–20% больных, которым тромболитическое лечение не проводилось. Риск рецидивов инфаркта миокарда и летальных исходов у больных РПИС на первом году, несмотря на активную медикаментозную терапию, достигает 40–57%. Оценка состояния больного при лечении представляет определенные трудности. Частота приступов и количество принятых для купирования боли нитратов — недостаточно достоверные признаки и зависят от многих факторов.

Изучали ЭКГ-характеристику РПИС у больных, поступивших в кардиологические отделения БСМП № 2 г. Ростова-на-Дону по скорой помощи без тромболитической терапии.

Обследованы 575 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), из них диагноз РПИС установлен у 145 (25,2%) пациентов; возраст — от 40 до 82 лет; 109 мужчин и 36 женщин. Q-образующий ОИМ отмечался у 92 пациентов, а не Q-образующий ОИМ — у 53 больных. Характерные для РПИС загрудинные, зачастую рецидивирующие боли возникали в сроки от 6 ч до 4 недель пребывания в стационаре. Больные получали общепринятую терапию. Выполняли ЭКГ в 12 общепринятых отведениях на догоспитальном этапе, в стационаре на 1-й, 2-й, 3-й дни поступления и перед выпиской.

Анализ ЭКГ позволил выявить, что у всех больных с РПИС по сравнению с первой ЭКГ отмечалась отрицательная динамика различной выраженности, которая заключалась в следующем:

- 1) признаки нарастающей ишемии — элевация сегмента ST в зоне инфаркта; депрессия ST

как в зоне инфаркта, так и в других, ранее не пораженных зонах;

2) наряду с этим выявлены нарушения ритма и проводимости: синусовая брадикардия, синусовая аритмия, «свежие» блокады ветвей предсердно-желудочкового пучка (пучка Гиса), АВ-блокада I–III степени, фибрилляция предсердий.

Описанные изменения на ЭКГ указывают на прогрессирование ишемии миокарда и вероятное вовлечение в патологический процесс других ветвей коронарных артерий, прогнозируют возможный неблагоприятный исход, требуют пересмотра тактики и принципов лечения на различных этапах постинфарктного периода.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ ПОМОЩИ. СКЭНАР-ТЕРАПИЯ

А.В.Тараканов, Я.З.Гринберг,
Е.Г.Лось, Л.В.Климова

*Ростовский государственный медицинский университет, ЗАО «ОКБ» «РИТМ»,
г. Таганрог, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Современные технологии на основе биотехнической обратной связи позволили создать приборы с реальным отсутствием адаптации организма к раздражению.

СКЭНАР — самоконтролируемый энергонеироадаптивный регулятор — внеозологический метод чрескожного лечения.

Изучали возможность использования СКЭНАР-терапии при различных заболеваниях с острой болью в условиях скорой медицинской помощи.

В исследовании участвовали более 40 врачей станций скорой помощи в 15 городах РФ. Была оказана помощь более чем 565 пациентам.

1. Травма. Обезболивание применялось при травмах малой и средней тяжести: закрытых переломах нижних конечностей ($n=5$); ушибах мягких тканей, грудной клетки без нарушения функции дыхания ($n=9$); ожогах I–II ст. ($n=2$); скальпированных и укушенных ранах ($n=4$). Мужчин было 9, женщин — 11. Возраст пациентов — от 11 до 82 лет. Проводились также общепринятые лечебные мероприятия.

При анальгезии с использованием аппарата СКЭНАР отмечался выраженный самостоятельный обезболивающий эффект (60%), развивающийся на фоне стабильных параметров давления и уменьшения выраженности симптомов, сопро-

вождающих травмы. У 40% пациентов боли значительно уменьшились.

2. Стабильная стенокардия напряжения I–III функциональных классов. Лечение с использованием аппарата СКЭНАР пациентов с ИБС и приступом боли проводили при непереносимости нитратов или отсутствием их эффективности у 26 больных: 14 мужчин (средний возраст $63,7 \pm 2,5$ года) и 12 женщин (средний возраст $68,4 \pm 3,7$ года). СКЭНАР вызывал полный анальгетический эффект (66%), не зависящий от параметров артериального давления. У 34% пациентов отмечалось достоверное снижение выраженности боли — в среднем с $9 \pm 1,4$ до $4 \pm 0,7$ баллов по визуальной аналоговой шкале.

3. Кардиалгии и цефалгии при гипертензивных кризах. У 153 больных с нейровегетативной формой гипертензивных кризов преследовалась цель достичь не только обезболивания, но и нормализации артериального давления. Вне зависимости от предварительной лекарственной терапии отмечалось достоверное снижение среднего артериального давления к 20-й минуте после процедуры на 10–15%, к 30-й минуте — на 18–22%; отмечалось выраженное уменьшение цефалгии и кардиалгии 88 и 91% соответственно.

Простота, эффективность и надежность применения аппарата СКЭНАР позволяют рекомендовать его использование в качестве терапии сопровождения или самостоятельного вида лечения при неотложных состояниях.

ФОРМУЛЯР ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СКОРОЙ ПОМОЩИ

А.В.Тараканов, С.Х.Луспикаян

Ростовский государственный медицинский университет, Россия

© А.В.Тараканов, С.Х.Луспикаян, 2006 г.

В новых экономических условиях и ситуации реформирования здравоохранения, при резком возрастании количества вызовов формулярная система призвана привести государственные обязательства и качество лечения пациентов в соответствие с реальными финансовыми возможностями. Этому процессу мешают отсутствие единых стандартов лечения, документации, классификатора обращаемости и статистики на единой методической основе.

Цель работы: анализ факторов, влияющих на построение формуляра лекарственных препаратов (ЛП) и дальнейшие пути его формирования.

Проведен анализ реального перечня лекарственных препаратов на СП в Москве, Санкт-Петербурге, нескольких городах с полумиллионным населением, населением 300 000 и менее 100 000 человек.

Количество лекарственных препаратов колеблется от 40 до 150 наименований. Набор лекарств на СП является очень фармакоемким и содержит от 40 до 50 фармакологических групп препаратов. Отмечается значительное несоответствие препаратов, упоминаемых в руководствах, журнальных статьях, рекомендациях, их реальному наличию на местах. Ассортимент ЛП на СП в городах определяется: патологическим процессом, не зависящим от региона (гипертонические кризы, острый инфаркт миокарда, комы, травмы и др.).

Играют роль приближенность к СП лечебного учреждения, частота техногенных катастроф, террористических актов и ДТП; финансирование на местах; а также приказы МЗ РФ и министерств регионов. В небольших городах перечень зависит от состава кадров, работающих на местах; в крупных городах весомый вклад оказывает продвижение препаратов фармацевтическими фирмами.

Рекомендации: подготовка единых стандартов лечения с учетом организации профессионального общероссийского общества (РОСМП) и создание на их основе единого базового формуляра; создание на местах формулярной комиссии для учета региональных особенностей. Пересмотр формуляра через 1–2 года с учетом научных достижений, появления новых препаратов, новых технологий, новых целей и объемов помощи. При составлении формуляра все препараты должны быть расположены по фармацевтическим группам (по основному фармакодинамическому эффекту).

АНТИТОКСИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕКСИДОЛА, ЭТОМЕРЗОЛА И ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ЭТАНОЛОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.Г.Терехина, Е.М.Фридман,
М.Г.Зорин, Г.А.Терехин

Пермская государственная медицинская академия, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Быстрый рост алкоголизации населения и высокая летальность пациентов этой категории свидетельствуют о необходимости разработ-

ки новых комплексных подходов к профилактике и лечению острых отравлений этанолом. С нашей точки зрения, фармакологические препараты с выраженной антигипоксической, антиоксидантной и сорбционной активностью являются перспективными для профилактики и лечения острых отравлений этанолом.

Экспериментальное исследование посвящено изучению эффективности применения синтетических и природных энтеросорбентов, актопротектора этомерзола, антиоксиданта мексидола и их сочетаний при острых отравлениях этанолом.

Работа выполнена на белых нелинейных крысах-самцах. Водные растворы мексидола (100 мг/кг) и этомерзола (20 мг/кг) вводили внутривенно через 15 мин после введения этанола 2 раза в сутки с интервалом в 5 ч. Исследуемые энтеросорбенты (полисорб МП, СУМС-1, полифепан, карбактин, карболен, ТАУ, энтеросгель, сапропель) вводили в дозе 3000 мг/кг внутривенно через 30 мин после введения яда. Эффективность препаратов оценивали по изменению острой токсичности этанола методом В.Б.Прозоровского.

При монотерапии этомерзолом коэффициент защиты (КЗ) составил 1,58, мексидолом — 1,4, при сочетанном применении мексидола и этомерзола — 1,7.

Из исследованных энтеросорбентов достоверное снижение токсичности этанола наблюдали при применении полисорба МП (КЗ — 2,5), СУМС-1 (КЗ — 1,58), ТАУ (КЗ — 1,4), сапропеля (КЗ — 1,39).

Для применения в составе комплексной терапии на догоспитальном и госпитальном этапе могут быть рекомендованы энтеросорбенты полисорб МП, СУМС-1, ТАУ, сапропель, синтетический антиоксидант мексидол и актопротектор этомерзол.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМЫ

В.В.Туханов, Н.Л.Кузнецова
МУ «Центральная городская больница № 23», Екатеринбург, Россия

© В.В.Туханов, Н.Л. Кузнецова, 2006 г.

Среди всех больных, поступающих в нашу клинику, значительное число составляют па-

циенты с тяжелыми сочетанными травматическими повреждениями (34% по данным за 2005 г.). Массивность травматических повреждений приводит к раннему присоединению гнойно-септических осложнений на фоне нарушений иммунного статуса, развития синдрома гиперкатаболизма, ДВС-синдрома, респираторного дистресс-синдрома, что крайне осложняет течение заболевания, ухудшает прогноз и повышает инвалидизацию этой группы пациентов.

Длительно протекающий тяжелый эндотоксикоз порой делает невозможным проведение адекватных оперативных вмешательств, что, в свою очередь, негативно сказывается на продолжительности пребывания пациента в стационаре.

У пациентов с политравмой, особенно с явлениями травматического, геморрагического шока, наряду со стандартным, общепринятым лабораторно-клиническим мониторингом необходимо проводить мониторинг уровня эндотоксико́за по методу М.Я.Малаховой.

Появление признаков эндотоксикоза II степени и выше, особенно в сочетании с развитием синдрома гиперкатаболизма и ДВС-синдрома, может рассматриваться как показание к применению экстракорпоральных методик детоксикации.

Нами широко применяются процедуры дискретного и мембранного плазмафереза. Основной особенностью проведения таких процедур у данной группы больных является тщательный учет белкового статуса с последующим полным возмещением потерь белка и плазменных факторов гемокоагуляции в процессе процедуры. Для этого используются криоплазма, раствор альбумина и аминокислоты. Антикоагулянты, дезагреганты, ингибиторы протеолиза применяются по показаниям.

Критерием эффективности проведенной терапии служат лабораторно подтвержденное снижение уровня эндотоксико́за, нормализация коагулограммы, а также других лабораторно-клинических показателей и улучшение общего состояния больного.

Разумное применение данной схемы лечения достоверно сокращает сроки пребывания больного как в ОАР, так и в стационаре в целом, расширяет возможности более ранней оперативной коррекции повреждений, что в целом улучшает прогноз.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ ПОДОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЯХ АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

С.В.Чепур, И.А.Берзин, В.Н.Быков, С.П.Лось, А.С.Никифоров, А.А.Бажин, Н.В.Комиссаров, М.А.Юдин, В.Б.Василюк

Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины, Санкт-Петербург; Научно-технический центр Федерального управления по безопасному хранению и уничтожению химического оружия, Москва, Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

© Коллектив авторов, 2006 г.

Хроническая и подострая интоксикация антихолинэстеразными препаратами (органофосфатами и карбаматами) в малых дозах, в особенности при пероральном поступлении токсических агентов в организм, сопровождается проявлениями диарейного синдрома и нарушениями функций кишечника.

В эксперименте на крысах и поросятах-подсвинках моделировали подострую интоксикацию органофосфатами в субтреморогенных дозах, по истечении 3 недель после отравления исследовали изменения структуры кишечника и состава кишечной микрофлоры. Показано, что на фоне отравления антихолинэстеразными препаратами развивались нарушения регуляции сосудистого тонуса, что приводило к повышению емкости сосудистого русла, компенсированному тоническими сокращениями артериол, и артериовенозному шунтированию.

Указанные изменения обеспечивали снижение скорости кровотока в капиллярах, что способствовало развитию циркуляторной гипоксии тканей, плазматическому пропитыванию подслизистой основы кишки и формированию полиморфно-ядерной лейкоцитарной инфильтрации. Нарушения кровотока опосредовали изменения функциональной активности паравазальных лаброцитов, вследствие повышенной дегрануляции которых в тканях накапливались медиаторы воспаления. Отек соединительной ткани подслизистой основы кишки определял формирование дистрофических изменений эпителия с уплотнением эпителиальной выстилки, снижением интенсивности пролиферации клеток и увеличением содержания бокаловидных энтероцитов.

Указанная структурная перестройка эпителиальной выстилки составляла основу для изменений условий колонизации микроорганизмов с достаточно быстрым формированием дисбиоза. Дисбактериоз приводил к развитию дополнительных очаговых повреждений эпителия и проникновению во внутреннюю среду низкомолекулярных метаболитов, токсинов и целых бактериальных клеток. У поросят-подсвинков наблюдали развитие бактериальной транслокации и бактериемии.

Применение препаратов лактулозы обеспечивало элиминацию патогенной микрофлоры и способствовало колонизации лактобактерий.

Подострое отравление антихолинэстеразными агентами приводит к развитию воспалительных изменений в кишечнике и формированию дисбиотических состояний, что требует проведения фармакологической коррекции.

ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ НЕОБРАТИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГИСТОАРХИТЕКТониКИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ГЕПАТОТРОПНЫМИ ЯДАМИ

С.В.Чепур, А.Ю.Ковеленов, В.Н.Быков,
А.В.Варлачев, О.В.Лапшинов, Е.И.Балакин

*Государственный научно-исследовательский
испытательный институт военной медицины,
Военно-медицинская академия,
Санкт-Петербург, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Частота поражений печени при бытовых отравлениях продолжает прогрессивно увеличиваться. Сообщается, что каждый четвертый случай госпитализации больных с паренхиматозными желтухами представляет собой результат нежелательных побочных эффектов лекарственных средств и осложнений лекарственной терапии. Несмотря на значительные успехи современной гепатологии, профилактика необратимых изменений гистоархитектоники печени после тяжелых отравлений остается не до конца решенной задачей.

В настоящее время именно гибель клеток паренхимы печени должна рассматриваться в качестве ключевого фактора в поддержании каскадных реакций, приводящих к цирротическому ремоделированию ткани печени при отравлениях. У больных с лекарственными поражениями печени и в эксперименте на крысах с ДМНА-индуцированным циррозом показано,

что гепатопротективными эффектами обладают антиоксидантные средства, применение которых позволяет ограничить повреждения гепатоцитов.

В качестве препаратов выбора, по-видимому, следует рассматривать инъекционные формы липоевой кислоты, назначение которых позволяет положительно влиять на динамику лабораторных показателей гепатоцитолитического синдрома. Положительный эффект показан при применении гепарина и его длительно живущих аналогов, которые кроме улучшения реологических свойств крови способны связывать ряд провоспалительных цитокинов. Существенный гепатопротективный эффект удалось достичь при применении перфторана. Часть гепатопротективных средств, применяемых для терапии вирусных гепатитов, дали весьма слабый эффект при краткосрочном применении в течение первой недели после отравления.

В эксперименте противодирротическая активность показана для ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и адреноблокаторов, применение которых способствует снижению портального давления и предотвращает развитие угрожающих жизни кровотечений. Вопрос об использовании селективных ингибиторов цикло- и липоксигеназы для ограничения продукции физиологически активных эйкозаноидов остается предметом пристального внимания, однако изучен не в полной мере.

Разработка комплексной противодирротической терапии позволит повысить качество жизни больных в постинтоксикационном периоде и снизить риск развития смертельных осложнений.

РАНЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ЧАСТОТЫ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

В.И.Шальнев, Р.А.Моисеева,
Л.И.Рыльчикова, А.В.Курнаев,
И.А.Богданова, А.В.Скворцова

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

© Коллектив авторов, 2006 г.

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных применению ингибиторов

ГМГ-КоА-редуктазы (статинов) при различных формах ИБС, эффективность их раннего назначения при остром коронарном синдроме (ОКС) остается неясной. Недавно открытые плеотропные эффекты препаратов группы статинов указывают на возможность их применения как активных средств в остром периоде заболевания.

В двух больших многоцентровых исследованиях (MIRACL, PROVE IT) получены данные о снижении количества осложнений ИБС и положительной динамике маркеров воспаления в крови при использовании агрессивной липидоснижающей терапии высокими дозами аторвастатина (80 мг/сут) у больных с ОКС. Однако реальность широкого применения подобных доз подвергается сомнению многими исследователями.

Целью исследования было изучение влияния средних доз (40 мг/сут) наиболее широко применяемого в Европе препарата группы статинов — симвастатина — на клиническое течение и содержание С-реактивного белка при раннем (с первых суток заболевания) его назначении больным с ОКС.

В исследование включены 108 больных с ОКС. У 43 человек был диагностирован ОИМ с подъемом сегмента *ST* на ЭКГ, у 65 пациентов — ОИМ без подъема *ST* и нестабильная стенокардия. Методом случайной выборки больные были разделены на две группы: основную, получавшую с 1-х суток заболевания 40 мг симвастатина, и контрольную, получавших стандартную терапию (гепарин, β -адреноблокаторы, ацетилсалициловую кислоту, ИАПФ, нитраты). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, наличию сопутствующих заболеваний. Содержание С-реактивного белка определяли высокоточным количественным методом при поступлении в стационар и на 14-е сутки заболевания. Клиническое течение оценивали в течение периода госпитализации и в последующие 6 мес.

Содержание СРБ снизилось статистически достоверно в течение двух недель в группе больных, получавших симвастатин ($14,9 \pm 9,7$ мг/л и $7,6 \pm 6,0$ мг/л, $p=0,02$). В контрольной группе также отмечено снижение концентрации СРБ, однако оно было менее выраженным и статистически недостоверным ($16,1 \pm 7,3$ мг/л и $13,2 \pm 6,8$ мг/л; $p=0,18$). Наиболее существенным и статистически достоверным различием между группами в клиническом течении была частота постинфарктной стенокардии, которая чаще наблюдалась в контрольной группе (46% и 25% соответственно, $p=0,01$). В течение последующих 6 мес в основной

группе отмечено меньшее количество повторных госпитализаций по поводу ОКС и повторных ИМ.

При проведении дополнительного статистического анализа с применением логистической регрессии была выявлена прогностическая значимость повышения содержания СРБ в течение первых двух недель заболевания. Подобный тип динамики концентрации СРБ был выявлен у 16,6% больных основной и 26,9% пациентов контрольной группы. У данной категории больных частота комбинированной основной точки (сердечная смерть, повторный инфаркт миокарда, госпитализация по поводу ОКС) была достоверно чаще (ОР=1,4; 95% ДИ= 1,1–1,8).

Раннее начало терапии симвастатином достоверно снижает содержание С-реактивного белка и частоту развития ранней постинфарктной стенокардии у больных с ОКС. Повышение концентрации СРБ в течение первых 14 суток ОКС сочетается с повышенным риском осложнений ИБС в последующие 6 мес.

ВЛИЯНИЕ ПЕРФТОРАНА НА ДИНАМИКУ СОДЕРЖАНИЯ МАРКЕРОВ ЭНДОТОКСЕМИИ В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ТЕРМОТОКСИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

В.В.Шилов, К.М.Крылов, Е.В.Полозова,
И.В.Шлык, А.С.Балтажи

*Санкт-Петербургская медицинская академия
последипломного образования, Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им.проф.И.И.Джанелидзе, Россия*

© Коллектив авторов, 2006 г.

Целью настоящего исследования было изучение влияния перфторана на динамику содержания универсального маркера выраженности эндогенной токсемии — веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) и характер спектрограмм крови и мочи у пострадавших с тяжелыми термотоксическими поражениями (ожоги и отравления угарным газом).

ВНиСММ определяли в плазме и на эритроцитах венозной крови при поступлении пострадавших в стационар, после инфузии препарата и на 1-е, 3-е, 5-е, 7-е и 10-е сутки стационарного лечения.

Для коррекции эндогенной токсемии при тяжелом термотоксическом поражении применялся перфторан. Лечение проводили внутривенным введением перфторана в дозе 10 мл/кг однократно при поступлении пострадавших в шоке.

В зависимости от проводимого лечения больные были распределены на группы: контрольная группа — для лечения использовались стандартные схемы терапии, и основная группа — в схеме лечения применялся перфторан.

В результате проведенных исследований установлено, что у всех больных на момент поступления в стационар наблюдалось выраженное увеличение содержания ВНиСММ как в плазме, так и на эритроцитах венозной крови (на 106,7% и на 48,2% соответственно по сравнению с нормой). При анализе спектрограмм плазмы крови и эритроцитов наблюдалось высокое содержание веществ катаболического происхождения, продуктов распада тканей, ксенобиотиков, о чем свидетельствовали максимумы экстинкций в зоне длин волн 238–246 нм во всех исследуемых

биологических средах. Экстинкции, соответствующие другим фракциям ВНиСММ, также были повышены, но в меньшей степени.

Таким образом, перфторан у пострадавших с тяжелыми термотоксическими поражениями снижает уровень эндотоксемии путем существенного уменьшения фракций ВНиСММ на гликокаликсе эритроцитов артериальной и венозной крови в диапазоне длин волн 238–282 нм. При этом в зоне длин волн 298–318 нм плазмозаменитель практически не изменяет содержание фракций средних молекул. Одновременно отмечались повышенное содержание среднемoleкулярных субстанций в плазме артериальной и венозной крови на всех длинах волн с максимумом на 262 нм и увеличение выведения ВНиСММ с мочой.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ» публикует статьи, лекции, обзоры, случаи из практики, рефераты по всем разделам неотложной медицины. Направляемые материалы должны быть посвящены **актуальным проблемам оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и (в плане преемственности лечения) госпитальном этапе и иметь выраженную практическую направленность.**

Рукопись печатают на любом IBM-совместимом компьютере в текстовом редакторе WINWORD шрифтом 12 п. через 1,5 интервала, поля по 2,5 см с каждой стороны.

Материалы представляют в редакцию **на дискете** с распечаткой текста на бумаге в 2 экземплярах.

Вместо представления на дискете возможна отправка материалов по электронной почте с обязательной досылкой завизированной распечатки текста в 2 экземплярах.

На первом экземпляре должны быть подписи всех авторов, виза руководителя и печать учреждения. Дозы лекарственных препаратов должны быть завизированы подписью одного из авторов на полях.

Данные об авторах (фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень, звание, место работы), полный почтовый адрес для переписки и номера телефонов для связи представляются на отдельном листе.

Статьи должны содержать:

- 1) введение;
- 2) материалы и методы исследования;
- 3) результаты и их обсуждение;
- 4) выводы;
- 5) литературу (библиографический список).

Все страницы должны быть пронумерованы от первой до последней без пропусков и литерных добавлений. В правом верхнем углу каждой страницы должна быть указана фамилия автора (первого автора) данной статьи.

Объем рукописи не должен превышать: обзор, лекция — 20 стр.; статья — 15 стр.; краткие сообщения, рецензии, информация, хроника, письма — 5 стр.

Все употребляемые термины и единицы измерений должны соответствовать официально принятым.

При первом упоминании лекарственного препарата, помимо патентованного, в скобках следует указать его международное название.

Таблицы. Каждая таблица должна иметь номер и название.

Рисунки (3 полных комплекта) должны иметь порядковый номер, название и подрисуночные подписи. На обратной стороне рисунков (фотографий) простым мягким карандашом указывают фамилию первого автора, название статьи, номер рисунка и где находится верх.

Буквы, цифры и символы на рисунках и фотографиях должны быть достаточно крупными, четкими и не сливаться с фоном. Электрокардиограммы и микрофотографии должны иметь маркеры масштаба.

Подписи к рисункам представляют на отдельном листе.

Ссылки на цитируемые работы указываются в порядке их упоминания в виде порядковых номеров в списке литературы, заключенных в квадратные скобки. Максимальное количество ссылок для статей — 15, для обзоров — 50.

Литература. Источники в списке литературы располагаются в порядке упоминания их в тексте статьи и нумеруются арабскими цифрами. Библиографический список оформляется в соответствии с действующим ГОСТом.

Редакция оставляет за собой право сокращения и стилистической правки текста без дополнительных согласований с авторами. При необходимости внесения в статью изменений по существу авторам направляются замечания и пожелания рецензента.

Материалы, не соответствующие указанным требованиям, не рассматриваются.

Статьи, не принятые к публикации, не возвращаются. Рецензии на них не высылаются.

«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

Свидетельство о регистрации ПИ № 77-3411 от 10 мая 2000 г.

Адрес редакции:

191015, Санкт-Петербург, Кирочная 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) 988-98-36.

Подписано в печать 2.05.2006 г. Формат 60×90¹/₈. Бумага офсетная. Гарнитура школьная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 11,5. Тираж 1000 экз. Цена договорная.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования.
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.