

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2010, № 3

«ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ» «THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE»

Ежеквартальный научно-практический журнал

Основан в 2008 г. Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0292 от 15.08.2007

Главный редактор А.М.ХАДЖИБАЕВ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж.Азизов, Х.А.Акилов, Б.К.Алтиев, А.Л.Аляви, Р.Э.Асамов, Ш.Э.Атаханов, А.И.Икрамов,
Ю.И.Калиш, Ш.И.Каримов, Б.А.Магрупов (заместитель главного редактора), Ю.Р.Маликов,
Ф.Г.Назирова, Д.М.Сабиров, Б.И.Шукуров (ответственный секретарь)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели

В.Е.Аваков (Ташкент)	Ш.А.Дадаев (Ташкентская обл.)	Т.А.Султаналиев (Алматы)
С.С.Агзамходжаев (Ташкент)	Б.Т.Даминов (Ташкент)	Ш.Б.Тогаев (Карши)
Р.М.Агаев (Баку)	Э.С.Джумабаев (Андижан)	Р.И.Усманов (Ташкент)
Р.Н.Акалаев (Ташкент)	Г.М.Кариев (Ташкент)	А.Д.Фаязов (Ташкент)
Ф.А.Акилов (Ташкент)	З.Д.Каримов (Ташкент)	Д.Ш.Ходжиев (Нукус)
Ф.Б.Алиджанов (Ташкент)	Р.Д.Курбанов (Ташкент)	М.Ш.Хубутия (Москва)
А.В.Алимов (Ташкент)	К.М.Мадартов (Термез)	Ш.А.Худайбергенов (Бухара)
Х.П.Алимова (Ташкент)	А.М.Марупов (Ташкент)	А.Т.Эрметов (Наманган)
Ю.М.Ахмедов (Самарканд)	К.Э.Махкамов (Ташкент)	М.Э.Эшбеков (Джизак)
С.Ф.Багненко (С.-Петербург)	Х.Т.Мухамедова (Ташкент)	А.Ф.Черноусов (Москва)
Д.Э.Болтаев (Ургенч)	Л.А.Назирова (Ташкент)	Н.У.Шарапов (Ташкент)
Е.М.Борисова (Ташкент)	З.М.Низамходжаев (Ташкент)	Я.Н.Шойхет (Барнаул)
Э.Ю.Валиев (Ташкент)	А.А.Раимжанов (Фергана)	Р.Ш.Юлдашев (Карши)
Б.Г.Гафуров (Ташкент)	Э.А.Сатвалдиева (Ташкент)	Б.А.Янгиев (Навои)

Адрес редакции: 100107, Узбекистан, Ташкент, ул.Фархадская, 2.
Тел.: (99871)-1504600, 1504600, (99897)-1043463. E-mail: uzmedicine@mail.ru

ISSN 2010-9881

Индекс подписки 1214

Формат 60x84 1/8. Усл.печ.л. 11.16. Заказ № _____
Отпечатано в Издательско-полиграфическом доме «O'zbekiston»

«...Государство обеспечит предоставление
бесплатного медицинского обслуживания в
рамках гарантированного объема медико-
санитарных услуг, включающего: ...
— оказание экстренной, неотложной
медицинской помощи ...»

Ислам Каримов

Из Указа Президента

Республики Узбекистан

№ 2107 от 10 ноября 1998 г.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ЎЗБЕКИСТОН ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ
HE.CO STOP КОМПАНИЯСИ**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЗБЕКИСТАНА
КОМПАНИЯ HE.CO STOP**

**«ГОСПИТАЛИЗАЦИЯГАЧА КЎРСАТИЛАДИГАН
ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМНИ
ТАШКИЛ ҚИЛИШНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ»**

илмий-амалий анжуманнинг материаллари

(Тошкент, 2010 й. 21 октябрь)

**Материалы научно-практической конференции
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ»**

(Ташкент, 26 октября 2010 г.)



Государственная поддержка догоспитального этапа экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан

Икрамов А.И., Хаджибаев А.М.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

С первых дней реализации Государственной программы реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан приоритетное значение придается службе экстренной медицинской помощи (СЭМП). Бесплатность и надлежащее качество услуг СЭМП гарантированы государством, что достигается оригинальной организационной моделью службы, подразделения которой, в лице РНЦЭМП и его 13 областных филиалов, 172 районных субфилиалов и 2207 бригад скорой медицинской помощи, развернуты практически во всех населенных пунктах страны. Кроме того, в целях медицинского обеспечения населения при ЧС организованы 39 специализированных медицинских бригад постоянной готовности и 172 мобильных бригад экстренной медицинской помощи.

Количество обращений в СЭМП только в 2009 г. составило 8,1 млн., из них 93% приходится на догоспитальный этап: 6,4 млн. (80%) вызовов обслужены службой скорой помощи «03», 1,0 млн. (13%) населения получила экстренную медицинскую помощь в амбулаторных подразделениях службы. Из числа госпитализируемых в стационары СЭМП больных 16,6% доставляются машинами скорой помощи «03».

В настоящее время автомобильный парк службы «03» Узбекистана представлена 1844 специальным транспортом; кадровый потенциал службы составляет 5000 штатных единиц.

Мощным дополнительным импульсом в развитии догоспитального звена СЭМП явилось Постановление Президента РУз И.Каримова № 1114 от 21 мая 2009 г. «О совершенствовании деятельности системы оказания скорой медицинской помощи». В рамках его реализации повсеместно осуществлено доукомплектование станций скорой помощи автотранспортом, укрепление материально-технической базы гаражей и станций скорой медицинской помощи, обучение водительского состава на курсах повышения квалификации.

Правительством страны было закуплено и распределено по всем регионам 110 автомашин «Hyundai» и 381 автомобилей марки «Дамас».

Кроме того, **Министерство здравоохранения РУз** для станций скорой помощи дополнительно выделило 50 автомобилей марки «Дамас», в целях централизованного обеспечения подразделений службы СМП страны закуплено 10 грузовых автомашин «ISUZU». Для водителей машин скорой помощи изготовлено 5800 униформ на сумму 116,3 млн. сумм. При Государственном автодорожном институте созданы специальные курсы для руко-

водителей автохозяйств СМП, где на сегодняшний день прошли обучение 52 должностных лиц. Для инженерно-технического состава гаражей системы здравоохранения были организованы также выездные курсы на местах, в работе которых участвовали более 4000 специалистов. В рамках мероприятий дооснащения машин скорой помощи регионов централизованно было закуплено и передано на места 127 ЭКГ аппаратов, 35 дифибрилляторов, 30 отсосов. В настоящее время в большинстве станций и подстанций имеются средства мобильной связи (рации), активно используются возможности мобильной сотовой связи.

В рамках выполнения Постановления Президента РУз №ПП-1114 от 21.05.2009 г. масштабные работы осуществляются **Хокимиятами областей** и руководством Республики Каракалпакстан. В частности повсеместно осуществлена реструктуризация автохозяйств ЛПУ и службы скорой медицинской помощи – мелкие гаражи в областных центрах объединены в крупные оснащенные автохозяйства при облздравотделах. Хокимиятом Бухарской области для службы СМП закуплено дополнительно 11 специального автотранспорта марки «Дамас», такие автомобили в количестве 13 были выделены Хокимиятом Ташкентской области.

Для осуществления мероприятий по строительству и капитальному ремонту автохозяйств медицинских учреждений, по укреплению их материально-технической базы местными органами управления выделено 7,3 млрд. сум. Наиболее внушительную сумму смог изыскать Хокимият г. Ташкента, где на цели закупки нового специального автотранспорта для станций СМП и ЛПУ, капитальный ремонт автохозяйств выделена сумма в 4,3 млрд. сум (59,0% от вышеуказанной суммы в 7,3 млрд.). По регионам страны достаточно значимые суммы для указанных нужд были выделены в Андижанской (765,6 млн.), Навоийской (480,89 млн.), Наманганской (390,52 млн.), Кашкадарьинской (338,79 млн.) и Ферганской (308,77 млн. сум) областях (рис. 1). В этом плане крайне низкая инициатива проявляется в Джиззакской (выделено всего 22,8 млн. сум), Ташкентской (32,2 млн. сум), Сырдарьинской (41,1 млн. сум) и Бухарской (49,9 млн. сум) областях.

Для улучшения ситуации с обеспечением специального медицинского автотранспорта горюче-смазочными материалами и запасными частями местными органами управления дополнительно выделена сумма в 3,3 млрд. сум.

С учетом нагрузки на бригады скорой помощи и специфики их работы финансовыми органами вилоятов выделено дополнительно 1693 штатных единиц - 583 врачебных, 583 фельдшерских и 527 прочих, что соответственно было обеспечено фондом заработной платы на 2010 г. в размере 6,7 млрд. сум.

В целях улучшения оперативности работы службы СМП при содействии МВД организованы дополнительно 225 пунктов скорой помощи при опорных пунктах милиции.

Во всех регионах страны интенсивно ведутся работы по строительству и ремонту станций и подстанций скорой медицинской помощи, на сегодняшний день освоена сумма в 1,98 млрд. сум (79,1% от запланированного).

Таким образом, развитию догоспитального звена СМП, укреплению его материально-технической базы, улучшению качества оказываемых им услуг придается приоритетное значение в Государственной программе реформирования системы здравоохранения Узбекистана.

Clinico-economical impact of HTA implementation on chest pain diagnostic markers

Bartoccioni F.*, Cianetti A. **, Tanzi P.***, Giuliani L.*, Brocchetti P.*, Merigioli S.*,

Amoddeo CE.*, Pacchiarini D.*

Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini Hospital

* U.O. Formazione e Governo Clinico, **U.O. Biochimica Clinica , ***U.O. Cardiologia III

Introduction and objective. The need to assess fast and sure diagnosis in order to offer appropriate therapy to patients with chest pain and the changing in the guidelines recommendations induced S. Camillo-Forlanini Hospital in Rome to re-examine its cardiac markers prescription activity.

The aim of this work is to evaluate the biochemical analysis prescription appropriateness.

Material and methods. We created a "dashboard", where the guidelines recommendations are crossed with the clinical presentations. The table have on the first column the clinical presentations and as heading of each following column the commonly prescribed exams (Troponin I, Myoglobin, CPK-MB, BNP and CRP). At the crossing line-column is reported a "x" only where there is a clinical indication. An inappropriate use is revealed by an elevated number of prescriptions associated with clinic presentation to which corresponds a low or null recommendation. Indexes monitoring is used to compare the appropriateness of each exam to the clinical results, using the others as a benchmark. We started an initial implementation of

HTA in the First Aid removing the Myoglobin from the chest pain package and then we evaluated its clinical and economical impact.

Results. A statistical analysis revealed a significant decrease of Myoglobin request, but not for Troponin one. We calculated the odd ratio of the hospitalization among the admitted for chest pain in First Aid before and after the Myoglobin removal. The result, supported by a confidence interval, confirms the Null Hypothesis, that there is no association between our intervention and hospitalization rate. An economical analysis was then performed to evaluate the resources saving.

Conclusions. Myoglobin dosage removal from chest pain prescription package without removing it from the allowed exams lead to a great decrease of inappropriate tests use. The estimation of one-year costs reduction is relevant. This becomes a mile stone for the implementation of the same intervention in other hospital units and it becomes the first step of new HTA interventions.

The territorial emergency management in Italy

Sepioni F.*, Brocchetti P.**, Pugliese A.**, Surace A.**,

Merigioli S.*, Pacchiarini D.**, Bartoccioni F.**

* ASL 3 Umbria, ** O. U. Clinical Governance S.Camillo-Forlanini Hospital

Introduction. The extra-hospital emergency management in Italy is developed through a network of operational centers located in all regions with the aim to coordinate any type of territory emergency.

Materials and methods. After dialing the 118 number the service is activated and thanks to the many medical stations spread throughout the whole Italian territory working round the clock in any medical emergency the patient is reached in 8 minutes in urban area and in 20 minutes in suburban areas.

In few minutes the patient receives assistance on

his location and subsequently is transferred to the reference hospitals based on the event. In all the Italian territory are present operational centers where the call is received, processed and the intervention is coordinated by the specialists.

Based on the patient clinical status (red, yellow, green and white code) and the location the most suitable crew and the appropriate vehicle is sent on place. The patient is reached as soon as possible by the operators on site a rapid rescue is done, with the aim of stabilize vital functions (pressure, respiration, cardio-

vascular activity) and then the patient is transferred to the best suited hospital.

A deeper management experience in the Health District (ASL 3) in Umbria - Italy will be discussed.

Conclusion. A comparison and the information

sharing between the Italian territorial health emergency system and the Uzbekistan one will surely increase the experience allowing an improved network in both reality.

Emergency Medical Services and Hospital Based Emergency Care

Daya Mohamud

Department of Emergency Medicine, Oregon Health & Science University,
Portland, Oregon, USA

The development of modern prehospital and hospital emergency care was driven in large by a white landmark paper published in 1966 by the National Academy of Sciences "Accidental Death and Disability, The Neglected Disease of Modern Society". This landmark paper highlighted the incredible deficiencies of emergency care and quickly led to a mandate from patients and physicians to improve the American Emergency Care system. In 1973, Congress passed its Emergency Medical Services (EMS) Systems Act which outlined 15 core components that had to be addressed for a system to receive federal funding. The development of systems was also encouraged by the work of Pantridge and others in Ireland which showed that prehospital care of victims of acute myocardial infarction could also reduce mortality. The specialty of Emergency Medicine had its origins in the 1950's and 1960's when physicians returning from conflicts in Korea and Vietnam began to look for opportunities to implement lessons learned from the care of soldiers in the battlefield to the care of injured civilians. The need for timely triage and treatment in the first crucial minute of an injury or illness was recognized and appreciated. Unfortunately, many U.S. hospitals did not have emergency departments and emergency care was at best inconsistent. Inade-

quately equipped emergency "rooms" were staffed only by nurses or interns as well as part-time physicians from other specialties. During this time it also became apparent that emergency care required uniquely different skills and training from general medical practices. The need for 24 hour 365 days a year staffing was recognized and in 1968 a group of eight physicians formed the American College of Emergency Physicians (ACEP) the goal of which was to provide quality emergency care through formal education, structure and standards. In 1969 they held their first Scientific Assembly and one year later the first emergency medicine residency was started at the University of Cincinnati. In 1976 the American Board of Emergency Medicine (ABEM) was formed and it was recognized as the nation's 23rd medical specialty by the American Board of Medical Specialties in 1979. Emergency physicians provide immediate recognition, evaluation, care, stabilization and disposition of a generally diversified population of adult and pediatric patients in response to acute illness and injury. Modern Emergency Departments have become an integral part of nearly all hospital systems. They are also increasingly seen as diagnostic and treatment units that help control the flow of patients and appropriate use of inpatient resources.

Publicly Available Information on Hazardous Substances

Spencer P.

Center for Research on Occupational & Environmental Toxicology
Oregon Health & Science University, Portland, Oregon, USA

The United States has a wealth of information on hazardous substances that is available to the health professional and public alike. Acute exposures to chemical substances are handled mostly by the National Poison Data System (NPDS), which collects information from 61 poison control centers spread around the USA [1]. The NPDS Poison Help hotline serves as a key medical information resource and helps reduce costly emergency room visits. The Oregon Poison Center, located on the campus of Oregon Health & Science University (OHSU), is an example of these 24-hour poison emergency information service

and resource centers [2]. The OHSU Center for Research on Occupational and Environmental Toxicology (CROET) also operates a Toxicology Information Center that responds to non-emergent calls concerning exposures to hazardous substances that do not pose immediate health threats [3]. In addition to the provision of free, confidential assistance to regional callers to the two OHSU centers, CROET has assisted the World Health Organization, the Pan American Health Organization, and national governments and organizations, explore the etiology of various chemical-exposure disorders in low- and middle-income

countries. Toxicological information is provided free for public use from various branches of the U.S. government, including the Agency for Toxic Substances and Disease Registry of the Centers for Disease Control [4] and various branches of the U.S. National Institutes of Health [5]. Toxicology information resources include those operated by the U.S. National Library of Medicine, notably the Toxicology Data Network (TOXNET) [6] and, for research purposes, abstracts of papers published in peer-reviewed journals (PubMed) [7]. The U.S. Environmental Protection Agency (EPA) promulgates regulations that require manufacturers and processors of existing chemicals to test their chemicals for health and environmental effects [8]. Chemical exposure limits designed to prevent acute and chronic health effects are developed by several federal agencies. The American Conference of Governmental Industrial Hygienists establishes Threshold Limit Exposures for workers handling

chemical substances [9]. Product-specific Material Safety Data Sheets provide the user with information relating to product stewardship and workplace safety [10]. Electronic warehousing of hazardous substance information allows immediate access throughout the world.

Uniform Resource Locations:

<http://www.aapcc.org/dnn/Portals/0/2008annual-report.pdf>
<http://www.ohsu.edu/poison/>
<http://www.croetweb.com/>
<http://www.atsdr.cdc.gov/>
<http://www.nih.gov/icd/index.html>
<http://toxnet.nlm.nih.gov/>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
<http://www.epa.gov/oppt/chemtest/>
<http://www.atsdr.cdc.gov/>
http://en.wikipedia.org/wiki/Material_safety_data_sheet

Состояние и проблемы оказания первой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП)

Аваков В. Е., Чурилова О. В.

Республиканский Учебный Центр Неотложной Медицинской Помощи

Травматизм в промышленно развитых странах мира – самая распространенная причина летальных исходов у лиц моложе 45 лет и третья причина в общей структуре смертности населения земного шара.

Ведущей причиной возникновения травм на сегодняшний день являются ДТП. По данным ВОЗ каждые 1,5-2 секунды в мире происходит одно ДТП, 50-60% которых сопровождаются легкими травмами, остальные 40% – это множественные, сочетанные повреждения, сопровождающиеся тяжелыми черепно-мозговыми травмами и, как следствие, высокой смертностью и инвалидизацией.

Из приводимых данных о числе поступивших пострадавших в результате ДТП в Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи в материалах предыдущей конференции, печальным является то обстоятельство, что лишь 30% пострадавших успевают доставить в лечебное учреждение, а оставшиеся 70%, как правило, погибают на месте происшествия. К тому же летальность от ДТП среди поступивших в стационары остается исключительно высокой.

От того, насколько своевременно оказана помощь пострадавшему, зависит его жизнь и, как правило, успех последующего лечения. Вот почему каждый человек должен знать мероприятия первой помощи и уметь правильно их выполнять, так как неправильное и неумелое оказание помощи может явиться причиной различных осложнений.

Первая медицинской помощи должна быть оказана пострадавшим немедленно или в ближайшие

30 мин после ДТП. Из мировой практики ликвидации аварий известно, что, не получив необходимой помощи, через 1 час после аварии умирают до 40% тяжело пострадавших, большая половина которых погибает в первые 30 минут. Через 3 часа число погибших достигает 60%, через 6 часов – 95%.

Эффективность оказания первой медицинской помощи зависит от следующих факторов:

- наличия необходимого оборудования и транспорта;
- наличия специально обученного и подготовленного персонала;
- сроков начала оказания помощи.

На имеющемся опыте развитых стран, доказано, что при наличии вышеперечисленных факторов и правильной организации помощи смертность при ДТП снижается в 2 и более раза, а инвалидизация в 1,8 раза.

В целях создания единого методологического подхода к оказанию неотложной медицинской помощи и подготовки соответствующих кадров Постановлением Кабинета Министров РУз № 94 от 4 марта 1998 г. и при содействии Американского Международного Союза здравоохранения в 1999 году был создан Республиканский Учебный Центр Неотложной Медицинской Помощи (РУЦНМП).

Создание Центра созвучно Указу Президента РУз, провозгласившего Государственную программу реформирования здравоохранения в Республике Узбекистан, а также принятому на сессии Олий Мажлиса РУз от 19 августа 1999 г. закону «О безо-

пасности дорожного движения» за № 819-1, статья 17 «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения» которого предписывает периодическое обучение участников дорожного движения, должностных лиц органов внутренних дел, других специализированных подразделений и населения правилам оказания доврачебной помощи.

Обучение в Центре осуществляется по унифицированным алгоритмам, разработанным в соответствии с последними достижениями мировой практики оказания помощи на догоспитальном этапе. Предлагаемые нами программы обучения адаптированы как для медицинских работников, так и для лиц, не имеющих медицинского образования, вплоть до школьников.

На базе РУЦНМП организованы и функционируют курсы базового и среднего уровней для врачей, медицинских сестер, фельдшеров скорой помощи и вспомогательного персонала, включая водителей машин скорой помощи и ключевых лиц первого контакта (спасатели, пожарники и т.д.)

Обучение в Центре осуществляется преподавателями-врачами, которые прошли подготовку в аналогичных центрах стран СНГ и США.

Обучение включает лекционные и практические занятия, причем последним уделяется до 70% учебного времени. Практические навыки отрабатываются на современных многофункциональных тренажерах американского производ-

ва, имитирующих реальные ситуации, среди которых управление дыханием и кровообращением, иммобилизация позвоночника, умение справляться с травмами, оказание помощи при массовых поражениях, вплоть до принятия родов.

Таким образом, целью обучения является выработка у курсантов навыков простейшей диагностики и автоматизма действий при оказании первой помощи в реальной ситуации (на дороге, в школе, самолете и т.д.)

Как уже говорилось выше, первая помощь не может быть оказана качественно и в полном объеме в отсутствие соответствующего оборудования. Наиболее часто задаваемый нашими курсантами вопрос: «Как нам применять полученные знания в практической деятельности при отсутствии соответствующего оборудования на рабочих местах?»

В этой связи с учетом современных подходов к оказанию неотложной помощи сотрудниками нашего Центра разработан Комплект, имеющий небольшие размеры и возможность оказания помощи в широком диапазоне. Комплект был рассмотрен на межведомственной правительственной комиссии и рекомендован к внедрению в практику оказания первой медицинской помощи.

За период функционирования РУЦНМП 36 часовую программу обучения в качестве парамедиков и медицинских работников прошли обучение более 12000 человек из различных министерств и ведомств нашей Республики.

Актуальные проблемы организации педиатрической помощи на догоспитальном этапе г. Ташкента

Агзамходжаев С.С., Эрманова Э.Р., Кудунова И.В.

Городская станция скорой медицинской помощи г. Ташкента

Городская станция скорой медицинской помощи г. Ташкента оказывает скорую медицинскую помощь детскому населению, в возрасте от 0 до 14 лет, которое на сегодняшний день составляет порядка 650 тыс.

До 2003 г. в городе существовало 3 подстанции, где базировалась 21 педиатрическая бригада, которая охватывали своей деятельностью все районы города.

Процент опозданий или несвоевременного выезда составлял в те годы 8,8-9% от общего количества обслуживаемых вызовов, что было связано с очень большим радиусом обслуживания и невозможностью преодолеть за нормативные 15 минут расстояния, охватывающие практически по 4 района города на одну подстанцию.

Кроме того, детское население города не всегда получало квалифицированную помощь именно от врача-педиатра, т.к. напрямую обращалось на подстанции, где не было педиатрических бригад и приходилось обслуживать детей силами общепрофильных бригад, а зачастую, и фельдшер-

скими бригадами, что снижало качество обслуживания и вызывало нарекания от населения, особенно в отношении детей до 1 года, учитывая их анатомо-физиологические особенности, характер вскармливания, а также определенно строгую дозировку лекарственных препаратов, вопросы этики и деонтологии в общении с родителями.

Проведя тщательный и глубокий анализ работы педиатрической службы «03» руководство ГССМП с 2003 г. начало планомерно осуществлять подготовку и переход на строгое районирование педиатрической службы.

В каждом районе города, на каждой подстанции были организованы педиатрические бригады, что позволило оптимизировать работу педиатрической службы, приблизить и закрепить за каждым районом города определенное количество педиатрических бригад.

С 2005 г. в городе функционирует 40 педиатрических бригад, в которых работают только врачи по специальности «педиатрическое дело», в связи с чем у детского населения города появилась воз-

возможность получать на догоспитальном этапе высококвалифицированную врачебную помощь.

В настоящее время укомплектованность педиатрических бригад медицинскими кадрами по подстанциям составляет 100%.

Нагрузка на 1 педиатрическую бригаду в среднем по ГССМП в 2009 г. составила 11,1 вызова.

При этом важно отметить, что нагрузка неравномерна не только в течение суток, когда существуют так называемые «часы пик» – это вечернее время, когда социально-занятые родители возвращаются с работы, дети из дет. садов и школ; ночные предутренние часы, когда в связи с анатомо-физиологическими особенностями детского организма возрастает вероятность возникновения экстренных состояний в педиатрии (ларингоспазм, гипертермия и судорожный синдром)

Нагрузка неравномерна в течение года, когда возрастает количество простудных заболеваний в холодное время, несчастных случаев в летнее каникулярное время.

Что касается нозологической единицы обслуживаемых вызовов, то однозначно на первое место выступают простудные заболевания, по поводу которых количество обращений растет из года в год: в 2009 г. – 53,3%, в 2007 г. – 50,8%. Количество несчастных случаев с детьми имеет незначи-

тельную тенденцию к снижению: в 2009 г. – 3%, в 2007 г. – 3,5%, кроме того, уменьшилось количество кишечных и воздушно-капельных инфекций: в 2009 г. – 4%, в 2007 г. – 4,9%.

Четкое районирование позволило улучшить вопросы преемственности между службой СМП и районными поликлиниками.

Все дети до 1-го года, с несчастными случаями и т.д., оставленные по каким-либо причинам дома в обязательном порядке передаются в поликлиники.

В 2007 г. передано 41% активных вызовов от оставленных дома, в 2008 г. 45,6%, в 2009 г. 46,7%.

Таким образом, переход на строгое районирование педиатрической службы, постоянный анализ и контроль позволили снизить процент несвоевременных выездов к детям с 9 до 4,6%, т.е. практически в два раза. Время доезда машины СМП в радиусе одного района укладывается в нормативные 15-20 минут.

Всем обратившимся за педиатрической помощью на догоспитальном этапе гарантирована квалифицированная врачебная медицинская помощь.

Преемственность с районными поликлиниками позволяет осуществлять за каждым заболевшим ребенком строгий медицинский контроль до его выздоровления.

Оказание экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе Абдуллаева З.А., Ташкенбаева Э.Н., Нарзуллаева М.А., Юсупов Ш.Ш. Самаркандский филиал РНЦЭМП

Тактика ведения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) основана на особенностях патогенеза и морфологии ишемической болезни сердца. В первые часы при появлении боли в области сердца больной обращается за помощью в службу «03», где возможности для развернутого обследования больных отсутствуют. Служба скорой помощи использует разработанные международными и национальными ассоциациями кардиологов унифицированные схемы ведения больных с подозрением на ОКС. Анамнестические данные, объективный осмотр, ЭКГ – основные методы оценки ОКС, на основании которого строится прогноз и лечебная тактика.

Цель исследования – оказание экстренной медицинской помощи больным с ОКС на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Обследованы 276 больных с ОКС, обратившихся на 3-ю подстанцию скорой помощи города Самарканда. Диагноз ОКС верифицирован на основании ЭКГ-данных – изменений с подъемом и без подъема сегмента ST при наличии ангинозной боли в грудной клетке в течение 20 минут и более, которые не купировались нитроглицерином и давали иррадиацию в шею,

нижнюю челюсть и левую руку. Нормальная ЭКГ у больных с симптомами, характерными для ОКС, не исключала его наличие.

Результаты. У 88 (31,9%) больных отмечался ОКС с подъемом ST. Результаты лечения больных с ОКС полностью зависели от действия врача на догоспитальном этапе. Одним из основных этапов оказания помощи явилось немедленное облегчение боли и предотвращение угрозы остановки сердца. С этой целью у больных сублингвально использовался аэрозоль нитроглицерина каждые пять минут. В случае сохранения боли в грудной клетке и систолического артериального давления не ниже 90 мм рт.ст подключается изокет 0,1% 10,0 в виде инфузии. Для купирования боли и предотвращения кардиогенного шока вводится морфин гидрохлорид 0,1% 1,0 в/в на физиологическом растворе хлорида натрия. В качестве реперфузионной терапии на догоспитальном этапе используется аспирин 325 мг, клопедогрель 300 мг, а также гепарин в/в капельно. Использование тромболизисной терапии на догоспитальном этапе способствовало снижению летальности и трансформации ОКС в острый инфаркт миокарда.

Для обслуживания кардиологических боль-

ных чаще выезжают специализированные кардиологические бригады. Большинство больных, обслуживаемых специализированной бригадой, находились в тяжелом состоянии как на месте развития острого приступа заболевания, так и во время доставки в стационар. Им была оказана активная медицинская помощь: непрямой массаж сердца, дефибрилляция и кардиостимуляция, искусственная вентиляция легких, внутривенные инфузии. Летальность среди

больных, госпитализированных кардиобригадой, значительно ниже, чем среди госпитализированных линейными бригадами.

Таким образом, функционирование специализированных бригад на базе подстанций СМП является оптимальным при оказании ЭМП больным с неотложными состояниями, что позволяет проводить лечение по единой методике на этапах догоспитального и госпитального лечения и обеспечивает преемственность работы.

Программированное обеспечение информационно-коммуникационной системы службы скорой медицинской помощи

Абдуманнонов А.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В условиях реформирования здравоохранения стратегически важной задачей стала организация принципиально нового взаимодействия лечебно-профилактических учреждений экстренной медицины со специализированными медицинскими службами скорой помощи (СП) по оказанию высококвалифицированной помощи населению, используя современные компьютерные технологии, мобильные системы связи и интеллектуальный потенциал лучших специалистов.

Система была написана на языке программирования Delphi и C++ Builder. В качестве СУБД системы использована MS SQL 2000. Программа работает в режиме реального времени и предназначена для получения вызовов с контактных или мобильных телефонных сетей. При поступлении вызова программа определяет номер телефона и адрес звонившего (если звонок поступает с городских телефонных линий, в дальнейшем можно согласовать с телефонными компаниями и автоматически определять место, из которого поступил звонок). Чтобы сэкономить время диспетчера, затрачиваемое на заполнение карты вызова, в программу в качестве справочников занесены все адреса города (районы, махалли и улицы), благодаря удобному интерфейсу заполнение адреса занимает всего несколько секунд. Кроме того, каждый поступивший вызов записывается в качестве звукового файла и может в последующем быть повторно прослушан. Все аудиофайлы архивируются на сервере. Автоматическое определение адреса даёт возможность получения адреса, даже если звонящий не в состоянии говорить.

Регламенты действий после получения вызова чётко прописаны нормативными документами СП. Исходя из этого, в МИКС СП, нами предусмотрены следующие специально разработанные авторами автоматизированные рабочие места (АРМ), обеспечивающие комплексную автоматизацию всего документооборота:

- АРМ диспетчера приема вызовов;
- АРМ старшего диспетчера станции
- АРМ диспетчера подстанции

- АРМ старшего врача дежурной смены;
- АРМ аптеки;
- АРМ ведения статистики;
- АРМ гаража (хозяйственных работ);
- АРМ администратора системы.

После получения вызова диспетчер приёма фиксирует повод вызова. После этого система все полученные вызовы разделяет по категориям важности.

Программно-технический МИКС СП – комплексное решение автоматизации организации деятельности станций скорой и неотложной медицинской помощи любого масштаба, базируется на использовании современных информационных технологий и поддерживается весь технологический цикл работы: от приема и распределения вызовов до статистической обработки информации, а также формирование графика нарядов, учет медикаментов, автоматизация вспомогательных участков и пр. В системе реализована возможность организации различного вида учетов (хронических и онкологических больных, использования наркотических средств и т.п.). Настраиваемая форма карты вызова в сочетании с генератором отчетных форм позволяет оперативно получать исчерпывающую статистику функционирования учреждения.

В МИКС СП предусмотрена возможность интеграции с КМИС "exterNET", разработанной и внедренной авторами ранее в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. С целью повышения оперативности межведомственного взаимодействия как в повседневном режиме, так и в режиме ЧС, предусмотрена также интеграция с информационными системами служб экстренного реагирования ("01", "02" и т.д.).

В МИКС СП предусмотрено внедрение современных мобильных технологий связи GSM и компьютерной технологии. Это позволит организовать принципиально новое взаимодействие участков 03 с отдалёнными его подстанциями при вызове путем обеспечения высококачественной связи с ними.

Целесообразность проведения ранней антикоагулянтной терапии на догоспитальном этапе у больных в остром периоде ишемических инсультов

Агзамов Б.Р.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Острые нарушения мозгового кровообращения представляют существенную проблему и для лиц трудоспособного возраста. Так, согласно новосибирскому регистру острых сердечно-сосудистых заболеваний, в возрасте 25-64 лет частота инсульта составляет 2,60 на 1000 населения в год, гипертонических церебральных кризов - 4,13, и транзиторных ишемических атак - 0,28. Сосудистые заболевания головного мозга вышли в мире на второе место (после кардиоваскулярных заболеваний) среди всех причин смерти населения. После ишемического инсульта вероятность его повторения наиболее высока в течение первого года и составляет в среднем 10% (!). Около 30% больных погибает в последующие три месяца в результате рецидива. По данным ВОЗ, в структуре общей смертности населения европейских стран инсульт занимает 2-3 место. В Узбекистане частота встречаемости ишемического инсульта значительно увеличилась за последние 5-7 лет с тенденцией к «омоложению» заболевания.

Одним из важных звеньев комплексной патогенетической терапии ишемических инсультов с применением нейропротекторов, антигипоксантов, антиоксидантов, ингибиторов синтеза глутамата и препаратов, уменьшающих отёк головного мозга, является ранняя адекватная антикоагулянтная терапия.

Перед началом лечения больным выполняли КТ, чтобы исключить наличие геморрагического инсульта; у таких больных отмечался благоприятный эффект аспирина. Применение аспирина не стоит откладывать, если нет возможности для провести КТ в первые 48 ч после инсульта. Общий анализ результатов 2 крупных РКИ показал, что в группе эмпирического лечения аспирином клинические исходы не были хуже, чем в группе плацебо, даже при подтвержденном впоследствии геморрагическом инсульте. Результаты 1 систематического обзора РКИ свидетельствуют о том, что применение антикоагулянтов (нефракционированный гепарин, низкомолекулярный гепарин, гепариноиды, непрямые антикоагулянты) в остром периоде ишемического инсульта не улучшает ранние или отдаленные клинические исходы. Антикоагулянтная терапия снижает риск развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбоза легочной артерии (ТЭЛА), но существенно повышает риск развития внутричерепных кровоизлияний и кровотечений другой локализации (выявлена прямая зависимость данного эффекта от применяемой дозы препарата). В 1 РКИ применение низкомолекулярного гепарина при остром

ишемического инсульте, развившемся на фоне фибрилляции предсердий, оказалось не более эффективным, чем монотерапия аспирином.

Смертность или инвалидность. был найден один систематический обзор и одно не включенное в него РКИ. В систематическом обзоре (1999, РКИ, 23427 больных) сравнивалась эффективность нефракционированного гепарина, низкомолекулярного гепарина, гепариноидов, пероральных антикоагулянтов, непрямых антикоагулянтов и стандартной терапии без системного применения антикоагулянтов. Более 80% данных получено в ходе 1 РКИ, включавшего больных с инсультом любой степени тяжести (обычно после исключения геморрагического инсульта с помощью КТ), которым назначалось п/к введение гепарина или плацебо. Авторы систематического обзора не выявили статистически значимых различий между группами лечения и контроля в комбинированном показателе смертности и инвалидности к концу периода наблюдения (через 3—6 мес. после инсульта CAP=0,4% при 95% ДИ от -0,9 до 1,7%; COP=0% при 95% ДИ от -2 до 3%. Как ранние, так и отдаленные клинические исходы были одинаковыми во всех заранее определенных подгруппах больных (в подгруппе больных с инсультом, предположительно обусловленным кардиогенной эмболией, по сравнению со всеми другими больными; в подгруппах больных, получавших разные антикоагулянты). В РКИ, материалы которого были опубликованы позднее (449 больных с острым инсультом, развившимся на фоне фибрилляции предсердий), не было выявлено статистически значимых различий между группами низкомолекулярного гепарина (далтепарин) и аспирина в частоте развития повторного ишемического инсульта (основной критерий оценки) за первые 14 сут. лечения (ПАР=1,0% при 95% ДИ от -3,6 до +6,2%), а также в дополнительных критериях оценки, включая функциональное состояние через 3 месяца.

Таким образом, учитывая указанные благоприятные фармакологические эффекты, а также целесообразность раннего догоспитального применения антикоагулянтной терапии в сроках до 24 часов необходимо: детальное углубленное изучение эффективности применения указанной методики у больных в острой стадии ишемических инсультов на догоспитальном этапе; внедрение данной методики в имеющиеся стандарты экстренной помощи для работников скорой помощи; проведение семинаров и конференций для персонала службы скорой помощи по тематике острых сосу-

дистых заболеваний головного мозга и оказания этой группе больных экстренной догоспитальной

помощи с включением в неё антикоагулянтной терапии.

Организация лечебно-диагностической помощи при повреждениях мочевого пузыря на догоспитальном этапе

Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Баймурадов Н.У., Пирматов И.Р., Шодиев А.Ю.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Повреждения мочевого пузыря относят к тяжелой травме живота и таза. Тяжесть состояния пострадавших и исходы лечения определяются не столько повреждениями мочевого пузыря, сколько их сочетанием с травмой других органов и тяжелыми осложнениями, обусловленными затеком мочи в окружающие ткани и брюшную полость. Частота закрытых повреждений мочевого пузыря составляет 0,4% по отношению ко всей травме, 15% среди лиц с повреждениями мочеполовых органов. Изолированные внутрибрюшинные повреждения встречаются в среднем в 26% случаев, а внебрюшинные - в 12%. Травматические разрывы мочевого пузыря среди мужчин встречаются значительно чаще, чем среди женщин.

Механизмом внебрюшинного повреждения мочевого пузыря чаще является тупая травма таза с ранением костными отломками, разрушение мест прикрепления связок, при внутрибрюшинном повреждении мочевого пузыря высокоскоростная тупая травма нижнего этажа живота, резкое повышение внутрипузырного давления с разрывом в области верхушки.

При изолированных повреждениях мочевого пузыря отмечают: боль в надлобковой области, нарушение мочеиспускания, гематурия.

При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря перитонеальные явления нарастают постепенно, выражены слабо и непостоянны, в связи с чем мочевой перитонит диагностируется поздно. Первоначально локализованные в надлобковой области боли приобретают разлитой характер, присоединяются парез кишечника, вздутие

живота, задержка стула газов, тошнота, рвота. После очистительной клизмы бывает стул и отходят газы. Живот участвует в дыхании, напряжение мышц брюшной стенки.

В Навоийском филиале РНЦЭМП в 2000-2009 гг. находились на лечение 34 больных с повреждениями мочевого пузыря. Травматические разрывы мочевого пузыря отмечались в основном у лиц в возрасте 30-50 лет.

Среди поступивших с повреждениями мочевого пузыря гематурия отмечалась у 31 (91,1%). 27 (79%) пострадавших поступили в стационар в течение 6-12 часов, 7 (20,5%) - 12-24 часов после травмы. 3 (8,8%) больных доставлены бригадой скорой медицинской помощи, 31 (91,2%) обратился самостоятельно.

У 7 (20,5%) больных диагностирован внебрюшинный разрыв, у 19 (55,8%) - внутрибрюшинный, неполные разрывы стенки мочевого пузыря отмечались у 8 (23,5%).

В результате дорожно-транспортного происшествия травму получил 21 (62%) пострадавший, бытовые травмы были у 13 (38%).

Диагностические алгоритмы у больных с повреждением мочевого пузыря на догоспитальном этапе должны включать: тщательный опрос для уточнения причины и механизма травмы, правильную оценку состояния больного, своевременное обезболивание и правильную транспортировку при сочетанных травмах, что определяет дальнейшую тактику лечения.

Успех лечения повреждения мочевого пузыря зависит, главным образом, от правильно оказанной первой помощи на догоспитальном этапе.

Судорожный синдром в структуре причин госпитализации детей

Азимова Г.А., Абдусаломов А.А., Махмудова Ф.В., Азимова К.Т., Гарифулина Л.М.
Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский институт

Число детей, поступающих в педиатрический блок Самаркандского филиала РНЦЭМП, продолжает возрастать одновременно с увеличением количества обращений. К 1 июля 2010 года этот показатель составил 3,1% от числа госпитализированных.

Наши внутренние стандарты были пересмотрены и обновлены согласно основанным на дока-

зательствах рекомендациям по лечению детей, поступающих на второй этап медицинской помощи немедленно после судорог. Из систематического обзора литературы с добавлением рекомендаций от ранжированных от А до D согласно степени доказательности данных был составлен окончательный продукт.

Афебрильные судороги в анамнезе имели 1,1% госпитализированных детей. У половины из них (5,8%) судороги были повторные. Дифференциальный диагноз при поступлении проводился между: изолированными судорогами, первичной эпилепсией, симптоматическими эпилептическими судорогами, неонатальными судорогами или судорогами раннего возраста, судорожными синкопе, аритмиями, асфиксией и психогенными судорогами.

У детей, которые уже получали противосудорожную терапию, выясняли погрешности лечения, которые были связаны с вынужденными перерывами у детей из спецшколы-интерната, а у детей, воспитываемых родителями – в связи с отказом от препаратов со стороны родителей.

Фебрильные судороги наблюдались в разные годы (2006 - 2009) у 0,4 - 0,7% госпитализированных, повторные судороги - у 25 - 33%. Факторами, увеличивающими риск повторных судорог, были случаи судорог в семье, множественные судороги во время первого их эпизода, рахит, спазмофилия в качестве фоновых заболеваний, ранний перевод на смешанное и искусственное вскармливание, погрешности вскармливания.

У детей с выраженной затылочной ригидностью проводилась дифференциальная диагностика в связи с подозрением на менингит. На этот случай в наших стандартах предусмотрена лечебно-диагностическая люмбальная пункция. Сложные фебрильные судороги так же повышают уровень вероятности наличия менингита, и при них тактика аналогичная. Дети со сложными фебрильными судорогами, но без клинических симптомов менингита в соответствии с принятыми нами стандартами госпитализируются.

Дифференциальный диагноз фебрильных судорог включает вирусную инфекцию, средний отит, тонзиллит, инфекцию мочевых путей, гастроэнтерит, инфекцию нижних мочевых путей; ме-

нингит, поствакцинальное состояние, гипокальциемию, витамин В₆-зависимое состояние.

Таким образом, по отношению к детям, поступающим в СФ РНЦЭМП с судорогами, должно применяться минимум две альтернативные тактики: при фебрильных и афебрильных судорогах.

В соответствии с данными научно - доказательной медицины нами было принят стандарт, не предусматривающий назначение лечения противосудорожными препаратами после первых судорог. Не включены также показания к проведению визуализирующих методов исследования. До сих пор не решенным остается вопрос: при какой температуре можно говорить о фебрильных судорогах. В связи с этим необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

При ведении афебрильных судорог наши стандарты предусматривают необходимость проведения просветительской работы с пациентами и их родителями (опекунами) на предмет важности соблюдения непрерывности лечения и неизменности доз до пересмотра самим врачом.

В перспективе стандарты будут дополнены измерением кровяного давления и определением уровня глюкозы.

В связи с ограниченностью ресурсов и рационализацией стандартов мы отказались от поголового развернутого подсчета клеток крови, определения азота мочевины и электролитов, кальция и магния, ограничившись особыми показаниями, возникающими в ходе опроса и осмотра.

ЭЭГ не включена в стандарты ведения детей после судорог в стационаре и рекомендована на постгоспитальном этапе.

Эволюция подходов к ведению детей после судорог на догоспитальном этапе показывает многовариантность стандартов ведения. В связи с этим целесообразны разработка и применение алгоритмов и метода «дерево решений» в условиях приемного покоя.

Значение неотложной медицинской помощи в догоспитальном этапе на охране репродуктивного здоровья женщин

Азимова Л.М., Юлдашев Т.Н., Тураева Ш.А.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Оказание неотложной гинекологической помощи является одной из актуальных задач практической медицины.

Благодаря организации экстренной гинекологической помощи летальность от внематочной беременности стала казуистикой. Повышение уровня организации гинекологической помощи, развитие широкой сети лечебных учреждений и массовые профилактические осмотры способствуют раннему выявлению и эффективному лечению больных с различными гинекологическими забо-

леваниями.

Но несмотря на успехи лечения, вопросы оказания догоспитальной неотложной помощи при острых заболеваниях не теряют своей актуальности. Неотложные состояния, с которыми приходится встречаться гинекологу весьма разнообразны и могут быть обусловлены: наружным или внутренним кровотечением (неполный аборт, внематочная беременность, апоплексия яичника), опухолью половых органов (перекрут ножки опухоли яичника, разрыв капсулы, некроз миоматозного

узла), воспалительными заболеваниями (пиосальпинкс, пиоварий, пельвиоперитонит), экстрагенитальными заболеваниями (аппендицит, непроходимость кишечника, почечная колика и т.д.), осложнениями возникшими после проведения оперативных вмешательств (кровотечение, инфекция). Оказание квалифицированной экстренной догоспитальной помощи в значительной степени зависит от профессиональной подготовки врача. Лечение заболеваний, при которых не обходима неотложная догоспитальная помощь, требует от врача мобилизации всех его знаний и сил. От правильности его действий подчас зависит не только здоровье, но и жизнь больной. Проанализированы были подвергнуты 94 истории болезни женщин, поступивших на стационарное лечение в отделение неотложной гинекологии Навоийского филиала РНЦЭМП. Среди обследованных жительниц города было 60 (63%), села – 34 (36%).

Большинство пациенток отделения неотложной гинекологии явились репродуктивного возраста, для которых сохранение полноценной менструальной, детородной секреторно функции является не только медицинской, но и социальной задачей.

К сожалению, основное число больных обращаются за врачебной помощью на догоспитальном этапе в разгаре заболевания или в осложненной стадии, что указывает на недостаточную работу первичных звеньев здравоохранения с данной категорией женщин. Структура гинекологических заболеваний у женщин, поступивших в отделение: внематочная беременность - 31 (32,9%), ТОГО – 18 (19,1%), перекрут ножки кисты – 9 (9,6%), мио-

мы матки - 7 (7,4%), неполный аборт – 10 (10,6%), инфицированный аборт – 3 (3,2%), осложнения после введения ВМС 3 (3,2%), травмы наружных половых органов и влагалища – 5 (5,3%), ДМК – 8 (8,5%).

Всем больным, помимо сбора жалоб и анамнеза, объективного осмотра в экстренном порядке были произведены биохимические исследования, коагулограмма и УЗИ.

Тактика лечения зависела от формы, стадии болезни, наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии и проводилась в соответствии с утверждёнными лечебно-диагностическими стандартами экстренной медицинской помощи. В течение 1,5 ч с момента поступления поступившим после установления диагноза 95% больным были выполнены экстренные оперативные вмешательства.

Таким образом, своевременно оказанная неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе способствует сокращению сроков пребывания больных в стационаре, частоты рецидивов. Это стало возможным благодаря внедрению протокола лечения на основе лечебно-диагностических стандартов, позволяющих обеспечить своевременную диагностику, принятие правильного решения при выборе тактики лечения.

Создание службы экстренной гинекологической помощи позволило существенно повысить эффективность лечебно-диагностических мероприятий, сократить сроки лечения больных в стационаре, снизить частоту осложнений и рецидивов заболеваний.

Аёлларда ўткир қорин синдроми билан кечадиган қорин бўшлиғи аъзолари касалликларини қиёсий таҳхислашда ультратовушли текширишнинг аҳамияти

Айтимова Г.Ю., Шейхова Х.К.

РШТЭИМ Хоразм филиали

Фертил ёшдаги аёлларда ўткир қорин синдроми билан кечадиган касалликларга бачадондан ташқари ҳомиладорлик, тухумдон апоплексияси, тухумдоннинг буралиб қолиши, ўткир аппендицит, ички аъзоларнинг шикастланишлари қабилар қиради. Санаб ўтилган аксарият ҳолатларда қорин бўшлиғи ва кичик чанок соҳасида қон ва суюқлик тўпланиши кузатилади. Лекин суюқлик ҳар бир ҳолатда ўзига хос тарзда, ҳар хил микдорда тўпланади. Бундай пайтларда қиёсий таҳхислашда аниқ ва тўла равишда тўпланган анамнез ҳамда УТТ маълумотларига таянилади.

Биз асосан РШТЭИМнинг Хоразм филиали диагностика ва гинекология бўлимларига охириги 2 йил давомида мурожаат қилган 15 дан 45 ёшгача бўлган ва ўткир қорин синдроми бўлган 421 беморда диагностика ва даволаш натижаларини ўрганиб чиқдик. Барча аёлларда клиник-лаборатор ва ультратовуш текширувлари амалга

оширилди.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик 152 (36,1%), тухумдон апоплексияси 102 (24,2%), тухумдон кистаси 167 (39,6%) аёлда аниқланди.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, ўткир қорин синдроми билан кечадиган барча ҳолатларда клиник белгилари ва объектив текшириш маълумотлари билан бир қаторда УТТ усули аниқ маълумотлар бериши ва беморларга қулайлик туғдириши билан ажралиб турибди. Чунки қорин бўшлиғи аъзолари касалликларини қиёсий таҳхислашда ультратовуш текширишнинг оғриқсиз амалга оширилиши, унинг имкониятлари, информативлигининг юқори эканлиги бошқа ҳеч қанақа қўшимча муолажалар талаб қилмаслиги жиҳатидан бошқа текшириш усуллари билан ажралиб туради. Демак, ўткир қорин синдроми билан кечадиган касалликларни қиёсий таҳхислашдаги барча ҳолатларда УТТ ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

**Организация экстренной медицинской помощи больным
с тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе**
Акалаев Р.Н., Красненкова М.Б., Росстальная А.Л., Дадаев Х.Х., Ташханова О.А.
Ташкентский институт усовершенствования врачей
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Статистика последних лет очевидно показывает, что проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) уже давно является социальной. ЧМТ — лидер среди травм всех локализаций по удельному весу в инвалидизации и смертности населения. У лиц молодого и среднего возраста ЧМТ как причина смерти занимает первое место, опережая опухолевые и сосудистые заболевания. Частота ЧМТ в различных странах существенно колеблется. Так, в расчете на 1000 населения она составляет в Китае 7,3‰, в США 5,39‰, в России 4‰, в Шотландии 1,1‰, в Украине 4–4,2 ‰. Половина таких случаев заканчивается летальным исходом. По данным статистики Республиканского центра экстренной медицинской помощи за период 2008/2009 гг. поступили 1235/ 1541 пациентов с ЧМТ, из них - с тяжелой ЧМТ – соответственно 379 и 541.

Техногенный рост цивилизации способствует не только увеличению количества пострадавших с тяжелой и сочетанной ЧМТ, но и утяжелению самой травмы. Исходы лечения пострадавших с ЧМТ на настоящий момент нельзя считать удовлетворительными. Даже легкие и средней степени тяжести повреждения головного мозга часто приводят к длительному снижению трудоспособности, особенно в квалифицированных видах труда. С нарастанием тяжести повреждений исходы становятся более отягощенными. Ретроспективное изучение результатов лечения больных ЧМТ на всех этапах, т.е. от места происшествия до выписки больного из стационара, показало, что прогноз после тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) очень сильно зависит не только от объема и тяжести самой травмы, но и от качества догоспитальной помощи и времени доставки пострадавшего в больницу.

Возникновение первичных повреждений мозга не зависит от организации и уровня медицинской помощи. Вторичные же повреждения, напротив, во многом обусловлены организацией и качеством оказываемой ургентной нейрохирургической помощи и являются главным резервом улучшения исходов лечения ЧМТ. Вместе с тем они могут быть либо предупреждены, либо излечены.

Так, основная цель терапии ЧМТ – минимизация вторичных повреждений головного мозга, так как первичные повреждения не поддаются лечению.

Исход ЧМТ во многом зависит от ранней помощи, оказанной пострадавшему. Неврологический статус оценивается именно на этом этапе. Гипотензия и гипоксия, связанные с ЧМТ, встречаются в 50% случаев; гипотензия сопровождается систем-

ные повреждения и может быть обусловлена геморрагическими осложнениями и снижением сосудистого тонуса при повреждении ствола мозга; гипоксия возникает при гемопневмотораксе либо при обструкции дыхательных путей. Причинами обструкции могут быть коматозное состояние и западение языка, попадание крови и аспирационных масс в дыхательные пути.

Лечебные мероприятия направлены на устранение гипотензии и гипоксии. Любого больного с ЧМТ необходимо рассматривать как больного с полным желудком, так как существует риск аспирации желудочного содержимого в трахеобронхиальное дерево. Обученный персонал на месте происшествия должен провести интубацию трахеи, что снижает смертность при ТЧМТ, и начать внутривенную инфузию с целью жидкостной реанимации. Показания к интубации трахеи: обструкция верхних дыхательных путей, потеря защитных рефлексов верхних дыхательных путей (ШКГ < 8 баллов), неспособность пациента обеспечить дренирование дыхательных путей, необходимость механической поддержки дыхания (тахипноэ > 30 в мин), гипоксия ($PaO_2 < 70$ мм рт. ст.; $SjO_2 < 94\%$), гиперкапния ($PaCO_2 > 45$ мм рт. ст.).

На догоспитальном этапе ограничивается объемом внутривенной инфузии во избежание отека легких, усиления кровотечения и повышения ВЧД при резком подъеме АД. На догоспитальном этапе маннитол не применяется. По данным многочисленных двойных слепых выборочных исследований, кортикостероиды, назначенные на ранних этапах ЧМТ в соответствующих дозах, не улучшают клинический исход.

Медицинская помощь на догоспитальном этапе оказывается врачами, обладающими неодинаковыми квалификацией и знаниями неотложной нейротравматологии. Это не может не отражаться на качестве медицинской помощи, так как недостаточная квалификация врача приводит к серьезным диагностическим ошибкам и, как следствие, неадекватному объему лечебных мероприятий, госпитализации в непрофильный стационар, увеличению смертности. Своевременная медицинская помощь, оказанная пострадавшим с ТЧМТ на месте происшествия на догоспитальном этапе, должна быть началом оказания специализированной нейрохирургической и нейрореанимационной помощи, которая продолжится в стационаре. Только в этом случае соблюдается правило «золотого часа» и преемственность оказания медицинской помощи.

Для повышения качества диагностических, лечебных и тактических мероприятий на догоспитальном этапе персоналу линейных бригад скорой помощи следует более активно применять алгоритмы по оказанию помощи пострадавшим с

ТЧМТ.

Одним из ключевых моментов является обучение медицинского персонала линейных бригад на базе специализированной догоспитальной службы и учреждений последипломного образования.

Дети с болями в животе - проблемы диагностики и лечебной тактики догоспитального этапа

Акилов Х.А., Алимova X.П., Урмонов Н.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Боли в животе (синдром) – одна из наиболее частых жалоб с которыми обращаются дети или их родители к врачам различных специальностей. По данным ряда авторов, этот синдром предъявляют 10-15% детей различного возраста.

Следует отметить, что первый, неспециализированный, этап для хирургических больных – неспециализированный: поликлиника, скорая помощь, дошкольные учреждения и школы, реже – любой детский нехирургический стационар.

В настоящее время отношения врачей догоспитального этапа к болям в животе проявляется двумя крайностями - хирург приглашается на консультацию при любых болях в животе либо врач на догоспитальном этапе самостоятельно пытается поставить точный диагноз и только после этого направляется ребенка к специалисту. Тот и другой подход следует считать ошибочным, хотя первый вариант для больного более безопасный.

Приемлемой следует признать такую тактику, при которой по минимальному количеству анамнестических, общих и местных признаков выявля-

ется дети с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Все объединяются в группу с собирательным диагнозом «острый живот».

С учетом того, что возможности догоспитального этапа ограничены временем, условиями осмотра, недостаточным опытом выявления специальных симптомов, а нередко поведением пациента, рекомендуем специально разработанную схему, упрощающую поиск синдрома «острого живота».

В ней учтены трудности догоспитального этапа, представлены наиболее частые сочетания общих и местных симптомов, таящих в себе опасность хирургической патологии, определена врачебная тактика.

В схему включены 13 наиболее просто выявляемых признаков и обстоятельств, отражающих все процессы острых хирургических заболеваний, вместо нескольких сотен, составляющих сумму симптомов всех конкретных нозологических форм.

Профилактика и лечебно-диагностические мероприятия на догоспитальном этапе при спаечной болезни у детей

Акилов Х.А., Кайтазов А.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

На сегодняшний день острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) острая актуальной проблемой детской хирургии. Удельный вес ОСКН среди всех видов кишечной непроходимости достигает 48-60%.

Предупреждение и успешное лечение ОСКН во многом зависит от мероприятий профилактики и правильности организации медицинской помощи на догоспитальном этапе.

В литературе первые публикации, посвященные ОСКН, появляются в 1917 г. Пайер описывает 157 случаев, немалый вклад в изучение этой проблемы внесли Нобль, Опель, Дедерер, Блинов. Первостепенную роль они отводят мероприятиям, направленным на профилактику спаечной болезни (СБ), которая начинается на операционном сто-

ле, продолжается в раннем послеоперационном периоде и далее в медицинских учреждениях оказывающих первичную помощь на местах, на догоспитальном этапе.

Следующим этапом является приемный покой стационара, где также необходима правильная организация медицинской помощи. Включающая сбор анамнеза, осмотр, проведение инструментальных методов диагностики и правильно поставленный диагноз, от которого зависит успешность оказания необходимой медицинской помощи.

Целью нашего исследования было изучение организации оказания необходимой медицинской помощи на вышеуказанных этапах.

Материал и методы. Проанализированы истории болезней 53 детей с ОСКН, из них 31 (58,5%)

мальчик и 22 (41,5%) девочки. Все больные в последующем оперированы, им произведена лапаротомия по поводу различных острых процессов в брюшной полости.

Всем обратившимся больным с болями в животе, у которых в анамнезе имело место ранее проведено оперативное вмешательство на органах брюшной полости, проводилось целенаправленное обследование: рентгенологическое исследование, обзорная рентгенография брюшной полости, на которой выявилась картина кишечной непроходимости, наличие чаш Клойбера, уровней жидкости. Проводили УЗИ, на котором обнаруживались расширенные петли кишечника, угнетение перистальтики, наличие жидкости в просвете расширенных петель кишечника. Изучали показате-

ли периферической крови, при этом обнаружен лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево.

Всем больным, которым была проведена лапаротомия, в раннем послеоперационном периоде и после выписки из стационара назначалось противовоспалительное лечение: УВЧ и Электрофорез на переднюю стенку в течение 1 месяца. После 1 курса перерыв 1 месяц, всего 3 курса. Профилактическое лечение дало положительный результат, что снизило число повторных оперативных вмешательств.

Таким образом, профилактическое противовоспалительное лечение в послеоперационном периоде обязательно. Оно является основным в проводимых на догоспитальном этапе лечебных мероприятиях, направленных на предупреждение острой спастической кишечной непроходимости у детей.

Оказание помощи при политравмах у детей на догоспитальном этапе

Акилов Х.А., Матякубов Х.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Закрытые травмы органов брюшной полости, передней брюшной стенки являются одной из актуальных проблем неотложной хирургии.

Сложности клинической диагностики политравмы обусловлены, во-первых, тем, что большинство больных находятся в состоянии травматического шока, зачастую в бессознательном, а иногда и в терминальном состоянии. Во-вторых, одновременное повреждение органов брюшной полости и головного мозга взаимно отягощают друг друга и приводят к отсутствию четкой клинической картины.

Известно, что смертность, обусловленная политравмой, подразделяется на три группы. Первая группа смертей происходит вскоре после получения травмы и вызвана несовместимыми с жизнью повреждениями (головного мозга, крупных сосудов и др.). Второй тип смертей – от нескольких минут до нескольких часов после повреждения – во время, потенциально хирургически корригируемое (субдуральные и эпидуральные гематомы, разрывы селезенки, печени, почек и др.), отсутствие своевременного лечения при этом может привести к массивной кровопотере и смерти. Третью группу умерших составляют дети, у которых в течение нескольких дней после травмы развиваются сепсис или полиорганная недостаточность. Концепция «золотого часа» более применима к больным второй группы, у которых имеющиеся повреждения потенциально корригируемы. «Золотой час» представляет собой критическое временное окно для проведения терапевтических и хирургических вмешательств у детей с политравмой, уменьшающих частоту смертей.

В этом сложнейшем виде повреждений от персонала бригад СМП требуются хорошие теоретические и практические навыки, общий профессиональный "язык" с использованием множества терминов, классификаций, правильное их толкование при организации диагностического и лечебного

процесса.

Диагностика сочетанных повреждений трудна, так как клиническая картина травмы одной локализации затушевывается другой, что наиболее ярко проявляется при сочетанных черепно-мозговых поражениях. Вместе с тем в задачу врача скорой помощи входит не столько топическая диагностика отдельных повреждений, сколько выделение ведущей травмы и патологического синдрома, наиболее угрожающих жизни ребенка.

Обследование пострадавшего с сочетанной черепно-мозговой травмой должно начинаться с определения глубины нарушения сознания (оглушение, сопор, кома), состояния дыхания и сердечно-сосудистой системы. При отсутствии нарушений витальных функций необходимо проводить тщательное обследование. Наиболее целесообразно осмотр осуществлять в следующей последовательности: голова, лицо, грудь, живот, таз, конечности, позвоночник. Необходимо обращать внимание на наличие и локализацию ссадин, кровоподтеков, подкожных гематом, ран на теле, особенно на голове.

Как и на догоспитальном этапе, независимо от вида сочетанных повреждений при поступлении пострадавшего в тяжёлом состоянии в первую очередь необходимо обеспечить сохранение жизненных функций организма (эндотрахеальная интубация или трахеостомия, ИВЛ, инфузионно-трансфузионная терапия для возмещения ОЦК). Одновременно с этими мероприятиями осуществляется диагностика повреждений груди, живота, черепа, таза и конечностей.

Если на месте происшествия либо в условиях районной больницы нельзя в достаточной степени обеспечить полный объём помощи ребёнку, необходима максимально быстрая транспортировка его в специализированное лечебное учреждение.

Профилактика и диагностические мероприятия на догоспитальном этапе при травмах органов промежности у детей

Акилов Х.А., Ходжимухамедова Н.А., Аминов У.С., Акилов Б.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травма промежности у детей остается труднейшей проблемой детской хирургии. Догоспитальная диагностика и помощь при травмах промежности не снимается с повестки дня хирургических съездов в разных странах мира. Все органы промежности очень хорошо снабжаются кровью и пронизаны чувствительными нервами. В них есть зоны, удар по которым может быть смертельным из-за болевого шока. При повреждении сосудов, снабжающих кровью органы промежности, кровь может буквально «литься рекой», что угрожает жизни ребенка.

Травмы промежности могут быть закрытыми (ушиб, подкожная гематома) и открытыми (резаные, колотые, ушиблено-рваные). Во всех случаях травмы органов промежности могут сочетаться с повреждением прямой кишки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и костей таза. У большинства детей приходится иметь дело с проявлением механической травмы, связанной в основном с падением на тупые и острые предметы, ударом, а иногда с инородными телами. У мальчиков при повреждении яичек может нарушаться созревание половых клеток, что впоследствии приводит к бесплодию.

Цель нашего исследования - диагностика и выбор тактики лечения у детей с травмой промежности на догоспитальном этапе.

Проанализирован архивный материал в 2005 - 2010 гг. в отделении неотложной хирургии детского возраста. За этот период поступили 32 ребенка с различными травмами промежности в

возрасте от 5 до 14 лет. Из них мальчиков 19, девочек 13.

Специализированная медицинская помощь: 22 больным была оказана в течение первых 6 часов после получения травмы, 7 - через 12 часов, 2 - через 24 часа, 1 - через 1 месяц с момента травмы. У 26 (81,3%) пациентов травмы носили бытовой характер, у 6 (18,7%) - криминальный.

Обследование детей с травмой промежности должно быть стандартным, особое внимание необходимо уделять тщательному сбору анамнеза и жалоб. Огромную роль при этом играет 1-е и 2-е звено медицинской помощи. На догоспитальном этапе в приемном отделении стационара всем детям проводили общеклинические исследования: лабораторные исследования, УЗИ органов брюшной полости, малого таза и мошонки для определения свободной жидкости, гематом и признаков повреждения тканей, рентгенологическое исследование органов брюшной полости, ректосигмоскопию, цистоскопию. Осмотр анального канала, прямой кишки, влагалища у девочек или мошонки у мальчиков проводили обязательно в условиях операционной под внутривенным обезболиванием. При криминальных травмах без присутствия судебного медицинского эксперта проводить осмотр или местное вмешательство (подмывание, ПХО) категорически запрещается.

Таким образом своевременно установленный диагноз и тактика лечения на догоспитальном этапе лечения и предотвращают осложнения травм промежности у детей.

Оптимизация лечения судорожного синдрома у детей

Алибекова М.Б., Нуралиева Г.С., Мансурова Ф.З.,

Исмагилова Г.Х., Носиченко Л.Е., Мусаева К.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Среди патологических состояний у детей особое место занимает судорожный синдром, на долю которого приходится до 10% всех неотложных обращений за медицинской помощью. В подавляющем большинстве случаев первичную диагностику и оказание экстренной терапии детям с судорогами проводит врач-педиатр, а «узкие специалисты» (невролог, инфекционист и др.) подключаются при необходимости, лишь на последующих этапах ведения больного.

В тех случаях, когда судороги (припадок) у детей развивается на фоне лихорадки и при этом исключены нейроинфекции, метаболические нарушения, а также отсутствуют указания на органическое пора-

жение ЦНС и фебрильные пароксизмы в анамнезе, судороги называют фебрильными. В целом распространенность фебрильных судорог в педиатрической популяции не превышает 5%. Следует особо подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев фебрильные судороги у детей характеризуются неосложненным течением.

Цель исследования: изучить причину судорог и оптимизировать лечение судорожного синдрома у детей.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 120 детей, поступивших в отделение РНЦЭМП с судорожными синдромами (фебрильные) в возрасте от 6 месяцев до 1,5 лет.

У всех детей изучался анамнез жизни и анамнез заболевания, а также клинические проявления судорожного синдрома, его характер и динамика. Проводили общеклинические, лабораторные исследования, эхоэнцефалография, электроэнцефалография, определяли уровень кальция в крови. Больных консультировал невропатолог. В отделение проводились лечение основного заболевания и судорожного синдрома (бензонал в возрастных дозах). При гипокальциемии назначались препараты кальция (кальция глюконат).

Результаты и обсуждение. У 108 (90%) обследованных судороги развились на фоне гипертермии, у 12 (10,0%) - на фоне гипокальциемии. Из анамнеза выявлено, что у 67% детей судороги были впервые, у остальных 33% - повторные. Гипертермические судороги были генерализованными,

а гипокальциемические - локальными. 96% детей были доставлены машиной скорой помощи после оказания экстренной помощи, 4% поступили самостоятельно. Судороги в отделениях не повторялись. Детям с фебрильными судорогами на фоне гипертермии для предупреждения повторных судорог были рекомендованы антипиретики (парацетамол в возрастных дозах) уже при первых симптомах повышения температуры, не дожидаясь достижения ее фебрильного (выше 38°C) уровня. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии для дальнейшего лечения у невропатолога.

Выводы. У большинства детей судороги отмечаются на фоне гипертермии. Своевременная диагностика и лечение с использованием антипиретиков позволяет существенно снизить риск развития повторных эпизодов фебрильных судорог.

Особенности диагностики острой кишечной непроходимости, вызванной фитобезоаром, на догоспитальном этапе

Алиджанов Ф.Б., Жамилов У.Р., Саметдинов Н.Ю., Санакулов Ж.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острая кишечная непроходимость (ОКН), вызванная безоарами, относится к редким формам кишечной непроходимости (Пономарев А.А., 2002; Кургузов О.П., 2004; Erzurumlu K., 2005). В структуре ОКН непроходимость на почве безоаров составляет 1,0-2,2% (Попова И., Жидвинов Г., 2002; Хаджибаев А.М., 2004), а по данным некоторых авторов, достигает до 4,1% (Деденков О.А., 2005). Чаще других, в 70-94% случаев встречаются фитобезоары (Давыдкин В.И., 2001; Белов. И., 2004; Erzurumlu K., 2005).

Отсутствие четких диагностических критериев и недостаточная информативность широкого круга практических врачей в этом вопросе зачастую служит причинами позднего выявления заболевания и ошибок в хирургической тактике. Главной из причин неудовлетворительных результатов лечения является стертость клинических проявлений, несовершенство диагностики и, как следствие, запоздалое оперативное лечение данной формы непроходимости.

С целью выявления особенностей диагностики ОКН, вызванной фитобезоаром, на догоспитальном этапе, а также определения сезонности заболевания и его региональных особенностей были изучены результаты обследования 101 больного с острой кишечной непроходимостью. Это составило 10,9% от всех 926 больных, лечившихся в клинике РНЦЭМП в 2002 – 2008 гг. Мужчин было 65

(64,4%), женщин – 36 (35,6%).

Диагноз острой кишечной непроходимости установлен на основании жалоб, анамнеза и клинических данных, а ее безоарная природа верифицирована КТ, УЗИ, а также интраоперационными данными.

Консервативная терапия позволила разрешить ОКН у 64 (63,4%) больных. В связи с неэффективностью консервативной терапии оперированы 37 (36,6%) пациентов.

97 (96,1%) больных в прошлом перенесли операцию резекцию желудка, в том числе по Бильрот I - 40 (39,6%), Бильрот II – 47 (46,5%), у 14 (13,8%) выяснить способ резекции желудка, выполненный в прошлом, не удалось ни анамнестически, ни во время операции в связи с выраженным спаечным процессом в верхнем этаже брюшной полости.

Изучение сезонности заболеваемости ОКН на почве фитобезоара показало, что 75 (74,3%) больных из 101 поступили в клинику в осенний период года. У 61 (60,4%) больного в анамнезе был установлен факт употребления в пищу плодов боярышника за 1-3 суток до заболевания.

Таким образом, для больных с ОКН, вызванной фитобезоаром, характерна триада признаков: наличие в анамнезе операции резекции желудка, осеннее время года и прием плодов боярышника, что является ценным на догоспитальном этапе установления диагноза.

Оказание неотложной помощи детям с гипертермическим синдромом на догоспитальном этапе

Алимова Х.П., Баходирова А.Н., Бабаджанова З.О., Рахимова С.Р., Акбарова Н.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повышение температуры тела у детей является одним из наиболее частых поводов обращения за медицинской помощью в педиатрической практике. В настоящее время общепринято, что лихорадка при инфекционных заболеваниях является защитной реакцией. Повышение температуры тела активизирует обменные процессы, функции нервной, эндокринной, иммунной систем (увеличивается выработка антител, интерферона, стимулируется фагоцитарная активность нейтрофилов), повышается антиоксидантная функция печени, увеличивается почечный кровоток. Установлено также, что большинство патогенных вирусов утрачивают свои вирулентные свойства при температуре 39°C.

В этой связи исходно здоровым детям с хорошей реактивностью и адекватной реакцией на инфекционный процесс при повышении температуры до 39°C не требуется назначение антипиретиков.

Особо следует отметить, что на развитие неблагоприятных последствий лихорадки существенное значение могут оказать индивидуальные факторы отягощенного преморбидного фона.

В эту группу риска относятся дети:

- в возрасте до 2-х мес. жизни при наличии температуры тела выше 38°C;
- с фебрильными судорогами в анамнезе;
- с хронической патологией органов кровообращения;
- с наследственными метаболическими заболеваниями.

Цель исследования: изучить причину лихорадки и оптимизация лечения гипертермического синдрома у детей.

Материал и методы. В исследование были включены 6396 больных детей в возрасте от 1 месяца до 10 лет, обратившиеся в приемно-диагностическое отделение педиатрического корпуса с гипертермией за период с января 2009 по июнь 2010 года. Из них 85% составляли дети от 1

месяца до 3-х лет.

Результаты и обсуждение. У 3771 ребенка наблюдалась острая респираторная инфекция. 2625 (69%) больных госпитализированы в соматические отделения.

У 531 (14%) больного респираторная инфекция осложнилась судорожным синдромом. Всем температурящим больным оказана неотложная помощь в приемно-диагностическом отделении, 1180 (31%) направлены на амбулаторное лечение по месту жительства, 69% госпитализированы, 2,6% направлены в другие стационары.

При анализе больных с судорожным синдромом выявлено что у 85% судороги впервые наблюдались на фоне температуры, у 15% при неблагоприятном преморбидном фоне (ПЭП, травмы и др.). Повторные судороги были у 10%, из них большинство принимали антиконвульсанты нерегулярно или не принимали вообще.

При оказании неотложной помощи учитывали анамнестические данные. 30 % больным с неотягощенным анамнезом проводили физические методы охлаждения. При розовой гипертермии препаратами выбора явились парацетамол или ибупрофен. Больным с судорожной готовностью и отягощенным преморбидным фоном назначали нестероидные противовоспалительные препараты планово. В качестве стартовой жаропонижающей терапии использовали ибупрофен (5-10 мг\кг) или парацетамол (10-15 мг\кг) в возрастных дозах. При выявлении «бледной» гипертермии назначали комбинации жаропонижающих средств с сосудорасширяющими средствами (папаверин в разовой дозе 5-20мг в зависимости от возраста), которые дали хороший результат.

Таким образом, назначение жаропонижающих препаратов целесообразно только в тех случаях «инфекционно-воспалительной лихорадки», когда гипертермическая реакция оказывает неблагоприятное влияние на состояние ребенка или угрожает развитием серьезных осложнений.

Дорожно-транспортный травматизм у детей: медицинские проблемы догоспитального этапа

Алимова Х.П., Шадманов Т.Т.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире в результате дорожно-транспортных происшествий погибают свыше одного миллиона человек, более 50 миллионов получают телесные повреждения различной степени тяжести.

По данным Главного управления безопасности дорожного движения Министерства внутренних дел, за год в Узбекистане регистрируется более 10 тыс. дорожно-транспортных происшествий, в результате которых погибают более 2000 человек. В то же время наблюдается рост удельного

веса тяжелых полиорганных повреждений, которые ежегодно увеличиваются у детей в среднем на 7-8%, а число погибших детей на 100 ДТП на догоспитальном этапе в последнее время возросло до 20,6%.

Дорожно-транспортные происшествия в этом году унесли жизни 2015 человек, 10484 человека получили телесные повреждения разной степени тяжести.

По инициативе Президента Ислама Каримова в стране осуществляются последовательные мероприятия, направленные на обеспечение безопасности граждан. Одним из важных шагов в этом деле явилось постановление Кабинета Министров от 6 марта 2007 года «О мерах по обеспечению безопасности водителей и пассажиров транспортных средств».

Одной из особенностей дорожно-транспортного травматизма на современном этапе - увеличение количества ДТП за чертой городов, на трассах и в сельской местности, что усложняет оказание первой медицинской помощи, т.к. при этом теряется «золотое правило первого часа». При этом практически 2/3 пострадавших погибают на догоспитальном этапе, а основной причиной смертности являются множественные и сочетанные травмы, которые сопровождаются шоком и черепно-мозговой травмой.

Рост числа пострадавших с политравмой при ДТП связан с увеличением количества скоростных автомобилей на трассах, наряду с недостаточной полноценной системой безопасности водителей и пассажиров, плохим состоянием дорог, низкой квалификацией молодых водителей (что выходит за границу компетенции медиков), а кроме того, недостаточным обеспечением автомобилей средствами медицинской помощи и низким уровнем знаний участников движения по оказанию медицинской помощи (Корж Н.А. и др., 2005).

Следовательно, множественные и сочетанные повреждения у пострадавших при ДТП являются основной причиной диагностических ошибок на догоспитальном этапе, что в свою очередь ведет к тяжелым осложнениям и смертности этой категории больных. Все это определяет особую актуальность проблемы оказания медицинской помощи пострадавшим детям с политравмой на догоспитальном этапе. Эффективность этой помощи зависит от своевременности информации о ДТП и качественного адекватного медицинского обеспечения функции жизненно важных органов и систем пострадавшего (Голобородько Н.К. и др., 2003).

Материалом для исследования послужил архив историй болезни детей, поступивших в РНЦЭМП и его филиалы в 2000-2008 гг., а также сопроводительная документация пострадавшего ребенка.

При анализе ДТП в течение года, а также числа пострадавших и погибших, было установлено, что первый пик ДТП наступает в апреле, второй - в августе и третий - в октябре. Знание этих колебаний дает возможность более объективно прогнозировать ситуацию с ДТП и своевременно определять потребность бригад машин скорой медицинской помощи и необходимость их оснащения в этот период года.

В наших исследованиях проанализирована структура политравмы по механизму ее получения:

- ДТП - 457 (59%),
- бытовая травма - 100 (13%),
- кататравма - 147 (19%),
- механизм не указан - 71 (9%).

Следовательно, в общей структуре политравмы по механизму ее получения преобладает ДТП (59%). Большинство пострадавших при ДТП имели сочетанные и множественные травмы.

Анализ качества диагностики пострадавших в ДТП бригадами машин скорой помощи на догоспитальном этапе показал, что при повреждениях головы в 31% случаев не диагностировано сотрясение мозга, а в 88% - ушиб мозга; при травмах грудной клетки не диагностирован в 75% случаев разрыв легкого, в 70% - ушиб легкого и практически в 100% ушиб сердца. При абдоминальных травмах такие опасные повреждения, как разрыв печени, селезенки, почек и кишечника, также, как правило, не распознаются. Шокковые состояния распознаются лишь в 5-12%. Из вышесказанного можно заключить, что некачественность диагностики на догоспитальном этапе у пострадавших с политравмой является одной из главных причин, ведущих к тяжелым осложнениям и большому проценту смертности (до 70%) на госпитальном этапе. Следующим весьма важным моментом на догоспитальном этапе является качество и объем оказания медицинской помощи. Время доставки пострадавших в стационар с момента ДТП: 0,5 часа - 11%; в течение часа - 59%; до 3-х часов - 26%; до 6 часов - 4%. То есть время госпитализации у 30% пострадавших было отсрочено и составляло более 2-х часов, что в условиях политравмы также является весьма неблагоприятным фактором, отрицательно влияющим на исходы лечения. Анализ неотложной медицинской помощи бригадами машин скорой помощи пострадавшим с политравмой на догоспитальном этапе показал, что такие важные виды помощи, как обезболивание проводилось лишь в 21% случаев, транспортная иммобилизация - в 31%, инфузионная терапия - в 26%. Следовательно, лишь небольшая часть пострадавших получила неотложную помощь в достаточном объеме, что также является чрезвычайно отрицательным фактором догоспитального этапа. Необходимо заострить внимание на том, что «быстрая эвакуация» по-

страдавшего без надлежащего объема медицинской помощи является весьма порочной и недопустимой на догоспитальном этапе.

Таким образом, в Узбекистане дорожно-транспортная травма в 59% случаев является причиной политравмы у детей. Большинство ДТП возникает на трассах и в сельской местности, что усложняет своевременность и полноту оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Определенная сезонность ДТП на протяжении года дает возможность планировать более рациональную организацию работы в направлении материально-технического оснащения бригад машин скорой помощи. Политравма при ДТП характеризуется сочетанием черепно-мозговой травмы

с торако-абдоминальной и травмой опорно-двигательного аппарата. Чем тяжелее повреждение при политравме, тем хуже оно распознается. Наиболее трудными для диагностики на догоспитальном этапе является торако-абдоминальные повреждения. Значительное число пострадавших (до 31%) несвоевременно и не в полном объеме получают медицинскую помощь на догоспитальном этапе. Для решения этих важных проблем остро назрела необходимость в масштабах страны осуществить трансформацию и модернизацию существующей системы оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП, и главная роль в этом принадлежит государственным программам.

Лечебно-диагностический стандарт при почечной колике на догоспитальном этапе медицинской помощи

Аллазов С.А., Ахмедов Ю.М., Меликова М.Х., Абдуллаев Б.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Самаркандский медицинский институт

Одним из частых проявлений урологических заболеваний является симптомокомплекс под названием почечная колика. Почечная колика относится к экстренному состоянию, требующее незамедлительной диагностики, соответствующей догоспитальной и при необходимости стационарной медицинской помощи.

В лечебно-диагностических стандартах службы экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан (2008) присутствует дифференцированный подход к этому экстренному состоянию, что конкретизирует работу врачей-урологов поликлиники, скорой помощи и стационаров.

Согласно этим стандартам в понимании почечной колики различают: 1 форма – неосложненная; 2 форма – некупируемая в течение 3-5 дней, 3 форма – осложненная инфекцией. В зависимости от разновидности почечной колики определяется этапность диагностики и оказания экстренной помощи.

При неосложненной почечной колике требуется амбулаторное обследование (общий анализ крови и мочи, посев мочи, определение креатинина, ЭКГ, УЗИ, обзорная и экскреторная урография) и лечение (спазмолитики, обезболивающие, антибактериальная и литолитическая терапия).

При некупируемой почечной колике в течение 3-5 дней, а также при почечной колике, осложненной инфекцией, больные нуждаются в стационарном обследовании (кроме выше указанных дополнительно время свертывания крови, длительность кровотечения, группа крови и резус-фактор), что требуется для хирургического вмешательства, такого как перкутанная нефростомия и для дальнейшего лечения в специализирован-

ном отделении.

Мы провели анализ работы урологической службы Самаркандского вилоята, разделив её на урологические кабинеты районных и городских поликлиник (догоспитальный этап) и урологические отделения (госпитальный этап), согласно их отчетам за 2009 год. Как показали статистические показатели, за 1 год в районные (14) и городские (15) поликлиники обратились 1810 больных с почечной коликой.

В отчетах характер почечной колики не делится по тяжести и осложненности, но по дальнейшей судьбе этих больных можно было сделать первичный вывод. Так, у 754 (41,7%) пациентов почечная колика купировалась на месте врачом скорой помощи или в поликлинике (1 форма почечной колики). Остальные 1056 больных были направлены в урологические отделения в связи некупированием почечной колики (2 форма) или осложнением инфекцией мочевых путей (3 форма) (повышение температуры тела, лихорадка, лабораторные показатели крови и др.).

Купирование неосложненной почечной колики (1-я форма) у 754 больных в амбулаторно-поликлинической сети (догоспитальный этап) осуществлялось примерно как в стандартах: спазмолитики (340 - 45,1%), обезболивающие (286 - 37,9%), антибактериальная терапия 102 - 13,5% по показаниям, а также назначение литолитической терапии в дальнейшем 65-8,6%.

Таким образом, дифференцированный подход к соблюдению лечебно-диагностических стандартов создает предпосылки для определения этапов оказания экстренной медицинской помощи при почечной колике.

Комбинированное применение новокаиновой блокады и лазерной терапии на догоспитальном этапе у больных с острым орхоэпидидимитом

Аллазов С.А., Кодиров С.К., Тугалов Л.У.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,

Самаркандский медицинский институт, поликлиника №1 Самарканда

Новокаиновая блокада семенного канатика по Лорин-Эпштейну и лазерная терапия в отдельности повсеместно применяются в лечении острых инфекционно-воспалительных заболеваниях яичка и его придатка. Однако сочетанное применение их в амбулаторных условиях на догоспитальном этапе при неотложном состоянии больных с орхоэпидидимитом нуждается в разработке.

По нашим наблюдениям в поликлинике №1 г. г. Самарканда в 2001-2010 гг. находились 310 больных. В возрасте 15-30 лет было 82 больных, 31-45 лет - 91, 46-60 лет - 77, старше 60 лет - 60 больных. У 64 был диагностирован острый орхит, у 38 - острый эпидидимит, у 208 - острый орхоэпидидимит. 20 больных, которым назначали общепринятые методы лечения согласно стандарту, составили контрольную группу. Больные обращались в 1-4-е сутки от начала заболевания или рецидива, дифференциальная диагностика проводилась с перекрутом яичка (положительные симптомы Роже, Пране).

Сразу после установления диагноза производили новокаиновую блокаду по Лорин-Эпштейну (1,0 г цефтриаксона в 50 мл 0,5% 1% раствора новокаина или без антибиотика при повышенной чувствительности к нему). Далее проводили сеанс лазеротерапии с гелий-неоновым или полупро-

водниковым лазером.

Блокаду выполняли 2-3 раза в 1-, 3-, 5-й дни после первичного обращения, лазеротерапия осуществлялась ежедневно (всего 8-10 сеансов). Больным также рекомендовали общепринятые методы лечения: ношение суспензория, антибиототики. Больные контрольной группы получали общепринятое лечение.

Сразу же после блокады больные ощущали облегчение, со следующего дня комбинированного лечения размеры яичка и придатка уменьшились, кожа мошонки приобрела обычную окраску.

У 24 (7,7%) пациентов острый инфекционно-воспалительный процесс в яичках и их придатках прогрессировал, появились признаки нагноения, в связи с чем они были направлены на стационарное лечение. В контрольной группе эти явления наблюдались у 6 (30%) больных.

Сравнительный анализ показал, что у больных основной группы регресс заболевания наступает на 2-5-е сутки, выздоровление - на 7-12-й день, у больных контрольной группы - соответственно на 5-8-е и 14-21-е сутки. Кроме того, нагноение инфекционно-воспалительного процесса яичка и придатка в контрольной группе наблюдались в 4 раза чаще, чем в основной.

Обструктивные симптомы нижних мочевых путей: стандарты диагностических и лечебных мероприятий на догоспитальном этапе медицинской помощи

Аллазов С.А., Кодиров С.К., Мансуров У.М., Норкулов Х.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,

Самаркандский государственный медицинский институт

Согласно лечебно-диагностическим стандартам для врачей экстренной медицинской помощи (Ташкент, 2008) ургентными симптомами нижних мочевых путей являются острая задержка мочеиспускания и парадоксальная ишурия, т.е. обструктивные симптомы, ибо ирритативные симптомы (дизурия, никтурия и т.д.) не имеют экстренный характер.

Для каждой из нозологий определена этапность: догоспитальная медицинская помощь (амбулаторная) при острой задержке мочеиспускания, госпитальная (стационарная) - при парадоксальной ишурии.

На догоспитальном этапе диагностические методы включают общий анализ крови, определение времени свертывания крови и длительности кровотечения, группы крови, резус-фактора, уровня

креатинина крови, общий анализ мочи; а также проведение АД, ЭКГ, УЗИ почек и мочевого пузыря.

Лечебные мероприятия на этом этапе включают: интермиттирующую катетеризацию мочевого пузыря с назначением α -блокаторов (в течение 2-3-х суток), при неэффективности этих мер или невозможности установления катетера, а также возникновения осложнений (уретрорагия и др.) - хирургическое дренирование мочевого пузыря. Все эти мероприятия проводятся на фоне антибактериальной терапии.

Состояние экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе у больных с обструктивными симптомами нижних мочевых путей при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) было изучено на материале районных и городских поликлиник Самаркандской

области за 2009 год.

Согласно годовому отчету по урологической службе Самаркандской области, в 15 районных и 14 городских поликлиник обратились 1114 больных с жалобами, характерными для ДГПЖ. У 446 (40%) из них имели место обструктивные симптомы: острая задержка мочи у 380 (34%) больных, парадоксальная ишурия – у 56 (5%).

В условиях амбулаторно-поликлинической сети Самаркандской области больным с острой задержкой мочи диагностические стандарты выполнялись в полном объеме, лечебные мероприятия – лишь в части интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря с назначением α -блокаторов;

при невозможности катетеризации врачи-урологи ограничивались капиллярной пункцией мочевого пузыря. Повторные задержки мочеиспускания наступили у 146 (13,1%) больных, которые для дальнейшего лечения направлялись в специализированные отделения.

Таким образом, поэтапное оказание экстренной медицинской помощи больным с ДГПЖ, осложненной обструктивными симптомами нижних мочевых путей, обеспечивает дифференцированный подход к этой категории больных и позволяет выделить группу лиц (острая задержка мочи), которые нуждаются в экстренной урологической помощи на догоспитальном этапе.

Причины поздней диагностики гнойного холангита на догоспитальном этапе

Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Бойназаров И.Х., Хашимов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Гнойный холангит, рассматриваемый ранее как спутник механической желтухи, в настоящий момент приобретает статус самостоятельной проблемы. Связано это не только с высокой летальностью 15-60%, но и, в первую очередь, с его ключевой ролью в развитии билиарного сепсиса.

Цель исследования: анализ причин позднего поступления в специализированное хирургическое отделение больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой и гнойным холангитом, а также демонстрация преимуществ раннего эндоскопического восстановления желчеоттока.

За период с 2004 по 2010 гг. в РНЦЭМП эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена 1284 пациентам, из них у 166 (12,9%) был диагностирован гнойный холангит. Сроки с момента заболевания до обращения к нам составляли от 3 до 30 суток и более. Чаще (9,6%) больные поступали по линии скорой помощи в течение 7-14 суток.

Необходимо особо отметить, что чем позже больной обращался в клинику, тем тяжелее было его состояние, с явлениями печеночной недостаточности. В первые трое суток от начала заболевания обратились всего 28 (16,8%) пациентов. Как правило, причиной более позднего обращения остальных 138 больных была поздняя клиническая манифестация заболевания (99), сложности дифференциальной диагностики с инфекционным гепатитом (24), безуспешное консервативное лечение в общехирургических отделениях (15).

У 13 (7,8%) больных наблюдалась декомпенсированная степень печеночной недостаточности. У 53 (31,9%) больных диагностирована компенсированная степень печеночной недостаточности, у 100 (60,2%) – субкомпенсированная степень.

Гнойное воспаление желчевыводящих путей у 132 (79,5%) больных развилось на фоне холедохолитиаза, у 24 (14,4%) выявлена стриктура терминального отдела холедоха (ТОХ). У 10 (6,0%) обследованных холангит развился на почве прорыва эхинококковой кисты в желчные протоки. Соотношение мужчин и женщин с данной патологией составило 1 : 3,5. Возраст больных колебался от 19 до 89 лет.

Эндоскопическую папиллосфинктеротомию произвели 166 пациентам. У 132 (79,5%) больных произведена литоэкстракция с помощью корзинки Dormia. У 14 (8,4%) из них пришлось прибегнуть к дроблению конкрементов механическим литотриптором.

У 20 (12,0%) пациентов в связи с невозможностью удаления конкрементов с целью предупреждения повторной обтурации холедоха установили назобилиарное дренирование (НБД) спиралевидным дренажем. НБД служит как для декомпрессии, так и для фракционного или капельного промывания желчных путей лекарственными растворами.

У 58 пациентов эта методика использовалась с целью купирования явлений гнойного холангита и для предупреждения его возникновения после вмешательств на БДС.

Санацию ЖВП выполняли различными антисептиками: растворами диоксида 0,5%, фурацилина 1:5000 и гипохлорита натрия 0,06%. Для сравнительной оценки их терапевтической эффективности при гнойном холангите больные были разделены на три группы. В 1-ой группе (сравнения), состоящей из 43 (25,9%) пациентов, санацию билиарного дерева антисептическими растворами не проводили. Во 2-й группе 54 (32,5%) больным санация холедоха выполнялась поочередно растворами фурацилина и диоксида 0,5% фракционно в течение двух суток. В 3-й группе 69 (41,5%) больных санация билиарного дерева осуществлялась круглосуточно капельным орошением (20 капель в минуту) в течение 2 суток раствором гипохлорита натрия 0,06% в дозе 400,0 мл/сут.

В результате исследования желчи выявлена ассоциация аэробов и анаэробов в 68,2%, отдельно анаэробы в 15,9% и аэробы 15,9% случаев. Анаэробы были представлены бактероидами (57,3%), фузобактериями (14,8%) и клостридиями (6,2%). Из факультативных аэробов наиболее часто встречалась кишечная палочка (28,2%), стафилококки (26,8%), стрептококки (12,5%) и энтерококки (32,5%).

Сравнив результаты местного лечения гнойного холангита растворами антисептиков и раствором гипохлорита, мы установили, что бактериальная обсемененность желчи снижается до уровня менее 10^6 в 1 мл желчи у больных после местного введения гипохлорита в среднем на $2 \pm 0,5$ дня быстрее, чем при традиционных методах санации. Эффективность различных вариантов санации ЖВП контролировалась клинико-лабораторными данными и бактериохолерией.

Широкие возможности НБД позволили повысить эффективность эндоскопического метода лечения с 92 до 97,7%, уменьшить количество осложнений с 10,3 до 7,5%, а летальность - с 4,2 до 2,9%.

Заключение. Результаты комплексного лечения больных с механической желтухой и гнойным холангитом напрямую зависят от сроков поступления пациентов в специализированные клиники. Основной причиной поздней диагностики этих жизнеугрожающих состояний являются слабые навыки дифференциальной диагностики механической желтухи и гепатитов у врачей первичного звена здравоохранения. Гнойный холангит как следствие позднего обращения больных с механической желтухой успешно разрешается методами эндоскопической коррекции желчевыведения и санации ЖВП с использованием раствора гипохлорита натрия.

Догоспитальная диагностика острых коронарных синдромов

Аляви А.Л., Зияев Ю.Н., Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Кенжаев С.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Внедрение в клиническую практику термина "острый коронарный синдром" (ОКС) обусловлено прежде всего соображениями практического порядка: с одной стороны, частой невозможностью быстрого разграничения нестабильной стенокардии (НС) и инфаркта миокарда (ИМ), а с другой – необходимостью незамедлительного следования определенным алгоритмам лечения еще до установления окончательного диагноза. ОКС подразделяют в зависимости от данных ЭКГ на ОКС с подъемом сегмента ST (ОКС+ST) и случаи ОКС без подъема сегмента ST (ОКС-ST) (депрессия ST, отрицательные зубцы Т, отсутствие изменений положения ST, зубца Т). Своевременная диагностика ОКС на догоспитальном этапе является важнейшей задачей врачей СМП.

Значение ЭКГ в диагностике ОКС трудно переоценить. Это не только важнейший инструмент диагностики, но и, как уже отмечалось, первостепенный фактор в выборе стратегии начального лечения. ЭКГ должна быть зарегистрирована в течение первых 10 мин при продолжающемся ко времени осмотра болевом приступе и как можно более быстро в тех случаях, когда боль ко времени осмотра уже прошла. Не менее известны и ограничения ЭКГ в ранней диагностике ОКС. Считается, что до 6% больных с острым ИМ не имеют изменений на начальной ЭКГ. В этой связи необходимо помнить, что изменения ЭКГ при остром ИМ могут существенно отставать от развития клинических признаков заболевания. Поэтому ЭКГ следует расценивать лишь как вспомогательный метод, дополняющий клинические ориентиры на этапе догоспитальной диагностики ОКС. Анализ сопроводительных листов бригад СМП, 35% поступившие в РНЦЭМП больных не имели изменений на пер-

вом ЭКГ. Изменения на ЭКГ формировались спустя $34 \pm 4,5$ мин после начала наблюдения в приемном отделении или в отделении кардиореанимации РНЦЭМП. Сложности догоспитальной интерпретации боли в грудной клетке заключаются в довольно обширном перечне заболеваний, сопровождающихся болевыми ощущениями в области сердца. Состояния, чаще других требующие проведения дифференциальной диагностики, включают костно-мышечные заболевания грудной клетки, пептическую язву, воспалительные заболевания легких и плевры, расслаивающую аневризму аорты, заболевания пищевода, перикардиты, пневмоторакс, тромбоэмболию в легочную артерию, Herpes Zoster, психопатические состояния. Больные с ОКС+ST должны быть доставлены для госпитализации в учреждения, располагающие возможностью незамедлительного реперфузионного (тромболитики, первичная ангиопластика) лечения.

Больные с ОКС, имеющие изменения положения сегмента ST, зубца Т на ЭКГ, с рецидивирующей, либо сохраняющейся более 20 мин болью, с нестабильной гемодинамикой, а также с синкопальными эпизодами на фоне настоящего обострения подлежат незамедлительной госпитализации. Ранняя диагностика ОКС и доставка больного в стационар, где есть возможность выполнить экстренную реваскуляризацию миокарда, приводит к резкому уменьшению летальных случаев и развития обширных зон инфаркта миокарда. По данным настоящего исследования, госпитализация больного в течение часа от начала ангинозного приступа, у 23% из них привело к прерванному инфаркту миокарда.

Малейшие подозрения (вероятный ОКС) в отношении ишемического генеза болей в грудной

клетке, даже при отсутствии характерных ЭКГ-изменений, должны являться поводом для незамедлительной транспортировки больного в ЛУ, располагающее необходимым реанимационным оборудованием, возможностью динамического наблюдения за ЭКГ, определения биомаркеров

ИМ. Машины СПМ, осуществляющие транспортировку больных с ОКС, должны быть оснащены дефибриллятором, необходимым реанимационным оборудованием, системами подачи кислорода и набором необходимых лекарственных препаратов для оказания неотложной помощи.

Догоспитальная тромболитическая терапия у больных с острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST

Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Зияев Ю.Н., Маматкулов Х.А., Кенжаев С.Р., Пулатов О.Я.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST (ОКС+ST) обусловлен внезапной тромботической окклюзией инфаркт связанной коронарной артерии (ИСКА). Патогенетически обоснованным способом лечения заболевания является немедленное восстановление проходимости ИСКА. В настоящее время при подтвержденном диагнозе ОКС+ST имеются два реальных способа восстановления проходимости ИСКА – проведение тромболитической терапии (ТЛТ) и/или первичного чрескожного коронарного вмешательства.

Впервые при диагностированном ОИМ+ST догоспитальная ТЛТ с применением стрептокиназы выполнена в Иерусалиме (Израиль). В последующих международных многоцентровых рандомизированных исследованиях (GISSI-1, 1986; ISIS-2, 1988; AIMS, 1990; ASSET, 1990; GUSTO I-III, 1993-1997) была показана определяющая роль ранней ТЛТ при ОИМ с элевацией сегмента ST.

Зависимость выживаемости больных с ОКС+ST от срока проведения ТЛТ имеет экспоненциальный характер. ТЛТ, выполненная в течение первого часа ОИМ с элевацией сегмента ST, спасает 65 из 1 000 жизней, второго – 37, третьего – 26. Ранняя ТЛТ оказывает положительное влияние на электрическую стабильность миокарда, предупреждает развитие гемодинамических осложнений и неблагоприятного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ), уменьшая тем самым вероятность инвалидизации пациента. Оптимальные результаты наблюдаются, если ТЛТ проводится в первые три часа развития ОКС+ST. С увеличением времени от момента появления первых признаков данного заболевания образующийся тромб хуже поддается разрушению под влиянием тромболитических препаратов. Если проходит более трех часов – преимущество остается за чрескожным коронарным вмешательством.

Опыт применения реперфузионных методов лечения ОКС+ST позволил выработать временные нормативы: стремиться к тому, чтобы ТЛТ начиналась не позднее 30 минут после первого контакта больного с медицинским персоналом бригады скорой медицинской помощи (БСМП). Задержка лечения в среднем на час позволяет дополнительно уменьшить вероятность летального исхода в стационаре на 17%. Сниже-

ние летальности на 50% при введении тромболитического препарата в течение первого часа заболевания послужило основанием для исследований эффективности и безопасности догоспитального тромболизиса в ряде многоцентровых исследований (TEANAT, 1990; MITI, 1993; EMIP, 1993; GREAT, 1994; ASSENT 3+, 2002). По данным статистики, в первые три часа от начала ангинозного приступа в больницы поступают только 25% больных, в первые 6 часов – 50%, остальные 25% спустя 6 ч начала болевого синдрома. Совершенно очевидно, что именно БСМП оказывается у больного в наиболее ранние сроки развития заболевания, поэтому самые большие усилия должны быть направлены на то, чтобы первая медицинская помощь была оказана как можно раньше, объем этой помощи должен быть оптимален, включая проведение ТЛТ на догоспитальном этапе.

Однако, по-видимому, основной причиной частого отказа от применения тромболитической терапии на догоспитальном этапе является отсутствие достаточной доказательной базы, обосновывающей более оптимальное соотношение пользы и риска догоспитального тромболизиса в сравнении с госпитальным, а также малая доступность тромболитиков с возможностью их болюсного введения. В этой связи рекомендации по использованию тромболитических средств на догоспитальном этапе носят “осторожный характер”. Европейское кардиологическое общество рекомендует догоспитальный тромболизис в случаях существования локальных программ по догоспитальному тромболизису, наличия квалифицированного персонала на этапе догоспитального лечения. В противоположной ситуации – в случаях предполагаемого времени транспортировки и начала тромболизиса в стационаре, превышающего 60 мин.

Американской коллегией кардиологов совместно с Американской ассоциацией сердца рекомендации по догоспитальному применению тромболитиков отнесены к уровню рекомендаций с недостаточно доказательной базой и предусматривают применение тромболитических средств в ситуациях с ожидаемой потерей времени на транспортировку больного более 90 мин.

Анализ причин черепно-мозговой травмы в результате дорожного транспортного происшествия в Джизакской области

Арзикулов Т.Н., Ибрагимов Б.Х., Расулов А.Э.

Джизакский филиал РНЦЭМП

В период общего прогресса автомобильной отрасли черепно-мозговая травма (ЧМТ) в результате дорожно-транспортных происшествий является наиболее распространенным видом повреждения и составляет от 38 до 45% от всех видов травм.

В большинстве случаев черепно-мозговые травмы люди получают в ДТП. Это связано с увеличением интенсивности дорожного движения как в центральных городах, так и на междугородних трассах.

При анализе причин ЧМТ в результате ДТП в Джизакской области учитывался тот фактор, что основная междугородная трасса Ташкент-Термез проходит через город Джизак.

За 2008-2009 гг. в нейрохирургическое отделение Джизакского филиала РНЦЭМП с ЧМТ поступили 1719 больных, средний возраст 36 лет. Жителей других областей был 51, 42 (82%) пациента поступили в ночное время. Черепно-мозговая травма с сотрясениями головного мозга имели место у 363 больных, со ушибами головного мозга легкой, средней и тяжелой степени 146 больных, операции по поводу сдавлением головного мозга эпи- и субдуральными гематомами, вдавленными костными отломками черепа - 72. В состоянии алкогольного опьянения госпитализированы 82 больных. Летальность по поводу ЧМТ в результате ДТП составило 2,5% (от общего числа больных

с ЧМТ).

В результате исследования было установлено:

1) что водители автомобилей, причастных к ДТП, находились непрерывно за рулем в среднем 12 часов в сутки;

2) ДТП на междугородних трассах случались в вечернее и ночное время суток;

3) дорожно-транспортные происшествия случались в большинстве случаев при следовании автомобилей из города Ташкента в направлении областей республики;

4) ЧМТ часто сочеталась с другими видами травм и носила массовый характер;

5) летальность вследствие ЧМТ в результате ДТП составляет большую долю от общего числа смертных случаев.

Таким образом, анализ исследования показал, что фактором ЧМТ в результате ДТП являются:

1) усталость водителя в результате длительного управления автомобилем;

2) алкогольное опьянение водителя;

3) невнимательность водителя в ночное время суток;

4) превышение скорости на дорогах и несоответствие автомобильных дорог современным требованиям.

Это требует проведения среди населения профилактической и просветительской работы вместе с сотрудниками ДПС.

Мероприятия, проводимые при сложных травмах сегментов конечностей на догоспитальном этапе лечения

Асамов Р.Э., Юлдашев А.А., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Шарипова В.Х., Хакимов А.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Возможность восстановления (реплантации) отчлененных сегментов конечностей в значительной степени зависит от своевременности и качества оказания первой медицинской помощи.

Нами были изучены особенности СМП в отношении больных со сложными травмами крупных сегментов конечностей на догоспитальном этапе. Материалом были карты СМП и истории болезни пострадавших с полными и неполными ампутациями, открытыми переломами конечностей, сочетающимися с повреждением магистральных сосудов, нервов и больших мышечных массивов.

Общие принципы организации первой медицинской помощи таким пострадавшим не отличаются от таковых при других тяжелых повреждениях. Вместе с тем характер поражения, необходимость транспортировки больного нередко на

большие расстояния и, главным образом, предстоящая операция реплантации обуславливают ряд существенных особенностей тактики медперсонала на догоспитальном этапе.

Догоспитальный этап по данным карт СМП и из анамнеза больных длился от 30 мин до 5-6 часов.

Определение показаний к транспортировке пострадавшего в специализированное учреждение – главное в организации догоспитального этапа. Это довольно сложный вопрос: с одной стороны, необходимо всячески предотвращать бессмысленную перевозку больного со всеми вытекающими из этого моральными и материальными издержками, с другой – нельзя допускать любого необоснованного отказа от попытки восстановления поврежденной конечности.

После получения травмы сразу в Центр обратились 42,5% больных. Остальные пациенты поступили вначале в ближайшее лечебное учреждение и только потом направлены к нам. Адекватная иммобилизация выполнена только у 24,1%, неадекватная – у 70,1%, совсем отсутствовала – у 5,7% больных.

Кровоостанавливающий жгут был наложен у 63,2% пострадавших, сосудистый зажим на кровоточащий сосуд – у 5,7%, давящая асептическая повязка – у 55,2%.

Правильная транспортировка ампутированного сегмента в контейнере в условиях гипотермии выполнена только у 20,7% больных. У 11,2% отчлененный сегмент вовсе не «консервировали», у остальных случаях 68,1% просто заворачивали во влажную материю или помещали в полиэтиленовый мешок.

Сроки аноксии поврежденного сегмента варьировали от 30 мин до 6 часов от момента получения травмы (отчленения).

Как противошоковое мероприятие обезбоживание выполнялось только у 52,9% больных, причем анестезия полунаркозическими и наркотическими препаратами только у 5,8%.

Инфузионная терапия является одной из основных составляющих противошоковых мероприятий догоспитального этапа. Тем не менее, выполнялась она только у 14% пострадавших.

Таким образом, анализ изучения пострадавших с сочетанными повреждениями конечностей позволил предположить, что догоспитальный этап оказания помощи все еще обладает значи-

тельным резервом для улучшения результатов лечения.

Так лечебные мероприятия определялись, главным образом, объемом кровопотери и степенью шока и мало зависели от характера травмы. Однако последний фактор – основной при решении вопроса о месте госпитализации. При сочетанных травмах конечностей с нарушением кровообращения существенное значение имеет фактор времени. В связи с этим на начальных этапах оказания медицинской помощи лечебные мероприятия должны быть направлены на выявление и устранение угрожающих жизни состояний, а диагностика может быть ограничена только общим определением характера и механизма повреждения, чтобы правильно и максимально быстро доставить больного в нужное лечебное учреждение.

Выводы. 1. Необходимо информировать население, а также персонал лечебных учреждений о правилах хранения и транспортировки ампутированных сегментов конечностей. 2. Мед. учреждения надо обеспечить специальными контейнерами для хранения и транспортировки сегментов, транспортными шинами, кровоостанавливающими жгутами, растворами для проведения противошоковой инфузионной терапии. 3. Необходимо снабдить подробными инструкциями персонал бригад скорой помощи, заводских медсанчастей и травм. пунктов. В инструкции уместно указать телефоны санитарной авиации и отделения микрохирургии РНЦЭМП. 4. Следует рассмотреть вопрос о привлечении вертолетной службы для организации быстрой транспортировки пострадавших с отчленениями сегментов конечностей.

Алгоритм диагностики «угрожающих» форм острых тромбозов вен нижних конечностей на этапах экстренной хирургической помощи

Асамов Р.Э., Муминов Ш.М., Дадамьянц Н.Г., Ахмедов Р.А., Абдуллаев Ш.М.,
Исамухамедов Ш.Ш., Махмудов Б.Й., Йулдошев А.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По современным представлениям, главной угрозой здоровью и жизни при острых тромботических поражениях вен нижних конечностей и таза являются:

- окклюзия просвета тромбированной вены с декомпенсацией венозного оттока («блок вены»), нарушениями регионарной и общей гемодинамики;

- возникновение эндотоксикоза за счет накопления продуктов ферментативной деструкции массивных тромбов, а также развитие общих и местных ответных клеточных и гуморальных реакций по типу системного воспаления;

- дислокация тромба или его фрагментов с развитием ограниченной или массивной эмболизации легочной артерии (ТЭЛА).

Каждый из перечисленных компонентов может

быть представлен в почти бесчисленном разнообразии форм и проявлений, а тем более их комбинации. Это предопределяет существенную неоднородность клинической симптоматики, отсутствие в ней признаков четкости, т. е. «синдромности», что весьма затрудняет не столько диагностику, сколько определение степени реальной тяжести, риска дальнейшего усугубления и прогнозирования исхода.

Важной общей особенностью этих заболеваний следует также считать кажущуюся внезапность, скоротечность развития фаз прогрессирования указанных нарушений, их зависимость от фактора времени (с переходом в необратимые стадии), кажущееся несоответствие ранних клинических симптомов реальной тяжести уже наступивших изменений и т. д. Все это весьма осложняет задачу

принятия правильных и своевременных решений. Понятно, что особенно сложные условия складываются на доклинических этапах, когда симптоматика еще почти «стерта», а возможности диагностики минимальны.

Между тем, именно обоснованные подозрения, наряду с данными внимательно собранного анамнеза, на данном этапе являются основой для такой неотложной госпитализации. Как уже отмечалось выше, она не будет ошибкой, если в прошлом у больного в медицинских документах уже были зарегистрированы острые или хронические заболевания вен, воспалительные процессы или травматические повреждения органов таза, онкологические или гематологические заболевания и т.д.

Без всяких сомнений, помещение в специализированный стационар, без любых дополнительных исследований, будет обоснованным при уже самых ранних проявлениях острых или обострившихся тромбозов с признаками проксимального распространения («восходящие» формы). Оно будет верным также в тех случаях, когда имеется нарастающий отек голени или бедра в

сочетании с характерной локальной болезненностью по ходу вены как ранние симптомы «илеокавального» флеботромбоза. И, напротив, принятие такого решения должно считаться грубой врачебной ошибкой, влекущей за собой соответствующие последствия.

Конечно, любой процесс принятия ответственных решений в настоящее время может (и должен) быть упрощен и объективизирован за счет научно обоснованных рекомендаций. Такого рода попытки уже делались, но были предприняты и нами. Путем компьютерной обработки полученных данных с учетом вероятностных коррелятивных связей удалось создать один из таких систематизаторов, удобные для работы практического врача.

Пользователю предлагается собрать необходимую и достаточную информацию, отвечая на поставленные вопросы по типу «да» или «нет» («простой двоичный код»). После этого, подсчитав сумму оценок, он сможет получить ответ, обоснована ли экстренная госпитализация и в какое лечебное учреждение.

Особенности оказания помощи больным с сочетанными повреждениями магистральных артерий конечностей на догоспитальном этапе

Ахмедов Р.А., Хамидов Б.П., Султанов Н.М., Хакимов А.Б., Ким Д.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одной из самых сложных и до конца нерешенных проблем неотложной медицинской помощи остается сочетанная сосудистая травма. По разным данным, смертность среди пациентов с сочетанной травмой и повреждением магистральных сосудов достигает 25,5%. Несмотря на успехи современной ангиохирургии, частота ампутаций конечностей остается высокой (10-12%), что соответственно приводит к огромным экономическим потерям. Уже доказано, что результаты оказания медицинской помощи больным с повреждением магистральных сосудов в большей степени зависят от скорости и правильности доставки их в стационар и качества специализированной помощи. Негативными факторами при оказании помощи этой категории больных является шоковое состояние, связанное как с травмирующим механизмом, так и с массивной кровопотерей.

Пути доставки и проведенные догоспитальные мероприятия анализировали по сопроводительным картам бригады СМП и историям болезни больных, поступивших с различными сочетанными повреждениями анатомических структур конечностей. 78,7% больных доставлены в стационар промежутке от 40 минут до 3 часов от момента получения травмы. Большинство доставлены машиной скорой помощи – 51 (52,0%), самостоимом обратился – 31 (31,6%). 16 (16,3%) больных поступили по направлению из

других медицинских учреждений, где им уже была оказана первая помощь, т.е. 68,3% пострадавших доставлялись в центр медработниками. Однако только 28,7% пациентов была выполнена правильная иммобилизация поврежденной конечности и адекватное обезболивание. У 36 (36,7%) пострадавших диагностировано алкогольное опьянение, что затрудняло диагностику. В шоковом состоянии различной степени поступили 65,3% больных.

Временная остановка кровотечения до поступления в Центр была произведена 37 (37,8%) больным. Наиболее часто применялась давящая повязка – 22 (59,5%), у 7 (18,9 %) осуществлено лигирование артерии, у 14 (37,8%) наложен жгут, у 2 остановка кровотечения была дополнена временным шунтированием артерии. У 26,5% больных была диагностирована различная степень ишемии, причем у 2 III б ст. (по Савельеву).

Анализ выявил наиболее часто встречающиеся ошибки и оплошности на догоспитальном этапе. Для исключения их в будущем нами предложены следующие рекомендации:

- слишком туго наложенный жгут, особенно на длительное время, передавливая и ишемизируя нервные стволы, приводит к тяжелым постишемическим или травматическим невритам;
- при кровотечениях из поверхностных вен,

вообще не применяя кровоостанавливающий жгут, можно поднять конечность вверх, чем позволит временно остановить кровотечение и быстро наложить на «сухую» поверхность давящую повязку;

- при возможности после наложения жгута место повреждения магистральной артерии необходимо «туго» перебинтовать и снять кровоостанавливающий жгут;

- нельзя применять для остановки кровотечения ремни, проволоки, закрутки из подручных материалов, обливать поврежденные участки спиртом, йодом или другими жидкостями.

Одним из важных моментов при транспортировке больного является правильная иммобилизация конечности, особенно при наличии повреждений трубчатых костей и повреждений нервных стволов. В этих случаях адекватное обезболивание, правильная иммобилизация конечности с высвобождением из костных отломков нервных стволов значительно улучшают состояние больного и дают возможность оказать адекватную специализированную помощь.

Важным моментом проведения противошоко-

вых мероприятий является правильный подбор лекарственных средств. Как показывает наш анализ в большинстве случаев врачи бригад СМП стараются «быстро поднять» артериальное давление с применением возопрессоров, что совершенно неправильно. Централизация крови приводит к ещё большей ишемизации поврежденной конечности, что отрицательно сказывается на результатах лечения. Противошоковые мероприятия необходимо начинать с инфузии полиглюкина и реополиглюкина с постепенным добавлением кристаллоидов. При проведении интенсивной терапии у больных с тяжелым травматическим шоком, кроме введения растворов в периферические вены, обязательно должна быть катетеризована одна из центральных (яремная, подключичная, бедренная) вен.

Приведенные выше примеры убедительно показывают необходимость соблюдения единых правил и подходов к проведению догоспитальных мероприятий больным с травматическими повреждениями магистральных артерий конечностей на фоне шокового состояния, связанного в большинстве случаев с массивной кровопотерей.

Догоспитальные диагностические и лечебные мероприятия при закрытой травмы почки

Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травма почки встречается приблизительно в 1-7% всех травм. На долю тупой травмы приходится 80% всех повреждений почек. Она наблюдается у 8-10% больных с тупой травмой живота. Повреждения почки можно заподозрить у каждого пострадавшего при падении с большой высоты или в результате дорожно-транспортного происшествия. Факторы, влияющие на степень травмы почки: направление силы удара, положение тела во время удара, длина и состояние XII ребра, выраженность паранефральной клетчатки, тонус и степень развития мускулатуры, состояние самой почки.

Подозрение на травму почки возникает при наличии у пациентов гематурии, значительного кровоподтека поясничной области, обширных повреждениях при падении или ДТП, проникающее ранение живота или поясничной области.

Под наблюдением находились 196 больных с изолированными и сочетанными травмами верхних мочевыводящих путей. Преобладали лица мужского пола 143 (73%), большинство были лица наиболее трудоспособного возраста от 16 до 50 лет – 129 (65,8%). В первые 6 часов от момента получения травмы обратились 145 (73,9%) больных, от 6 до 24 часа – 42 (21,4%), спустя более 24 часов – 25 (12,7%).

Анализ причин и обстоятельств повреждений

показал, что основное число повреждений произошло в результате ДТП – 122 (62,2%). Травматический шок наблюдали у 138 (70,4%) пострадавших. Службой 03 доставлены 38 (19,4%) больных, остальные 158 (80,6%) поступили самотеком.

Наиболее часто встречаемое клиническое проявление при травме почек - гематурия отмечалась у 90%, на боль в поясничной области пораженной стороны жаловались 75%, наличие припухлости в поясничной области - 40% пострадавших. Все больные в шоковой палате приемного отделения РНЦЭМП при первичном осмотре осматривались необходимыми смежными специалистами. В дальнейшем согласно выработанному алгоритму диагностики проводились необходимые исследования. Оценивалось состояние гемодинамики, производилось УЗИ почек и органов брюшной полости. При подозрении на наличие субкапсулярной, забрюшинной гематомы, ограничение подвижности почек, «размытости» контуров почек в 73 (37,2%) случаев производилось внутривенная урография. У 47 (23,9%) выделительная функция обеих почек не была нарушена. У остальных 26 (13,3%) выявлены той или иной степени повреждения почек. Наряду с этим у 27 (13,8%) пациентов произведена МСКТ забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием.

Таким образом, на догоспитальном своевре-

менная диагностика этапе при изолированных и сочетанных травмах почки согласно алгоритму диагностики дала возможность своевременно и

правильно выработать тактику подхода к лечению, в связи с чем удалось намного уменьшить число осложнений и летальных исходов.

Особенности диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе

Ахмедов Ю.М., Хайдаров Г.А., Рузибоев С.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Диагностика ургентной абдоминальной патологии сложна в условиях работы не только скорой медицинской помощи, но и стационара. Иногда клинический диагноз ставится только на основании интраоперационных данных. Врачу же скорой помощи необходимо в экстремальных условиях поставить как можно более точный диагноз и определить тактику в отношении больного. Проводить дифференциальный диагноз чаще приходится между болезнями, требующими экстренной госпитализации в стационар хирургического профиля, и патологией, которая лечится в амбулаторных условиях.

Цель исследования - изучение наиболее специфических для «острого живота» симптомов.

В 2005 - 2010 гг. в составе бригад скорой медицинской помощи г. Самарканда было обслужено 24574 вызова по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

К заболеваниям, входящим в указанную группу, относятся остро возникающие хирургические болезни, обусловленные различными причинами: острыми воспалительными изменениями органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит); нарушением проходимости по желудочно-кишечному тракту его содержимого (острая кишечная непроходимость, ущемленные грыжи); перфорацией стенок полых органов брюшной полости (перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки, дивертикулов тонкой и толстой кишок, опухолей желудочно-кишечного тракта); кровотечением в просвет полых органов (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острые язвы желудочно-кишечного тракта, разрыв расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени и др.) или в свободную брюшную полость (нарушенная внематочная беременность, разрыв яичника, селезенки и др.); острыми нарушениями кровоснабжения органов брюшной полости вследствие закупорки питающих их кровеносных сосудов (тромбоз сосудов брыжейки, ветвей воротной вены).

В диагностике острого живота большое значение имеет изучение болевого синдрома, типичного для большинства заболеваний острого живота. Необходимо оценить начало болей (внезапное, постепенное), их локализацию, характер (острые, тупые, схваткообразные, постоянные или присту-

пообразные), иррадиацию.

При обследовании больного с острым животом необходимо наблюдать за его поведением, положением на кушетке (свободное или вынужденное), выражением лица, состоянием видимых слизистых.

Обследование следует начинать с подсчета числа пульсовых ударов в минуту, тщательного изучения органов грудной клетки (перкуссия, аускультация, пальпация) с тем, чтобы исключить такие заболевания, симулирующие острый живот, как межреберная невралгия, базальная плевропневмония, инфаркт легкого, сахарный диабет.

Особое внимание при исследовании живота следует придавать выявлению патогномичных симптомов, которыми являются:

- при острых воспалительных заболеваниях органов брюшной полости: непроизвольное мышечное напряжение передней брюшной стенки и другие симптомы раздражения брюшины, разница между показателями температуры в подмышечной ямке и прямой кишке более 10°C;

- при перфорации полых органов: "кинжальная" боль, доскообразный живот, отсутствие печеночной тупости;

- при кровотечении в просвет полых органов: признаки острой анемии, рвота кровью или кофейной гущей, дегтеобразный стул или стул с примесью крови;

- при кровотечении в свободную брюшную полость: признаки острой анемии, френитус-симптом, симптом "ваньки-встаньки", притупление в отлогих местах живота, нависание передней стенки прямой кишки при ее пальцевом исследовании;

- при нарушении проходимости по желудочно-кишечному тракту: схваткообразные боли, задержка стула и газов, рвота, асимметричный живот, изменение нормального характера перистальтических шумов, шумы "плеска" и "падающей капли", пустая ампула прямой кишки при ее пальцевом исследовании;

- при острых нарушениях кровоснабжения органов брюшной полости: нестерпимые боли в животе, повышение АД на 60-80 мм рт. ст. (симптом Блинова), определение пальпацией плотноватого образования в животе без четких границ

(симптом Мондора), позднее развитие признаков перитонита.

При наличии у больного болей в животе неясного происхождения следует также внимательно осмотреть и пропальпировать все места возможного выхода и ущемления грыж: переднюю брюшную стенку, промежность, поясничные и пахово-мошоночные области, пахово-бедренные складки.

Таким образом, отличительной особенностью всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости является быстрое и прогрессирующее развитие болезненного процесса и ухудшение состояния больного. Следовательно, перво-степенное значение для выздоровления больного при этих болезнях имеют ранняя диагностика, ранняя госпитализация и по показаниям экстренная или срочная операция.

Диагностика синдрома отёчной мошонки у детей

Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Хайитов У.Х., Мавлянов Ф.Ш., Музаффаров А., Маматов С.О., Соаткулов Х.М., Турсунов С.Э.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Синдром отёчной мошонки - это симптомокомплекс, характеризующийся отеком и сопровождающийся болью и покраснением в области мошонки, а при запоздалом обращении - некрозом яичка. Заболевание требует экстренной госпитализации в стационар и активного наблюдения детского хирурга.

В отделение экстренной детской хирургии РЦНЭМСФ за последние 5 лет госпитализированы 87 детей с диагнозом синдром отёчной мошонки. Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза заболевания, объективного обследования. Возраст детей - 1-3 (7), 3-7 (30), от 7 до 14 (50) лет.

В течение суток от начала заболевания госпитализированы 17 больных, до 3-х суток - 45 и после 3-х суток - 25. На догоспитальном этапе больные обращались в местные лечебное учреждение и там получили антибактериальную терапию широкого спектра действия, местно - мазевые повязки. Из-за неэффективности консервативного лечения больные были госпитализированы в хирургический стационар.

При поступлении в центр всем детям прове-

дено обследование, включающее общий анализ крови и мочи, ЭКГ и УЗ-исследование мошонки. Всем больным выполнено оперативное лечение. При скрототомии обнаружен перекрыт гидатиды Моргане у 47 больных, перекрыт яичка у 20, гнойный орхидэпидидимит у 7, травматический орхит у 13. При перекрытии гидатиды Моргане последняя была удалена, при перекрытии яичка ликвидация заворота сопровождалась блокадой семенного канатика по Лорин-Эпштейну. Гнойный орхидэпидидимит был дренирован с последующей антибактериальной терапией, при травматическом орхите мошонка освобождалась от геморрагической жидкости, что позволило нормализовать кровообращение яичка.

Выводы: Синдром отечной мошонки требует активного наблюдения детского хирурга. Чем позже обращаемость, тем выше процент таких грозных осложнений как некроз яичка и бесплодие. Своевременное направление детей позволяет снизить число осложнений при синдроме отечной мошонки у детей.

Ошибки в диагностике инвагинаций кишечника у детей на догоспитальном этапе

Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Соаткулов Х.М., Турсунов С.Э.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Инвагинация встречается в 50% от всех случаев кишечной непроходимости у детей младшего возраста (Рошаль Л.М., 1970). Наиболее часто (до 80%) инвагинация встречается в возрасте 3-9 месяцев. (Исаков Ю.Ф. и др., 1988). Послеоперационная летальность вследствие инвагинации в общем составляет 5-14% (Шолитов А.А. и др., 1977).

Цель исследования: изучить практику поздней диагностики больных с инвагинацией кишечника и улучшить результаты ее лечения.

Материал и методы. Нами проанализирован опыт диагностики и лечения 96 больных с инвагинацией кишечника, находившихся на лечении в 2000 - 2009 гг. Дети были в возрасте от 3 месяцев

до 13 лет, из них детей до года 72 (75%), старше одного года - 24 (25%). Мальчиков было в два раза больше, чем девочек. В летнее время года обращалась почти половина всех пациентов.

Известно, что основным методом лечения инвагинации кишечника у детей является пневмокомпрессия. Однако, как свидетельствует опыт, при тонкокишечной и вторичной инвагинациях, а также при позднем поступлении больных успех ожидать трудно.

Обращает на себя внимание тот факт, что 40 (41,6%) больных на догоспитальном этапе лечились в соматических отделениях и инфекционной больнице, а также амбулаторно по поводу кишеч-

ной инфекции. Вследствие неэффективности консервативного лечения они в поздние сроки обращались в специализированные лечебные учреждения. Клиническая картина инвагинации кишечника у этих больных были невыраженными, отмечалось лишь вздутие живота (17), жидкий стул (11), боль в животе (7), рвота (3). Участковые педиатры, врачи «скорой помощи» допустили диагностические ошибки, общими причинами которых были: а) недостаточное знакомство врачей первого звена с особенностями клиники и течения острых заболеваний органов брюшной полости у детей; б) пренебрежение анамнезом; в) недостаточное внимание к необычному симптому; г) отсутствие преемственности и динамического наблюдения за ребёнком; д) пренебрежение паль-

цевым ректальным исследованием.

Кроме того, они допускали лечебно-тактические ошибки: а) неоправданное применение слабительных средств, клизм, согревания области живота, введения обезболивающих препаратов; б) несоблюдение диеты; в) оставление детей дома с болями в животе в возрасте до 3 лет; г) отсутствие преемственности.

Выводы. Можно быть уверенным в том, что повышение квалификации педиатров первого звена и участковых врачей, а также ранние оперативные вмешательства при соответствующей предоперационной подготовке и надлежащем послеоперационном уходе позволят снизить осложнения и летальность у детей вследствие инвагинации кишечника.

Диагностика и лечение пищевой токсико-инфекции на догоспитальном этапе

Ахмедова М.Д., Рахманов Б.О.

НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний

Несмотря на предпринимаемые меры по профилактики и лечения пищевые токсико-инфекции (ПТИ) остаются одной из актуальных проблем инфектологии. Наряду с учащением частоты ПТИ, отмечаются увеличения тяжелых и осложненных форм заболевания. Указанное чаще бывает обусловлено неадекватной тактикой в диагностике и лечении больных на догоспитальном этапе. В связи с вышеизложенными целью настоящей работы явилось изучение диагностики и лечения ПТИ на догоспитальном этапе.

Были изучены клинико-анамнестические лечебно-диагностическая тактика на догоспитальном этапе у 38 больных с ПТИ в возрасте от 16-45 лет. Выявлено, что у 19 больных развитию заболевания привело употребление кондитерских изделий, у 11 – испорченной готовой пищи и у 8 – готовых салатов. При этом из общего количества больных 18 – обратились за медицинской помощью в течение первых суток, 21 – по истечении более суток времени, из которых 11 больные не обращали внимание на начальные признаки заболеваний (слабость, подташнивание, легкий

дрожь) и 8 больных без эффективно занимались самолечением.

Необходимо обратить внимания на то, что при самолечении больные предпочтение отдавали на прием различных антибиотиков, что повидимому способствовали нарастанию диспептических явлений (тошноту, рвоту)

Также было выявлено, что основное лечение у 7 больных обратившиеся за медицинской помощи к врачам амбулаторно-поликлинической сети, было преимущественное использование инфузионных растворов. При этом общепринятые методы терапии (диета, промывании желудка, высокая очистительная клизма, назначение энтеросорбентов) не были проведены ни у одного больного.

Таким образом, чаще всего ПТИ развивают после употребления кондитерских изделий, потом готовых блюд и салатов. При этом причиной позднего поступления больных с ПТИ в инфекционный стационар и учащения развития осложнения является неправильная тактика в диагностике и лечение больных с ПТИ догоспитальном этапе.

Респираторная поддержка пострадавшим с нейрохирургической патологией на догоспитальном этапе

Ашуров У.А., Шарифбаев С.А., Исмаилов А.И., Эралиев М.Й.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Развитие дыхательной недостаточности у пациентов с тяжелой интракраниальной патологией провоцирует нарастание внутричерепной гипертензии, отека головного мозга, дислокации срединных образований и приводит к увеличению летальности больных на догоспитальном этапе (ДГЭ) и в стационарах. С целью разработки путей оптимизации интенсивной терапии на ДГЭ у по-

страдавших с нейрохирургической патологией был проведен ретроспективный анализ оказания медицинской помощи на ДГЭ у 37 пациентов, доставленных в нейрохирургическое реанимационное отделение Наманганского филиала РНЦЭМП, из них 23 с тяжелой изолированной черепно-мозговой травмой, 24 - с геморрагическим или ишемическим инсультом. Респираторная под-

держка на ДГЭ не проводилась у 28 больных (75,6 %), 9 пациентам (24,3 %) для обеспечения проходимости дыхательных путей был введён воздуховод. Оксигенацию не проводили. Интубация трахеи и перевод на ИВЛ осуществлены у 19 (51,3 %), больных в терминальном состоянии при транспортировке. В момент поступления в реанимацию пациентам проводили измерение АД, ЧСС, SpO₂, оценку сознания по шкале ком Глазго. Больные были разделены на группы: 1-я 28 больных без респираторной поддержки, 2-я 9 пациентов, которым вводили воздуховод, 3-я 19 интубированных

больных. В 1-й группе оценка по ШКГ была 9-11 баллов, 2-й - 7-8, 3-й - 3-6. Летальность составила соответственно 51,61, 38,77 и 3 - 49,51%.

Таким образом, самой высокой летальность была среди пациентов 1-й группы, которым никакой респираторной поддержки на ДГЭ не проводилось. Значимой разницы между летальностью во 2-й и 3-й группах не выявлено. Для оптимизации оказания помощи на ДГЭ рекомендуем проводить респираторную терапию в необходимом объёме всем больным с нейрохирургической патологией с обязательной оксигенацией в ходе транспортировки.

Бош мия оғир шикастланишларида беморларга шифохонагача бўлган даврда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш

Ашуров У.А., Жиянов И.А., Хайдаров У.А.

РШТЕИМ Наманган филиали

Бош мия оғир шикастланишларида беморларга малакали тиббий ёрдам кўрсатиш самарадорлигини оширишда, келгусида уларнинг соғлигини тўлиқ тикланишида, ногиронлик олдини олишда ва шикастдан кейинги асоратлар профилактикасида шифохонага қадар тиббий ёрдам сифати катта роль ўйнайди. Бунда биринчи навбатда тез ёрдам тизими ходимлари тамонидан кўрсатилаётган 1-ёрдамнинг аҳамияти катта. Оғир бош мия шикастланиши олган беморлар хушсиз ҳолатда бўлганлиги сабабли 1-ёрдам кўрсатиш ҳаётий зарур бўлган аъзолар ва тизимлар, яъни нафас ва юрак-қон томир тизими фаолиятини тўлиқ баҳолай олиш ва уларни эрта, шошилиш равишда бартараф этишдан бошланади. Бунда беморда юқори нафас йуллари санацияси ва адекват нафасни таъминлаш мақсадида нафас ўтказув найчаси, лозим бўлганда эса интубацион найча ўрнатиш ва Амбу копчаси орқали сунъий нафас бериш лозим. Кейинги навбатда юрак-қон томир фаолиятидаги бузилишларни бартараф қилиш керак. Шундан сўнг беморда бош ва бўйин умуртқаларини фиксациялаш мақсадида Шанц фиксатори қўйилади.

РШТЕИМНФ нейрохирургия бўлимида 2010 йилгача оғир бош мия шикастланиши билан даволанган беморлардан 300 тасининг касаллик тарихи ўрганиб чиқилганда, улардан 120 (40%) нафари тез ёрдам машинасида келтирилган, қолган беморлар йўловчи машиналарда келтирилган.

105 та (31%) беморда шифохонага қадар бўлган даврда калла ичи гематомасининг клиник белгилари яққол кузатилган, 145 тасида (44%) суст ифодаланган, 50 тасида (15%) эса умуман кузатилмаган ва бу беморларда бош мия шикастланиши актив клиник кузатувлар ва қўшимча махсус текширувлар (Эхо-ЭС, КТ) ёрдамида аниқланган.

Беморларнинг даволаниш якунидаги умумий ҳолати, касалликнинг эрта ва кечки асоратлари, даволанишнинг самарадорлиги, соғлигини бузилиш даражаси қиёсий баҳоланганида кейинги йилларда шифохонага қадар даврда беморларга кўрсатиладиган 1-тиббий ёрдамнинг аҳамияти жуда катта эканлигини кўрсатди. Оғир бош мия шикасти олган беморларга шифохонагача бўлган ёрдам кўрсатишни янада яхшилаш мақсадида қилиниши керак бўлган чора-тадбирларга қуйидагиларни киритиш мақсадга мувофиқ бўлади:

Шифохонагача бўлган даврда ёрдам кўрсатадиган тиббий ходимлар юқори малакали бўлиши ва тор доира мутахассислари билан узвий доимий алоқада бўлиши керак.

Тез ёрдам машиналари зарур бўлган асбоб-анжомлар ва дори-дармонлар билан доимий ва етарли равишда таъминланган бўлиши керак.

Тез тиббий ёрдам бўлимлари учун ишлаб чиқилган даволаш ва диагностика стандартларига қатъиян амал қилиш зарур.

Особенности организации оказания экстренной медицинской помощи и лечения при сочетанной черепно-мозговой травме с повреждением конечностей

Ашуров У.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Тохиров У.

Наманганский филиал РНЦЭМП

В общей структуре травм доля сочетанных повреждений (ВОЗ) составляет 5-12%. В абсолютном исчислении это цифра весьма велика. На фоне сочетанных травм конечности повреждаются в 85-90% случаев, череп и позвоночник – в 57-72%,

грудь – в 20-25%, живот – в 25-29%, таз – в 26%, крупномышечные сосуды – в 10%. На долю каждого пострадавшего приходится не менее 2-3 достаточно тяжелых повреждений различной характера и локализации. Ретроспективно изучены

истории болезни 584 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении нейрохирургии Наманганского филиала РНЦЭМП в 2005-2009 гг. Мужчины составляли 75,2%, женщины - 24,8%.

У 69,7% получили травму в ДТП, у 17,5% была бытовая травма, у 13,8% - производственная. Сотрясение головного мозга с повреждениями конечностей установлено у 296 (50,6%) больных, ушиб головного мозга у 192 (32,8%), в том числе средней степени у 36 (6,11%), тяжелой степени у 28 (4,7%), сдавление головного мозга у 30 (5,1%).

Оказание экстренной медицинской помощи при сочетанной травме можно разделить на 3 этапа. I - на месте происшествия и в пути следования в лечебное учреждение, II - отделение экстренной медицинской помощи (филиалы и субфилиалы

ЭМП), III - специализированное отделение экстренной медицинской помощи.

Наши данные свидетельствуют о том, что 76,9% больных, пострадавших в ДТП, погибают именно на догоспитальном и госпитальном этапе. Адекватная экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе - это преемственность и последовательность. У больных с сочетанной ЧМТ с повреждением конечностей и таза в первую очередь осуществляются реанимационные и противошоковые мероприятия, инфузионно - трансфузионная терапия, ПХО раны, обезбоживание переломов, полноценная иммобилизация поврежденных сегментов, а также меры, направленные на предупреждение и лечение отека мозга, сердечно-легочной недостаточности и жировой эмболии.

Пути совершенствования догоспитального оказания помощи при тяжёлой механической травме

Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П., Михайлов Ю.М., Миннуллин Т.И.

НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Согласно отечественным и зарубежным источникам, большинство погибших в результате дорожно-транспортных происшествий составляют лица, получившие тяжелые механические травмы (ТМТ). В связи с этим представляется весьма актуальной разработка путей совершенствования догоспитального оказания помощи этой категории пострадавших. Выделены следующие направления:

Создание системы обучения оказанию первой помощи сотрудников МВД, МЧС и населения.

При подготовке медицинского состава бригад скорой медицинской помощи (СМП) акцентировать внимание обучающихся на синдромальной диагностике и симптоматической терапии.

Противошочковая терапия при ТМТ на догоспитальном этапе должна проводиться в объёме, обеспечивающем поддержание жизненно важных функций организма при максимально возможном сокращении срока эвакуации с места происшествия.

Оптимальной продолжительностью догоспитального периода при ТМТ в условиях мегаполиса следует считать время не более одного часа, что может быть обеспечено соответствующими организационными мероприятиями.

Создание системы подготовки медицинского состава бригад СМП, предусматривающей проведение ежегодных тренингов по отработке необходимых практических навыков (интубация трахеи, восстановление проходимости дыхательных путей, работа с аппаратурой).

Обеспечение преемственности догоспитального и госпитального этапов СМП при оказании помощи пострадавшим с ТМТ (упреждающее информирование дежурного персонала стационара о доставке пострадавшего, сосредоточение постра-

давших с ТМТ в специализированных стационарах (травмоцентрах) и др.)

Реализация этих направлений возможна при условии: наличия соответствующего ресурсного обеспечения, создания и использования алгоритмов и стандартов оказания медицинской помощи пострадавшим с ТМТ на всех этапах, наличие специально оборудованных санитарных автомобилей класса С, организации и оснащении травмоцентров на базе существующих лечебно-профилактических учреждений.

Лечебные мероприятия на месте должны быть направлены на восстановление и стабилизацию витальных функций. Недопустимы как продолжительное лечение на месте происшествия, так и примитивная доставка пострадавшего в стационар без попыток устранения критической гипотонии и/или дыхательной недостаточности. В ряде случаев при определении шокогенности травмы целесообразно ориентироваться на характер повреждений, что является вполне оправданным в условиях дефицита времени.

Санкт-Петербургским НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и клиникой ВПХ ВМедА разработан протокол оказания помощи пострадавшим с травматическим шоком на догоспитальном этапе, который включает: способы временной остановки наружного кровотечения, методику устранения острых нарушений дыхания и обеспечение адекватного газообмена, методы коррекции гемодинамики, схемы проведения обезбоживания.

Остановка кровообращения, возникающая вследствие травматического повреждения, дает наибольший показатель смертности и проявляется преимущественно в виде асистолии, а также электрической

активностью сердца без эффективного сердечного выброса. Однако следует учитывать, что остановка кровообращения при наличии нетравматической патологии (чаще фибрилляция желудочков) также может быть причиной ДТП. При любых условиях реанимация на месте происшествия должна быть направлена на качественное проведение реанимационного пособия, а также на немедленную коррекцию устранимых факторов (восполнение ОЦК, поддержание проходимости дыхательных путей, ИВЛ).

При выезде на ДТП медицинский персонал СМП должен руководствоваться следующими принципами:

Минимальность потерь времени при оказании помощи на месте происшествия может быть достигнута при высоком уровне взаимодействия оперативных служб, обеспечивающих ликвидацию последствий происшествия (МЧС, ГИБДД, МВД).

Эффективность СМП при ТМТ вследствие ДТП или иного происшествия обеспечивается сочетанием минимального времени транспортировки пациента и адекватностью оказания ему синдромального пособия.

Залогом эффективности СМП при ТМТ является строгое следование выработанным алгоритмам и стандартам оказания медицинской помощи.

Новые организационные технологии обеспечения преемственности догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи

Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Минуллин И.П.,
Алимов Р.Р., Корбут Д.Л., Бумай А.О., Миннуллин Т.И.
НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт Петербург

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (2007) нацелена на стабилизацию и рост численности населения страны. Предварительный опыт реализации национального проекта «Здоровье» показал неудовлетворительную организацию системы здравоохранения по некоторым позициям, в частности, по скорой медицинской помощи (СМП). При этом в догоспитальную СМП ежегодно обращается каждый третий житель страны; имеет место значительный рост обращаемости на госпитальный этап СМП (госпитализируются 19,7-30% пациентов, обратившихся за СМП). Более 90% больной летальности связано с экстренным характером госпитализации. С внедрением современных медицинских технологий в практику неотложной медицины общие затраты в этом секторе здравоохранения возросли на 60-65%.

Представляется возможным основным направлением совершенствования системы СМП определить развитие госпитального этапа, рассматривая отделение экстренной медицинской помощи многопрофильного стационара (ОЭМП), на который возложены функции оказания СМП, в качестве основного опорного пункта обеспечения преемственности между догоспитальным и госпитальными этапами.

Проведенный анализ (2003) свидетельствует о том, что работа приемного отделения стационара в прежнем формате обычно сопровождается задержками оказания помощи, отсутствием высокотехнологичной диагностики неотложных состояний, недостаточной укомплектованностью штатов, приводит к непрофильной госпитализации в специализированные отделения стационара. В 2004 г. в СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе было сформировано ОЭМП, основными функциями которого стали:

1) сортировка пациентов, нуждающихся в оказании экстренной медицинской помощи, по тяжести состояния (1-способные самостоятельно передвигаться, 2-«каталочные», 3-«реанимационные», 4-требующие психиатрического режима);

2) оказание ЭМП в соответствии с алгоритмами догоспитального и госпитального этапов СМП с выполнением всех необходимых диагностических мероприятий при поступлении пациента в стационар;

3) проведение необходимых лечебных мероприятий (в том числе реанимационных) на территории отделения;

4) поддержание готовности к оказанию помощи при массовом поступлении пострадавших в результате чрезвычайной ситуации (ЧС).

Материал и методы. Изучены принципы сортировки и система организации лечебно-диагностического процесса у пациентов хирургического профиля, поступивших в 2003 г. (11789) и в 2008 г. (14904). Использованы методы фотохронометража и статистического анализа.

Результаты и обсуждение. Анализ экстренной госпитализации свидетельствует о следующем: две трети всех поступивших пациентов находились в удовлетворительном состоянии; около 20% - пациенты, не способные к самостоятельному передвижению; 10-15% поступающих требовали "протезирования" жизненно важных функций; около 2% больных из первых двух потоков требовали обеспечения специального режима. Среднее время пребывания в отделении: 2003 г. - 102,2 мин, 2008 г. - 82,2 мин. Максимальное сокращение времени (на 18,7 %) имело место в группе больных средней и тяжелой степени тяжести за счет оптимизации диагностического процесса по принципу «диагностические службы к больному». Анализ показал, что время ожидания составляет более 40% всего времени пребывания в отделении (обычно - время ожидания осмотра врача-

специалиста). Признано целесообразным выполнение первичного осмотра врачом скорой медицинской помощи. Внедрение данного принципа позволяет рационально использовать ресурсы, не загружая кадры непрофильной работой, повышает доступность оказания высокотехнологичной помощи нуждающимся. «Узкие» специалисты привлекаются к пациентам 2-3-й групп, занимаясь непосредственно оказанием высокотехнологичной помощи и наблюдением за пациентами в палатных отделениях.

Оказание помощи травматологическим больным на догоспитальном этапе: ошибки и осложнения

Баратов А.Б., Шукруллаев А.Р., Ярлакабов Ж.Т., Рахматов М.Б., Камолов Ё.О.
Джизакский филиал РНЦЭМП

В связи с увеличением количества транспортных средств, развитием роста производства, урбанизацией населения закономерно увеличилась частота травматизма, в том числе массового характера. В связи с этим организация и оказание экстренной помощи при массовом поступлении, а также качество и быстрота оказания мед. помощи на догоспитальном этапе приобретает особую актуальность. При всех видах травм выздоровление, инвалидность или летальность зависят от тяжести травмы, оказания первой помощи, а также времени и пути доставки в стационар и квалификации специалистов.

Снижение ОЦК (вследствие внутреннего и наружного кровотечения), несоблюдение правил транспортировки и иммобилизации, неправильные методы обезболивания и лечения в различных периодах травмы создают своеобразную повышенную готовность к травматическому шоку. В условиях работы филиалов РНЦЭМП разработана тактика ведения пострадавших.

Непосредственно на месте происшествия необходимо вынести больного, при массовости произвести сортировку больных, очистить при необходимости верхние дыхательные пути.

На догоспитальном этапе объём медицинской помощи включает раннее выполнение лечебных мероприятий, направленных на остановку наружного кровотечения с наложением асептических повязок, иммобилизацию травмированных конечностей, обезболивание и своевременную правиль-

Выводы. 1. Организация ОЭМП позволяет оптимизировать деятельность с возможным увеличением входящего потока на 26-27%. 2. Деятельность ОЭМП характеризуется снижением времени диагностического этапа для больных хирургического профиля с 102 до 82 минут. 3. Максимальное снижение среднего времени наблюдается в группе пациентов в тяжелом и среднетяжелом состоянии за счет оптимизации диагностики (на 18,7 % - с 92 до 73 мин).

ную транспортировку больных, включая попутный транспорт.

Немаловажная роль отводится скорости оказания помощи на месте и времени доставки пострадавших в лечебное учреждение. Эта напрямую зависит не только от квалификации мед. персонала, но и от подготовленности и опытности шоферов машин скорой помощи. Знание маршрутов передвижения, которые разрабатываются заранее, позволяет как можно раньше доставить пострадавших в лечебное учреждение. Следует отметить, что при ДТП, кататравмах и промышленных травмах 85% больные доставляются самотеком и зачастую без оказания первой медицинской помощи иммобилизации.

В 2005 – 2010 гг. в Джизакский филиал РНЦЭМП обратились 2010 больных с различными травмами, из них 1350 мужчин (64,2%), 445 женщин (35,8%), 165 детей. Самотеком поступили 1600 (79,6%) больных, по линии скорой помощи – 410 (19,4%). Больные, поступившие самотеком, труднее поддавались коррекции. Тяжесть шока, возникающие осложнения в виде СЖЭ, ТЭЛА в основном возникали у больных, поступивших без иммобилизации, или у больных, которым оказание помощи было произведено в более поздние сроки в связи с осложненным состоянием или поздним обращением в стационар.

Таким образом, квалифицированная, качественная помощь больным на догоспитальном этапе имеет большое значение в исходах травмы.

К вопросу лечения варикотромбофлебита в условиях Южного Приаралья

Болтаев Д.Э., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Варикотромбофлебит (ВТФ) является самым распространенным острым сосудистым заболеванием, по поводу которого пациенты обращаются в поликлиники и госпитализируются в различные хирургические стационары. Варикозные вены

представляют собой особо «благоприятную почву» для развития тромбоза, так как изменения сосудистой стенки и замедление кровотока служат важнейшими причинами тромбообразования.

Провоцируют тромбообразование в подкожных

венах те же факторы, которые ведут к развитию тромбоза глубоких вен: оперативные вмешательства, особенно на нижних конечностях и органах малого таза, травматические повреждения костного аппарата, послеоперационная гиподинамия, беременность и роды, злокачественные новообразования, инфекция, тромбофилии дают начало ВТФ.

Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения больных с ВТФ.

Материал и методы. Изучены истории болезни пациентов с ВТФ, поступивших в хирургическое отделение Хорезмского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с диагнозом ВТФ.

В период с 01.11.2009 по 31.04.2010 гг. с диагнозом ВТФ получили лечение 19 больных, из них 10 (52,6%) мужчин и 9 (47,4%) женщин, в возрасте от 25 до 67 лет (средний возраст 42,2±9,5 года). В большинстве случаев (76,7%) ВТФ наблюдался у лиц трудоспособного возраста от 25 до 55 лет, что указывает на социальное значение данной болезни. У 11 больных болезнь была с правой стороны, у 7 слева, у 37-летнего мужчины наблюдалась ВТФ обеих нижней конечности. У 2-х больных отмечалась сочетание ВТФ с тромбозом подколенной вены на этой же конечности.

Результаты. Всем больным проведена операция кроссэктомия, т.е. перевязана, пересечена большая подкожная вена и ее основные притоки в месте впадения в глубокие вены бедра. Операция выполняется из небольшого разреза в области

паховой складки, накладывается косметический шов, что позволяет добиться практически незаметного послеоперационного рубца. Данная операция применяется как самостоятельный вид хирургического вмешательства в лечении острого восходящего ВТФ, так и в комплексе с другими хирургическими методами, например, при микрофлебэктомии.

Почему так важно своевременное, неотложное оказание хирургической помощи больным с таким диагнозом. Несвоевременное устранение угрозы перехода тромботического процесса на глубокие вены переводит течение патологического процесса в принципиально иное состояние. Даже если у больного и не развивается тромбоэмболия легочной артерии, которая непосредственно угрожает его жизни, возникший тромбоз магистральных вен и формирующаяся в последующем посттромбофлебитическая болезнь требует сложного, дорогостоящего, длительного, иногда пожизненного лечения. Кроме того, для ВТФ характерно рецидивирующее течение. Если заболевание возникло однажды, а радикальное лечение не было предпринято, существует высокая вероятность того, что оно будет повторяться вновь и вновь.

Выводы. Таким образом, благодаря достижениям в диагностике и проведению кроссэктомии у больных с ВТФ зачастую удается достигнуть хороших результатов, улучшить качество жизни и предотвратить развитие угрожающих здоровью и жизни состояний.

Основные задачи организации медицинской помощи с неотложными состояниями на догоспитальном этапе

Болтаев Д.Э., Мадаминов А.С.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

К неотложным состояниям относятся все острые патологические процессы, обусловленные внешними или внутренними факторами и требующие экстренной диагностики и целенаправленной терапии. Неотложное состояние не может характеризоваться какими – либо конкретными сроками или отрезками времени. В зависимости от причины, вызвавшей заболевание, и индивидуальных особенностей его течения продолжительность неотложных состояний весьма различна.

Экстренная диагностика и терапия неотложных состояний стала еще более актуальной ввиду резкого увеличения их частоты.

Помощь больным с неотложными состояниями характеризуется двухэтапностью и преемственностью лечебно-диагностических мер на догоспитальном этапе и в стационаре. В нашей республике организована и функционирует система последовательной помощи больным с неотложными состояниями.

На догоспитальном этапе первая помощь оказывается врачами линейных бригад «скорой помощи», участковыми терапевтами, а в крупных городах – специализированными бригадами «скорой помощи» (реанимационными, кардиологическими, токсикологическими, терапевтическими, неврологическими и др.). Бригады должны быть оснащены аппаратурой и необходимыми средствами для проведения сердечно-легочной и церебральной реанимации, купирования астматического статуса, экстренной дезинтоксикации и профилактики отека мозга.

В последние годы все более возрастает роль санитарной авиации, которая позволяет оказывать экстренную высококвалифицированную хирургическую, нейротравматологическую, нейрохирургическую помощь заболевшим в отдаленных районах республики и обеспечить возможность быстрой транспортировки больных с неотложными состояниями в специализированные лечебные учреждения.

На догоспитальном этапе подлежат решению следующие задачи:

- выявление нарушений дыхания, кровообращения и принятие мер к их экстренной коррекции;

- в случаях, когда в данном городе специализированные отделения расположены в различных лечебных учреждениях, определение профиля госпитализации соответственно диагнозу или преобладающему синдрому;

- на основании установленного диагноза или выявления ведущего синдрома в первую очередь выделение категорий больных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи;

- проведение во время транспортировки больных необходимых экстренных мероприятий.

На догоспитальном этапе врачу непосредственно на месте оказания первой помощи за минимально короткий срок необходимо сориентироваться в обстоятельствах заболевания, собрать анамнез у больного; опросить, если это возможно, родных или близких, выяснить обстоятельства заболевания и провести обследование. В подобных условиях чрезвычайно важно четко спланировать процесс экспресс-диагностики и ограничиться минимумом неотложных лечебных мероприятий, необходимых до транспортировки в стационар.

Наиболее эффективная помощь оказывается специализированными бригадами. Эти бригады возглавляют высококвалифицированные специалисты, ориентированные в экстренной диагностике и терапии неотложных состояний различной этиологии. Учитывая разные обстоятельства, на догоспитальном этапе не всегда удается правильно диагностировать неотложные состояния. В са-

мых сложных клинических ситуациях неотложные состояния правильно устанавливаются в 70-75% случаев.

В последнее время в мировой практике высокого внимания заслуживает внедрение нового метода, способствующего улучшению экстренной помощи больным с неотложными состояниями - оказание круглосуточной консультативной помощи врачам догоспитального этапа. На центральном пульте «скорой помощи» круглосуточно дежурят высококвалифицированные специалисты (кардиолог, невропатолог, токсиколог и др.), к которым по сетевому и мобильному телефону может обратиться любой врач догоспитального этапа в неясных или сложных диагностических ситуациях и получить необходимую информацию, способствующую распознаванию причин неотложного состояния, выбору необходимых диагностических и лечебных мероприятий, а также оптимальных форм профильной госпитализации. Результативность оказываемой по телефону консультативной помощи характеризуются увеличением числа больных, госпитализируемых в ближайшие часы с момента заболевания, уменьшением числа летальных исходов в стационарах, в том числе досуточной летальности.

Вывод. Таким образом, основной задачей оказания медицинской помощи неотложных состояний на догоспитальном этапе является проведение экспресс-диагностики и оказание своевременной квалифицированной помощи, а также четкая разработка методов предупреждения диагностических, тактических и терапевтических ошибок и мер профилактики осложнений до транспортировки в стационар.

Дифференциальная диагностика острого панкреатита на догоспитальном этапе

Ботиралиев А.Ш., Раимов Г.Н., Хожиев Х.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Диагностика ургентной абдоминальной патологии, в том числе острого панкреатита, сложна не только в условиях приемной диагностического отделения, но и в условиях стационара. Иногда клинический диагноз ставится только на основании интраоперационных данных, лапароскопии или ферменто-химико-бактериологического анализа выпота из брюшной полости. Врачу приемно-диагностического отделения необходимо в экстремальных условиях, при отсутствии консультантов, поставить как можно более точный диагноз и определить тактику лечения больного. Проводить дифференциальный диагноз чаще приходится между болезнями, требующими экстренной госпитализации в стационар хирургического профиля, и патологией, которая лечится консервативно в амбулаторных условиях.

При осмотре больного с острыми болями в животе врач, кроме жалоб, анамнеза и общего статуса,

ориентируется и на локальный статус, в том числе на некоторые объективные симптомы заболевания. Диагностическая ценность специфических симптомов не одинакова.

Целью нашего исследования явилось изучение групп наиболее специфических для острого панкреатита симптомов и разработка практических рекомендаций для врачей.

В течение 4 лет нами в составе врачей приемно-диагностического отделения ФФРНЦЭМ было обслужено 800 вызовов, из которых 144 (17,49%) были по поводу заболевания органов пищеварения, а 103 (77,72%) из них требовали экстренной медицинской помощи. Острый панкреатит в структуре ургентной абдоминальной патологии занимал 2,9%. Для компоновки данных использовались карты собственного образца, в которых регистрировались данные больного, состояние органов и систем, догоспитальный и клинический диагноз.

Диагноз верифицировался по контрольным талонам к сопроводительному листу, которые возвращаются на СМП с внесенным клиническим диагнозом после выписки больного из стационара. После этого данные обработаны статистически с помощью ЭВМ.

Среди больных острым панкреатитом (обострением хронического) 50,1% пациентов были старше 50 лет, мужчины составили 69,8%. Удовлетворительное состояние отмечалось у 59% больных, среднетяжелое у 39%, тяжелое с явлениями коллапса и циркуляторного шока у 2%. Заболевание проявилось болями высокой (86,1%), средней (10,2%) и низкой (3,7%) интенсивности в эпигастриальной области, причем в 93% случаев боль иррадиировало в спину или носило опоясывающий характер. Болевой синдром у всех больных сопровождался диспепсическими явлениями, рвота наблюдалась у 70,8% больных. Артериальное давление в 45 % случаев было сниженным до 100/70 мм рт. ст. и ниже, повышение же артериального давления выше 140/90 наблюдалось у 23,5% больных. В 27,2% случаев симптом Щеткина-Блюмберга был положителен в эпигастриальной области, а в 10,9% случаев носил сомнительных характер. Симптом Керте отмечался в 64,4% случаев Мейо-Робсона в 45,4%, Воскресенского - в 74,5%, Березневского - в 39,1 %, Мюсси-Георговского - в 4,9%. У больных с выраженным

циркуляторным коллапсом на фоне ферментативно-токсического шока частым явлением были симптомы, свидетельствующие о наличии панкреативаскулярного синдрома: Мондора (91,3%), Грей-Турнера (66,6%), Лагерлефа (19,2%). О наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома у больных этой группы свидетельствовали и изменения электрокардиограммы (ЭКГ): смещение ST от изолинии (вверх в 2,1% случаев, вниз в 32,7%); снижение вольтажа, увеличение зубцов Р во 2-3 отведениях (14,6%), увеличение интервала Q-T (39%).

О наличии у больного острого панкреатита говорит интенсивность болей в эпигастрии с характерной иррадиацией, тошнота и частота рвоты, положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона и Воскресенского. Наиболее характерным признаком деструктивных форм панкреатитов, осложненных наличием панкреато-кардиоваскулярного синдрома и циркуляторного коллапса, являются симптомы Мондора, Грей-Турнера, а также характерные изменения на ЭКГ. Кроме того, ЭКГ является важным исследованием, если необходимо дифференцировать острый панкреатит от инфаркта миокарда.

Таким образом, учет наиболее важных симптомов позволяет установить диагноз острого панкреатита и выработать тактику введения больного на догоспитальном этапе.

Некоторые организационные особенности оказания помощи пострадавшим с политравмой на догоспитальном этапе

Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Характерной чертой современного травматизма является постоянное увеличение числа множественных и сочетанных травм, которые отличаются тяжелым течением, значительными сроками лечения в стационаре, высокими показателями инвалидности и летальности. Ошибки в оказании экстренных лечебных пособий в порядке первой врачебной помощи на догоспитальном этапе нередко приводят к развитию тяжелых осложнений, повторным корригирующим операциям, увеличению сроков пребывания в стационаре, а нередко - и к стойкой инвалидности. Все изложенное обуславливает необходимость выработки строгой организации оказания помощи на месте происшествия и при транспортировке в стационар.

Оказание медицинской помощи на месте происшествия не в полном объеме, транспортировка пострадавших без иммобилизации приводят к резкому ухудшению их состояния. Более 50% пострадавших с множественными и сочетанными травмами доставляются в лечебные учреждения в тяжелом и критическом состоянии, при этом более чем у 73% из них регистрируется травматиче-

ский шок различной степени тяжести. Важную роль в исходах лечения этого контингента пострадавших играет раннее оказание неотложной медицинской помощи в необходимом объеме на догоспитальном этапе. Отсюда всему медперсоналу скорой помощи необходимо четко знать порядок, организацию и объем лечебных пособий пострадавшим с политравмой на месте происшествия и при транспортировке их в лечебное учреждение.

На основе изучения медицинской документации нами проведен анализ оказания помощи больным с механическими повреждениями. Изучены данные за период с 2005 – 2010 гг., всего обратились 76869 чел., с повреждением ОДА – 38142 (49,6%), черепа – 16778 (38,4%) и челюстно-лицевой области – 9237 (12%). Из них госпитализированы 28740 (37,4%), 45930 больным оказана амбулаторная помощь. При изучении каналов госпитализации больных в центр отмечено, что по линии СМП доставлен 12541 (16,3%) больной, из них 4738 с повреждениями ОДА, 7312 с нейротравмами и 491 больных с травмой ЧЛО. Основным контингентом больных с политравмой обращается

самотеком – 55500 чел., объем оказания помощи при этом остается минимальным, на уровне само и взаимопомощи. В связи с этим считаем необходимым остановиться на некоторых аспектах оказания помощи больным с политравмой на догоспитальном этапе.

Эффективность оказания помощи зависит от информированности медицинского персонала о возможных видах повреждений у больных с политравмой. Простейшую классификацию политравм, наиболее приемлемую для практического использования врачами скорой помощи на догоспитальном этапе, можно представить в следующем виде.

I. Множественные переломы костей (открытые и закрытые) без нарушения целостности полостей тела человека и находящихся в них органов.

II. Сочетанные повреждения организма, основными из которых могут быть следующие:

- закрытые или открытые повреждения черепа и головного мозга, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - груди, живота, позвоночника, таза, конечностей);
- закрытые или открытые повреждения груди, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - черепа и головного мозга, живота, позвоночника, таза, конечностей);
- закрытые или открытые повреждения живота, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - черепа и головного мозга, груди, позвоночника, таза, конечностей);
- закрытые или открытые повреждения позвоночника, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - черепа и головного мозга, груди, живота, таза, конечностей);
- закрытые или открытые повреждения таза, сочетающиеся с открытыми или закрытыми травмами других отделов (одного или нескольких - черепа и головного мозга, груди, живота, таза, конечностей).

При оказании помощи данному контингенту больным должен учитываться тот факт, что при политравме развивается сложное многокомпонентное повреждение организма как единого целого. Оно сопровождается тяжелым общим состоянием. Некоторые нарушения жизненно важных функций представляют прямую угрозу жизни пострадавших и требуют немедленного проведения экстренной медицинской помощи. Отсюда у пострадавших с политравмами на догоспитальном этапе, прежде всего, проводится экстренная посиндромная диагностика, направленная на выявление, а затем и немедленное устранение угрожающих жизни синдромов, последовательность выполнения диагностических мероприятий должна быть сугубо индивидуальной, в за-

висимости от локализации доминирующего, наиболее опасного для жизни повреждения. Быстрому распознаванию и выявлению опасных для жизни синдромов способствует обследование пострадавших в следующей последовательности. Прежде всего, необходимо выяснить у пострадавшего или сопровождающих его лиц механизм получения политравмы, оценить ее характер с тем, чтобы сделать заключение о возможной локализации повреждений и их тяжести. Затем следует немедленно приступить к осмотру и обследованию пострадавшего.

Для этого необходимо при выявлении синдромов и состояний, угрожающих жизни пострадавшего, применить соответствующие экстренные лечебные пособия: при обильном наружном кровотечении - применение показанных способов его временной остановки; при наличии признаков клинической смерти или подозрении на нее - проведение ИВЛ и наружного массажа сердца; при признаках нарастающей внутричерепной гипертензии - все доступные лечебные мероприятия, направленные на ее снижение; при резком нарушении дыхания - обследование и освобождение верхних дыхательных путей (интубация, реже крико-, конико-, трахеотомия); при выявлении угрожающих жизни повреждений грудной клетки и ее органов (обструкции трахеи инородным телом, тотального гемоторакса, открытого и клапанного пневмотораксов, эмфиземы средостения, ушиба или тампонады сердца) - проведение соответствующих экстренных терапевтических пособий для устранения этих опасных для жизни состояний; при синдроме острой кровопотери (тахикардия, падение систолического артериального давления, возрастание величины индекса шока выше 1,0) - экстренное проведение инфузионной терапии, при необходимости в две вены; при признаках открытой или закрытой травмы живота (позвочника или таза) - немедленная госпитализация пострадавшего в дежурный хирургический стационар; при наличии клинических признаков переломов длинных трубчатых костей и вывихов - проведение транспортной иммобилизации. После ликвидации угрожающих жизни синдромов остальные мероприятия по обследованию и лечению пострадавшего следует осуществлять в процессе его транспортировки в стационар.

Выполнение мероприятий по экстренной диагностике и оказанию неотложной помощи завершается определением профиля ближайшего стационара, в который должен быть помещен пострадавший. Этот вопрос решается врачом скорой помощи, оказывающим пособие, совместно с ответственным дежурным врачом службы скорой медицинской помощи. С учетом организации РНЦЭМП и его областных филиалов и субфилиалов, практически удалось решить проблему госпитализации больных с политравмой. Объем оказания неотложной помощи и этапы лечения строго регламентированы стандартами и алгоритмами.

Таким образом, овладение теоретическими и практическими навыками при организации оказания помощи пострадавшим с политравмой, позво-

лят улучшить результаты лечения, снизить риск развития всевозможных осложнений и летальности у данного контингента больных.

Улучшение качества экстренной медицинской помощи гинекологическим больным на догоспитальном этапе

Вохидов У.Ю., Султанов У.У., Хусанова И.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Одной из приоритетных задач медицинских работников, в частности акушеров-гинекологов, является охрана здоровья женщин репродуктивного возраста, своевременное выявление, оказание квалифицированной врачебной помощи на догоспитальном этапе. Часто объем оказываемой помощи на прямую зависит от времени госпитализации.

Увеличение числа больных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, диктует повышения знаний в области акушерства и гинекологии. В 2001-2009 гг. на станции скорой помощи Кф РНЦЭМП зарегистрированы 16385 вызовов к больным с гинекологическими заболеваниями в возрасте от 15 до 60 лет. Женщины фертильного возраста составили 77%. Среди острых гинекологических заболеваний преобладали воспалительные процессы придатков матки (35%), маточные кровотечения различного генеза (31%), угрозы выкидыша в I половине беременности (13%) и др. Госпитализированы 6144 (37,4%) больных.

С целью повышения эффективности работы скорой медицинской помощи предлагаем свои рекомендации: повышение знаний медработников в области акушерства и гинекологии; улучшение качества об-

служивания женщин фертильного возраста; дифференцированная, своевременная адекватная реакция и внимательный подход к любому экстренному вызову; повышение обращаемости самого населения; повышение культурного уровня населения (в отношении патологии половых органов); организация специализированных акушерско-гинекологических бригад скорой медицинской помощи (если их нет), обслуживающих женщин репродуктивного возраста; разработка стандартов оказания ЭМП при острых гинекологических заболеваниях на догоспитальном; обеспечение бригад скорой медицинской помощи специальными укладками для оказания ЭМП на догоспитальном этапе при острых и жизнеугрожающих состояниях в акушерской и гинекологической практике; подготовка кадров в центрах и филиалах центров для работы в специализированных акушерско-гинекологических бригадах СМП.

Вывод. Улучшение материально-технической базы станции скорой медицинской помощи и повышение специальных знаний по гинекологическим заболеваниям сотрудниками скорой медицинской помощи способствуют повышению эффективности медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Синдром острой головной боли: диагностическая и лечебная тактика на догоспитальном этапе

Гафуров Б.Г., Арифджанов Ш.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Боль является одним из ведущих симптомов, заставляющих больного экстренно обращаться за медицинской помощью. Среди многообразных форм болевых синдромов наиболее важное место занимает синдром головной боли. По данным многочисленных эпидемиологических исследований и данных телефонных опросов, более 90% населения жалуются на головную боль или испытывали её в недавнем прошлом. Поэтому головная боль – один из ведущих поводов для вызова врача скорой медицинской помощи.

Современная Международная классификация головных болей выделяет 13 групп, каждая из которых содержит ряд клинических форм, общая численность которых достигает более 100. Всё это

создаёт сложности в диагностике и выборе правильной лечебной тактики, особенно на догоспитальном этапе, а также требует от врача службы экстренной помощи знаний и опыта в этой области. Следует отметить, что в целом ряде случаев синдром острой головной боли не требует госпитализации и позволяет ограничиться амбулаторной помощью. Однако немало ситуаций, которые заслуживают серьёзного внимания и детального обследования.

Клиническая рубрификация головных болей, по которой 13 групп головных болей из Международной классификации в свою очередь объединяются в две большие группы: 1) первичные головные боли и 2) вторичные головные боли. В пер-

вую входят всего три клинические группы – мигрени, головные боли напряжения и кластерные цефалгии, но на долю этих форм приходится почти 95% случаев головных болей, встречающихся в клинической практике. Остальные десять групп, на долю которых приходится только 5% случаев головных болей, составляют симптоматические головные боли при различных физиологических и патологических состояниях. Однако среди именно этой группы больных встречаются пациенты с потенциально опасными заболеваниями, такими как кровоизлияние в мозг, аневризмы, опухоли мозга и др. Отсюда следует, что от врача экстренной службы на догоспитальном этапе требуется прежде всего умение отличить первичные формы головных болей от вторичных.

Первичные головные боли (мигрень, головная боль напряжения, кластерная цефалгия) имеют четкие клинические диагностические критерии, которые приводятся в Международной классификации. Прежде всего, это само-

стоятельные хронические заболевания, поэтому большое значение имеет наличие в анамнезе подобных стереотипных болей и ранее. В частности, для позитивной диагностики мигрени критерием является наличие в анамнезе не менее 5 цефалгических атак. Первичные головные боли имеют характерную клинику, включающую, помимо самой боли, ряд сопутствующих симптомов, в том числе эмоциональные и вегетативные нарушения. Вторичная головная боль – это часто впервые возникшее острое состояние, требующее детального клинико-инструментального обследования в стационарных условиях.

Таким образом, в практике экстренной медицины соблюдение правильной диагностической и лечебной тактики при синдроме головной боли на догоспитальном этапе требует определённого опыта и знаний. Это следует учитывать в учебных программах подготовки врачей службы экстренной медицинской помощи.

Некоторые проблемы дифференциальной диагностики клинической формы инсульта на догоспитальном этапе

Гафуров Б.Г., Пулатов С.С., Зупарова Л.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Проблема дифференциальной диагностики ишемического и геморрагического инсультов на догоспитальном этапе имеет важное значение как для оказания правильной неотложной помощи, так и планирования и оперативного решения вопросов консервативной или хирургической тактики лечения. Существуют «классические», популярные у начинающих врачей-неврологов и интернистов дифференциально-диагностические таблицы, которые публикуются практически в каждом учебном пособии в разделе, посвящённом инсульту. Однако практика показывает, что, опираясь на эти критерии, не всегда можно правильно дифференцировать церебральную геморрагию от ишемического инсульта с момента развития заболевания. С появлением методов КТ и МРТ это стало ещё более очевидным. Вместе с тем возможность нейровизуализационной верификации позволяет на современном этапе совершенствовать и уточнять клинические критерии дифференциальной диагностики ишемического и геморрагического инсультов на догоспитальном этапе.

Клинический опыт показывает, что чаще всего ошибки в диагностике клинической формы инсульта связаны с пожилым возрастом пациентов. Геморрагический инсульт в старшем возрасте протекает часто атипично и клинически сходен с ишемическим. Что касается «классических» дифференциально-диагностических признаков, то

они «работают» в основном у пациентов молодого возраста.

На протяжении 2005-2008 гг. мы провели анализ правильности диагностики клинической формы инсульта на догоспитальном этапе у 138 больных, доставленных в приёмное отделение РНЦЭМП, которым по клиническим данным был установлен диагноз «геморрагический инсульт». В дальнейшем у всех больных правильность диагноза была проконтролирована на КТ. Больные при обработке материала по возрастному признаку были разделены на 2 группы: 1-я – до 60 лет – 59 больных; 2-я – старше 70 лет – 39 пациентов (из анализа была исключена промежуточная возрастная группа 60-70 лет). Результаты показали, что в 1-й группе правильный диагноз врачам «скорой» и (или) в приёмном покое был установлен 57 (96,6%) больных, тогда как во 2-й группе диагноз церебральной геморрагии был определён правильно у 25 (64,1%). У остальных случаях он звучал как «ишемический инсульт» или оставался до проведения КТ неуточненным и формулировался обобщённо (ОНМК).

Мы тщательно сопоставили анамнестические и клинические признаки заболевания в обеих группах и установили, что в старшей группе больных достоверно чаще геморрагический инсульт протекает без выраженных нарушений сознания, достоверно реже наблюдаются судорожный синдром и менингеальные явления в виде ригидности мышц

затылка и симптома Кернига, реже наблюдается пирогенная реакция на инсульт, вторичный стволовой синдром и вегетативные нарушения. КТ исследования показали, что это связано с меньшим объёмом геморрагии у пожилых и более редким прорывом её в ликворные пространства, а самое главное – меньшей выраженностью отёка мозга, что обусловлено наличием в пожилом возрасте «резервных пространств» в мозгу за счет исходной атрофии. Вместе с тем мы выявили «триаду» клинических признаков, которые оказа-

лись абсолютно характерными для обеих групп больных: это психомоторное возбуждение, скуловой рефлекс Бехтерева и окуломенингеальный рефлекс.

Выявленные нами различия и особенности следует учитывать при проведении дифференциальной диагностики ишемических и геморрагических инсультов на догоспитальном этапе в возрастном аспекте. При этом особое внимание рекомендуем уделять вышеописанной клинической «триаде» признаков.

Современная тактика базисной терапии инсульта на догоспитальном этапе

Гафуров Б.Г., Арифджанов Ш.Х., Мубараков Ш.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

В течение последних двух десятилетий, благодаря внедрению в клиническую практику нейровизуализационных методов исследования, представления о этиопатогенезе мозговых инсультов значительно продвинулись вперёд. Стало ясно, что очаг некроза в мозге при ишемическом инсульте формируется не сразу, этот процесс начинается спустя 3-6 часов. В течение этого времени в ишемизированной зоне протекает сложный патофизиохимический процесс, получавший название «ишемического каскада». Временной период от начала первых клинических проявлений до начала формирования очага условно называется «терапевтическое окно». Это период, в течение которого путем правильной лечебной тактики можно в значительной степени сократить объём некроза и апоптоза мозговой ткани и улучшить витальный и неврологический прогноз, а также значительно повысить эффективность процедур по экстренной реканализации мозговых сосудов в случае их тромбоза (тромболизис, тромбэкстракция и др.). Причём концепция «терапевтического окна» справедлива и для геморрагического инсульта, поскольку в его патогенезе также большую роль играет вторичная ишемия мозга.

В плане «спасения» мозга от ишемии на догоспитальном этапе важнейшее значение имеют: а) правильная лечебная тактика в отношении коррекции АД; б) адекватная коррекция внутричерепного давления; в) борьба с гипертермией; г) борьба с судорожным синдромом и психомоторным возбуждением; д) нейропротекция.

При инсульте процесс ишемии, обусловленный падением перфузии мозга, тесно связан с уровнем АД и внутричерепного давления. Дело в том, что, согласно концепции Монро-Келли, выдвинутой ещё в конце XIX века, распределение содержимого черепной коробки (кровь – мозговое вещество – ликвор), взятое за 100%, в норме распределено в пропорции 10% - 80% - 10%. Из-за жесткости че-

репной коробки при увеличении объёма любого из этих трёх компонентов должен уменьшаться объём двух остальных. В реальной ситуации при отёке мозга страдает всегда приток крови, то есть перфузия мозга. Церебральное перфузионное давление равно среднему АД минус внутричерепное давление. Следовательно, для того, чтобы поддерживать церебральное перфузионное давление на адекватном уровне, нельзя значительно снижать АД и поддерживать систолическое АД на уровне 190-200 мм рт. ст. при диастолическом до 100-110. При этом следует активно бороться с отёком мозга путём введения глюкокортикоидов (дексаметазон) и осмодиуретиков (маннит). Гипертермия приводит к нарушению микроциркуляции и усугубляет ишемию, поэтому важно на догоспитальном этапе бороться с ней путём назначения литических смесей. Возбуждение и судорожный синдром создают риск геморрагической трансформации ишемического очага. Купировать их целесообразно назначением диазепама, тем более что это способствует увеличению толерантности мозга к гипоксии.

Особо следует остановиться на нейропротекции, поскольку после долгих споров и возражений данный метод наконец признан как эффективный и доказанный ведущими учёными и практиками во многих странах мира, включая США. Многочисленные фундаментальные и клинические исследования показывают, что эффективная нейропротекция оказывает тормозящее влияние на основные звенья «ишемического каскада» и способна при применении в период «терапевтического окна» существенно ограничить зону некроза. В настоящее время нейропротекция вошла в стандарты базисной терапии инсульта, начиная с догоспитального этапа, а среди препаратов наиболее эффективными признаны церебролизин, кортексин, актовегин и цераксон. В частности, нами накоплен большой опыт использования кортексина и церебролизина.

Опыт обучения персонала службы скорой медицинской помощи алгоритмам и стандартам оказания помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях

Горяинов М.И.

НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе,
научно-методический отдел организации скорой помощи, Санкт Петербург

Обучение врачей станций и отделений скорой медицинской помощи (СМП) из различных субъектов России методам лечения пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях с сочетанной травмой в ГУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе» проводилось в рамках реализации положений федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах», расширенного национального проекта «Здоровье», постановлений Правительства РФ № 1013 от 29.12.2007 г. и № 198 от 10.03.2009 г.

Всего за 2008-2009 гг. в ГУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе» подготовлен 171 специалист СМП из одиннадцати субъектов РФ на цикле тематического усовершенствования «Алгоритмы и стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим вследствие ДТП». Из них: 28 (16,37%) – фельдшеры выездных бригад, 98 (57,31%) – врачи выездных бригад СМП, 19 (11,11%) – врачи специализированных бригад СМП, 10 (5,85%) – врачи анестезиологи-реаниматологи, 11 (6,43%) – руководящий состав СМП, 2 (1,17%) – руководители территориальных центров медицины катастроф.

Таким образом, большая часть обученных (73,68%) представлена специалистами выездных врачебных и фельдшерских бригад и только 11,11% - врачами специализированных бригад. Такая тактика при отборе специалистов для обучения органами управления здравоохранением субъектов РФ представляется нерациональной в связи с тем, что в настоящее время признано рациональным более широкое использование специализированных бригад СМП, либо свидетельствует об отсутствии достаточного количества персонала специализированных бригад в субъектах. Явно недостаточен охват подготовкой руководящего состава территориальных центров медицины катастроф, которые должны выступать на местах проводниками новых организационных технологий организации оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП.

В 2008-2009 гг. две трети специалистов, посланных для тематического усовершенствования, имели стаж более 20 лет. Это свидетельствует о

важности, которую руководители органов управления здравоохранением субъектов РФ придают проблематике оказания помощи пострадавшим в ДТП. С другой стороны, тот факт, что почти одна треть обученных имеет профессиональный стаж более 25 лет, настораживает. Имеется ли в службе СМП субъектов РФ достаточное количество молодых перспективных высококвалифицированных специалистов?

За два прошедших года более 50% специалистов СМП были направлены на учебу из Ленинградской области и Удмуртской Республики (всего специалисты были направлены на учебу из 11 субъектов Российской Федерации). В качестве учебной базы были задействованы ГУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе» и СПб МАПО. Лекции и семинары проводились в современных, оборудованных всеми необходимыми техническими средствами обучения лекционных залах и учебных классах. Практические занятия проводились в клинических и реаниматологических палатах у постели больных, в перевязочных, противошоковой, операционных в клинических отделениях и отделении скорой медицинской помощи СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе. К услугам слушателей была предоставлена библиотеки и компьютерные базы, доступ в Интернет. В период лекций и семинаров на обзорном экране аудитории в режиме реального времени воспроизводилась обстановка в отделении СМП и противошоковой палате. В это же время на демонстрационном экране представлялись учебные материалы. Слушателям была предоставлена возможность получить большое количество лекционной информации в электронном виде, скопировав ее на различные типы носителей (флэш-накопители, CD- или DVD- диски) они могли также приобрести учебно-методическую и медицинскую литературу, опубликованную сотрудниками МАПО и СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. В результате обучения в субъекты РФ ушла большая группа высококвалифицированных специалистов, освоивших современные организационные технологии, а также алгоритмы и стандарты оказания помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

Усовершенствования системы медицинского обеспечения при множественных и сочетанных травмах на догоспитальном этапе

Давлатов Б.Н., Пахмурин И.Р., Мамаджанов Х.Х., Хананияев Ф.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Известно, что основной тенденцией в изменении структуры травматизма на современном этапе является увеличение удельного веса тяжелых, преимущественно множественных и сочетанных травм (МСТ).

Несмотря на оказание своевременной квалифицированной и специализированной медицинской помощи при МСТ, проблема объективной диагностики и лечения сохраняет актуальность в течение всего периода развития учения о травматической болезни. Клинически и морфологически травматические повреждения при МСТ характеризуются повреждениями тканевых структур и органов на значительном удалении от места воздействия механической энергии, значительной кровопотерей и постгеморрагической анемией, развитием травматического эндотоксикоза, летальность в несколько раз превышает соответствующие показатели при изолированной травме. Отмечая значительную тяжесть пострадавших с МСТ, многие авторы подчёркивают недостаточную разработку организационных принципов оказания им помощи, а также объективные трудности диагностики и лечения таких повреждений, прежде всего, на этапах оказания медицинской помощи.

Настоящее сообщение посвящено анализу оказания помощи на этапах медицинской помощи больным с МСТ, проведенный по материалам Андижанского филиала РНЦЭМП, служб «03» и «САС», а также бюро СМЭ Андижанской области за период с 2000 по 2009 гг.

Благодаря выборочным исследованиям был выявлен ряд существенных недостатков в организации догоспитальной помощи больным с МСТ. Наибольшее число ошибок касалось несвоевременного оказания помощи, неправильной транспортировки, необоснованной тактики лечения, ошибок в диагностике и т.п., что приводило к ухудшению состояния больных, развитию опасных для жизни осложнений, несмотря на применение современных методов лечения на последующих этапах. На примере 2006 умерших установлено, что смерть вследствие механической травмы возникла у 950 (47,4%) пострадавших, причём подавляющее большинство из них составляли пострадавшие с МСТ, из которых 700 человек (73,7%) умерли на месте происшествия или во время транспортировки в лечебное учреждение. У части из них повреждения были несовместимы с жизнью, в ряде же случаев требовались мероприятия по оказанию первой помощи. К сожалению, этот раздел не освещён в актах судебно-медицинских вскрытий, не рассматриваются профилактические мероприятия, в которых важное место занимают доврачебная по-

мощь, а также транспортировка с места происшествия попутным и специальным транспортом.

Довольно высокие показатели летальности и осложнений убедили нас в необходимости осветить вопросы тактики лечения на этапах медицинской помощи, путем разработки алгоритмов последовательности проведения диагностических мероприятий и лечебных пособий на догоспитальном этапе у больных с МСТ.

С целью оценки результатов оказываемой помощи у больных с МСТ проанализированы клинические картины таких жизнеугрожающих состояний, как ОДН, шок и острая кровопотеря. Сравнительный анализ осуществлен по таким критериям, как определение жизнеугрожающих состояний, диагностика повреждений и лечебная тактика у больных с различными видами МСТ.

Наблюдения показали, что жизнеугрожающие состояния чаще всего диагностируются при следующих повреждениях:

- множественные и сочетанные повреждения – до 80%;
- повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства – до 76,2%;
- черепно-мозговая травма – 43,3%;
- переломы костей таза и конечностей – до 35%.

Разработка алгоритмов и последующее их внедрение дополнительно было предопределено тем, что диагностические, тактические ошибки и незнание современных методов профилактики и лечения осложнений на догоспитальном этапе нередко приводят к состояниям, которые часто невозможно компенсировать в стационаре даже при самых интенсивных мероприятиях. В свете этого знание клинических проявлений различных повреждений, особенно при МСТ, позволяет выявить их без особого труда, а помощь оказывается с использованием подручных средств.

Несмотря на то, что само- и взаимопомощь при большинстве изолированных травм является достаточной, при МСТ она не заменяет соответствующую медицинскую помощь, а является лишь временным облегчением состояния пострадавшего. Пострадавшим с МСТ должна своевременно оказываться профессиональная медицинская помощь, поэтому нами разработан алгоритм оказания первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи при жизнеугрожающих состояниях и МСТ с различными сочетаниями внепозвоночных травм.

Таким образом, не устранённые во время асфиксия, гипоксия, болевые импульсы, не остановленное кровотечение на этапе догоспитальной

помощи приводят к развитию шокового состояния, обеспечивая фатальность исхода травм, поэтому главной задачей экстренной диагностики при МСТ является выявление жизнеугрожающих

состояний, которые требуют начала интенсивного комплексного лечения в течение первого "золотого часа", что обеспечивает перспективы благоприятного исхода травм.

Алгоритм оказания помощи на догоспитальном этапе при неотложных состояниях у больных с множественными и сочетанными травмами

Давлатов Б.Н., Пахмуринов И.Р., Матмусаев Х.Т., Исаков Б.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Терапия первых часов после повреждений основана на последовательности действий, predetermined алгоритмами помощи, которые в дальнейшем могут оказать определяющее влияние на прогноз и исход множественной и сочетанной травмы (МСТ). Целесообразность использования упрощённых подходов к оказанию помощи пострадавшим с МСТ позволяют сэкономить время, не упустить важные последовательные действия, выполнение которых обязательно при оказании догоспитальной помощи (ДГП).

В повседневную рабочую практику станций службы «03» и САС, бригад быстрого реагирования и приёмных отделений АФРНЦЭМП, а так же его 17 субфилиалов, широко внедрен алгоритм оказания ДГП при неотложных состояниях у больных с множественными и сочетанными травмами, который включает:

- поддержание функций дыхания и сердечной деятельности. Главнейшей целью этой помощи является восстановление дыхательной и сердечной деятельности. В связи с этим полезно ориентироваться на последовательность этапов оживления, изложенную П. Сафаром, который сформулировал «правило ABC»;

- остановка кровотечения. Непосредственное надавливание на точку истечения крови, подъём конечности при отсутствии подозрений на наличие перелома. Если непосредственное надавливание неэффективно, при остановке кровотечения возможно применение шин, эффективных при открытых переломах. Последним методом выбора является наложение жгута;

- иммобилизация повреждений. Следующим звеном в комплексе противошоковых мероприятий при МСТ является обеспечение правильной транспортировки и транспортной иммобилизации. Нами внедрено использование «длинных спинных досок», которые могут быть востребованы, помимо использования на станциях «Скорой помощи», в поликлиниках, медицинских пунктах и других лечебных учреждениях, для оказания помощи и последующей транспортировки больных с повреждением верхних и нижних конечностей, черепа, позвоночника, грудной клетки и таза.

Опыт оказания помощи при массовом поступлении больных с различными травмами позволило широко внедрить и использовать такие типы

шин как:

- жёсткие шины (деревянные шины со смягчающим слоем, картонные шины), гибкие и лестничные шины - предназначены для иммобилизации переломов конечностей с повреждением диафизов длинных костей предплечья и голени;

- тракционные шины, так называемые альфа-шины - предназначены для стабилизации переломов или при подозрении на наличие переломов средней трети бедра;

- импровизированные шины - в экстренных ситуациях при большом количестве пострадавших, в условиях нехватки или отсутствия специализированных шин, где в качестве шинирующего материала для иммобилизации использованы, например, картонные коробки, подушка, книга и др.

В качестве средств транспортной иммобилизации внедрены методики иммобилизации шейных позвонков различными типами головодержателей, которыми оснащена каждая машина СМП. Тем не менее, необходимо помнить, что иммобилизация костно-мышечных повреждений проводится только после коррекции угрожающих жизни состояний, исключение составляет только фиксация шейных позвонков головодержателями;

- обезболивание. С целью купирования боли и пролонгированного действия анальгетика у больных с МСТ осуществлялось методом регионарного (чрескожного) пути введения. Кроме того, на этапах помощи пострадавшим с МСТП выполнялись следующие виды обезболивания:

- местное обезболивание (торможение периферических звеньев болевых анализаторов): 1) нейинъекционная: локальная гипотермия; контактная анестезия, 2) инъекционная: инфильтрационная; области перелома;

- регионарное обезболивание (блокада нервных путей между их периферическими и центральными отделами): 1) проводниковая, 2) анестезия нервных сплетений и нервных узлов, 3) внутривенная и внутрикостная, 4) спинномозговая и эпидуральная;

Центральное обезболивание (общее) 1) мононаркоз: ингаляционный или нейнгаляционный; 2) нейрорептаналгезия, 3) комбинированный эндотрахеальный наркоз;

- терапия, направленная на нормализацию ОЦК. Этот вид лечения является патогенетическим и выходит на первое место по значимости в

комплексном лечении шока. У пострадавших с МСТ это место занимают мероприятия по нормализации показателей ОЦК, где основная роль отводится инфузионно-трансфузионной терапии. С целью коррекции ОЦК широко применяют кристаллоидные и коллоидные растворы.

Таким образом, быстротечность развития

патологических процессов при неотложных состояниях на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи диктует необходимость разработки и использования эффективных методов ранней диагностики и лечения применительно к условиям ЭМП на этом этапе медицинской помощи.

Множественная и сочетанная травма: приоритеты госпитализации

Давлатов Б.Н., Кулдашев К.А., Исаков Б.М., Хананияев Ф.Р.

Андижанский филиал РНЦЭМП

По данным литературы, черепно-мозговая травма является постоянным слагаемым сочетанной травмы (до 89,4% случаев), из них позвоночно - спинномозговые травмы (ПСМТ) в сочетании с ЧМТ встречаются в 4-13,9% случаев, достигая при кататравмах 17,2% у 10,1% пострадавших с сочетанной травмой доминирующей является травма ОДА.

Под наблюдением находились 184 пострадавших ЧМТ различной степени тяжести, сочетанной с различными травмами опорно-двигательного аппарата и ПСМТ. Возраст - от 16 до 76 лет, мужчин и женщин было поровну.

При выборе профильного отделения для госпитализации конкретного больного мы руководствовались следующими принципами:

- при сочетании повреждений ЧМТ легкой и средней тяжести + повреждения органов брюшной полости и ранения органов грудной полости - госпитализация в хирургическое или торако-сосудистое отделения АФ РНЦЭМП;

- при легкой и средней степени тяжести ЧМТ + переломы крупных трубчатых костей - госпитализация в отделение множественной и сочетанной травмы АФ РНЦЭМП;

- при тяжелой ЧМТ + легкие внечерепные повреждения - госпитализация в нейрохирургическое отделение АФ РНЦЭМП;

- при тяжелой ЧМТ на фоне диагностируемых внечерепных повреждений с признаками нарушения жизненно-важных органов и явлениями шока;

- госпитализация в отделение нейрореанимации АФ РНЦЭМП.

Выбор места госпитализации в первую очередь определялся степенью тяжести состояния больного и выраженностью внечерепных травм, наличием в центре специализированных и круглосуточных постов специалистов узкого профиля, а также оснащением центра.

Диагностика сочетанных травм имела следующие особенности:

- наличие переломов крупных сегментов конечностей осложняло топическую диагностику при неврологических исследованиях;

- отсутствие жалоб больных, находящихся в бессознательном состоянии и состоянии алкогольного опьянения, наряду с недостаточным осмотром, при выраженных нарушениях витальных функций послужили причиной более поздней диагностики переломов костей дистальных отделов конечностей.

Особенностью лечения больных с грубыми нарушениями функции жизненно важных органов, вызванными ЧМТ являлось разделение всех лечебных мероприятий и выполнение их в 3 этапа:

I этап - общепринятые реанимационные и противошоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в приемном отделении, продолженные в отделении нейрореанимации РНЦЭМП АФ;

II этап - специализированная помощь, включающая экстренные операции, объем и очередность которых зависел от преобладания тяжести повреждений головного мозга или внечерепных повреждений; лечение повреждения конечностей осуществлялись по принципу лечения одиночных травм;

III этап - дальнейшее планомерное лечение с использованием полного объема реабилитационных мероприятий.

При более легких повреждениях головного, спинного мозга и конечностей лечение проводилось в два этапа.

Выводы. 1. Снижение летальности у больных множественными и сочетанными повреждениями возможно при своевременной, квалифицированной первой медицинской помощи на догоспитальном этапе, правильной и быстрой транспортировке. 2. При хирургическом лечении множественных и сочетанных травм необходимо придерживаться принципов лечения одиночных травм.

Новые аспекты хирургической тактики при сочетанных травмах

Джалилов Р.М., Джалилов Ф.Р., Исаков Б.М., Ташланов М.М., Мукарамов О.О.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Тактика лечения при сочетанной травме, которую многие авторы объединяют понятием «политравма», остаётся наиболее сложным и до конца не решённым вопросом современной urgentной хирургии. Несмотря на оснащённость новой технологией, частота осложнений, инвалидности, летальности не имеют тенденции к снижению. По данным многих авторов, осложнения при сочетанных травмах развиваются в 30-100% случаев, а инвалидность наступает у 5-45% пострадавших. При тяжёлой сочетанной травме летальность достигает 90-100%.

Актуальность проблемы лечения сочетанных травм с каждым годом возрастает. Транспортный, бытовой травматизм сегодня по числу жертв превосходит травматических эпидемии военного времени.

Цель - анализ результатов лечения сочетанных травм у 340 больных за последние 3 года. Мужчин было 296, женщин - 44. Пострадавшие с тяжёлыми сочетанными травмами составили 15,9%. Наиболее частой причиной тяжёлых сочетанных травм явились ДТП 271 (81,3%). Чаще других встречались ЧМТ в сочетании переломами одного и более сегментов. Из них у 48 диагностированы ушиб головного мозга. Грудная клетка + повреждения ОДА - у 36, повреждение органов грудной клетки - у 16. Повреждения ОДА + органов брюшной полости - у 11 пострадавших.

Сочетание множественных переломов длинных трубчатых костей наблюдалось у 280, переломы обеих бедренных костей - у 84, обеих голени - у 76, бедра и голени - у 74, бедра и

верхних конечностей - у 66. В состоянии шока были 83 больных.

Главной стратегической целью лечения больных с тяжёлыми сочетанными травмами является сохранение жизни. Для этого необходимо ориентировочное обследование на месте происшествия, оценка тяжести повреждений, проведение новокаиновых блокад, устранение нарушения внешнего дыхания, быстрая транспортировка в специализированный центр, которым является АФ РНЦЭМП.

Из общего числа больных обследованных в стационаре в первые сутки и последующие 7 дней, прооперированы 198 больных. 142 операции проводились на второй неделе.

Из всех оперированных больных хорошие результаты получены у 148, удовлетворительные у 44 больных, неудовлетворительные результаты - у 6.

Таким образом, основным принципом лечения пострадавших с тяжёлыми сочетанными травмами является активная хирургическая тактика в отношении не только полостных повреждений, но и переломов костей с применением стабильных малотравматичных методов остеосинтеза. Выполнение раннего остеосинтеза - мощный противошоковый фактор, позволяющий активизировать пострадавшего в раннем послеоперационном периоде.

Ранняя мобилизация и активация больных являются решающим моментом в профилактике осложнений в позднем периоде травматической болезни.

План эвакуации травмированных больных при чрезвычайных ситуациях

Джалилов Р.М., Кариев Ш.Н., Тухтаев Ж.Т., Ташланов М.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

При массовых травмах при наводнениях, землетрясениях, техногенных катастрофах с множеством пострадавших на месте необходимо произвести сортировку, оказать помощь, транспортировать в ближайшее лечебное учреждение.

На место происшествия после оповещения и сбора выезжает бригада быстрого реагирования (ББР), в составе которой обязательно должны быть травматолог, хирург, торакальный хирург, реаниматолог, нейрохирург, хотя согласно приказу эти бригады должны работать в ЛПУ, куда будут доставлены пострадавшие.

На месте происшествия проводится разделение пострадавших на группы: А) легко раненые; Б) тяжелораненые; С) крайне тяжёлые.

Легкораненым помощь оказывает средний и

младший медперсонал по назначению врача хирурга-травматолога. Тяжёлым и крайне тяжёлым больным помощь оказывают хирург, травматолог, нейрохирург с последующей транспортировкой в ЛПУ с сопровождением.

На основании накопленного опыта, а также руководствуясь инструкцией при различных или иных ЧС при необходимости госпитализации в ЛПУ обязательно перепрофилизация его коечного фонда.

Задание: ЧС - наводнение в городе.

Согласно приказу, изданному местными властями с учётом сейсмологии в районе спокойствия все ЛПУ будут перепрофилированы с организацией перевязочно-операционного блока, куда из ЛПУ зоны наводнения будут эвакуированы боль-

ные.

Учитывая собственный опыт работы с учётом плана эвакуации отделения рекомендуем:

- при оповещении о наводнении всем сотрудникам отделения, находящимся на смене в дневное время (26 человек) и в ночное время (6 человек) организовать эвакуацию следующим образом: к лифту перемещать тяжёлых больных с предварительным шинированием и иммобилизацией сегментов. В два крайних лестничных выхода при помощи ухаживающих перемещать больных, которые могут ходить, при этом согласно приказу по ЛПУ задействованные машины скорой помощи, САС обеспечат перевозку в назначенные ЛПУ;

- необходимо подключить персонал приёмного покоя с каталками;

- после эвакуации больных необходима эвакуация перевязочно-операционного блока с пере-

движным оборудованием: операционный (ПХОС) хирургический полевой стол – раскладной; сухожаровый шкаф; биксы с инструментами, бельём, оборудованием, передвижным рентгеноаппаратом.

В случаях эвакуации на открытую местность производится организация по службе ЧС в палатах:

А) перевязочно-противошоковая,

Б) операционная,

С) госпитальные палатки - от 20 до 40 больных,

Д) эвакуационные палатки.

В данных подразделениях будут работать бригады быстрого реагирования по ЧС.

Руководителем ликвидации ЧС является директор центра.

В ликвидации ЧС будут задействованы отделения анестезиологии-реанимации, аптека, транспортные средства согласно приказу.

Основные принципы оказания медицинской помощи на месте происшествия пострадавшим детям с нарушением дыхания

Джалолов Р.М., Юлдашев Ш.С., Ражабов И.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Проведенные исследования и многолетний опыт показали, что транспортировать пострадавших детей с политравмой необходимо в специализированный центр, а не в районную больницу. В каждой районной больнице, куда поступают тяжело пострадавшие дети, должны быть условия для оказания неотложной помощи до прибытия специализированной бригады скорой помощи или санитарной авиации. Если оказываемая медицинская помощь в полном объеме обеспечивается в первые часы после травматического повреждения, то шанс на выживание больных значительно возрастает. В районных больницах не всегда есть детский хирург, нейрохирург, врач интенсивной терапии и детский травматолог, большинство из них не имеют необходимого оборудования для пострадавших разных возрастных групп.

Медицинская помощь пострадавшим детям должна соответствовать основным принципам реанимации при травмах. В течение первых 20 минут необходимо выполнить мероприятия по АВС (воздухопроводящие пути – дыхание – циркуляция).

При обеспечении проходимости дыхательных путей следует учитывать, что язык у детей относительно большего размера, поэтому он часто может смещаться вверх и кзади, что может привести к обструкции дыхательных путей, особенно при попытках вентиляции мешком и маской. Голосовая щель у детей расположена ближе, чем у взрослых, к ротовой полости и кпереди. Учитывая размеры мягких тканей языка и надгортанника, при интубации трахеи нужно использовать прямой клинок.

Важное значение имеет положение головы ребенка. Эту проблему легко решить, подложив подушечку-валик под затылок, при этом шея слегка разгибается, и дыхательные пути становятся лучше проходимыми. Манипулировать в шейном отделе позвоночника нужно осторожно. Если у ребенка отсутствует сознание, и никакие манипуляции не восстанавливают проходимость дыхательных путей, используют оро- или назофарингеальный воздуховод. Эндотрахеальная интубация необходима небольшому числу травмированных детей, как правило, с повреждением головного мозга. Пострадавшие в состоянии клинической смерти или комы не требуют премедикации перед интубацией. В таких случаях интубация должна быть только оротрахеальная.

У пострадавших детей обструкция верхних дыхательных путей сопровождается значительными затруднениями на вдохе с западением грудины и передней части ребер. В таких случаях сначала нужно восстановить проходимость верхних дыхательных путей, если это не удастся, то для установления механического контроля над дыханием проводят эндотрахеальную интубацию.

Аускультация над поверхностью легких помогает исключить наличие гемоторакса, пневмоторакса или сердечной тампонады. Если у ребенка обнаруживается гемо- или пневмоторакс, но его состояние стабильное и он скоро будет доставлен в лечебное учреждение, то лучше вмешательства не проводить. Если во время транспортировки появляются нарушения дыхания, признаки гипоксии или цианоза и ухудшается клиника, необ-

ходимо выполнить простые и быстрые вмешательства, направленные на повышение доставки кислорода и/или обеспечение вентиляции легких. При наличии нарастающего пневмоторакса необходимо вводить катетер по передней подмышечной или средней подмышечной линии на уровне V межреберного промежутка. В плевральное пространство необходимо проникать только над ребром. После эвакуации воздуха катетер должен быть закреплён и присоединен к однонаправленному клапану.

Оценка общего состояния пострадавших включает: определение периферического пульса, арте-

риального давления, ритма и тонов сердца, а также состояние сознания больного. Определить степень дефицита внутрисосудистого объема на догоспитальном этапе довольно сложно, поэтому необходимо ориентироваться на все вышеперечисленные параметры одновременно.

Таким образом, правильно организованная и оказанная первая медицинская помощь пострадавшим с дыхательными нарушениями на месте происшествия, т.е. на догоспитальном этапе, значительно улучшают результаты лечения и способствуют уменьшению инвалидизации пострадавших детского возраста.

Пути совершенствования оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в условиях реформирования здравоохранения

Джумабаев Э.С.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Реформирование системы здравоохранения Республики Узбекистан, определенное УП № 2107 (от 28 ноября 1998 г.), и ПП № 1114 (от 21 мая 2009 г.), подразумевает, прежде всего, непрерывное совершенствование оказания экстренной медицинской помощи и её важнейшей составляющей – догоспитального этапа.

Скорая медицинская помощь – первый этап оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим. Станции скорой медицинской помощи функционируют в режиме повседневной круглосуточной работы и при необходимости в режиме чрезвычайных ситуаций.

Объединение в единую систему служб «03», санитарной авиации и центров экстренной медицинской помощи республиканского, областного и районного уровня, с бригадами ЧС, сделали систему хорошо организованной, перманентно управляемой с сохранением преемственности между оказанием догоспитальной и госпитальной медицинской помощи.

В Андижанской области проводятся мероприятия по непрерывному совершенствованию деятельности скорой медицинской помощи. За 10-летний период работы в АФ РНЦЭМП, удалось увеличить парк санитарного транспорта «03» более чем в 2 раза. Согласно ПП № 1114, выделено 7 единиц комфортабельных автомашин Hunday и 21 единица санитарных машин Дамас. 625 водителей обеспечены униформой, 597 водителей повысили квалификацию на базе ТАДИ, санитарный автотранспорт оснащен 8 аппаратами ЭКГ, дефибрилляторами и электроотсосами. Проведены ремонтные работы по укреплению материально-технической базы гаражей и станций скорой помощи на сумму 467,4 млн сум.

Для службы «03» дополнительно выделено 47 штатных единиц врачей, 49-фельдшеров и 40-водителей. Обеспеченность автотранспортом по-

высилась на 15% и составляет 85% от норматива. Число бригад СМП возросло на 3,8% и составляет 5,69 (на 100 тыс. населения). Врачебных бригад по области – 38%, фельдшерских – 42%, педиатрических – 13% и других специализированных – 7%.

На 10% увеличилось количество выполненных вызовов (на 1000 населения), которое составляет по вилояту 166,5. Благодаря улучшению материально-технической базы уменьшилась среднесуточная нагрузка на 1 бригаду с 15,7 до 13,8. Медицинский персонал проходят непрерывное повышение квалификации на базах ТашиУВ и Андижанского медицинского института.

Вместе с тем необходимо скорейшее совершенствование оказания догоспитальной экстренной медицинской помощи. Мы видим следующие пути:

- дальнейшее улучшение материально-технического обеспечения и утверждение табельного протокола оснащения санитарного автотранспорта;
- совершенствование методов профессионального роста медицинских работников;
- внедрение новых прогрессивных технологий;
- совершенствование преемственности работы центров ЭМП и службы «03», а также ЛПУ области;
- внедрение компьютерной диспетчерской службы;
- внедрение глюкометрии, пульсоксиметрии, экспресс-диагностики инфаркта миокарда;
- разработка проекта закона о транспортировке пострадавших при ДТП исключительно бригадами скорой помощи;
- совершенствование взаимодействия с экстренными службами при ЧС.

Таким образом, повышение качества оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном уровне – непрерывный процесс, основанный на совершенствовании материально-технической базы, внедрении новых технологий, протоколов и стандартов.

Проблемы диагностики и лечения закрытой травмы грудной клетки на догоспитальном этапе

Джумабаев Э.С., Каримов Ш.Н., Гафуров З.К.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Закрытая травма грудной клетки (ЗТГК) - изолированное или комплексное повреждение костного каркаса и внутренних органов без повреждения целостности кожных покровов грудной клетки.

Травматические повреждения груди делят на:

- изолированные повреждения;
- множественные повреждения;
- сочетанные повреждения.

Особенностью ЗТГК является тяжелое течение, связанное с непосредственным влиянием травмы на органы дыхательной и сердечно – сосудистой систем, высокий уровень тяжелых форм шока, прогрессирующее усугубление тяжести состояния в связи с нарушением целостности легочной ткани и развитием пневмо- и гемоторакса и т.д.

Основным методом обследования пациентов с ЗТГК является рентгенологический, включающий полипозиционную рентгеноскопию и рентгенографию грудной клетки, при сочетанных травмах целесообразно диагностику дополнять ультразвуковым сканированием органов брюшной полости.

На догоспитальном этапе возможность проведения специальных методов диагностики и лечения ограничены временем. Основные диагностические мероприятия на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи включают:

- 1) осмотр грудной клетки для определения признаков закрытой травмы грудной клетки;
- 3) перкуссия грудной клетки для установления пневмоторакса и/или гемоторакса;
- 4) аускультация для выявления нарушения функции сердца и легких;
- 5) измерение АД и подсчет ЧСС;
- 6) подсчет ЧДД;
- 9) определение уровня сознания.

Нами анализирован опыт лечения 170 пациентов с ЗТГК, находившихся на лечении в отделении торакальной и сосудистой хирургии АФ РНЦЭМП с 2009 г. по сентябрь 2010 г., из них лиц мужского пола 130 (74,6%), женского 40 (23,6%). 143 (84,1%) пострадавших были молодого и трудоспособного возраста.

Все 170 больные обследованы согласно протоколам, принятым в АФ РНЦЭМП. Повреждение было правосторонним у 78, левосторонним у 64, двусторонним у 28.

17 пациентов госпитализированы по линии скорой медицинской помощи. Основными диагностическими критериями диагностики до госпитализации являются

- 1) локальная боль, усиливающаяся при дыхании;
- 2) ограничение дыхательных экскурсий на стороне поражения;

3) деформация контуров грудной клетки;

4) парадоксальное дыхание «реберного клапана»;

5) костная крепитация, определяемая пальпаторно над участком перелома во время дыхания;

При выявлении вышеуказанных симптомов врачами скорой помощи выставляется предварительный диагноз закрытой травмы груди и оказывается первая помощь.

Объем оказанной помощи был ограничен обезболиванием наркотическими препаратами, транспортной иммобилизацией переломов нижних конечностей и инфузией кристаллоидных растворов. 22 пациента доставлены по линии санитарной авиации, им помощь оказана торакальным хирургом в стационаре первичной госпитализации. Этим больным выполнена диагностическая пункция плевральных полостей и при необходимости установлен дренаж с подключением аппарата активной аспирации типа Плеврэвак. После проведения диагностического минимума, который включает рентгенографию в прямой проекции и УЗИ плевральных полостей, больные транспортируются специализированным транспортом в Центр.

При поступлении у 109 пациентов диагностирован пневмоторакс, гемоторакс, подкожная эмфизема, которые были обусловлены у 95 больных множественными переломами грудного каркаса, у остальных 14 - разрывами ткани легкого.

У 11 пациентов с множественными двусторонними повреждениями костных структур грудной клетки, напряженным пневмотораксом выявлено наличие пневмомедиастинума. У 5 пациентов в стационаре первичной госпитализации субфилиала РНЦЭМП выполнена медиастинотомия через шейный доступ под местной анестезией 1% раствором прокаина. Позже в филиале РНЦЭМП после полипозиционного рентгенологического исследования, контрастного исследования пищевода и фибробронхоскопии, установлена причина пневмомедиастинума. У одном пострадавшего причиной скопления воздуха в переднем средостении был надрыв мембранозной части трахеи. Специального вмешательства по поводу этой травмы не предпринимали ввиду небольших размеров дефекта, 0,5 см, в верхней трети трахеи. У остальных больных травмы органов средостения не было, и воздух в средостение мигрировал из плевральной полости.

Необходимо отметить сочетанность повреждений у 96 больных, при этом у 83 с закрытой травмой живота, у 12 - с повреждением головного, у 19 - с повреждением конечностей. На догоспитальном периоде им выполнена блокада мест переломов ребер и транспортная иммобилизация переломов конечностей.

У 83 больных лечебные мероприятия были ограничены динамическим наблюдением за пациентами с изолированными переломами костного каркаса, при этом у 38 - с множественными переломами на 2-3-и сутки появились клинорентгенологические явления гемо- и пневмоторакса, потребовавших малых оперативных вмешательств – дренирования плевральной полости.

У 57 пациентов при аоступлении в связи с наличием пневмо- и гемоторакса проведены дренажные торакостомии, с эвакуацией содержимого плевральных полостей, при этом у 17 наблюдений с обеих сторон.

Особую группу составили 9 пациентов с травматическими разрывами диафрагмы. Состояние их было тяжелым, обусловленным транспозицией органов брюшной полости в плевральную полость со сдавлением легкого и органов средостения. У 1 пациента разрыв диагностирован на месте первичного осмотра. После обезболивания наркотиками, подключения системы внутривенной инфузии кристаллоидов пострадавший был транспортирован машиной реанимационной бригады.

У всех 9 больных разрыва диафрагмы с перемещением органов брюшной полости проведены оперативные вмешательства в экстренном и отсроченном порядках, во всех случаях применялся комбинированный доступ – торакотомия + лапаротомия с низведением органов брюшной полости и пластикой диафрагмы.

Таким образом, закрытая травма грудной клет-

ки остается одной из актуальных проблем экстренной торакальной хирургии, требующей повышенного внимания при проведении обследования и лечебных мероприятий.

Исходя из опыта, рекомендуем следующий алгоритм оказания неотложной помощи при закрытой травме грудной клетки на догоспитальном этапе:

- предупреждение или ликвидацию асфиксии – очистка полости рта и носа от сгустков крови, инородных частиц;
- местная блокада зоны перелома ребер 1% раствором прокаина;
- наложение герметизирующей повязки при наличии открытого пневмоторакса или наружного клапанного пневмоторакса;
- дополнительно при наружном клапанном и обязательно при внутреннем клапанном пневмотораксе дренирование плевральной полости;
- обезболивание: 2 мл 0,005% раствора фентанила с 1 мл 0,1% раствора атропина;
- внутривенное введение кристаллоидных и коллоидных растворов с целью восполнения ОЦК;
- интубация трахеи и ИВЛ при апноэ, нарушениях ритма дыхания (ЧДД менее 12 или более 30);
- в случае остановки эффективного кровообращения – непрямой массаж сердца;
- транспортная иммобилизация (по показаниям);
- транспортировка пострадавших осуществляется в горизонтальном положении с приподнятым на 30° головным концом.

Пути совершенствования догоспитального этапа в лечении острого аппендицита

Джумабаев Э.С., Асронов Ш.Я., Хакимов В.А., Саидходжаева Д.Г., Михайлович И.Э.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Известно, что аппендицит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний. Число больных аппендицитом составляет 42% от общего числа пациентов хирургических стационаров (Арапов Д.А.). Ежегодно из каждых 250 человек 1 заболевает острым аппендицитом (Колесов В.И.). Хирургическая тактика при остром аппендиците основана на 3 законах Ю.Ю.Джанелидзе, первый из которых гласит, что любой больной которому выставлен диагноз острый аппендицит, должен быть госпитализирован в стационар. Результат лечения во многом зависит от качества и своевременности хирургического вмешательства.

В последнее время улучшается материально-техническая база в системе экстренной медицинской помощи, в том числе и скорой медицинской помощи, что привело к резкому увеличению доставки больных с диагнозом острый аппендицит с 10 - 11% до 25 – 30%. Растет опыт и квалификация врачей скорой помощи, о чем свидетельствует уменьшение числа поздних обращений.

Анализ статистических данных за первое полу-

годие 2010 г. показал, что из 648 больных, госпитализированных с диагнозом острый аппендицит, 202 (31,2%) доставлены службой скорой помощи.

У 108 (50,1%) диагностирована флегмонозная форма острого аппендицита, у 84 (40%) - катаральная форма. У 10 поступивших диагноз острого аппендицита в процессе наблюдения был исключен. Среди больных, поступивших самотеком, гангренозная форма острого аппендицита диагностирована у 68 (17,4%), аппендикулярный инфильтрат у 10 (4,4%), аппендикулярный абсцесс с прорывом в брюшную полость с развитием разлитого гнойного перитонита у 6 (2,8%).

Таким образом, что контакт больных с диагнозом острого аппендицита со службой скорой помощи включает случаи самолечения, поздней диагностики, отказа от госпитализации. Это положительно сказывается на результатах лечения, приводит к уменьшению процента гнойно-септических осложнений, сокращению срока пребывания больных в стационаре. Увеличение процента доставки, проведение санпросветработы среди населения улучшат результаты лечения острого аппендицита.

Опыт проведения длительной ИВЛ при тяжелых черепно-мозговых травмах в сочетании с поражениями грудной клетки

Джураев И.Б., Рахманов Б.А.
Навоийский филиал РНЦЭМП

В последнее время возросло количество тяжелых сочетанных травм. По данным А.А.Бородина, сочетанная черепно-мозговая травма является наиболее частой разновидностью сочетанных повреждений и встречается в 79,8-89,4% случаев, сочетание ЧМТ с травмой грудной клетки и её органов составляет 24,3%. При лечении больных с сочетанной ЧМТ и повреждениями грудной клетки часто отмечаются тяжелые осложнения и высокая летальность. Продленная искусственная вентиляция легких больным с данной патологией необходима для предотвращения гипоксии мозга, нарушения мозгового кровотока, вторичных ишемических изменений головного мозга. Аппарат для ИВЛ (VELA+) представляет собой легкий в использовании, программно управляемый аппарат с хорошими возможностями. Принципиально новый пользовательский интерфейс обеспечивает отображение графиков, петель и числовых характеристик мониторинга дыхания, максимальную гибкость применения и простоту взаимодействия с врачом.

Материал и методы. В реанимационном отделении Навоийского филиала РНЦЭМП в 2007 - 2009 гг. под наблюдением находился 291 больной с сочетанными травмами. Из них сочетание ЧМТ с повреждением грудной клетки и её органов отмечалось у 26 (8,9%). Мужчин было 17 (61%), женщин – 9 (39%). Возраст пострадавших - от 15 до 70 лет. До 50 лет было 18, старше 50 - 8. Травматический шок отмечен у 9 (34,6%) больных. Травма в алкогольном опьянении получена 14 (54%) больными, аспирация рвотными массами и кровью имело место у 11 (42,3%) больных.

В зависимости от выраженности клинических проявлений больные разделены на 3 группы. 1-я группа – 15 больных с тяжелой ЧМТ в сочетании с тяжелой травмой грудной клетки (множественные переломы ребер, разрывы легких, гемо-пневмоторакс, ушиб сердца, ушиб легких, пневмонии различной степени); 2-я группа - 7 больных с легкой и средней степенью тяжести ЧМТ в сочетании с тяжелой травмой грудной клетки (переломы ребер, ушиб легких, бронхопневмония); 3-я группа - 4 больных с тяжелой ЧМТ и легкой травмой грудной клетки.

Всем больным после госпитализации проводился мониторинг и оценка АД, ЧСС, САД, SpO₂, ЭКГ (монитор Митар-01), исследование КОС артериальной крови (аппарат Medica Easy Stat), установлен катетер в одну из центральных вен для контроля ЦВД и проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

Результаты и обсуждение. Респираторные рас-

стройства как наиболее частое осложнение сочетанной ЧМТ и травмы грудной клетки имело место у 15 (57,69%) больных. В связи с этим с целью респираторной поддержки у 6 больных проводилась неинвазивная вспомогательная вентиляция через маску в режиме NPPV A/C, NPPV SIMV, NPPV CPAP. 9 (34,6%) из 26 пострадавших, относившимся к 1-й группе, произведено экстренное оперативное вмешательство по жизненным показаниям, при состоянии по ASA IV-V. Наркоз обеспечивался оксibuтиратом натрия из расчета 70-80мг/кг, домикумом 10-15мг, анальгетический компонент - морфином 0,3-0,4мг/кг, и фентанилом в дозе 0,005мг/кг с помощью шприцевого насоса ЮСП-100. У 11 (42,3%) больных наблюдалась аспирация кровью и рвотными массами. 15 больным, находившимся в отделении реанимации, проводилась длительная ИВЛ аппаратом VELA в различных вспомогательных режимах (A/C, SIMV, Pressure AC, Pressure SIMV, CPAP). Учитывая длительность ИВЛ 6 больным с целью адекватной санации и продолжения ИВЛ на 5-6 сутки установлена трахеостомическая трубка. В режимах Pressure AC, Pressure SIMV, которые являются вспомогательными по давлению, уровень поддержки колебался от 10 до 25 см вод. ст. Всем больным проводилась небулайзерная терапия, ежедневные бронхоскопические санации. С ИВЛ снимали постепенно, с переводом в режим CPAP. У 12 больных 1- и 2-й групп осуществлялось интраплевральное обезболивание с помощью лидокаина. С целью адекватного проведения антибактериальной терапии больным с гнойными осложнениями во время санации трахеобронхального дерева взят анализ мокроты на возбудитель и чувствительность к антибиотикам. Антибиотики назначали с учетом чувствительности микрофлоры. Чувствительность наблюдалась в основном к антибиотикам 3-4 поколения цефалоспоринов (цефтриаксон, цефепим), фторхинолонов (офлоксацин, левофлоксацин). С целью поддержки энергетического баланса со 2-х суток начато зондовое кормление смесями типа Атлант, Нестле. Несмотря на проведение адекватного лечения у 5 (19%) больных отмечен неблагоприятный исход. Причиной этому послужили травмы, несовместимые с жизнью, в том числе ушиб сердца и острый инфаркт миокарда.

Вывод. Своевременный перевод на ИВЛ больных с тяжелыми ЧМТ в сочетании с травмами грудной клетки и проведение адекватной вентиляции легких и антибактериальная терапия в зависимости от чувствительности микрофлоры снизило смертность и длительность пребывания больных в реанимационном отделении.

Оказание догоспитальной помощи больным с сочетанной и политравмой

Жабборов К.С., Машарипов К.М., Нурматов И.З., Лим Е.Н.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Результаты лечения множественных повреждений зависят от транспортировки больных и методов временной фиксации и шинирования. Догоспитальная помощь (ДП) больных является неотъемлемой частью лечения повреждений. Правильное оказание помощи пострадавшим на догоспитальном этапе предупреждает прогрессирование травматического шока, кровотечения и других нежелательных последствий.

ДП пострадавшим делится на помощь парамедиками и помощь непосредственно медицинским персоналом. ДП парамедиков заключается в иммобилизации подручными средствами, временной остановке наружного кровотечения (наложение кровоостанавливающего жгута, давящей повязки, пальцевое сдавление артерии выше кровотечения) и транспортировка больных в ближайший стационар.

ДП больным с сочетанной и политравмой медицинским персоналом включает обезболивание, проведение инфузионной, гемостатической и гормонотерапии, транспортную иммобилизацию специальными шинами.

Проанализируем осложнения, приведшие к стойкой инвалидности больного вследствие неправильно оказанной помощи на догоспитальном этапе.

Больной Б. доставлен в интенсивную палату реанимационного отделения с диагнозом: Сочетанная травма. ЗЧМТ. Ушиб головного мозга средней степени. Открытый перелом костей правой голени. Парамедиками был наложен жгут из подручного материала, но не указано время наложения. Из-за этого у больного возникла стойкая ишемия правой нижней конечности, приведшая к нарушению кровообращения конечности II-III степени и инвалидности.

Больной И. поступил в клинику с диагнозом: Сочетанная травма. Ушиб грудной клетки. Закрытый раздробленный надмыщелковый перелом правой бедренной кости. Из-за неправильно наложенной шины Крамера (вместо шины Дитерикса) острый осколок перелома повредил подколенную артерию, вследствие чего пришлось оперировать в экстренном порядке подколенную артерию (наложение сосудистого шва).

Больной А. поступил с диагнозом: ЗЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Кома III степени. Доставлен сотрудниками скорой помощи. Больному не наложена шина Шанца. Вследствие этого у больного появилась дополнительно травма шейного отдела позвоночника с нарушением функции спинного мозга.

Выводы:

1. Всем больным в состоянии комы необходимо наложение шейного фиксатора Шанца.

2. При наложении кровоостанавливающего жгута необходимо указать время наложения. Если наложен жгут из подручного материала, или время не указано, то врачам приемного покоя или травмпункта необходимо поменять его на медицинский жгут, или распустить и заново завязать его.

3. На вызовы к больным в состоянии травматического шока тяжелой степени должны выезжать непосредственно врачи, а не фельдшеры или средний медицинский персонал. На месте происшествия необходимо срочно начать инфузионно-трансфузионную, противошоковую терапию. Обязательно оповестить ближайший ургентный стационар, чтобы подготовит прием тяжелобольных.

4. При вызове к тяжелобольным в состоянии комы необходимо использовать альфа-шины, которыми оснащены машины скорой помощи.

Проблемы тромболитической терапии на догоспитальном этапе

Захидов А.Я., Мубаракوف Ш.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ишемический инсульт остается актуальной проблемой в связи высокой смертностью и инвалидизацией больных. Наиболее эффективным лечением ишемического инсульта в острый период является стратегия ранней реканализации. Согласно результатам проведенных мета-анализов, тромболитическая терапия имеет высокую степень реканализации окклюзированного сосуда, однако большое количество противопоказаний из-за высокого риска развития такого грозного осложнения как внутричерепные геморагии требует соблюдения жестких временных критериев – не более 3 - 6 часов от момента появления первых симптомов и

других общепринятых клинических рекомендаций. В развитых странах всего 3-5% пациентов доставляются в специализированные клиники в условиях «терапевтического окна» для проведения тромболитической терапии. Сегодня в мире большое внимание уделяется улучшению догоспитальной службы, направленной на скорейшую доставку пациента в специализированное учреждение и удлинение «терапевтического окна» с применением современных ноотропных препаратов. В отделение неврологии РНЦЭМП в год в среднем поступает около 1000 пациентов, у которых ишемический инсульт верифицируется по данным ком-

пьютерной томографии. Примерно 4-5% этих больных поступает в период «терапевтического окна». После проведения обследований и выяснения анамнеза только примерно 1-2% больных проводится тромболитическая терапия.

Материал и методы. Обследованы 36 больных с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии. Все больные доставлены в клинику в пределах «терапевтического окна», т.е. в пределах 6 часов от момента начала ишемического инсульта. В момент поступления и в динамике через 1-2 суток больным проводили КТ головного мозга, транскраниальную доплерографию, 13 выполнено ангиографическое исследование сосудов головного мозга аппарате Philips Alura FD20 с использованием рентгеноконтраста ультравист-370 с последующим селективным интраартериальным тромболизисом.

После обследования и исключения противопоказаний всем больным проводили тромболитическую терапию, причем 17 больным, поступившим в пределах до 3 часов от момента начала инсульта для внутривенного тромболизиса использована стрептокиназа в дозе 1,5 млн Ед, 13 больным, по-

ступившим в пределах 3-6 часов от момента появления симптомов инсульта, осуществлен интраартериальный тромболизис (ИАТЛ) через катетер, проведенный во внутреннюю сонную артерию по стандартной методике с применением стрептокиназы в дозировке 300-500 тыс. Ед, 6 больным системный тромболизис с применением тканевого активатора плазминогена актилизе.

Результаты. Предварительные данные свидетельствуют о большей степени Реканализации и безопасности интраартериального тромболизиса с применением Стрептокиназы и системного тромболизиса с применением тканевого активатора плазминогена актилизе у больных, поступивших в более ранние сроки, а также у больных, которые предварительно получили ноотропные препараты.

Заключение. Сегодня важным моментом остается своевременная доставка пациентов с клиникой ОНМК в специализированные неврологические отделения в пределах «терапевтического окна» и решение вопроса об удлинении этого периода с применением современных ноотропных препаратов на догоспитальном этапе.

Лечение острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе

Зияев Ю.Н., Кенжаев М.Л., Рахимова Р.А., Хаитов С.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Основными принципами лечения больных ОКС на догоспитальном этапе являются адекватное обезболивание, начальная антитромботическая терапия, как можно более быстрая и бережная транспортировка в специализированное лечебное учреждение, а также лечение осложнений ОКС (освещение последнего не входит в задачи настоящего сообщения).

Больные с подозреваемым ОКС должны лечиться так же, как больные с определенным ОКС. При догоспитальном этапе внутривенный способ введения препаратов является предпочтительным и наиболее целесообразным с точки зрения времени наступления ожидаемого эффекта и безопасности.

Всем больной не принимал нитроглицерин, следует предпринять попытку купировать боль путем его назначения под язык либо в виде спрея. При отсутствии эффекта от нитроглицерина следует внутривенно ввести морфин. При необходимости повторное его введение может быть осуществлено с 5-минутным интервалом. Применение морфина также целесообразно при острой левожелудочковой недостаточности, выраженном возбуждении больного.

Анализ 103 сопроводительных листов СМП больных, поступивших в РНЦЭМП, показал, что у 43% с целью обезболивания использованы анальгин, трамадол, которые не входят в стандарты лечения ОКС, применение этих препаратов мо-

гут усугубить течение заболевания.

Аспирин целесообразно как можно ранее назначать не только в случаях явного, но и предполагаемого ОКС. Первая назначаемая доза аспирина составляет 160-325 мг, для более быстрого наступления эффекта аспирин целесообразно разжевывать. Альтернативой аспирину при его непереносимости или наличия заболеваний желудочно-кишечного тракта является клопидогрель (нагрузочная доза 300 мг 4 таблетки по 75 мг). Использование нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов при ОКС+ST зависит от выбора тромболитического препарата.

48% больных, поступивших в РНЦЭМП по линии СМП, с целью антиагрегантной терапии назначен аспирин в среднем 75 мг, хотя по стандартам нужно назначать нагрузочную дозу (160-325 мг) обычного не покрытого аспирина. Части больным назначены другие антиагреганты – курантил (5%), пентоксифиллин (2%), которые не входят в стандарты лечения ОКС, остальным антиагрегантная терапия не проводилась.

Внутривенное введение β -адреноблокаторам (а именно этот способ применения может обсуждаться в подобной ситуации) на этапе догоспитальной помощи больным с ОКС не приемлемо в силу краткосрочности наблюдения, отсутствия постоянного мониторингового контроля, вероятности развития осложнений, лишь затягивающих госпитализацию.

Даже при условии стабильной гемодинамики

следует избегать применения дигидропиридиновых антагонистов кальция, ингибиторов АПФ, лидокаина. Самый надежный способ “лечения” жизнеугрожающих желудочковых аритмий – готовый к использованию дефибриллятор и персонал, обученный к работе с ним. Непростым вопросом лечения больных ОКС+ ST на ЭКГ является целесообразность догоспитальной тромболитической терапии. Самая прямая зависимость эффективности тромболиза от времени его начала дает основа-

ние считать целесообразным как можно более раннее применение тромболитических средств, в том числе и на догоспитальном этапе.

Таким образом, основными задачами догоспитальной помощи при ОКС является вовремя начатое адекватное обезболивание, начальная анти-тромболитическая терапия и как можно более быстрая и бережная транспортировка больного в специализированное лечебное учреждение, а также лечение осложнений заболевания.

Болаларда эпифизар остеомиелитда клиник кечишнинг ўзига хослиги, госпитализациягача бўлган диагностик хато ва оқибати

Ибрагимов Т.М., Пардаев А.У.

РШТЎИМ Сурхондарё филиали, Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази

Чақалокларда эпифизар остеомиелитнинг клиник кечишнинг ўзига хослиги, касалликнинг эрта диагноз қўйилишининг мураккаблиги, госпитализациягача бўлган диагностик хатоларнинг юқорилигича қолиши кўпгина асоратларга олиб келмоқда. Бу эса ўзига яраша катта ижтимоий-иқтисодий муаммоларни юзага келтирмоқда. Р.М.Рошал чақалоклардаги эпифизар остеомиелит тана сепсисининг хирургик кўринишидир, деб таъкидлаган.

Чақалокларда эпифизар остеомиелитни эрта аниқлаш ва уни самарали даволаш учун аҳолининг ҳамда тиббиёт бирламчи бўғинида фаолият юритаётган барча тиббиёт ходимларнинг ушбу касаллик бўйича эътиборли-лигини кучайтириш.

Материал ва усуллар: Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида 2005-2008 йилларда эпифизар остеомиелит билан 67 та чақалок даво-ланган. Шулардан 46 таси токсико-септик шакли, 21 таси ўтқир маҳаллий шакли билан эди. Бемор-ларнинг 8 (12%) тасида диагноз кеч қўйилган, вақтида хирургик даво ўтказилмаган, бу эса асо-ратларга олиб келган.

Кўпчилик беморлар икки ва ундан ортик таш-хис билан шифохонага йўналтирилган. 31 (46,2%) та бемор ихтисослаштирилган бўлимларга касал-лик бошланишидан 10-15 кундан сўнг тушган. Кўриниб турибдики, ҚВП, туманлар тиббиёт бир-лашмалари ва бошқа шифохоналарда эрта диагноз қўйиш жараёни муаммо бўлиб қолмоқда.

52 (77,6%) та бемор узок вақт уйида самарасиз даволанган, фақат 15 (22,4%) чақалок тез тиббий ёрдам машинасида тўғри диагноз билан шифохо-нага ётқизилган. Шундан 5 (7,4%) таси бошқа ши-фохоналарга ётқизилган.

Гематоген остеомиелит касаллиги ҳақида тиб-биёт ходимларининг тасавури суст эканлиги са-бабли педиатрлар, ҚВП ва поликлиника шифокор-лари, хатто тумандаги хирургик бўлимлар мута-хассислари қуйидаги ноўрин ташхислар билан

беморларни даволанганлар: сон суягининг туғма чиқиши 16 болада, артрит - 8 тасида, сепсис, хомила ичи инфекцияси - 15 тасида, ЎРВИ - 5 на-фарда. Касалликнинг клиник кечишини тўғри ба-холай олмаслик, чақалокларни комплекс текши-рув услублари бўйича амалий кўникмаларнинг сустлиги, ёш организмда учрайдиган умумий ка-салликларнинг клиник симптомларининг ўзаро ўхшашлиги, бактериологик ва рентгенологик тек-ширувлар натижаларини тўғри тахлил қила ол-маслик юқорида кўрсатилган диагностик ва так-тик хатоларга олиб келди.

Мисол: Бемор Назаров С., 1 ойлик. Диагности: «Чап сон суяги эпифизар остеомиелити».

Шикоятлари: тана ҳароратининг кўтарилиши, чап оёғини узатишга бермаслиги, безовталиқ, оғриқ.

Педиатр кўригидан сўнг бемор травматологга юборилган, уйига тавсия ёзилган, антибиотик буюрилган. Тана ҳарорати тушган, аммо оёғидаги оғриқлар сақланиб қолган, шу сабабли фақат 15 кундан сўнг чақалок мутахассисга - болалар жар-рохига учраган. Асорати: Сон суяги бошчаси еми-рилиши.

Бемор Тураев С., 1 ойлик. Касаллик елка бўғимида пайдо бўлган, ҳаракат чегараланган. Педиатрга мурожаат қилишган, травматолог кўригига юборилган, уйига даво тавсиялари би-лан юборилган. Уйда тана ҳарорати кўтарилган, безовталиги ошган, касалликнинг 17-куни бола-лар хирургияси бўлимига мурожаат қилишган. Елка суяги рентгенографиясида елка суяги бошча-сида деструктив ўзгаришлар топилган.

Бемор Чориева С., 35 кунлик. Чап чанок сон бўғими соҳасида ҳаракат чегараланиши, безовта-лик, оёғини узатишга бермаганлиги, тана ҳарорати кўтарилган. Травматолог кўригидан сўнг чанок сон бўғими пункция қилинган, анти-биотик юборилган. Ҳар уч кунда такроран 3 марта антибиотик юборилган. Ахволи яхшиланмаган, тана ҳарорати кўтарилган. Чап сон суяги рентге-нограммасида деструктив ўзгаришлар

аникланган.

67 та бемордан 61 (91,1%) таси тўлиқ соғайди. 6 (8,9%) таси эса ортопед давосига мухтож, шикастланган бўғимда ҳаракатлар чегараланиши, суякларда деструктив емирилишининг кузатилиши, суякларнинг калтайиши кузатилган. 1 чакалок

нобуд бўлди.

Хулоса: Чакалоқлар эпифизар остеомиелити ва унинг асоратларини эрта аниқлаш учун касалликнинг бирламчи клиник белгилари билан аҳолинива бирламчи босқич тиббий ходимларни таништириш зарур.

Особенности критических состояний при остром мозговом инсульте на догоспитальном этапе

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Сиддиков Ш.С., Ачилов У.Х., Болтаев Д.Э., Ярашев Р.С.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Проблема ранней диагностики и лечения острых мозговых инсультов одна из актуальнейших в экстренной неврологии. Развитие критических состояний и правильная их оценка на догоспитальном этапе - важное звено в цепи диагностика-лечение острых мозговых инсультов.

Целью нашего исследования было изучение особенностей критических состояний при остром мозговом инсульте на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Нами проанализированы данные 104 больных трудоспособного возраста, перенесших острый мозговой инсульт. Из них 61 (58,7%) мужчина и 43 (41,3%) женщины. Степень нарушения сознания оценивали по шкале Глазго.

Результаты и обсуждение. Основным этиологическим фактором развития острых мозговых инсультов у 61 (58,6%) больного была артериальная гипертензия, у 13 (12,5%) - сахарный диабет, у 9 (8,7%) - ожирение, у 14 (13,5%) - употребление алкогольных напитков, у 7 (6,7%) - стрессовые состояния.

Частота, характер и длительность критических состояний находились в прямой зависимости от характера острого мозгового инсульта. Степень нарушения сознания больных имела достоверные различия. Так у 23 (22,1%) больных было глубокое нарушение сознания по шкале Глазго. У 49 (47,1%) больных наблюдалось превалирование тяжёлой общемозговой симптоматики над очаговой. У 31 (29,8%) пациента на фоне нарушения сознания отмечались эпилептиформные судорожные припадки. У 17 (16,3%) больных под маской

транзиторных ишемических атак развивался полноценный ишемический инсульт с осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы и развитием критического состояния.

Возникновение критических состояний предопределено ограничением компенсаторных возможностей головного мозга. У больных с сопутствующей соматической патологией критические состояния отличаются тяжёлым длительным течением и в ряде случаев заканчиваются летальным исходом.

При анализе внутрисуточного распределения острых мозговых инсультов установлено, что они часто развиваются в дневное время суток. «Дневные» инсульты наблюдалось у 62 (59,6%), «ночные» - у 42 (40,4%). В отличие от «ночных», при «дневных» инсультах отмечаются тяжёлое течение и более глубокое нарушение сознания. Развитие повторных инсультов, которое отмечалось лишь у 13 (12,5%) больных, характеризовались внезапным началом и выраженной общемозговой симптоматикой.

Наиболее частыми осложнениями были нарушения функции внутренних органов - у 78 (75%) больных и осложнения, связанные с изменением реологических свойств крови - у 26 (25%). Церебральные осложнения чаще встречаются у больных в крайне тяжёлом и терминальном состоянии

Выводы. С учётом полученных данных можно прогнозировать направленность нарушений и проводить дифференцированную нейрофармакотерапию.

Новые принципы совершенствования деятельности службы экстренной медицинской помощи в неотложной неврологии на догоспитальном этапе

Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Сиддиков Ш.С., Болтаев Д.Э., Ярашев Р.С.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

За последние несколько лет осуществлён ряд мероприятий по совершенствованию и дальнейшему развитию скорой медицинской помощи, по укреплению ее материально-технической базы. Идёт постоянное совершенствование организационных и методических форм оказания скорой медицинской помощи.

Цель: внедрить новые научно-обоснованные

рекомендации по рациональной организации экстренной медицинской помощи в неотложной неврологии на догоспитальном этапе.

Материал и методы.

В соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан И.А. Каримова №2107 от 10 ноября 1998 г. «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Рес-

публики Узбекистан» на базе Хорезмского филиала РНЦЭМП создана служба скорой медицинской помощи. Нами проанализировано 769 карт-вызовов отделения скорой медицинской помощи Хорезмского филиала РНЦЭМП.

Для внедрения новых научно-обоснованных рекомендаций использовались следующие критерии: 1-количество вызовов; 2-характер вызовов; 3-отказы от вызовов; 4-количество опозданий; 5-результативность вызовов.

Результаты и обсуждение. При анализе работы СМП выявлено постепенное повышение количества вызовов к неврологическим больным. Это объясняется неблагоприятной экологической обстановкой и недостаточной просвещённостью населения, низким уровнем работы поликлинического звена.

Основными причинами отказов от вызовов являются вызов больных на своей машине, оказание первой помощи знакомым врачом, несвоевременный приезд бригады СМП к больному. На вызовы с тяжёлыми случаями, благодаря проработанной чёткой и слаженной работы диспетчеров СМП направлялись специализированные бригады скорой медицинской помощи. От общего количества вызовов специализированными бригадами

обслужены 298 (38,8%) неврологических больных, из них госпитализирован в отделение экстренной неврологии Хорезмского филиала РНЦЭМП 191 (64%) больной. Результативность повысилась с 16,9 до 34,1%. Количество опозданий уменьшилось в 4,3 раза. Это объясняется пополнением материально-технической базы, усовершенствованием организационно-методической работы, чётким распределением санитарного автотранспорта. Оказание экстренной медицинской помощи неврологическим больным высококвалифицированными врачами специализированных и линейных бригад на догоспитальном этапе уменьшает сроки пребывания на больничной койке с 6,6 до 4,3 койко-дня. Исследования свидетельствуют о необходимости пересмотра тактики ведения больных на догоспитальном этапе, о недопустимости создания «стационара на дому» и отсроченной госпитализации в остром периоде заболевания.

Выводы. Научно-обоснованные принципы оценки, диагностики и лечения неотложных неврологических состояний позволяют определить показатели заболеваемости, смертности от неврологических заболеваний, и создать новые принципы стратегии профилактики неврологических заболеваний среди населения.

Современные аспекты организации экстренной медицинской помощи и принципы лечения при остром мозговом инсульте на догоспитальном этапе

Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Ярашев Р.С., Уринов К.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Реструктуризация в системе экстренной медицины ставит новые задачи по совершенствованию оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Особое значение при этом приобретает качество диагностики, определяющее дальнейшую организацию лечебного процесса. В силу своей огромной медико-социальной значимости острый мозговой инсульт является чрезвычайно актуальной проблемой.

Цель: изучить современные аспекты организации экстренной медицинской помощи и принципы лечения при остром мозговом инсульте на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Нами проанализированы 442 бланка-вызова отделения скорой медицинской помощи Хорезмского филиала РНЦЭМП. Из них 239 (54,1%) вызовов было к неврологическим больным: с острым мозговым инсультом-106 (44,4%), с эпилептическим статусом-48 (20,1%), с мигренозным статусом-37 (15,5%), с люмбалгией-2 (12,1%), с менингоэнцефалитом-19 (7,9%).

Результаты и обсуждение. После тщательной обработки полученных данных мы пришли к следующим результатам. Отличается рост частоты инсультов в сельской местности с его «омоложением» до 45 лет в 47 (44,3%) случаях. Соотношение частоты ишемического и геморрагического инсультов составляет примерно 3:1. Инсульт среди женщин составил 59 (55,7%) случаев, среди мужчин- 47 (44,3%). При ранней обращаемости и госпитализации летальность составила 7,4%.

Одним из принципов организации экстренной медицинской помощи является оперативность в работе и своевременное оказание квалифицированной врачебной помощи. Важнейшим принципом дифференцированной терапии является экстренная госпитализация в течение первых 3-6 часов. 71 (67%) больной госпитализирован в течение первых 6 часов от начала заболевания, 19 (17,9%) в течение 24 часов, 16 (15,1%) спустя 24 часов. Благодаря индивидуальному подходу к каждому больному и оперативности врачей повысилась результативность вызовов, появилась возможность для совершенствования учётно-отчётных документов с определением эффективности оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Выводы. Таким образом, догоспитальный этап - важное звено в организации экстренной медицинской помощи. Профессионализм медицинского персонала способствует повышению эффективности оказываемой помощи на догоспитальном этапе, что продлевает жизнь больным.

Оценка догоспитальной медицинской помощи при черепно-мозговой травме по материалам приемной травматологии АФРНЦЭМП

Исаков Б.М., Давлатов Б.Н., Шарипов А.А., Каюмов И., Бурханов И.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Различные механические травмы часто сопровождаются черепно-мозговой травмой, на долю которых приходится от 15 до 35%. При этом правильное и своевременное оказание медицинской помощи играет немаловажную роль в сохранении жизни больного.

Анализ работы приемного отделения АФРНЦЭМП за 2007 - 2009 гг. показал, что с различными видами повреждений черепа и головного мозга в стационар были доставлены 5687 больных. Транспортировка 4596 (80,9%) больных осуществлялась попутным транспортом, только 1091 (19,1%) пострадавший был доставлен специализированным медицинским транспортом в сопровождении медицинского персонала.

Большинство больных травму получили в результате ДТП – 3801, кататравма была у 1867, травма на производстве – у 14, огнестрельное повреждение черепа и головного мозга – у 5.

Сотрясение головного мозга имело место у 4897 больных, ушибы головного мозга различной степени тяжести – у 654, ушибы со сдавлением головного мозга – у 136.

Впервые 3 часа доставлены 5128 больных, позже 6 часов – 478, по истечении от 1-х до 3-х суток – 64. Из других стационаров в более поздние сроки переведены – 17 больных.

При доставки самотеком у больных возникали с грубые нарушения из-за: 1) без оказания первой медицинской помощи; 2) в неправильном положении (лежа на спине, на животе, с наличием рвотных масс в полости рта); 3) без иммобилизации шейного отдела позвоночника и конечностей (при подозрении на повреждение шейного отдела позвоночника и наличии признаков перелома длинных трубчатых костей), что в дальнейшем усугубляло клиническое течение болезни.

У большинства (237 больных) больных отмечались явления шока различной степени тяжести.

Остальной 1091 (19,1%) больной были доставлены в стационар в сопровождении сотрудников скорой неотложной медицинской помощи. Этим больным оказан необходимый объем первой медицинской и врачебной помощи (очистка полости рта от рвотных масс, инъекции обезболивающих и мочегонных препаратов, иммобилизация конечностей по показаниям).

При поступлении в приемном отделении в зависимости от состояния больных с ЧМТ проводилось обследование в полном или сокращенном объеме на основании разработанных и принятых для пользования в АФРНЦЭМП протоколов.

Из числа этих больных в нейрореанимационное отделение госпитализированы 135 больных (пострадавшие с признаками шока, грубыми нарушениями дыхания и деятельности сердечно - сосудистой системы). 65 пострадавшим с признаками сдавления головного мозга проведены оперативные вмешательства по экстренным показаниям. 14 больных были прооперированы совместно с хирургами по поводу сочетанной ЧМТ и органов грудной и брюшной полости.

Анализ дальнейшего клинического течения болезни и результатов лечения показал, что у больных, доставленных в стационар с оказанием медицинской помощи на догоспитальном этапе, получены хорошие результаты (более полный регресс неврологической симптоматики и меньшее количество осложнений).

Таким образом, оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе и правильная транспортировка пострадавших во многом определяют результаты лечения и являются профилактикой осложнений.

Алгоритмы медицинской помощи на догоспитальном этапе у больных с позвоночно-спинномозговой травмой

Исаков Б.М., Давлатов Б.Н., Хананияев Ф.Р., Максудов Б.М., Набиев Ф.О.
Андижанский филиал РНЦЭМП

По данным литературы, позвоночно - спинномозговая травма (ПСМТ) встречается в 36 – 45 % случаев механических повреждений скелета человека. Осложненные повреждения позвоночника составляют от 3,6 до 14% случаев. Отличительной особенностью осложненных травм позвоночника считаются высокая летальность и инвалидность больных.

Несмотря на всё возрастающую актуальность и высокую социальную значимость рассматриваемой

проблемы, тактика при ПСМТ не сформулирована окончательно, сегодня намечены лишь отдельные её принципы.

Множественность и различное сочетание различных по типу, локализации и тяжести повреждений у больного с ПСМТ представляет многогранную и сложную проблему, составными частями которой являются: а) оказание правильной первой помощи и транспортировка; б) распознавание физикальными методами жизнеугрожающих

щих состояний и их коррекция; в) проведение дополнительных методов исследования на фоне продолжающейся синдромной терапии; г) лечение повреждений, требующих неотложных мероприятий по жизненным показаниям; д) выполнение срочных оперативных вмешательств; е) лечение травмы позвоночника.

Настоящее сообщение посвящено анализу оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе (ДГЭ), использованию алгоритмов диагностики и лечения у 76 больных с травмами грудного, поясничного отдела позвоночника и спинного мозга, получивших лечение в нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП в 2006-2009 гг.

По уровню повреждения позвоночника больные распределены: шейный отдел – 10 (13,2%), грудной отдел – 22 (28,9%), поясничный отдел – 44 (57,9%). Переломы двух и более смежных позвонков диагностированы у 17%, многоуровневые повреждения позвонков (переломы несмежных позвонков или на разных уровнях) – 5% больных.

По неврологической симптоматике, согласно шкале ASIA/IMSOP, к группе А отнесены 19 (25%), В – 12 (15,8%), С – 17 (22,4%), D – 28 (36,8%) больных.

По частоте и характеру сопутствующих повреждений наиболее частым сочетанием была травма позвоночника и головы – 28 (36,8%).

Быстротечность и динамичность всех процессов на ДГЭ требуют от любого, кто столкнулся с проявлениями ПСМТ, оказания грамотной медицинской помощи, вследствие которой возможна быстрая стабилизация состояния. Диагностика и оказания помощи при ПСМТ проходит в условиях острого дефицита времени, поэтому знания четких алгоритмов начиная от само- и взаимопомощи, а также при всех видах медицинской помощи с первой медицинской, доврачебной, первой врачебной, проводимых на ДГЭ, определяют качество госпитального этапа.

Особенность приемного комплекса АФРНЦЭМП состоит в том, что больным круглосуточно проводится консультация различных специалистов комплексной бригады, осмотр которых сопровождается выполнением параклинических исследований. Нами практикуется алгоритм «быстрого травматологического осмотра», который внедрен из практики работы экстренной медицинской помощи США.

Алгоритмы действий на ДГЭ предусматривают

перечень мероприятий и очередность их выполнения при оказании помощи при жизнеугрожающих состояниях и при наиболее распространенных видах травматических повреждений встречаемых при ПСМТ.

Принципы обследования пострадавших при ПСМТ несколько отличаются от обычной схемы. Врач ограничен во времени, а прогрессирующая тяжесть состояния требует неотложной помощи. Нарушение жизненно важных функций должно быть немедленно распознано и устранено, а синдромная терапия — опережать постановку полного диагноза. Если показания к операции установлены, то нельзя терять время на дальнейшее уточнение диагноза. Предпринимая операцию по жизненным показаниям, не следует поднимать вопрос об операбельности больного, так как только операция даёт ему шанс остаться живым. Для оптимального достижения цели необходимо обследовать три системы жизнеобеспечения: ЦНС, системы дыхания и кровообращения. Поэтому в экстремальных условиях приобретают значение и особую ценность обычные физикальные методы исследования, которые дают почти 80% информации о больном и большой выигрыш во времени. Следует помнить, что довольно часто диагноз и лечение определяются первым врачом, осматривающим больного.

При исследовании ЦНС обращают внимание на состояние сознания, ширину и реакцию на свет зрачков, вегетативные реакции, частоту пульса, очаговую неврологическую симптоматику. При исследовании системы дыхания можно выявить тахипноэ, цианоз, притупление перкуторного звука или тимпанит, парадоксальное движение грудной клетки, ослабленные дыхательные шумы. Изучая систему кровообращения, исследуют пульс, артериальное давление, акцентируют внимание на гиповолемии, объёме циркулирующей крови, чувстве нехватки воздуха, шоковом индексе, диурезе, гематокрите.

Таким образом, разработка алгоритмов позволяет решить следующие лечебно-диагностические и организационные задачи: определить объем и последовательность обследования пострадавшего с ПСМТ; выявить ведущие жизнеугрожающие синдромы при ПСМТ, а также определить объем и последовательность оказываемой на ДГЭ помощи.

Проблемы догоспитальной помощи пострадавшим с повреждениями шейного отдела позвоночника

Исраилов Д.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Травматические повреждения позвоночника и спинного мозга занимают особое место в экстренной медицине. При спинальных повреждениях летальность составляет 30%, а инвалидизация приближается к 100%. В разных странах ежегодно на 1 млн населения приходится 15-55 случаев острой спинальной травмы, причем основную долю пострадавших составляют мужчины от 15 до 40 лет. Повреждения шейного отдела составляют до 25% от общего числа травм позвоночника и, сопровождаясь в 52 % неврологическими расстройствами, относятся к наиболее тяжелым травмам опорно-двигательной системы. По механизму возникновения их разделяют на сгибательный, разгибательный, хлыстовой, компрессионный. Основными причинами повреждений позвоночника в шейном отделе являются производственная травма (35-50 %), дорожно-транспортные происшествия (20-56%), падение с высоты (19-45%), спортивная травма (3,5-11%). Травма шейного отдела позвоночника более, чем в 44% случаев сопровождается повреждением спинного мозга с возникновением параличей, являющихся основной причиной тяжелой и стойкой инвалидизации. При этом уровне повреждения нередко развитие жизнеопасных нарушений уже в остром периоде за счет восходящего отека ствола мозга с депрессией дыхания.

В отделение нейрохирургии в 2009 г. получили лечение 2995 больных. Из них по линии скорой медицинской помощи поступили 898 (30%), самоотком обратились 2046 (68,3%) больных, по направлению из поликлиник и других медицинских учреждений – 51 (1,7%). С нарушением сознания поступили 669 (22,3%) больных, причем более 50% больных из них доставлены СМП. У 101 из этих пациентов выявлены травмы позвоночника, у 27 с нарушением функции спинного мозга. Однако, по нашим данным, лишь у 4% больных, поступивших с угнетением сознания и вероятным повреждением позвоночника, на догоспитальном

этапе была проведена иммобилизация шейного отдела мягким воротником.

Таким образом, у данного контингента пострадавших в комплексе догоспитальной помощи необходимо предусмотреть обязательную щадящую иммобилизацию позвоночника в шейном отделе для предупреждения дальнейшего повреждения спинного мозга во время проведения интенсивной терапии и транспортировки в стационар. Учитывая трудности первичной диагностики повреждения позвоночника, особенно у пострадавших с угнетением сознания, необходимо всех пациентов на догоспитальном этапе уже при наличии соответствующих обстоятельств травмы (ДТП, падение с высоты и т.п.) отнести к группе риска и проводить им обязательную транспортную фиксацию шейного отдела позвоночника до начала других лечебных мероприятий. Эти требования в большинстве стран включены в обязательный алгоритм действий догоспитальных спасательных и медицинских служб, которые оснащены соответствующим оборудованием (жесткие фиксаторы шейного отдела позвоночника).

К сожалению, большинство бригад скорой медицинской помощи до сих пор не оснащено или не используют необходимые иммобилизационные средства типа воротников Шанца. Данное иммобилизирующее средство легко закрепляется вокруг шеи пострадавшего без дополнительной травматизации, причем целесообразно его применение уже при первичном осмотре до извлечения пациента с места травмы (салон автотранспорта, завалы и т.п.), перекладывания на носилки или начала интенсивной терапии. Пациент должен находиться в шине-воротнике до проведения рентгеновского контроля в стационаре. Необходимость соответствия шеи пострадавшего и размера шины предполагает наличие у бригады скорой помощи комплекта шин-воротников различных размеров.

Ошибки в диагностике острого аппендицита на догоспитальном этапе

Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Карабаев Б.Х., Рузметова Д.Р., Ахмедов А.А., Аллаев Н.М.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

«Острый аппендицит - заболевание хамелеоноподобное, его не находят там, где предполагают и, наоборот, находят там, где о нем совсем не думают (И.И. Греков, 1927).

Острый аппендицит - самое распространенное заболевание органов брюшной полости. Больные с этой патологией составляют 40-50% от всех больных хирургического профиля и 71-75% от

общего числа оперированных. Прогнозируемая заболеваемость острым аппендицитом по Республике Узбекистан - около 140 тыс. человек в год.

Цель исследования - улучшение результатов лечения больных острым аппендицитом.

Материал и методы. В 2005-2010 гг. в приемное отделение СФРНЦЭМП обратились 8811 больных с подозрением на острый аппендицит. 6780 (76,9%)

с установленным диагнозом были оперированы, из них мужчин было 3001 (44,3%), женщин - 3779 (55,7%). Возраст больных - от 17 до 95 лет.

Результаты. Остановимся на наиболее часто встречающихся вариантах диагностических ошибок. Разнообразие клинических проявлений острого аппендицита зависит от времени, прошедшего от начала заболевания и наступающих изменений в червеобразном отростке, расположения отростка, распространенности воспаления брюшины, возраста больного, типа нервной системы, сопутствующих заболеваний, предшествующего назначения антибиотиков и других медикаментов и т.д.

Для организации неотложной хирургической помощи важное значение имеет изучение путей госпитализации больных. Из 8811 больных с гангренозной формой 37,7% (3321) были доставлены по линии скорой помощи, 3374 (38,3%) - по направлению из других поликлиник, 1744 (19,8%) - из субфилиалов СФРНЦЭМП, 370 (4,2%) - из прочих учреждений.

В течение 6 часов от начала заболевания поступили 1579 (23,3%), 6-12 часов - 1695 (25%), 12-24 часов - 1066 (15,7%), 24-48 часов - 1423 (21%), более 48 часов - 1017 (15%).

15-21% больных обратились за медицинской помощью более чем через сутки от начала заболевания, из-за упущено наиболее благоприятное для оперативного лечения время.

Ошибки врачей скорой помощи в субфилиалах и в городе могут возникнуть в связи с такими организационными дефектами как:

- самолечение, позднее обращение за медицинской помощью;
- обезличка в приеме и регистрации вызовов;
- несоблюдение преемственности в обслуживании повторных вызовов к больным с болями в животе;
- отсутствие ежедневного анализа частоты расхождений между диагнозами скорой помощи и клиническими;
- игнорирование консультации других специалистов и др.

Диагноз острого аппендицита является абсолютным показанием к госпитализации больного в хирургический стационар обязательно на носилках. Введение наркотиков и анальгетиков на догоспитальном этапе больным с подозрением на острый аппендицит запрещается. Разнообразные осложнения среди оперированных в первые сутки от начала заболевания отмечались у 1,5% пациентов, а во вторые сутки и позже у 16,7%. Летальность составила соответственно 0,01 и 1,85%.

Таким образом, самым верным средством предупреждения всевозможных осложнений и снижение летальности при остром аппендиците является его раннее распознавание, своевременная госпитализация и срочное оперативное лечение.

Современные аспекты оказания помощи больным с сочетанной травмой грудной клетки и костей верхних конечностей на догоспитальном этапе

Каримов Б.Р., Валиев Э.Ю., Рахманов Р.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В общей структуре политравм торакальная травма составляет 25%. Данная патология вносит значительный вклад в общую летальность лишь больных травматологического профиля и занимает третье место, уступая лидерство тяжелым черепно-мозговым травмам и повреждениям конечностей.

Повреждениями органов грудной клетки, представляющими угрозу для жизни в ранний период тупой травмы грудной клетки (по Д.А. Остапченко и др., 1998), являются обструкция дыхательных путей кровью, напряженный пневмоторакс, дислокационный синдром, открытый пневмоторакс, нарушение механики дыхания - флотирующие переломы ребер, разрывы диафрагмы, массивный гемоторакс, геморрагический шок, дислокационный синдром, гемотампонада сердца, ушибы и разрывы сердца, разрывы трахеи и бронхов.

Диагностика на догоспитальном этапе компонента повреждения груди при сочетанной травме включает преимущественно анализ клинических данных. Основными достоверными клиническими признаками травмы груди являются затруднение дыхания, одышка в сочетании с акроцианозом;

подкожная эмфизема с асимметрией мягких тканей грудной стенки; крепитация костных отломков при переломах; признаки гемо-пневмоторакса. Важнейшим диагностическим критерием нарастания острой дыхательной недостаточности при торакальной травме является газовый состав крови (определение сатурации кислорода).

Оказание первой помощи пациенту с сочетанной травмой грудной клетки для врача скорой помощи представляет особую сложность, так как он лишен необходимых диагностических возможностей и осуществляет терапевтические мероприятия, ориентируясь по клинической симптоматике и механизму получения травмы. Процесс диагностики начинается сразу же по прибытии на место происшествия с оценки механизма действия травмирующего фактора.

Оказание медицинской помощи больным с сочетанной травмой на догоспитальном этапе базируется на основании принципа «золотого часа», предложенного R.A. Crowley и соавт. Алгоритм оказания помощи при сочетанной травме грудной клетки на догоспитальном этапе включает:

- оценку витальных функций (сознание, дыха-

тельные пути, дыхание, гемодинамика);

- балльную оценку тяжести состояния: ЧСС, АД, индекс шока (ЧСС/АДсист), пульсоксиметрия (SaO₂);

- обезболивание: морфин 5–10 мг и/или кетамин 0,25–0,5 мг/кг. При необходимости седатация: диазепам 5–10 мг (под контролем дыхания!);

- при SaO₂ < 94 % проведение ингаляции кислорода через лицевую маску или носовой катетер; при SaO₂ < 90 % на фоне проводимой оксигенотерапии и уровне сознания меньше 8 баллов по шкале ком Глазго — интубация трахеи (или как минимум введение воздуховода Гведела) и проведение ИВЛ по показаниям. Альтернативой интубации является использование ларингеальной маски;

- при АДсист < 80 мм рт.ст., ЧСС > 110 уд./мин, SaO₂ < 90 %, индексе шока > 1,4 требуется проведение комплекса неотложной интенсивной терапии - катетеризация периферических вен, инфузия и кристаллоидных (при необходимости коллоидных) растворов либо использование гипертонических растворов (7,5 % раствор NaCl в дозе 4–6 мл/кг). Недопустимо использование гипотонических растворов (5 % раствор глюкозы);

- при напряженном пневмотораксе — экстренная пункция по срединно-ключичной линии на высоте второго-третьего межреберья;

- транспортная иммобилизация переломов.

В отделении травматологии РНЦЭМП пострадавших с сочетанной травмой груди в 2005-2009 гг. было 160, у 116 из них имелись повреждения верхних конечностей. Мужчины было 109, женщин – 51. Наиболее частой причиной этих травм явились ДТП - 96 и падение с высоты – 37. 16% больных были доставлены по линии скорой медицинской помощи, остальные поступили самотеком. Из доставленных пациентов у 53% повреждения грудной клетки не были диагностированы, у

22% не были диагностированы переломы костей плечевого пояса и верхних конечностей. У 30% конечности не были (или же были неправильно) иммобилизованы транспортными шинами. Травматический шок наблюдался у 18% больных, различные плевроролечные осложнения (гемо-, пневмоторакс, ушиб легких и сердца) у 32%. При доставке больных не были диагностированы различные осложнения (травматический шок, плевроролечные осложнения) у 88%. Обезболивание практически всех больных проводилось ненаркотическими анальгетиками, противошоковая инфузионная терапия не проводилась ни у одного пострадавшего.

На наш взгляд, причиной таких погрешностей в диагностике на догоспитальном этапе является недооценка состояния больного, невозможность определения (из-за отсутствия портативного монитора) сатурации кислорода в крови, в результате чего не правильно оказывалась первая медицинская помощь.

Таким образом, центральными моментами алгоритма оказания догоспитальной помощи больным с сочетанной травмой грудной клетки и костей верхних конечностей являются:

- при крупных ДТП (на больших скоростях, с участием 2 и более автомобилей) выезд специализированной группы (с наличием портативного монитора);

- правильная оценка состояния больного (тщательный первичный клинический осмотр);

- незамедленное оказание первой медицинской помощи (обезболивание, подача кислорода, иммобилизация конечностей, противошоковая терапия);

- при подозрении на плевроролечные осложнения немедленная доставка больного в стационар (при напряженном пневмотораксе пункция плевральной полости с аспирацией воздуха в экстренном порядке).

Диагностика трубной беременности на догоспитальном этапе

Каримов З.Д., Касымова Д.М., Хусанходжаева М.Т., Абдикулов Б.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Течение трубной (ТБ) беременности, в отличие от большинства заболеваний женской половой сферы, имеет весьма ограниченный временной промежуток. В большинстве (до 92%) случаев он наступает на 7–8-й неделе менструального срока беременности. Боль и гемодинамические нарушения являются основными причинами обращения женщины за экстренной помощью. Вместе с тем при любом варианте течения ТБ существует достаточно продолжительный, в несколько недель, промежуток времени – догоспитальный этап, в котором необходимо установить диагноз.

Целью исследования явился анализ клинической семиотики данной патологии на догоспитальном этапе для увеличения числа органосохра-

няющих операций.

Материал и методы. объектами исследования стали 482 пациентки, госпитализированные в отделение неотложной гинекологии РНЦЭМП и подвергшиеся оперативному вмешательству. Диагноз был подтвержден интраоперационно и верифицирован в последующем патогистологически. Был тщательно изучен анамнез заболевания, начиная с самых ранних симптомов.

Результаты и обсуждение. Скрытый период развития ТБ сам по себе создает особенности диагностического процесса на всех его этапах. Умеренные боли в нижних отделах живота в ранние сроки клинического проявления патологии отмечали лишь 58 (12,0%) из обследованных пациен-

ток, что является отличительной особенностью догоспитального периода течения заболевания. Нарушение менструального цикла в виде мажущих выделений отметили 252 (52,3%) женщин. Лишь 128 (26,6%) женщин предварительно посетили женскую консультацию, при этом только 25% из них направлены с подозрением на внематочную беременность на ультразвуковое исследование. С одной стороны, это отчетливо демонстрирует отсутствие необходимой настороженности участковых гинекологов в отношении данного заболевания, с другой, – свидетельствует о трудности дифференциальной диагностики с целым рядом состояний, не требующих госпитализации. 96 (19,9%) женщин из 482 пациенток с диагнозом «нарушение овариально-менструального цикла», «дисфункциональное маточное кровотечение», «острый аднексит» и «угрожающий самопроизвольный выкидыш» получали различную консервативную терапию в частных кабинетах. Это значительно усугубило симптоматику патологического процесса и привело к развитию у большинства из них «старой» трубной беременности с вовлечением в процесс близлежащих органов. Безусловно, ведущая роль в распознавании ранних симптомов заболевания в идеале должна принадлежать врачу женской консультации, кото-

рый решает вопрос о госпитализации в стационар. Однако реалии нашей практики таковы, что при имеющейся системе платных медицинских услуг пациентки чаще всего обращаются для исследования в кабинеты ультразвуковой диагностики в порядке личной инициативы, без направления лечащего врача. На практике первым диагностическим звеном зачастую оказывается врач, производящий ультразвуковое исследование, и от его подхода зависит ускорение, либо отдаление момента оказания квалифицированной помощи и возможности проведения органосохраняющих операций.

Таким образом, клинические проявления ТБ в догоспитальный период ее развития характеризуются скудной симптоматикой. Наиболее доступным и информативным диагностическим мероприятием у всех пациенток является качественное тестирование ХГЧ, позволяющее в короткий срок направить на УЗИ с целью уточнения локализации плодного яйца. Своевременное применение данного диагностического метода независимо от планов в отношении наступившей беременности позволит значительно уменьшить число осложнений ТБ и создаст благоприятные условия для сохранения репродуктивной функции путем проведения органосохраняющего лечения.

Ведение больных с миомой матки на догоспитальном этапе

Касымова Д.М., Абдикулов Б.С., Хусанходжаева М.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В структуре гинекологических заболеваний миома матки занимает второе место после воспалительных процессов. Среди женщин старше 35 лет миомой матки страдает 25-30%, и каждая вторая больная отделения оперативной гинекологии подвергается оперативному вмешательству по поводу миомы матки. Все это заставляет обращать внимание на качество как диагностики, так и диспансерного наблюдения и консервативного лечения миомы матки как реального пути снижения частоты оперативных вмешательств.

Целью исследования явилось выяснение качества диспансерного наблюдения и лечения пациенток с миомой матки на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Исследование включало сбор анамнеза, гинекологический осмотр, изучение историй 50 больных с миомой матки, поступивших в гинекологическое отделение РНЦЭМП для оперативного лечения в период с января по сентябрь 2010 года.

Результаты и обсуждение. Возраст пациенток, поступивших на оперативное лечение, варьировал от 26 до 55 лет, причем в возрасте до 35 лет миома матки была диагностирована у 24% больных, то есть у каждой четвертой. На диспансерном учете состояли 74% обследованных. Размеры матки при взятии на учет колебались от 4 до 10

недель беременности. Регулярное диспансерное наблюдение проводилось у 50% женщин, причем 80% больных, по данным опроса, недооценивали серьезность заболевания. На проведение лечения на догоспитальном этапе указали всего 50% пациенток, из них гормональную терапию гестагенами во вторую фазу цикла получали 10% (1-2 курса по 3-6 месяцев), агонистами гонадолиберина – всего 4%, негормональное лечение (включающее соки, БАД, фитотерапию) эпизодически получали 36%. Изучение анамнеза прооперированных больных выявило среди возможных этиопатогенетических факторов указание на наличие миомы матки у ближайших родственников (20%), высокую частоту (74%) агрессивных манипуляций на матке (аборты, диагностические выскабливания), воспалительные заболевания матки и придатков (30%), ВМС (70%), эндокринную патологию (сахарный диабет, эндемический зоб – 10%), соматическую патологию (ГБ, хронический гастрит, хронический холецистит – 20%). Беременность и роды имели место у всех пациенток. У 50% в анамнезе было 3 и более аборт, а осложненные аборт и роды – у 10% женщин. На вторичное бесплодие указали всего 2 пациентки. Патология шейки матки диагностирована у 22%. Показаниями к оперативному лечению явились

геморрагический синдром у 37%; болевой синдром у 16%; нарушение функции соседних органов у 3%; быстрый рост у 10%; большие размеры у 9% и сочетание показаний у 29%. Выполнено 50 операций, из них надвлагалищная ампутация матки с придатками у 22%, без придатков у 12%; экстирпация матки с придатками у 56%, без придатков у 10%. В ходе операции и в результате гистологического результата выявлено сочетание миомы матки с другой патологией: с эндометриозом у 32%, с опухолями яичника у 2%.

Выводы. Каждая третья пациентка, прооперированная по поводу миомы матки, не состояла на диспансерном учете, то есть была «беспризорной», а у 50% диспансеризация носила формальный характер, так как медикаментозная терапия проводилась только 14% пациенток, то есть каждой 7-й женщине. Среди возможных этиопатогенетических факторов в развитии миомы матки преобладают высокая частота агрессивных манипуляций на матке, внутриматочная контрацепция, воспалительные заболевания. Основными показаниями к оперативному лечению явились геморрагический синдром и сочетание нескольких син-

дромов. Наиболее часто выполняемая операция больным с миомой матки в гинекологическом отделении РНЦЭМП – ампутация матки с придатками – 56% среди всех прооперированных в обследованной группе.

Высокая частота выявления миомы матки у молодых женщин диктует необходимость санитарно-просветительной работы по снижению абортот и воспалительных заболеваний гениталий. Снижение частоты оперативных вмешательств возможно при проведении плановых профосмотров с включением ультразвуковой диагностики для более раннего выявления миомы матки. Диспансеризация не должна быть формальной и включать изучение преморбидных факторов и коррекцию гинекологической и экстрагенитальной патологии. Из бесед с женщинами выяснилось, что диспансеризация носит зачастую формальный характер и заключается только в констатации роста опухоли. Качество диспансеризации зависит не только от методически грамотного подхода врача, но и его способности донести до пациентки информацию о необходимости регулярного наблюдения и лечения.

Особенности диагностики острого живота в неотложной гинекологии на догоспитальном этапе

Касымова Д.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Заболевания, проявляющиеся под маской острого живота, у гинекологических больных возникает в результате внематочной беременности, апоплексии яичника, перекрута ножки кистомы яичника, гнойных воспалений придатков, пельвиоперитонита (тазовый перитонит), общего перитонита в результате генерализации воспалительного процесса в брюшной полости. Внематочная беременность — развитие плодного яйца в маточной трубе (чаще всего), в яичнике, в маточном роге или в брюшной полости. Клинически вначале проявляется как нормальная беременность: отсутствие менструаций, изменения вкуса и т. п. К 5—7-й неделям развитие внематочной беременности прерывается. При разрыве трубы внезапно появляются резкие сильные боли в животе с иррадиацией вверх или вниз, в область наружных половых органов или в прямую кишку, головокружение, обморочное состояние, снижение артериального давления, учащение пульса, резкая бледность и холодность кожных покровов. Симптомы внутреннего кровотечения быстро нарастают. Кровянистые выделения из родовых путей часто отсутствуют. Имеются симптомы раздражения брюшины. При прерывании внематочной беременности по типу трубного аборта клинические проявления менее выражены, симптомы нарастают постепенно, боли могут иметь перио-

дический схваткообразный характер. Отмечаются кровянистые выделения из половых путей. Постепенно развиваются также признаки внутреннего кровотечения и симптомы раздражения брюшины. Неотложная помощь заключается в немедленной экстренной госпитализации на носилках в гинекологическое отделение. По жизненным показаниям проводится противошоковая терапия. Апоплексия яичника (разрыв, инфаркт, гематома яичника) клинически напоминает внематочную беременность и также характеризуется симптомами внутреннего кровотечения. Встречается, как и внематочная беременность, у женщин репродуктивного возраста. Помощь аналогична. Перекрут ножки кистомы яичника приводит к нарушению питания опухоли и развитию острого живота. Боли возникают остро или постепенно нарастают на стороне опухоли, появляются симптомы раздражения брюшины. Возможны тошнота, рвота, метеоризм, парез кишечника. Транспортировка на носилках в гинекологический стационар. Лечение на догоспитальном этапе не проводится. Гнойные воспаления придатков развиваются при хронических аднекситах и сальпингоофоритах, приводят к перфорации и к излиянию гноя в брюшную полость. Возникает клиника общего перитонита. Больных госпитализируют на носилках в стационар, имеющий гинекологическое и хирургическое

отделения (из-за трудностей дифференциальной диагностики). Пельвиоперитонит ограничен полостью малого таза. Боли интенсивные, локализируются внизу живота, иррадируют в крестец, прямую кишку, нижние конечности. Отмечается тошнота, реже рвота, задержка стула и газов, повышенная температура тела, симптомы интоксикации, местные симптомы раздражения брюшины. Необходима немедленная госпитализация на носилках в гинекологическое отделение. У больных с острым животом в гинекологии следует тщательно собирать анамнез, в том числе гинекологический. Разговаривать с больной следует наедине, без родственников и тем более без сослуживцев и посторонних лиц. Необходимо выяснить последние месячных, дату последнего осмотра гинеколога, наличие хронических гинекологических и хирургических заболеваний в прошлом, узнать количество беременностей и родов, чем они закончились и др. Следует помнить, что женщины часто скрывают по разным причинам факт возможного наступления беременности, о проведении неудачных медицинских аборт рассказывают почти всегда, зато криминальные аборты скрывают до последней возможности. По этой причине следует также подробно расспросить родственников отдельно от больной. А ей разъяснить, что сокрытие правдивой информации и запутывание, таким образом, медработников значительно осложнит и отсрочит оказание адекватной помощи. Основны-

ми клиническими проявлениями острого живота, независимо от причины возникновения, являются выраженные признаки дисфункции желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, нарушение или отсутствие перистальтики, задержка стула и газов); внезапно возникающие резкие интенсивные боли в животе; наличие симптомов раздражения брюшины (Щеткина—Блюмберга и др.); расстройство функций сердечно-сосудистой системы вплоть до коллапса (шока). Определение точного диагноза у больных с признаками острого живота часто затруднительно. У женщин, особенно детородного возраста, всегда следует учитывать возможность гинекологических заболеваний. Вместе с тем не надо забывать, что похоже могут проявляться и многие хирургические заболевания. А ведь возможно еще и их сочетание! Следует всегда соблюдать принцип гипердиагностики. В сомнительных случаях больных госпитализируют на носилках в многопрофильный стационар для совместной консультации хирурга и гинеколога, в частности в центр экстренной медицинской помощи, где сконцентрированы все смежные специалисты. При необходимости врачам скорой помощи и амбулаторно-поликлиническим необходимо проводить посиндромную терапию, в основном по жизненным показаниям. Назначение анальгетиков на догоспитальном этапе противопоказано из-за опасности стереть клиническую картину и этим отсрочить оказание адекватной помощи.

Анализ клинико-эпидемиологической структуры пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой

Красненкова М.Б., Акалаев Р.Н., Росстальная А.Л., Дадаев Х.Х., Акопян С.Э.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Во всем мире тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) является одной из основных причин смерти людей в возрасте до 40 лет. За последние 10 лет показатель смертности от травм на догоспитальном этапе вырос на 28,5%. Очевидно, что исход тяжелой ЧМТ находится в прямой зависимости от качества оказания догоспитальной помощи. Совершенствование организации медицинской помощи на месте происшествия является самым реальным резервом снижения летальности пострадавших с ТЧМТ.

Объективные данные о распространенности ТЧМТ, ее причинах и исходах являются основой для разработки программ по улучшению качества оказания медицинской помощи этой категории пострадавших. В связи с этим нами было проведено ретроспективное изучение историй болезней пострадавших с ТЧМТ, поступивших в РНЦЭМП за последние 2 года, с целью получения клинико-эпидемиологической характеристики данного контингента больных.

Полученные данные свидетельствуют о том, что пострадавшие с сочетанной ЧМТ встречаются во всех возрастных категориях, но наибольшая распространенность данного вида патологии отмечается среди лиц в возрасте от 18 до 50 лет. На долю женщин приходится 23%, мужчин - 77%. Так, ТЧМТ чаще встречалась у мужчин в возрасте от 30 до 59 лет (76,8%), а у женщин - 50 лет и старше (57,4%). Анализ данных по доставке пострадавших в стационар в зависимости от пола и возраста показал, что чаще поступают в больницу мужчины в возрасте от 50 до 59 лет и женщины - 70 лет и старше. Погибают на месте травмы или в процессе транспортировки чаще мужчины от 30 до 39 лет и женщины от 60 до 69 лет. Чаще всего обстоятельствами сочетанной ЧМТ во всех гендерно-возрастных группах были ДТП (48,5%), более двух третей из которых (72,1%) ДТП с участием пешеходов, что объясняется увеличением транспорта на дорогах. На втором и третьем местах по частоте стоят избиение (23,2%) и кататравма (18,5%).

В структуре ДТП частота столкновения транспортных средств (ТС) составила 17,5% от всех случаев ТКТТ, несколько чаще (20,2%) встречался наезд ТС на пешехода. Наблюдалось умеренное увеличение числа ДТП (+2,48%). Все механизмы получения ДТП имели тенденцию к росту: столкновение ТС (+3,5%), столкновение ТС с препятствием (+1,86%), переворот ТС (+2,02%) и наезд на пешехода (+1,67%). Выявлена прямая статистически значимая связь между увеличением количества автотранспорта и динамикой роста ТЧМТ за исследуемый период.

Изучение сезонности показало, что чаще всего пострадавшие получали ТЧМТ весной и осенью (соответственно 30,0 и 27,8%). Наиболее травмоопасными месяцами были январь, март, май, и сентябрь. Самым травмоопасным днем является пятница. Пик травматизма приходился на период от 18 до 3 часов – 63,2% всех пострадавших.

В состоянии алкогольного опьянения получили травму 61,2% пострадавших. Чаще ТЧМТ в алкогольном опьянении выявлялась у лиц в возрасте 30 – 59 лет, а в трезвом виде – в возрасте старше 60 лет. Причем большее число пострадавших в алкогольном опьянении в этих возрастных группах было за счет мужчин, а трезвых – за счет женщин.

Проанализировав архивные материалы, мы отметили, что в структуре ЧМТ у 2/3 пострадавших выявлены открытые повреждения. Сдавление головного мозга выявлено в 78,6% случаев, причем во всех наблюдениях оно сопровождалось ушибом. Более чем у половины (51,4%) диагностированы множественные факторы компрессии, а у 9,0% – двусторонние. Нередко причиной компрессионного синдрома являлись субдуральная (60,1%) и эпидуральная гематома (15,3%). Внутримозговая гематома и вдавленный перелом костей свода черепа являлись наиболее частым слагаемым множественности причин сдавления головного мозга (соответственно 50,2 и 18,1%). Почти 2/3 пострадавших имели перелом костей черепа (67,5%), из них перелом свода черепа выявлен у 28,6%, основания черепа – у 36,4%, а их сочетание – у 35,0%.

ЧМТ характеризовалась грубым угнетением сознания, наличием в неврологическом статусе менингеальных и патологических знаков, очаговых симптомов и витальных нарушений. Часто имели место стволые дисфункции (54,2%) как результат первичного поражения ствола головного мозга или как осложнение дислокационного синдрома. Практически 3/4 пациентов имели нарушение сознания до комы (< 9 баллов по ШКГ).

Больше 1/3 (38,0%) пострадавших погибли на

месте происшествия до приезда скорой медицинской помощи (СМП) или во время транспортировки в стационар. На фоне роста числа госпитализированных с ТЧМТ за 5 лет число умерших в абсолютных значениях практически не менялось, а в расчете на 100 пациентов имело тенденцию к снижению.

Обращает на себя внимание тот факт, что оказание помощи бригадами СМП отмечается лишь в 40,2% случаев, остальные пострадавшие поступают самотеком, на попутном транспорте. Временной фактор играет ключевую роль в эффективности помощи пострадавшим с ТЧМТ, а показателями, его составляющими, являются сроки прибытия бригад к месту происшествия и работы с пострадавшими. В первый, так называемый «золотой» час после травмы, доставлены в стационар 68,7% пострадавших, в течение второго часа – 17,2%. Всего в первые 6 часов после травмы в стационар получили 87,8% пациентов с ТЧМТ.

Квалифицированная помощь на месте происшествия и при транспортировке, направленная на восстановление и поддержание нарушенных витальных функций, с быстрой госпитализацией пострадавшего в многопрофильный стационар позволяет эффективно использовать правило «золотого часа» для профилактики вторичных повреждений мозга. В условиях крупного города она должна осуществляться в течение 30 – 50 минут. За это время врач СМП выясняет характер (механизм) и давность травмы, осматривает пострадавшего, определяет тяжесть и шокогенность повреждений, устанавливает диагноз, проводит необходимые реанимационные мероприятия и транспортирует пациента в многопрофильный стационар. Наилучшей является госпитализация пациента в течение первого часа после травмы с оповещением принимающего лечебного учреждения.

Общие принципы терапии ТЧМТ направлены на восстановление функции дыхания (интубация трахеи, ИВЛ, ФБС при выявлении аспирационного синдрома), стабилизацию гемодинамики (вазоактивная терапия), проведение противошоковой терапии (восполнение ОЦК, борьба с болью, остановка кровотечения).

Таким образом, рост числа пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой и высокая летальность их диктуют необходимость поиска новых направлений в определении программы лечебно-диагностических и организационных мероприятий догоспитального и раннего госпитального этапов с использованием современных технологий.

Функциональная оценка напряженности труда хирургов экстренной медицинской помощи

Кучкарова М.Р., Ильина О. Н., Камалова М.

НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний МЗ РУз

Труд хирурга в период выполнения операций и сложных диагностических процедур характеризуется выраженной эмоциональной напряженностью, обусловленной ответственностью за здоровье и жизнь пациента, который может сопровождаться воздействием на организм неблагоприятных факторов условий труда (дискомфортные микроклиматические условия, влияние наркотических веществ и др.). Эти факторы в сочетании с многочисленными дежурствами, неравномерным распределением рабочей нагрузки в течение недели и выездами на консультации в области республики могут обусловить высокие уровни заболеваний сердечно-сосудистой и нервной систем среди врачей.

Цель исследований: изучить состояние центральной нервной системы организма врачей-хирургов.

Материал и методы. Работа проводилась в 2006-2008 гг. на базе РНЦЭМП. При физиологической гигиенической оценке трудовой деятельности изучены некоторые физиологические функции у 20 хирургов. Определены ведущие факторы, влияющие на функциональное состояние организма врачей: операции и ночные дежурства. Исследования проводились в начале работы, после операции и после дежурства. Изучение силы нервной системы проводилось по методу Л.А.Копытовой с помощью хронорефлексометра. По этой методике о силе нервной системы судят по изменению латентного периода простой зрительно-моторной реакции в конце опыта по сравнению с началом. Определение механической памяти проводилось при помощи таблицы с двенадцатью двухзначными цифрами, основанном на количестве правильно воспроизведенных цифр и смысловой памяти проводилось с помощью «10 слов» - количеством правильно воспроизведенных пар слов. Устойчивость внимания и состояние зрительного анализатора определяли по таблице В.Я.Анфимова, результаты которой позволяют оценить точность и продуктивность работы.

Результаты. Исследование силы нервной системы показало, что время простой зрительно-моторной реакции у всех хирургов в процессе трудовой деятельности не только не увеличивается, но становится короче или остается на прежнем уровне (на уровне фонового показателя). Это ука-

зывает, что врачи в процессе работы максимально мобилизуют внимание, сосредоточенность и на то, что у них сильная нервная система, они физически развиты и тренированы.

Показатель механической памяти по сравнению с началом работы (фон) после проведенной операции у всех обследованных групп снижался на 10-15%, смысловая память у 60% обследованных было одинаковой по сравнению с фоном, у 40% обследованных снижался на 5-10%.

Определение точности работы по таблице В.Я.Анфимова показало, что точность выполнения задания у хирургов после операции оставалась равной фоновым данным или снижалась незначительно (5%), в то же время работоспособность снижалась до 30% по сравнению с фоновым.

Эти показатели изменения психофизиологических функций хирургов оцениваются как переутомление. Труд хирурга экстренной медицинской помощи по гигиенической классификации условий труда (СанПиН № 0141-03) определяется как вредный и тяжелый труд и относится к 3 степени 3 класса.

Таким образом, психофизиологическая оценка профессиональной деятельности врачей хирургов экстренной медицинской помощи показывает, что оперативные вмешательства – наиболее ответственный и напряженный период в их деятельности, так как в эти клиники поступившие больные экстренные. Выраженная эмоциональная напряженность труда в этот период, обусловленная ответственностью за жизнь и здоровье пациента, в сочетании с необходимостью максимальной концентрации внимания, быстротой переработки многообразной информации и принятия точных решений вызывает мобилизацию различных физиологических систем организма, чем и обусловлены проявления переутомления у обследованных групп хирургов.

Вывод. Характер профессиональной деятельности врачей хирургов требует рационального режима труда и отдыха, разумного распределения операционного времени в течение недели, запретить участие врача после ночного дежурства в плановых операциях и выполнении сложных диагностических процедур. Эти мероприятия являются профилактикой раннего утомления у хирургов.

Догоспитальная медицинская помощь у больных с повреждениями почек

Мадаминов А.С., Оллокулиев Б.Р., Абдушарипов М.А.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Ежегодно за неотложной помощью обращаются 20-25% жителей крупных городов, причем около 70% из них оказывается помощь на догоспитальном этапе.

Среди вопросов современной неотложной урологии особого внимания заслуживают повреждения органов мочевой системы, в частности травмы почек.

Целью нашей работы является изучения оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе 67 больным с повреждением почек, находившихся в Хорезмской филиале РНЦЭМП в 2000 - 2009 гг. Из 67 больных 29 (43,3%) были доставлены скорой помощью, 38 (56,7%) поступили самотеком, 6 переведены из районных отделений экстренной медицинской помощи. Из госпитализированных больных 10 поступили в шоковом состоянии.

Травмы почек часто протекают с клинической симптоматикой повреждения органов брюшной полости. Во всех случаях вскоре после травмы отмечалась боль в соответствующей почечной области, симптомы в различных сочетаниях, характерных для повреждения почки: образование околопочечной гематомы - у 46 больных, гематурия - у 54.

Всем больным, доставленным со скорой помощью, на догоспитальном этапе была оказана первая медицинская помощь (противошоковые мероприятия, гемостатики и др.) Из поступившим самотеком (38) больных на догоспитальном этапе 28 были введены анальгетики, спазмолитики; 4 больным дополненные гемостатиками.

В ходе лечения у 17 (25,3%) больных придерживались консервативно - выжидательной тактики. 46 (68,6%) больным проведено оперативное лечение.

У 64 (95,5%) больных с повреждением почек наступило полное выздоровление. Летальный исход с повреждением почек наблюдался у 3 (4,5%) больных вследствие тяжести сопутствующих повреждений, а не травмы почек. Из 3 умерших с повреждением почек один был доставлен скорой помощью, двое поступили самотеком.

Выводы. Фактором, определяющим исход при повреждении почек, является оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Экстренные мероприятия на догоспитальном этапе, прежде всего, должны быть направлены на коррекцию нарушений жизненно важных функции организма с одновременным осуществлением диагностических процедур.

Применение ультразвукового исследования в диагностике и лечении апоплексии яичника на догоспитальном этапе

Мадаминова Ж.С., Абдиримова А.Д., Бобониязова Б.И., Шейхова Х.К., Эшчанова М.Х.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Апоплексия яичника (apoplexia ovarii), длительное время обозначавшаяся различными терминами (гематома яичника, кровотечение из яичника, разрыв кисты желтого тела, инфаркт яичника, разрыв яичника), определяется как внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. С внедрением новых технологий в последние годы подход к диагностике и лечению апоплексии яичника изменился. В настоящее время одним из ведущих методов исследования в гинекологии стала эхография. Наш центр оснащен многофункциональным цифровым УЗ-аппаратом. Sonoscore 500 с конвексным датчиком 3,5 мГц и вагинальным датчиком 6 мГц.

В течение 3 лет в приёмно-диагностическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП на догоспитальном этапе обследованы более 1000 женщин с патологией гениталий. Апоплексия яичника диагностирована у 125 из них. В возрасте 16-30 лет было 75, 31-45 лет - 50. По линии скорой помо-

щи поступили 78, самотёк - 47.

Пациентки в зависимости от объёма кровопотери были разделены на 3 группы. В 1-ю вошли 83 больных, у которых диагноз апоплексии яичника был подтвержден клинически; 2-ю группу составили 28 больных с умеренным (в пределах 100-300 мл) внутрибрюшным кровотечением; в 3-ю включены 14 пациенток с большой (более 400 мл) внутрибрюшной кровопотерей.

На догоспитальном этапе 45 пациенток лечились по поводу различных гинекологических заболеваний (кольпиты, эрозия шейки матки, ретенционные образования яичников). На наличие сопутствующего хронического двухстороннего аднексита указали 34 больных, чревосечение по поводу гинекологических заболеваний имело место у 14.

УЗИ проведено у 85, у 34 из них в первые часы заболевания, у остальных 52 - в первые сутки. Нормальные или несколько увеличенные размеры яичника (максимально не более 4-4,5 см) выяв-

лены у 68, причем внутренняя экоструктура, как правило, характеризовалась наличием жидкостного включения гипозоженной или неоднородной структуры. Размер включения не превышал диаметр преовуляторного фолликула и не приводил к объемной трансформации яичника. Наряду с этим у 78 больных визуализировался нормальный фолликулярный аппарат яичника и жидкостные включения от 4 до 8 мм в диаметре. У 15 обследованных на эхограммах в области пораженных придатков выявлено образование небольших размеров (до 5-6 см в диаметре), чаще неоднородной структуры, у 2 размеры образования превышали 6-7 см, у 1 - достигали 9 см. Практически у всех жен-

щин внутренняя экоструктура образования была характерна для желтого тела. У 5 больных пристеночно или центрально определялись гиперэхогенные структуры неправильной формы, расцененные нами как плотные кровяные сгустки. Толщина стенки образования составляла 1-2 мм. На одном из его полюсов определялась нормальная ткань яичника. У большинства больных 1-й группы яичник был нормальных размеров, в то время как у половины пациенток 2-й и 3-й групп - увеличен до 5 см и более.

Таким образом, эхографические признаки имеют огромное значение в выборе тактики ведения больных с апоплексией яичника.

Особенности диагностики и оказания догоспитальной помощи больным с укусом паука каракурта

Маликов Б.Х., Камолов Б.Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Яд паука каракурта - один из самых сильных биологических ядов нейротоксического действия. Пауки каракурта обитают в основном в сельских районах, в основном на пастбищах и на местах посевов зерновых растений. Более опасным считается укус самки, которая по размерам в несколько раз больше самца. Место укуса зачастую не удаётся определить точно из-за отсутствия следа от укуса. Иногда укус выглядит в виде маленькой красной точки.

Пострадавший в начале отмечает небольшой зуд или чувство небольшого жжения на месте укуса, на что зачастую не обращает особого внимания.

Через 30-40 минут жжение или зуд усиливаются, появляется боль, которая распространяется от места укуса. Впоследствии добавляется клиника общей интоксикации в виде общей слабости, сонливости, ощущения беспокойства, сильной потливости, тахикардии, гипертонуса мышц (иногда отмечается доскообразный живот) и клиники шока с падением артериального давления.

Такое клиническое течение заболевания создает трудности в диагностике. В течение 5 лет в отделение токсикологии СФРНЦЭМП были госпитализированы 32 больных с укусом каракурта (9 из них были переведены с других стационаров по линии санитарной авиации, 4 доставлены машинной скорой помощи, 19 поступили самотёком). Кроме того, были проконсультированы и оставлены с рекомендациями в стационарах по месту жительства еще 19 пострадавших. Из 51 больного только 11 на догоспитальном этапе был поставлен правильный диагноз (4 больных сами указывали, что их укусил паук). Остальным больным диагноз был поставлен в стационаре после подробного сбора анамнеза и осмотра специалистов.

5 больных были госпитализированы в стационар с другими диагнозами. Продолжительность лечения в стационаре в зависимости от тяжести состояния составила от 1 до 7 суток (в среднем 2,4 суток). Более тяжелая клиника наблюдалась у тех пациентов, которых, как было отмечено выше, укусила самка паука каракурта.

Анализ показал, что тяжесть течения и продолжительность лечения зависят от правильности транспортировки и оказания догоспитальной помощи, а также раннего введения сыворотки против яда паука каракурта.

Особенностью транспортировки и оказания догоспитальной помощи больному пострадавшему от укуса каракурта является правильная иммобилизация, так как яд распространяется от места укуса в основном по лимфатическим путям (отток лимфы зависит от мышечных движений). Большинство больных (29) поступили с укусами в области нижних конечностей, 14 - в области верхних конечностей, 6 - в области живота, 2 - других областей тела. Правильная догоспитальная помощь была оказана только 4 больным, которым на догоспитальном этапе проводилась иммобилизация конечностей путём наложения транспортных шин. Клиническая картина заболевания у этих больных была более благоприятной, чем у других пострадавших.

Что касается сыворотки, не все станции СМП и СВП имеют в своём арсенале сыворотку. Кроме того, процесс введения сыворотки с учётом постановки проб занимает не менее 30-40 минут.

Таким образом, догоспитальная помощь в случае укуса паука каракурта должна состоять из правильной постановки диагноза, правильной иммобилизации, адекватного обезболивания и своевременной помощи в случае возникновения шока.

Тактические вопросы оказания медицинской помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями на догоспитальном этапе медицинской эвакуации

Маликов Ю.Р., Янгиев Б.А., Азимов А.А., Маматов К.С.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Летальность вследствие желудочно-кишечных кровотечений колеблется от 8 до 30% (Савельев В.С., 2004, 2006). Среди причин высокой частоты осложнений и летальности следует выделить две основные группы: 1) связанные непосредственно с самим пациентом (объем кровопотери, частота и рецидивы кровотечения, тяжелые сопутствующие заболевания, преклонный возраст и т.д.); 2) причины организационного характера (своевременная диагностика, доставка больного, полнота оказываемой помощи и т.д.). Одним из существенных моментов при оказании медицинской помощи является правильное решение тактических вопросов и адекватной помощи больным на различных этапах медицинской эвакуации.

Среди обратившихся в Навоийский филиал РНЦЭМП в течение последних 2 лет (2007-2008 гг.) были госпитализированы 128 пациентов с желудочно-кишечным кровотечением. Из них скорой помощью доставлены 48 (38,8%); по направлению из поликлиники 44 (34,5%); остальные поступили самостоком 36 (28,3%).

У 114 источником кровотечения явилась язва двенадцатиперстной кишки, у 5 – язва желудка, у 3 диагностирован цирроз печени, осложненный кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода, у 2 – синдром Меллори-Вейсса и у 2 больных источником геморагии был эрозивный гастрит.

Всем больным, за исключением обратившихся самостоком, на догоспитальном этапе объем неотложной помощи заключался в строгом носилочном режиме, запрещении приема воды и пищи, во вливании внутривенно хлористого кальция или

глюконата кальция, внутримышечном введении викасола, дицинона. 22 больным, кроме этого, перелили до 100 мл. эпислон-аминокапроновой кислоты. При критическом состоянии больных (5) – инфузия вазоконстрикторов, полиглюкина и экстренная эвакуация пациента в отделение экстренной хирургии Навоийский филиал РНЦЭМП.

Нами были определены стандарты лечебно-диагностических мероприятий для больных с желудочно-кишечным кровотечением в догоспитальном этапе оказания неотложной медицинской помощи. На данном этапе новым является внедрение в практику ЭФГДС с целью выявления характера и локализации кровотечения, позволяющие определить выбор тактики лечения.

1. Объем диагностики:

- сбор анамнеза и жалоб;
- общий осмотр;
- пальпация, перкуссия, аускультация живота;
- измерение пульса и артериального давления;
- анализ крови на содержание гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, тромбоцитов и ВСК;
- эзофагогастродуоденоскопия.

2. Объем первой медицинской или врачебной помощи:

- установление желудочного зонда;
- промывание желудка холодной водой;
- холод в область эпигастрия;
- введение викасола или дицинона;
- введение 10% раствора хлористого кальция или глюконата, эпислон-аминокапроновой кислоты внутривенно;
- транспортировка больного в отделение экстренной медицинской помощи.

Степень корреляции клинических признаков с исходами черепно-мозговой травмы в догоспитальном и госпитальном этапах

Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А., Алиев М.А.

Курс нейрохирургии и ВПХ Самаркандского медицинского института

В решении проблемы прогнозирования исходов черепно-мозговой травмы (ЧМТ) большое значение имеет унификация большого клинического материала и определение набора информативных клинических признаков. Информативность каждого исследуемого клинического признака определяется различиями его средних значений и среднеквадратичных отклонений при разных исходах, а также его корреляциями с другими признаками.

Задачи исследования: 1) на большом числе наблюдений выявить корреляцию исходов ЧМТ с

отдельными неврологическими симптомами и состоянием сознания пострадавших, 2) определить связь между исходом и тяжестью состояния больных, оцененной по шкале балльной оценки состояния (БОС), и различными формами ЧМТ, 3) исследовать и описать значение средних и среднеквадратичных отклонений некоторых клинических признаков для прогнозирования исходов ЧМТ.

В основу работы положены материалы унифицированного обследования 411 больных с ЧМТ, находившихся на стационарном лечении в клини-

ке нейрохирургии Самаркандского медицинского института. У 331 больного наблюдалась закрытая ЧМТ, у 42 – открытая непроникающая, у 38 – открытая проникающая. У 73,5% пострадавших были ушибы головного мозга тяжелой степени.

Состояние сознания пострадавших оценивали в динамике на догоспитальном и в госпитальном этапах по московской шкале комы и БОС больных, принятой в нашем институте. Для верификации различных форм ЧМТ использованы данные краниографии, эхоэнцефалографии, компьютерной томографии. Клинические и ряд инструментальных данных (всего 70 признаков) этих 411 больных в возрасте от 1 года до 87 лет (343 - мужского и 68 - женского пола) применялись для изучения вопросов прогнозирования исходов и эффективности лечения ЧМТ в остром периоде путем статистической обработки на ЭВМ. Больные были разделены на четыре группы в зависимости от исхода, среди которых выделены смертельный исход (СИ), грубые неврологические нарушения (ГНН), умеренные неврологические нарушения (УНН), восстановление функций до компенсированного состояния (КС).

Исследование корреляционных взаимосвязей различных признаков, определяющих состояние сознания, и двух количественных шкал, характеризующих фазы нарушения сознания и тяжесть состояния больных, а также корреляции этих факторов с исходами ЧМТ дало возможность получить данные для оценки прогностической значимости клинических признаков.

Наиболее интересным с точки зрения прогнозирования исходов при ЧМТ является исследование корреляционной зависимости между неврологическими симптомами и признаком «исход». Коэффициент корреляции (r) какого-либо неврологического признака с исходом фактически указывает его информативность и прогностическую значимость при определении исходов ЧМТ: чем выше коэффициент корреляции, тем выше эта значимость.

При анализе корреляцией фаз нарушения сознания и БОС с исходом ЧМТ выявлены значительно более высокие корреляции ($r \approx 0,46-0,68$), чем при исследовании связей исходов с отдельными неврологическими симптомами на протяжении всех 5 дней исследования. Максимальная корреляция отмечена на 3-4-й день после травмы, что свидетельствует о критическом значении этих дней для летального или благоприятного исхода.

Высокая корреляция применяемых нами шкал фаз нарушения сознания и БОС с исходом ЧМТ является важным фактом, свидетельствующим о преобладающем значении их для прогнозирования исходов ЧМТ среди всех исследуемых клинических признаков (отдельные неврологические признаки, вид и тяжесть ЧМТ, витальные нарушения и т.д.).

Нами тщательной оценке подвергнута не только длительность коматозного состояния, но и продолжительность нарушения сознания в соответствии с принятой классификацией фаз нарушения сознания. Длительность комы – это весь период нахождения больного в коматозном состоянии независимо от его степени (умеренная, глубокая, запредельная) после поступления в стационар. Длительность нарушения сознания означает не только продолжительность коматозного состояния у больного, но и весь период нарушения сознания, включая кому, сопор, глубокое и умеренное оглушение. Длительность комы и длительность нарушения сознания, оцениваемая в динамике с использованием шкалы фаз нарушения сознания, имеют значимые корреляции с исходом ($r = -0,40$ и $-0,31$) и, следовательно, существенно влияют на исход ЧМТ.

Эти клинические факторы исследовались с целью выяснения их значения для прогнозирования как СИ, так и степени восстановления функций у больных с различными категориями благоприятного исхода (КС, УНН и ГНН). Средняя продолжительность комы при СИ и ГНН одинаковая и равна 5 дням, в то время как у больных с восстановлением функций до КС и УНН она колеблется от нескольких часов до 1 дня.

Исследование продолжительности комы в остром периоде ЧМТ является прогностически важным при определении характера исходов. Если длительность комы превышает 5 дней, то повышается вероятность СИ и ГНН. От длительности коматозного состояния и нарушения сознания существенно зависят различные исходы ЧМТ: чем больше их продолжительность, тем хуже исход и, наоборот, если длительность комы не превышает 1 дня, а длительность нарушения сознания составляет 3-5 сут., то увеличивается вероятность выздоровления с КС и УНН. Исключение составляет длительность нарушения сознания при ГНН, при которых она больше, чем при СИ.

Как известно, наряду с состоянием сознания и неврологическими симптомами, большое значение для исхода имеют вид ЧМТ и формы поражения мозга, очаговые неврологические и витальные нарушения. Анализ их корреляций с фазами нарушения сознания и БОС в разные дни острого периода ЧМТ показывают тесную связь между состоянием сознания, тяжестью состояния и формами поражения мозга ($r = 0,44-0,51$), внутричерепными гематомами ($r = 0,31-0,36$).

На основании динамики изменения корреляционных связей с состоянием сознания и БОС в разные дни после травмы можно констатировать следующее: максимальные корреляции с частотой дыхания, с самостоятельным дыханием или ИВЛ и температуры тела отмечаются в первые дни после травмы, затем к 5-му дню они уменьшаются; напротив, возникновение пневмонии имеет макси-

мальную корреляцию к 5-му дню, причем корреляция между состоянием сознания, пневмонией и БОС в течение всех 5 дней довольно высокая ($r=0,21-0,50$).

Таким образом, анализ корреляций отдельных неврологических симптомов с исходом ЧМТ показывает их высокую прогностическую значимость, причем ведущее значение имеют нейроофтальмологические симптомы (особенно открывание глаз на звук или боль, реакция зрачков на свет, сохранность корнеальных рефлексов, двусторонний фиксированный мидриаз), затем нарушение двигательной сферы (движение или реакции на боль и мышечная атония) и витальные нарушения.

Высокая корреляция применяемых нами шкал состояния сознания и БОС больных с исходом ЧМТ свидетельствует о большем значении их для прогнозирования исходов ЧМТ, чем всех исследуемых клинических признаков. Длительность комы и длительность нарушения сознания имеют значимые корреляции с исходом ЧМТ и, следовательно, существенно влияют на исход ЧМТ: чем больше их длительность, тем хуже исход, и наоборот. Выявлена тесная связь между состоянием сознания, БОС и видами ЧМТ, формами поражения мозга, витальными и соматическими нарушениями. Это указывает не только на взаимозависимость этих признаков, но и имеет существенное значение их для исхода ЧМТ.

Зависимость исходов травматических сдавления головного мозга от состояния сознания и балльной оценки состояния в догоспитальном этапе и в стационаре

Мамадалиев А.М.

Курс нейрохирургии и ВПХ Самаркандского Медицинского Института

Цель работы - определение показаний к хирургическому лечению ЧМТ на основании динамической оценки сознания и тяжести состояния больных на догоспитальном и госпитальном этапах с применением Московской шкалы комы и балльной оценки состояния (БОС) больных, а также современных диагностических методов (КТ, МРТ, Эхо-ЭГ) на госпитальном этапе.

Обследованы 570 больных с КЦТ по унифицированной методике. В соответствии с принятой классификацией больные распределялись по степени тяжести КЦТ: ушиб головного мозга легкой степени-45, средней тяжести-82, тяжелой степени-340, диффузные аксональные повреждения (ДАП)-33. У 230 больных ушибы головного мозга сочетались со сдавлением. У 75 больных отмечались вдавленные переломы свода черепа. У 476 из 570 больных была закрытая КЦТ, у 94 - открытая. Нейрохирургические вмешательства (декомпрессивные, костно-пластические трепанации, миниинвазивные) произведены 239 (42%) больным. Анализировались 4 варианта исхода: компенсированное состояние (КС), умеренные неврологические нарушения (УНН), грубые неврологические нарушения (ГНН), смертельный исход (СИ). Благоприятные исходы оценивались на основании тщательного осмотра больных при выписке, в большинстве случаев учитывались также катamnестические данные.

Адекватным клиническим методом для оценки неврологического статуса больных в до- и послеоперационном периодах является БОС по упомянутой шкале. Проведен корреляционный анализ клинических массивов данных по четырем исходам на ЭВМ с помощью статистических программ. Анализ показал высокую корреляцию

($r=0,89-0,97$) между состоянием сознания и БОС у больных с КЦТ в течение 5 дней исследования после травмы. Это даёт основание дифференцированно использовать данные шкалы в разных звеньях практического здравоохранения и на разных этапах медицинской эвакуации (на догоспитальном этапе и в специализированных стационарах).

Исследование БОС больных для разных возрастных групп в динамике выявило ряд закономерностей. Определены минимальные значения БОС у 410 больных с благоприятным исходом в разные дни после травмы, т.е. критические уровни, ниже которых компенсаторные процессы оказываются неэффективными, и все больные умирают. Выделены три возрастные группы: до 15 лет, от 16 до 50 лет и старше 50 лет. Анализ показывает, что для первых двух возрастных групп критический уровень БОС в динамике почти одинаков и колеблется от 15 баллов в 1-й день до 25 к 5-му дню. У больных старше 50 лет критический уровень благоприятного исхода в 1-й день - 22 балла, а в последующие дни значительно выше, чем в более молодом возрасте (34-37 баллов).

Важно учитывать критический уровень БОС при определении показаний и противопоказаний к хирургическому лечению тяжелой КЦТ. Больные, оперированные при БОС ниже 15 баллов, погибают в ближайшие после операции дни, т.е. оперативное и интенсивное консервативное лечение в состоянии запредельной комы и при БОС ниже 15 баллов не эффективно. Вероятность благоприятного исхода повышается до 40% при БОС в день операции 21-30 баллов, а при значениях выше 30 баллов, что соответствует умеренной коме, оглушению и сопору, она достигает 69%.

Артериал гипертония касаллигида беморларга шифохонагача бўлган даврда кўрсатилган тиббий ёрдамнинг нишон аъзоларнинг зарарланиши ва асоратлар миқдори таъсири

Мамажонов Б., Пулатов Ф., Каримов А.
РШТЁИМнинг Фарғона филиали

Жаҳоннинг аксарият мамлакатларида артериал гипертония (АГ) юрак-қон томир тизими касалликлари орасида энг кўп учрайдиган ҳасталик, деб ҳисобланади ва ривожланган мамлакатларда 18-74 ёшли аҳолининг 29,8%ида аниқланади. Юрак-қон томир касалликларидан ўлимнинг деярли 60 % ини I даражадаги АГ билан оғриган беморлар ташкил этади.

АГ билан оғриган беморларга дастлабки кўрсатилган ёрдам қай даражада сифатли бўлса, нишон аъзоларнинг зарарланиши ва касаллик асоратлари даражаси паст бўлади.

Мақсад: АГли беморларда нишон аъзоларнинг зарарланиши ва касаллик асоратлари хавфини камайтиришда дастлабки кўрсатилган амбулатор ёрдамнинг аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва услублар. АГ билан РШТЁИМ ФФ га тез ёрдам орқали олиб келинган 120 беморнинг касаллик тарихи ўрганиб чиқилди. Тиббий текширувлар мажмуаси АҚБни ўлчаш, ЭКГ (чап қоринча гипертрофияси белгилари), офталмоскопия (ретинопатия), флюорография бажариш ва касаллик тарихини батафсил ўрганишдан иборат бўлди. АҚБни ўлчашда Коратков усулидан фойдаланилди. АГ даражасини белгилаш учун ЖССТнинг 1999-йилги таснифидан фойдаланилди.

Натижа ва муҳокама. Ўрганилган касаллик тарихи ва кузатув варақаларига асосланган ҳолда беморлар 3 гуруҳга ажратилди:

1-гуруҳ - беморлардан 80 нафарига дастлабки кўрикдан сўнг АПФ ингибиторлари, β-блакторлар, сийдик хайдовчи, спазмолитиклар (дибазол, магнезий сульфат 25%), асабни тинчлантирувчилар каби дорилар тавсия қилинган ва бунинг натижасида АҚБ муқим ҳолга келтирилиб,

20-30%га туширилгандан сўнг, шифохонага келтирилган.

2-гуруҳ - беморларнинг 30 нафари - биринчи кўрикдан сўнг спазмолитиклар м/и ёки в/и юборилиб, АҚБ динамикада ўлчанмай тўғридан-тўғри шифохонага келтирилган.

3-гуруҳ - беморларнинг 10 нафари - ўзи тез ёрдам боргунга қадар уй шароитида гипотензив, дориларни қабул қилган ва тез ёрдам машинасида шифохонага олиб келинган.

Барча беморлардан 61,6%да III даражали, 38,4%да II даражали АГ аниқланди. Чап қоринча гипертрофияси III даражали АГли беморларнинг 76,8%да, II даражали АГда - 63,9%да топилди. Протенурия ва ретинопатия III даражали АГда - 59,3% беморда, II даражали АГда - 67,8%да кузатилди. Гипертония ретинопатияси III даражали АГда - 51,7% кишида, II даражали АГда эса - 18,5%да қайд қилинди.

1-гуруҳ беморлардан 5 (6,2%) нафарида ЮИК, ЎКС, 7 (8,7%) нафарида гипертоник энцефалопатия аниқланди.

2-гуруҳ беморлардан 9 (30%) нафарида ЮИК, ностабил стенокардия, 13 (43,3%) нафарида гипертоник энцефалопатия белгилари бор эди.

3-гуруҳ беморлардан 100%да ЮИК, ностабил стенокардия, 4 тасида (40%) чап қоринча етишмовчилиги, 2 (20%) нафарида юрак астмаси хуружлари ва гипертоник энцефалопатия, 1 (10%) кишида ишемик инсульт кузатилди.

Хулоса: АГ касаллигида нишон аъзоларнинг зарарланишини ва ҳасталик асоратлари стационаргача бўлган босқичдаги даво муолажаларининг сифат даражаси билан узвий боғлиқлиги аниқланди.

Рекомендации по оптимизации лечения

осложненных гипертонических кризов на догоспитальном этапе

Мамасалиев Н.С., Верткин А.Л., Джумабаев Э.С., Ниязов З.М., Абдуллаева Г.

Андижанский филиал РНЦЭМП,

Московский государственный медико-стоматологический университет

На основании 10-летнего проспективного наблюдения за больными с осложненными гипертоническими кризами (ОГК) установлено, что имеется прямолинейная зависимость сосудистых катастроф от адекватности антигипертензивной терапии (АГТ) (по материалам АФ РНЦЭМП и ННПСМП РФ проанализированы более 51664 слу-

чаев).

С учетом результатов нашего исследования и исходя из международного опыта ведения больных ГК, нами разработаны рекомендации по лечению ОГК на догоспитальном этапе, которые оптимизируют существующие алгоритмы фармакотерапии острых гипертензивных состояний. Так, для

уменьшения кардиоваскулярного континуума при ГК артериальное давление (АД) следует снижать постепенно (во избежание ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца и почек), как правило, не более чем на 25% в течение 1 часа. Быстрое снижение АД необходимо при расслаивающей аневризме аорты (на 25% от исходного за 5-10 минут; оптимальное время достижения целевого уровня САД 100 мм рт.ст. составляет не более 20 минут) и отеке легких. У пациентов с мозговым инсультом избыточное и/или быстрое снижение АД может усугубить ишемию головного мозга.

При ОГК используются только парентеральные препараты с соответствии со следующими позициями ЕВМ: 1) препарат должен обладать коротким временем наступления фармакодинамического эффекта и сохранением его в течение 3-4 часов после прекращения введения, 2) иметь дозозависимый предсказуемый эффект, 3) минимально влиять на мозговой и почечный кровоток, а также на сократимость миокарда, 4) не иметь противопоказаний к использованию у большинства больных, 5) быть безопасным.

Для лечения используются следующие парентеральные препараты ГК: 1) вазодилататоры – эналаприлат (препарат вводят в дозе 1,25-2,5 мг, включая больных, принимавших ранее эналаприл внутрь. Его вводят в/в струйно медленно (в течение 5 мин) или капельно в разведении в 20-50 мл 5% раствора декстрозы (глюкозы) или 0,9% раствора натрия хлорида) и нитропруссид натрия (вводят в/в капельно из расчета 1,0-1,5 мкг/кг/мин; при необходимости скорость введения постепенно увеличивает до 8 мкг/кг/мин; при кратко-

временном вливании доза не должна превышать 3,5 мг/кг; является препаратом выбора при подозрении на расслаивание аневризмы аорты); 2) β -адреноблокаторы (предпочтительны при расслаивающей аневризме аорты и ОКС) – пропранолол вводится внутривенно капельно по 1 мг каждые 3-5 мин до достижения ЧСС 50-60 в минуту или до общей дозы 0,15 мг/кг и эсмолол в/в, 250-500 мкг/кг в течение 1 мин (нагрузочная доза), далее в/в капельно в течение 4 мин – 50 мкг/кг мин (поддерживающая доза); можно вводить повторно до 4 раз, максимальная доза для взрослых – 200 мкг/кг/мин; 3) антиадренергические средства – показаны только для купирования ГК у больных феохромоцитомой: фентоламин 5 мг сухого препарата в ампуле растворяют в 1 мл воды для инъекций и вводят внутривенно; повторное введение той же дозы возможно через каждые 5 мин до снижения АД; фуросемид не показан при развитии криза с мозговой симптоматикой, дозировка в/в, струйно 20-100 мг; нитроглицерин сублингвально в таблетках (0,5 мг), аэрозоле или спрее (0,4 мг или 1 доза, при необходимости повторять каждые 5-10 мин) или в/в 0,1% - 10 мл нитроглицерина разводят в растворе – NaCl 0,9% - 100 мл и вводят в/в капельно – 2-4 капли/мин под контролем АД и ЧСС.

Не следует применять на догоспитальном этапе но-шпу, папаверина гидрохлорид и метамизол натрия – они не относятся к группе АГП. Дибазол не обладает выраженным гипотензивным действием, а применение диазепама показано только при выраженном возбуждении больных и судорожном синдроме.

Современные методы терапии ранней постинфарктной стенокардии на догоспитальном этапе

Марданов Ф.М., Рофеев М.Ш., Закиева М.В., Назарова З.Ш.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Согласно современным представлениям, ранняя постинфарктная стенокардия (РПС) является одной из форм нестабильной стенокардии и относится к III классу нестабильной стенокардии по классификации E. Brannwald. Пусковыми факторами для возникновения спонтанной РПС являются дистальная эмболизация ветвей коронарных артерий в результате разрушения главного тромба; окклюзия коронарной артерии тромбоцитарными агрегатами или тромбоцитарными тромбами; активация свертывающей системы крови: усиление тонуса или спазм коронарных артерий: гемодинамические нарушения.

У части больных с РПС при регистрации ЭКГ на высоте болевого приступа можно выявить элевацию или депрессию сегмента ST, увеличение степени инверсии зубца T, различные нарушения

ритма и проводимости.

Первоначальной задачей в лечении РПС является максимально быстрое и полное устранение ангинозного приступа. С этой целью мы использовали сублингвальный повторный прием нитроглицерина в дозе 0,5 мг. При отсутствии эффекта от сублингвального приема нитроглицерина применяют наркотические анальгетики. С этой целью применяют морфин, который вводится внутривенно дробно (2 мг в течение 2-3 минут с повторными введениями каждые 2-3 минуты до достижения анальгетического эффекта или суммарной дозы 10 мг).

При стабильной гемодинамике с целью обезболивания можно использовать внутривенное введение β -адреноблокаторов (пропранолол в начальной дозе 0,5-1,0 мг; эсмолол в/в в дозе 500

мкг/кг/мин в течение 1 мин с переходом на поддерживающую дозу 50-200 мкг/кг/мин, ориентируясь по ЧСС) и нитратов (нитроглицерин в начальной дозе 10 мкг/мин, в последующем каждые 3-5 мин доза увеличивается на 10-20 мкг/мин).

В схему лечения больных с РПС входили: β -адреноблокаторы, нитраты, антагонисты кальция, гепарин, антиагреганты.

При достижении оптимальных показателей гемодинамики и отсутствии рецидивов ангинозных приступов переходят на пероральный прием β -адреноблокаторов, при этом предпочтение отдают препаратам короткого действия. Для перорального приема можно использовать метопролол в суточной дозе до 200 мг (β -адреноблокаторы не следует назначать больным с выраженными нарушениями желудочковой проводимости, бронхиальной астмой в анамнезе, тяжелой острой дисфункцией ЛЖ с признаками СН).

У больных с РПС могут использоваться как нефракционированный гепарин, так и низкомолекулярные гепарины.

Внутривенное введение гепарина начинают с введения болюса в дозе 60-80 ЕД/кг, но не более 5000 ЕД. В последующем переходят на внутривенную инфузию гепарина в дозе 12-18 ЕД/кг/ч, но не более 1250 ЕД/кг/ч. Больным с РПС показано назначение аспирина в суточной дозе 125-325 мг или клопидогреля в первоначальной (нагрузочной) дозе 300 мг с последующим переходом на постоянную дозу 75 мг один раз в сутки.

Таким образом, РПС существенно увеличивает риск развития рецидива инфаркта миокарда, фатальных нарушений ритма (45,7%), острой левожелудочковой недостаточности (15,2%), механических осложнений ИМ в остром периоде и внезапной смерти.

Летальность у больных с РПС в первый год после перенесенного ИМ достигает 51-58 %. Использование современных подходов к диагностике и лечению способствует повышению эффективности терапии, снижению частоты РПС.

Тактика оказания экстренной медицинской помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе

Марупов А.М., Стопницкий А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Врач догоспитального этапа является специалистом «первого контакта», который оказывает первую специализированную медицинскую помощь при острых отравлениях, поэтому догоспитальный этап следует расценивать как один из наиболее важных во всей системе оказания помощи токсикологическим больным. Вместе с тем на догоспитальном этапе диагностические и лечебные возможности врачей ограничены. Врач скорой медицинской помощи должен:

1) в первую очередь оценить условия, в которых произошло отравление: пространство, где находится больной, запахи, имеющиеся в окружающей среде, так как она может представлять опасность для персонала;

2) определить степень нарушения жизненно важных функций, при развитии терминального состояния провести базовую сердечно-легочную реанимацию.

3) при стабильном состоянии больного собрать токсикологический анамнез, т.е. выяснить о каком яде идет речь, сколько яда было принято внутрь, а также с какой целью, путь поступления яда в организм, как давно произошло отравление (минуты, часы, дни), принимал ли пациент данное вещество ранее; зарегистрировать время осмотра, время сбора анамнеза, показания свидетелей и очевидцев;

4) провести зондовое промывание желудка (ЗПЖ). Эта процедура не имеет противопоказаний, однако, при наличии делирия, судорожном синдроме, аритмий ее откладывают до купирова-

ния симптоматики. При отравлении коррозивными ядами использовать холодную воду. Пациентам, находящимся в состоянии глубокой комы, ЗПЖ проводят после предварительной интубации трахеи. При отсутствии четких данных о составе яда, поступившего в организм, собрать промывные воды для дальнейшего токсикологического анализа;

5) ввести энтеросорбент. Согласно рекомендациям ВОЗ, идеальным является назначение активированного угля из расчета 10 г угля на 1 г ядовитого вещества или 1 г/кг массы тела больного;

6) начать мероприятия по стабилизации состояния больного: по лечению токсической комы, угрожающей гипотензии, аритмии, судорожного синдрома, делирия и т.д.;

7) при необходимости провести антидотную терапию одновременно с мероприятиями по стабилизации состояния пациента. Для этого предлагаем обеспечить каждого врача скорой медицинской помощи классифицированным перечнем антидотов согласно рекомендациям ВОЗ;

8) во время транспортировки больного в стационар осуществлять непрерывный мониторинг витальных функций;

9) обеспечить преемственность при передаче больного врачу стационара.

Внедрение данного алгоритма действий врачей догоспитального звена и приемного покоя стационара позволит ускорить элиминацию яда из организма и снизить его влияние на организм пациента.

Совершенствование экстренной медицинской помощи при острых химических отравлениях на догоспитальном этапе

Марупов А.М., Стопницкий А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Догоспитальный этап оказания первой медицинской помощи при острых химических интоксикациях имеет огромное значение, т.к. незамедлительное и адекватное лечение острого отравления может свести к минимуму его вредные последствия и спасти жизнь человеку.

Сравнительный анализ работы бригад скорой медицинской помощи в Москве и Ташкенте показал, что, качество оказания экстренной медицинской помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе у нас значительно уступает таковому в Российской Федерации и фактически сводится к доставке пациента в стационар. Анализируя сложившуюся ситуацию, мы пришли к выводу, что основными причинами выявленных недостатков являются: 1) недостаточное оснащение бригад СМП оборудованием (зонды и т.д.) и медикаментами (энтеросорбенты, антидоты и т.д.); 2) недостаточно высокий уровень подготовки сотрудников скорой помощи в области клинической токсикологии.

С целью улучшения оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе нами разработан комплекс мероприятий, который разделен на три этапа:

I этап – проведение статистического анализа. Для выполнения этого этапа необходимо:

1) провести анализ обращений в систему СМП пациентов за 2005-2009 гг с острыми химическими отравлениями по следующим показателям:

- общее количество обращений в систему СМП,
- количество доставленных в стационары,
- количество обслуженных в домашних условиях;

2) провести статистический анализ обращений в отдел токсикологии РНЦЭМП с острыми химическими отравлениями за 2005-2009 гг. Определить процентное соотношение общего числа обращений в приемный покой токсикологии и числа доставленных по скорой помощи;

3) провести нозологический анализ общего числа обращений в систему СМП и приемного по-

кой токсикологии пациентов с острыми химическими отравлениями за 2005-2009 гг. Количество исследуемых нозологий определить согласно приказу №126 МЗ РУз.

4) изучить объем оказываемой медицинской помощи пациентам с острыми химическими отравлениями на догоспитальном этапе по нозологиям в период 2005-2010.

II этап – разработка мер по улучшению оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Данный этап включает следующие мероприятия:

1) совместно с руководством ГССМП подготовить методические рекомендации, а также разработать стандарты оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе при острых химических отравлениях по основным нозологиям согласно приказу №126 МЗ РУз;

2) улучшить подготовку сотрудников скорой помощи на базе кафедры экстренной медицины ТаШИУВ (увеличить число часов отведенных на изучение острых химических отравлений);

3) на основании разработанных стандартов и полученной статистической информации определить необходимый объем медикаментов (антидоты, энтеросорбенты и т.д.) и оборудования (зонды и т.д.) для оснащения бригад «03» с целью повышения качества оказываемой помощи на догоспитальном этапе;

4.) решить вопрос о целесообразности создания специализированных токсикологических бригад, опираясь на опыт зарубежных стран (например, в Российской Федерации на 1 млн населения положено 2 специализированных токсикологических бригады).

III этап – внедрение разработанных мер в повседневную практику врачей СМП.

Вывод. Предложенный нами комплекс мероприятий позволит оптимизировать тактику оказания экстренной медицинской помощи токсикологическим больным на догоспитальном этапе.

Оказание медицинской помощи при переломах нижней конечностей с сочетанием повреждением таза

Махкамов И.Х., Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ведущими повреждениями более чем у половины пострадавших с сочетанной травмой ОДА являются нестабильные переломы таза, множественные переломы крупных сегментов конечностей, травматические отрывы бедра, голени, плеча, синдром длительного раздавливания III степени. В этой группе основным патофизиологическим проявлением является классический травматический шок, описанный Н.И.Пироговым, который по сути представляет собой острую кровопотерю.

Своевременная диагностика и правильное лечение на догоспитальном этапе больных с переломами бедра и повреждениями таза имеют не только медицинское, но и социальное значение. Все это требует разработки новой тактики и методов лечения у данного контингента больных.

В клинике РНЦЭМП в 2004-2009 гг. в отделении травматологии была оказана помощь 81 пострадавшему с сочетанными переломами бедра и повреждениями таза. Основными причинами травм у этих пострадавших были ДТП 58 (71%), кататравмы встречались у 14 (17,2%), прочие – у 9 (11,11%). Преобладали лица мужского пола – 56 (69,1%). Переломы костей таза и конечностей в сочетании с повреждениями внутриполостных органов выявлены у 21 (25,9%) пострадавшего.

43 (53%) пострадавших с сочетанными переломами бедра и костей таза доставлены машиной СМП, самотеком поступили 27 (33,33%), по направлению из других медицинских учреждений 13 (16%).

У всех 27 (33,33%) поступивших самотёком развился травматический шок различной, в основном тяжелой степени. Из доставленных машиной СМП травматический шок I ст. отмечался у 23 (28,3%),

II ст. – у 15 (18,5%), III-IV - у 5 (6,1%).

В Центре разработан алгоритм действий для диагностики и оказания необходимой помощи на догоспитальной этапе пострадавшим с переломами бедра и повреждениями костей таза. Медицинскому персоналу на догоспитальном этапе необходимо уделять особое внимание следующим вопросам.

Оценка тяжести состояния пострадавшего, характерной для переломов костей таза и бедра, признаки острой кровопотери и травматического шока. Локально при пальпации тазового кольца отмечается резкая болезненность. При оценке состояния нижней конечности выявляется деформация и костная крепитация, патологическая подвижность. Риск повреждения мочевого пузыря, уретры и нервно сосудистых пучков нижней конечности.

Доврачебная помощь пострадавшим с повреждениями таза и переломами бедренной кости должны включать:

- обезболивание путем применения ненаркотических и наркотических анальгетиков; асептические повязки на раны на этапе транспортировки;
- иммобилизующее положение пострадавшего на щите и адекватная иммобилизация нижней конечности;
- адекватная симптоматическая и инфузионная терапия.

Таким образом, при высококинетических травмах у врачей СМП должна быть настороженность в отношении повреждений таза. Адекватная помощь на догоспитальном этапе позволит снизить частоту развития шока и возможных осложнений травматической болезни на госпитальном этапе.

Стандарты врачебной помощи при катастрофах

Махкамов К.Э., Юнусов Р.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В медицине катастроф, учитывая экстремальность ситуаций, массовый характер и однотипность поражений, необходима стандартизация действий врача. Врач скорой помощи, первым прибывший на место катастрофы, принимает руководство на себя.

Основоположник сортировки Н.Н. Пирогов говорил, что при наличии большого числа пострадавших всегда есть недостаток во врачах, но есть и другое важное обстоятельство: "... без распорядительности и правильной администрации нет пользы и от большого числа врачей", что и дока-

зывают и наши наблюдения при ЧС. Предлагаются следующие действия на местах при ЧС.

Стандарт действий врача.

Зафиксировать время возникновения катастрофы и время прибытия бригады на место катастрофы. Устранить панику, организовать само- и взаимопомощь среди населения. Установить и поддерживать связь с диспетчерской станции скорой помощи. Определить приблизительное число пострадавших и основной характер поражения. Начать проведение сортировки одновременно с оказанием помощи при угрожающих жизни со-

стояниях. Определить порядок работы бригад скорой помощи, прибывающих на место катастрофы. Организовать взаимодействие со спасательными службами, МВД, ГАИ, пожарными и воинскими подразделениями. Оформить и заполнить медицинскую документацию. В зонах химических и радиационных катастроф врачи должны работать в средствах индивидуальной защиты.

При дорожно-транспортных катастрофах пострадавшие получают тяжелые травмы. Драматизм ситуации, необходимость быстрого реагирования и принятия правильных решений требует от врача выдержки, собранности и глубоких профессиональных знаний. Летальность при дорожно-транспортных происшествиях в стране составила 16,7%.

В соответствии с анализом летальности при крупных катастрофах в течение двух последних десятилетий из-за позднего оказания медицинской помощи в первые минуты после травмы погибают все, находящиеся в терминальном состоянии, т.е. 25,3% тяжелых пострадавших; в течение первого часа погибают 30%, в течение 6 часов - все пострадавшие второй сортировочной группы по мере перехода их в первую, из третьей - во вторую, а затем - в первую.

Основная причина смерти при травмах - острая кровопотеря и травматический шок. Летальность при травматическом шоке составляет 37-40%, причем в 12-20% смерть наступает на месте происшествия. При критической гипотонии не более 1 часа летальность составляет 19%, 3 часа - 35,4%, более 3 часов - 88,9%. Травматический шок чаще всего развивается при политравме.

Алгоритм осмотра пострадавших на месте происшествия:

1. Оценка дыхательной системы.
2. Оценка гемодинамики.
3. Шинирование шейного отдела.
4. Оценка неврологического статуса.
5. Осмотр наружных повреждений и количест-

венная оценка тяжести (шокогенности) локальных травм - квалитетрия травм.

После осмотра пострадавших проводится прогностическая сортировка, что предусматривает:

- прогноз на выживаемость;
- приоритетность в оказании помощи и объем лечебных мероприятий.

Прогноз на выживаемость определяется по различным формулам, номограммам, шкалам (TS (Traume Score), MPM (Mortality Prediction Model), MSOF (Multiple System Organ Failure Scoring System)). Более доступны на догоспитальном этапе оценка прогноза по критерию Т, основанного на шкале Цибина, шкала В.К. Калнберза и соавт.; модель № 1 Э.В. Пашковского и соавт. и критерий Т ("жив-мертв"), а также шкала CRAMS (Circulation Respiration Abdomen Motor Speech).

Стандарт оказания врачебной помощи при политравме на догоспитальном этапе включает:

1. Обеспечить проходимость дыхательных путей, оценить степень дыхательной недостаточности.
2. Оценить гемодинамику. Шинирование шейного отдела позвоночника. При кровопотере уложить пострадавшего горизонтально с приподнятыми нижними конечностями.
3. Провести временную остановку кровотечения: наложить давящую повязку при венозном кровотечении, жгут или зажим на сосуд при артериальном кровотечении.
4. Наложить окклюзионную повязку при открытом пневмотораксе, провести плевральную пункцию при напряженном пневмотораксе.
5. Обеспечить доступ к вене. Катетеризировать периферическую вену (при наличии навыка - центральную) с надежной фиксацией.
6. Провести обезболивание.
7. Транспортная иммобилизация.
8. Проведение инфузионной терапии.

Мероприятия на догоспитальном этапе оказания помощи больным с геморрагическим инсультом

Махкамов К.Э., Кузибаев Ж.М., Саидов С.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи оснащен необходимым оборудованием для диагностики и лечения геморрагического инсульта (мультиспиральный компьютерный томограф, дигитальный субтракционный ангиограф, операционный микроскоп, нейроэндоскоп, анестезиологическая и реанимационная аппаратура и др.). В 2007 - 2010 гг. в РНЦЭМП специализированная помощь оказывалась 481 больному с геморрагическим инсультом. Исходя из собственного опыта и на основании публикаций

зарубежных авторов, рекомендуем считать основными задачами мероприятий на догоспитальном этапе оказания помощи больным с геморрагическим инсультом следующие.

1. Диагностика инсульта. Геморрагический инсульт диагностируется при внезапном появлении очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики у больного с повышенным артериальным давлением.
2. Проведение комплекса неотложных лечебных мероприятий. Неотложные лечебные мероприя-

тия определяются необходимостью обеспечения достаточной вентиляции легких и оксигенации, поддержания стабильности системной гемодинамики, купирования судорожного синдрома.

2.1. Обеспечение адекватности оксигенации. Оценка: число и ритмичность дыхательных движений, состояние видимых слизистых и ногтевых лож, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, набухание шейных вен.

Мероприятия: при необходимости - очищение верхних дыхательных путей, установка воздуховода, а при показаниях (тахипноэ 35-40 в 1 мин, нарастающий цианоз, артериальная дистония) - перевод больного. Используются аппараты дыхательные ручные (АДР-2, типа Амбу), аппараты с автоматическим приводом.

2.2. Поддержание оптимального уровня системного артериального давления.

От экстренного парентерального введения антигипертензивных препаратов следует воздержаться, если систолическое АД - 200, диастолическое - 120 мм рт. ст., а рассчитанное среднее АД не превышает 130 мм рт.ст. (среднее АД = (систолическое АД - диастолическое АД):3 + диастолическое АД). Снижать АД не следует более чем на 15-20% от исходных величин.

Предпочтительно использовать препараты, не влияющие на ауторегуляцию церебральных сосудов - α-β-адреноблокаторы, β-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента. При артериальной гипотензии рекомендуется применение препаратов, оказывающих вазопрессорное действие (α-адреномиметики), препаратов, улучшающих сократимость миокарда (сердечные гликозиды), объемозамещающих средств (декстраны, плазма, солевые растворы).

2.3. Купирование судорожного синдрома (противосудорожные препараты - транквилизаторы, нейролептики; при необходимости - миорелаксанты, ингаляционный наркоз).

3. Осуществление экстренной госпитализации больного.

Инсульт - неотложное медицинское состояние, поэтому все пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения должны быть госпитализированы. Время госпитализации должно быть минимальным от начала развития очаговой неврологической симптоматики, желательно в течение первых 3 часов от начала заболевания. Противопоказанием к госпитализации больного с инсультом является только агональное состояние.

Стандарты оказания медицинской помощи больным с геморрагическим инсультом на догоспитальном этапе

Махкамов К.Э., Кузибаев Ж.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в 2007-2010 гг. специализированная помощь была оказана 481 больному с геморрагическим инсультом. С учетом накопленного опыта и на основании публикаций зарубежных авторов рекомендуем следующие стандарты мероприятий на догоспитальном этапе:

- При артериальной гипертензии: гипотензивная терапия проводится при артериальном давлении только выше 210/110 мм рт. ст. (при исключении кардиальной патологии). Контроль АД через 15 мин при недостаточном эффекте: в/в введение гипотензивных препаратов (клофелин 0,01% 1,0 в разведении 0,9% 10 мл натрия хлорида в/в, эналаприл 1,25 мг в/в).

Цель: снижение среднего артериального давления на 15% от исходного. САД = диастолическое АД + (систолическое АД - диастолическое АД)/3;

- При артериальной гипотонии САД ниже 100 мм рт. ст.: полиглюкин 50 мл струйно, затем капельно до 400 мл.

Целевые цифры АД: 160/100 мм рт.ст.;

- При судорогах: реланиум (диазепам) 0,5% - 2,0 в/в.

Цель: Купирование судорог;

- При рвоте: положить больного на бок, церукал (метоклопрамид) 0,5% 2 мл в/м.

Цель: Купирование рвоты. Профилактика аспирации верхних дыхательных путей;

- При гипертермии выше 37,5° С: анальгин 50% 2 мл+ димедрол 1%-1 мл в/м.

Цель: Снижение температуры тела;

- При появлении и нарастании симптомов отека головного мозга (нарушение сознания, анисокория): головной конец носилок приподнять на 300, маннитол 20% 20 мл (1-1,5 г/кг) в/в.

Цель: Снижение внутричерепной гипертензии;

- При респираторных нарушениях, коме: санация верхних дыхательных путей, ингаляция кислорода, интубация трахеи, искусственная вентиляция легких (по показаниям).

Цель: Восстановление свободного дыхания, адекватная оксигенация.

Организация первой медицинской помощи нейрохирургическим больным

Машарипов Б.А., Машарипов К., Нурматов И.З.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

По данным ВОЗ, каждые 20 из 100 погибших в результате несчастного случая в мирное время могли бы быть спасены, если бы медицинская помощь была им оказана на месте происшествия. Оптимальным сроком оказания первой медицинской помощи является промежуток времени 30 минут после получения травмы.

В 2004 - 2008 гг. в травматологическое отделение нашего центра поступили 790 больных с травмами, полученными при ДТП. Из них 303 (38,4%) - больные с нейрохирургическими и сочетанными травмами. Мужчин было - 61% , женщин - 39%.

Черепно-мозговая травма имела место у 179 (59,%), травмы позвоночника у 57 (18,8%), сочетанная травма у 67 (22,1%). Умерли - 33 (10,9%).

Выборочно анализировано 200 больных, 44 (22%) из них поступили по линии скорой помощи, остальные 156 (78%) - на попутной машине. Больным, поступившим по линии скорой помощи, была оказана первая медицинская помощь, они транспортированы в правильном положении, и только у 5% констатируется нарушение оказания первой медицинской и врачебной помощи. Больным, доставленным на попутном транспорте, не оказана даже элементарная помощь (правильное положение, остановка кровотечения, иммобилизация травмированной конечности подручными

средствами, использование обезболивающих.). Ни в одном случае не произведена очистка верхних дыхательных путей, закрытый массаж сердца, искусственное дыхание. Больные поступали в тяжелом состоянии без оказания первой медицинской и доврачебной помощи.

При изучении причин смертности при ДТП выявлено, что среди умерших около 10% получали травмы, не совместимые с жизнью, и смерть была неизбежной, независимо от того, как скоро была им оказана медицинская помощь, 20% - из-за отсутствия своевременной помощи. Существенными недостатками, связанными с оказанием первой медицинской, первой доврачебной помощи, являются незнание элементарных методов оказания помощи, транспортировки, отсутствие аптечки в автомобилях.

Выводы. Важную роль приобретает специальная медико-санитарная подготовка не только определенных профессиональных групп рабочих и служащих (водители, сотрудники МВД, спасатели, др.) приемам и методам оказания первой медицинской помощи, но и всего населения страны. Существенное значение имеет проведение учебных занятий в школах по оказанию первой медицинской помощи. Обязательно наличие в автомобилях аптечки, на что в последнее время не обращают внимание.

Совершенствование диагностики дорожно-транспортных травм на догоспитальном этапе

Машарипов К., Ниязметов А.Н., Халимов П., Болтаев Р.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Для выяснения своевременности и качества оказания помощи на этапах медицинской эвакуации пострадавшим с дорожно-транспортными травмами (ДТТ) в Хорезмской области изучено 164 истории болезни и проведена экспертиза отдаленных результатов лечения 76 человека с последствиями ДТТ конечностей, леченных в травматологическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП в последние 3 года.

Наиболее тяжелые повреждения были получены при наезде транспортного средства на пешехода, при столкновении двух автомобилей и столкновении автомобиля с мотоциклом.

Среди травм наиболее частыми были повреждения грудной клетки (56,1%), открытые переломы костей конечностей (34,6%). Множественные повреждения скелета встречались в 13,3 %, черепа - в 12,1% , живота - в 1,6% случаев.

При изучении истории болезни и отдаленных результатов лечения выявлено, что первая медицинская помощь на месте происшествия в районах области оказана лишь 46,8% травмированных. Из числа осмотренных около половины лечились в ЦРБ. Причем квалифицированной помощи в полном объеме не получали. 30,1% больных были переведены в травматологическое отделение не раньше 5 дней с момента травмы. Все это удлинило средние сроки лечения переломов костей конечностей и привело к неудовлетворительным результатам лечения у 22% травмированных.

Совершенствование организации помощи пострадавшим, диагностики и выбора правильной тактики на догоспитальном этапе мы видим в использовании медицинскими работниками оптимальных диагностических и лечебных мероприятий.

Диагностика тяжелых повреждений на догоспитальном этапе должна ограничиваться анализом минимума клинических симптомов и сводиться к проведению неотложных мероприятий. Нами в ЦЭМП разработаны диагностический алгоритм сочетанной дорожно-транспортной травмы, состоящий из диагностических алгоритмов кровотечения, травматического шока, травмы черепа, грудной клетки, живота, конечностей.

Составленные диагностические алгоритмы имеют конкретные, последовательно расположен-

ные вопросы и ответы. По этой программе организованной специализированные бригады по вызовам выезжают на места в районах, оказывают квалифицированную помощь и дают рекомендации.

Наиболее перспективно применение алгоритмов в сельских районах, где обычно работают молодые и менее квалифицированные медицинские работники. Именно им и приходится первыми оказывать помощь пострадавшим с ДТТ, а от своевременности и полноты этой помощи зависит результат лечения.

Анализ медицинской помощи травматологическим больным до обращения в травматологический пункт Хорезмского филиала РНЦЭМП

Машарипов К., Бабажанов Д.Э.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Исход проведенного лечения больных с повреждениями всецело зависит от оказанной первой помощи и своевременно начатого лечения. Так из всех обратившихся 6250 в травм пункт Хорезмского филиала РНЦЭМП МЗ РУз за 2005 по 2010 годы, 5344 (82,7%) пострадавшим первая помощь была оказана по пути следования в травм пункт. Местом оказания первой помощи среди медицинских подразделений являлись больница, травм пункт другого района, поликлиника, «скорая медицинская помощь» и другие лечебно-профилактические учреждения.

Чаще всего первая помощь при травмах до обращения в травматологические амбулатории была оказана 3418 (45,2%) пострадавшим не медицинскими работниками. Из 6250 пострадавших 965 (15,4%) первая помощь вовсе не была оказана. Направленные из травматологических отделений больниц и других травм пунктов составляли низкое число пострадавших - 1,4-2,2% (87-133), как правило, эти больные обращались на долечивание по поводу изолированных переломов костей предплечья, голени, стопы и кисти без смещения костных отломков.

Службой «скорой медицинской помощи» первая помощь была оказана 393 (6,3%) пострадавшим, несмотря на низкий удельный вес помощи, как правило, характер повреждений имел тяжелый характер, что заставляло пострадавших и их родственников вызывать бригаду «скорой помощи». Следовательно, первой помощью в этом звене была иммобилизация шинами поврежденной конечности в 49,5% случаев, наложение повязок - в 46,8%.

Среди доставленных машиной «скорой медицинской помощи» значительную часть составляли больные с переломами шейки бедренной кости -

24,3%, хирургической шейки плечевой кости - 16,2%, вывихами головки плеча - 7,4% и переломами диафизов костей нижней конечности - 5,8%. Непременным условием доставки этих больных для бригады «скорой медицинской помощи» являлось наличие рентгенологического исследования и травматологического отделения в лечебном учреждении по месту оказания помощи.

694 (11,1%) пострадавших за первой помощью обратились к хирургам амбулаторного звена, как правило, они имели незначительный характер повреждений и ограничивались ранениями мягких тканей, ушибами и частым видом помощи была первичная хирургическая обработка ран (37,6%).

Из всех обратившихся в травматологический пункт после оказания помощи в других лечебно-профилактических учреждениях больным с повреждением нервов, сосудов, сухожилий, ранами, ожогами и обморожениями, хотя и составляли небольшое число пострадавших - 123 (2,0%), всем им была оказана помощь в виде первичной хирургической обработки раны преимущественно в поликлинике хирургом, а восстановление сосуда, нерва, сухожилий и формирование культи в условиях стационара и для долечивания ран были направлены в травматологическую амбулаторию по месту жительства.

Таким образом, проведенный анализ медицинской помощи до обращения в травматологический пункт показал, что первая помощь оказывается в основном не медицинскими работниками, а службой «скорой медицинской помощи» хотя помощь и осуществляется незначительному количеству пострадавших, но у них имелся более тяжелый характер повреждений опорно-двигательного аппарата.

Значение транспортной иммобилизации при лечении чрез- и надмышцелковых переломов плечевой кости у детей

Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Наврузов С.Ю., Хашимов Ф.Ё., Толипов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Лечение любого перелома начинается с временной транспортной иммобилизации. Вопросы транспортной иммобилизации при чрез- и надмышцелковых переломах освещены в литературе недостаточно. На наш взгляд, транспортная иммобилизация при повреждениях локтевого сустава у детей играет важную роль при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе. Доставка больных в стационар с иммобилизацией предупреждает дополнительную травму околосуставных мягких тканей и повреждения сосудисто-нервного пучка. Кроме того, у маленьких детей трудно исследовать не фиксированную поврежденную конечность из-за боли в месте перелома, особенно при выполнении рентгеновского исследования.

В 2006 - 2009 гг. в отделении детской травматологии РНЦЭМП на лечении находились 548 больных с чрез- и надмышцелковыми переломами, что составило 63,5% по отношению ко всем переломам костей локтевого сустава. Переломы без смещения костных отломков наблюдались у 77 (14,1%), с удовлетворительным стоянием костных отломков - у 51 (9,3 %), переломы со смещением костных отломков - у 420 (76,6 %). Большинство детей с такими переломами были в возрасте от 4 до 10 лет.

Проанализировав истории болезни, в 112 (20,4%) из них мы не нашли упоминаний о транспортной иммобилизации. Значительное число пострадавших были доставлены попутным транспортом без иммобилизации поврежденной конечности: рука просто висела у 131 (23,9%), была завязана обычным платком у 98 (17,8%). Иммобилизации: иммобилизация гипсовой лонгетой применена у 15 (7,1%) детей; шиной Крамера - у 18 (8,7%); фанерными шинами - у 3 (1,2%); мягкими повязками - у 7 (3,3%); картонными шинами - у 44 (21,3 %); деревянными шинами - у 13 (6,3%). 329 (60%) пострадавших были доставлены в стационар в первые 2 часа с момента травмы. Эти дети в основном были жители города, причем многие из которых были доставлены родителями либо род-

ственниками на своём или попутном транспорте. 189 (34,5%) больных были доставлены в течение 24 часов, 30 (5,5%) обратились в более поздние сроки. Среди пострадавших с запоздалым обращением преобладали жители сельской местности, где им оказывали помощь врачи общехирургического профиля, недостаточно знающие анатомо-физиологические и клинко-рентгенологические особенности переломов дистального отдела плечевой кости у детей. 17 (3,1%) пострадавшим оказывали помощь табибы, со всеми вытекающими отсюда последствиями. Именно среди этих пострадавших наиболее часто наблюдались различные осложнения. Из травматологических пунктов города доставлены 103 (18,8%) больных. Несмотря на достаточно высокий уровень работы службы скорой медицинской помощи г. Ташкента всего 114 (20,8%) детей были доставлены машинами скорой медицинской помощи.

Лечение больных с чрез- и надмышцелковыми переломами плечевой кости определялось характером перелома, степенью смещения костных отломков, возрастом пострадавшего, а также давностью травмы и наличием иммобилизации поврежденной конечности. У детей, которые были доставлены в более ранние сроки, с иммобилизацией, оказание медицинской помощи осуществлялось легче. У больных, доставленных без транспортной иммобилизации отмечалась выраженная отечность дистального конца плеча, предплечья и кисти, что усугубляло патологический процесс, приводя к нарушению крово- и лимфообращения. Изучение ближайших результатов показало, что функциональный исход при оказании своевременной догоспитальной медицинской помощи в большинстве случаев был благоприятный.

Таким образом, правильно наложенная транспортная иммобилизация, своевременная доставка пострадавших детей в специализированный стационар значительно улучшают качество и исходы лечения при повреждениях локтевого сустава, уменьшают и предупреждают развитие возможных осложнений.

Объективная оценка и мониторинг профессионального уровня специалистов скорой медицинской помощи

Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г., Ходаков А.И., Михайлов Ю.М.,
Бумай А.О., Миннуллин Т.И.

НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
научно-методический отдел организации скорой помощи, Санкт Петербург

Повышение профессионального уровня специалистов, оказывающих скорую медицинскую помощь на догоспитальном и госпитальном этапах, является приоритетным направлением улучшения медицинского обслуживания населения. В настоящее время повсеместное распространение получили системы оценки знаний с помощью тестов.

Разработанная компьютерная диагностическая система, основанная на компетентностном принципе, позволяет в режиме реального времени в ходе исследования получить развернутые персональные и групповые характеристики профессионального уровня врачебного и фельдшерского персонала учреждения (подразделения) СМП.

В основе метода лежит идея оценки профессиональных компетенций специалиста. Профессиональные компетенции – это готовность и способность специалиста на основе сознательно усвоенных знаний, умений, приобретенного опыта, всех своих физических и интеллектуальных ресурсов самостоятельно анализировать и практически решать значимые профессиональные проблемы, типичные производственные задачи и проблемные ситуации.

Анализ особенностей производственной деятельности специалистов скорой медицинской помощи (врачей и фельдшеров), соотнесение его результатов с содержанием профессионального и образовательного стандартов позволили выде-

лить десять компетенций, которые использовались в работе:

- 1) понятийная компетенция,
- 2) диагностическая компетенция,
- 3) фармакологическая компетенция,
- 4) технико-диагностическая компетенция,
- 5) лечебно-тактическая компетенция,
- 6) технико-аппаратная компетенция,
- 7) лечебно-манипуляционная компетенция,
- 8) оперативно-организационная компетенция,
- 9) психологическая компетенция,
- 10) деонтологическая компетенция.

Совокупность компетенций отражает необходимый для профессиональной деятельности специалиста профиль его компетентности.

При выполнении настоящего исследования использована специальная компьютерная программа, разработанная в сотрудничестве с Академией информационных технологий (www.ait.spb.ru).

Для оперативной диагностики выделенных профессиональных компетенций используется система специальных тестов, представленных в виде моделирования конкретных ситуаций, в которых испытуемый должен решать типичную профессиональную проблему.

Результаты контрольных тестирований специалистов скорой медицинской помощи свидетельствуют об информативности и большой практической ценности метода.

Профилактика синдрома жировой эмболии у больных с сочетанной травмой на догоспитальном этапе

Мирджалилов Ф.Х., Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Жировая эмболия - тяжёлое, критическое осложнение травмы множественной скелетной системы. По данным разных авторов (Кроупа И., 1976; Пашук А.Ю. и др., 1984) скелетная система повреждается в 60 - 90% случаев.

Синдром жировой эмболии - это множественная окклюзия кровеносных сосудов каплями жира. Летальность при жировой эмболии составляет 13-23%. При жизни жировая эмболия диагностируется лишь в 1,0-2,2% случаев, что связано с тем, что она часто маскируется симптомами травматического шока, пневмонии, черепно-мозговой травмы, "шокового легкого" и др.

В 2006 – 2009 гг. в клинике мы наблюдали 54

больных, у которых в остром периоде травматической болезни развилось осложнение в виде различных форм синдрома жировой эмболии. Лиц мужского пола было 36 (67%), женского – 18 (33%), в возрасте от 18 до 78 лет. У всех больных имели место множественные повреждения ОДА в сочетании с черепно-мозговой травмой. Сочетание с повреждениями органов грудной и брюшной полости встречались у 50% пострадавших. Преобладали повреждения крупных сегментов конечностей. Переломы бедра отмечены у 28 больных, причем у 6 двусторонние. Переломы костей голени диагностированы у 18 больных, у 4 двусторонние. Переломы костей таза были у 16 больных,

множественные переломы ребер – у 3. У всех больных при поступлении были явления шока II-III ст.

Самотеком поступили 28 (52%) пациентов, по линии СМП доставлены 20 (37%), по направлениям из других лечебных учреждений 6 (11%) пациентов.

Из доставленных самотеком у 8 (28,5%) больных наблюдали молниеносную клиническую форму, у 20 (71,4%) больных отмечалась подострая клиническая форма синдрома жировой эмболии. Подострая клиническая форма наблюдалась у 12 (46,1%) доставленных по линии СМП и по направлениям из других лечебных учреждений, у 14 (53,8%) больных наблюдали субклиническую форму течения жировой эмболии.

Пациентам, доставленным в РНЦЭМП самотеком, не выполнены адекватная иммобилизация и транспортировка в связи с чем у всех больных жировая эмболия развивалась молниеносно, остро и протекала тяжело. У 8 больных, несмотря на проведение адекватной интенсивной терапии, в результате прогрессирования явлений полиорганной недостаточности отмечен летальный исход.

У 10 больных, доставленных по линии СМП, адекватной иммобилизации не выполнено, из-за неполноценной диагностики повреждений. Не проведены также адекватное обезболивание (наркотическими препаратами) и инфузионная терапия, что привело к тяжелому течению жировой эмболии, с длительном стационарным лечением до 45 суток.

У больных, доставленных с адекватной иммобилизацией и транспортировкой, на фоне инфузионной терапии, наркотического обезболивания, оксигенотерапии, жировая эмболия протекала гладко, субклинической форме, с благоприятным исходом.

По нашему мнению, у пациентов с тяжелым течением синдрома жировой эмболии необходимо

производить раннюю стабилизацию всех повреждений ОДА, отдавая предпочтение малоинвазивным методам остеосинтеза на основе аппаратов внешней фиксации.

Из 54 больных с синдромом жировой эмболии положительный результат получен у 46. Выход больных из критического состояния наблюдали в сроки от 7 до 19 суток, после чего они были переведены в профильные отделения.

Таким образом, профилактика осложнений острого периода травматической болезни должна быть активной и должны включать:

- своевременное оказание квалифицированной помощи пострадавшим на месте происшествия;
- адекватную иммобилизацию с применением вакуумного матраса или пневматических шин;
- щадящую транспортировку специализированным транспортом;
- раннюю адекватную, в том числе и специально ориентированную реологическую дезагрегантную инфузионную терапию;
- применение липотропных препаратов и веществ, препятствующих дезэмульгированию липидов (липостабил, спирт, являющийся чрезвычайно хорошим профилактическим и лечебным средством по отношению к СЖЭ);
- постоянный квалифицированный контроль состояния больного.

Длительность полноценной профилактики СЖЭ должна составлять не менее трех дней как после травмы, так и после отсроченного оперативного вмешательства или транспортировки.

На данном этапе развития науки с учетом роста транспортного травматизма практикующие врачи СМП должны выработать определенную настороженность к возможности развития СЖЭ у пациентов группы риска, активно включаться в проведение профилактики, диагностики и лечения этого осложнения.

Организация экстренной медицинской помощи в Сырдарьинской области

Муминов Р.Д., Нишанов Х.Т., Исантурдиев У.И.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

В связи с реализацией государственной программы системы здравоохранения в Сырдарьинской области создана целостная система оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) населению на всех уровнях. В области функционирует филиал РНЦЭМП, 9 субфилиалов в районах области, служба скорой медицинской помощи, отделение санитарной авиации, а также 130 СВП.

Общее количество коек по области в 2009 году составляет 3743, а удельный вес коек ОЭМП равен 10,1%. Общее число больных, получивших лечение в ОЭМП за 2009 г. 88588, что составляет 25%

от общего числа больных в области.

Наша область является "пилотной" в реализации инвестиционной программы Всемирного банка реконструкции и развития. Проект "Здоровье-1" позволил оснастить все СВП самым современным лечебно-диагностическим оборудованием инструментарием, радиосвязью, подготовить квалифицированные кадры врачей общей практики. Совершенствуется модель общей врачебной практики с внедрением передовых медицинских технологий и применением лечебно-диагностических стандартов во всех звеньях службы ЭМП.В

130 СВП работает 173 врача общей практики, из которых 150 прошли 10-месячную подготовку в ТашиУВ по циклу "Врач общей практики", 21 врач прошел стажировку в Эстонии. Ежегодно растет число посещений СВП. Так с 2002 по 2009 гг. число посещений выросло с 1310800 до 1406900, в том числе, посещений врачами больных на дому увеличилось с 22000 тыс. до 12700 тыс. в год. Среднее число посещений на 1 СВП в 2009 году составило 10800. Наличие современного медицинского оборудования и лечебно-диагностических стандартов позволяет своевременно и квалифицированно проводить лечебно-диагностические мероприятия на каждом уровне службы ЭМП. В условиях СВП проводятся малые хирургические операции, лабораторные исследования крови, кала, ЭКГ и др. За каждым районом закреплены заведующие отделений филиала РНЦЭМП. Ежемесячно выезжают бригады специалистов (хирург, терапевт, оториноларинголог, акушер-гинеколог, педиатр, реаниматолог) в субфилиалы и СВП, где оказывают практическую, консультативную, организационно-методическую помощь. Ежегодно в субфилиалы и

СВП организуется до 120 выездов бригад специалистов филиала РНЦЭМП.

К филиалу и субфилиалам прикреплены станции и отделения скорой медицинской помощи, которые в среднем за год обслуживают от 250 до 270 тыс. вызовов, или 300 тыс. больных. В области насчитывается 282 бригады скорой помощи, из них 51 – врачебная, 227 – фельдшерских, 4 – психиатрических. На станциях и в отделениях скорой помощи в наличии имеется 54 санитарных автомобиля. Станции и отделения скорой помощи оснащены современной радиосвязью.

В отделении санитарной авиации при филиале имеется 5 санитарных автомобилей. За год ведущими специалистами области по линии санитарной авиации выполняется от 3 до 3,5 тысяч вызовов, на которых больным оказывается лечебная и консультативная помощь.

Реорганизация структуры ЭМП обеспечило более высокое качество медицинских услуг населению. Взаимосвязь работы СВП, ОЭМП, филиалов РНЦЭМП доказывает жизнеспособность новой модели службы ЭМП.

Организация медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях

Муминов Р.Д., Джаббаров Д.Д., Эшмирзаев Д.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

В связи с развитием научно-технического прогресса возросли скорости современных автомобилей, резко увеличилось количество транспорта, а следовательно, и количество пострадавших с травмами в результате автоаварий, дорожно-транспортных происшествий. К сожалению, приходится констатировать, что уровень дорожно-транспортного травматизма остается высоким.

При дорожно-транспортных происшествиях на трассе вне города смертность составляет 17%, в условиях города этот показатель снижается до 8%.

Важнейшей задачей как на догоспитальном, так и на последующих этапах лечения является предупреждение со стороны внутренних органов, и в первую очередь головного мозга, необратимых изменений, к которым приводят асфиксии, шок, коллапс и другие угрожающие состояния. Поэтому на месте происшествия основным диагностическим приемом является осмотр пострадавшего.

Оказание первой помощи пострадавшему ни в коем случае не должно удлинять сроки транспортировки в стационар, особенно на попутном транспорте без сопровождения медработников.

Частота летальных исходов на догоспитальном этапе находится в прямой зависимости от качества оказания первой медицинской помощи и времени, прошедшего с момента травмы.

Следовательно, очень важным фактором в осуществлении широкой программы борьбы с последст-

виями различных травматических повреждений является обучение населения, и прежде всего работников милиции и водителей автотранспорта, приемам первой медицинской помощи.

Установлено, что травмы вследствие дорожно-транспортных происшествий составляют около 5% от всех повреждений.

В связи с реконструкцией автомобильной дороги Большого узбекского тракта на территории Сырдарьинской области резко возросло количество транспорта и дорожно-транспортных происшествий.

По материалам Сырдарьинского областного филиала РНЦЭМП, в 2005-2010 гг. в центр поступили 9576 больных с травмами, из них в результате ДТП 1075 (11,2%).

Областным управлением здравоохранения и управлением внутренних дел составлен комплексный план мероприятий по профилактике дорожно-транспортного травматизма. Взята под контроль работа шоферских медицинских комиссий, налаживание связи между постами ГАИ, скорой помощью и лечебными учреждениями. Проводится обучение работников ГАИ и водителей по 48 часовой программе врачами Сырдарьинского филиала РНЦЭМП по оказанию первой медицинской помощи при ДТП на месте происшествия. Укреплена материально-техническая база субфилиалов центра экстренной медицинской помощи, особенно гг. Янгйер и Сырдарья, Акалтынский район, где

наиболее часто поступают больные с ДТП.

Ужесточение административных мер ГАИ УВД к нарушителям дорожного движения, а также разделение дороги бетонными бардюрами принесли определённые результаты.

За последние годы количество ДТП и число погибших уменьшилось.

По нашим материалам, 23% пострадавших при ДТП доставлены машинами скорой помощи, 77% - на попутном транспорте. Последние поступали в крайне тяжелом состоянии без оказания помощи

на месте происшествия и в пути следования в лечебные учреждения.

Очевидно, повышение качества обучения водителей на курсах, а также инспекторов ГАИ правилам оказания первой медицинской помощи пострадавшим на месте происшествия, проведение медицинских осмотров водителей автобаз, и частного автотранспорта, усиление санитарно-просветительной работы среди населения, обеспечение водителей аптечками, способствует снижению частоты травматизма, в том числе и ДТП.

Тактика лечения больных с острым варикотромбофлебитом

Муминов Ш.М., Ахмедов Р.А., Абдуллаев Ш.М., Исамухамедов Ш.Ш., Йулдошев А.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель: улучшение результатов лечения больных острым варикотромбофлебитом.

Материал. Под наблюдением в 2003 - 2008 гг. находились 340 больных острым варикотромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей, из них мужчин 122 (35,9%), женщин - 218(64,1%), в возрасте от 15 до 85 лет, средний возраст $47,3 \pm 4,3$ года. Острый тромбофлебит голени имелся у 104 (30,6%) больных, бедра - у 236 (69,4%). Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее, помимо традиционных методов исследования, ультразвуковое ангиосканирование при распространении процесса на бедро. При распространении процесса в пределах голени и отсутствии поражения глубоких вен больные лечились амбулаторно. Им назначались венотоники, диклоберл по 3,0 мл в/м, лиотон 1000 гель местно, эластическая компрессия. Основное внимание уделялось двигательной активности пациента - ЛФК и дозированная ходьба до 2 км в сутки.

236 (69,4 %) больных с распространением процесса на бедро были госпитализированы в экстренном порядке. Всем больным выполнена операция кроссэктомия (Троянова-Тренделенбурга) под местной анестезией. У 21 (8,9%) больного тромб флотировал в бедренной вене. Эти операции были сопряжены со значительной опасностью фрагментации тромба и эмболии легочной артерии. Однако используемая нами методика (операция выполняется после инструментальной дилатации устья сафены через просвет ее культ,

выполнения больным пробы Вальсальвы и одновременным отсасыванием тромботических масс до получения мощного ретроградного кровотока из бедренной вены) позволила во всех случаях избежать осложнений. В послеоперационном периоде больным назначались инъекции гепарина по 5000 ЕД п/к 4 раза в сутки под контролем показателей коагулограммы, флободиа по 600 мг 1 раз в сутки, эластическая компрессия, местно лиотон 1000 гель и ЛФК.

Результаты. Амбулаторное лечение было эффективным у 93,3 % больных с поражением вен голени. Только 7 больным в связи с распространением процесса на бедро потребовалась госпитализация и кроссэктомия. У больных с острым варикотромбофлебитом бедра, подвергнутых хирургическому лечению, длительность стационарного лечения составила $4,4 \pm 1,0$ суток, сроки нетрудоспособности - $15,5 \pm 2,7$ суток. Через 3-4 месяца после купирования явлений острого варикотромбофлебита больным выполнялось плановое оперативное лечение варикозной болезни.

Вывод. Адекватная медикаментозная, компрессионная терапия, двигательный режим, по показаниям, оперативное лечение у больных острым варикотромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей позволяют избежать и максимально снизить риск развития тромбоэмболических осложнений, сократить длительность нетрудоспособности и подготовить больных к плановому оперативному лечению.

Частота развития осложнений инфаркта миокарда в зависимости от срока доставки больных в стационар

Муранов Б.А., Марданов Т., Ташкенбаева Э.Н., Марданова М.М., Хайдарова А.Ю.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Последние десятилетия характеризуются неблагоприятной динамикой показателей сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности практически во всех странах мира, причем 90% всей сосудистой смертности приходится на ишемическую болезнь сердца и ишемическую болезнь мозга. В свою очередь, самой неблагоприятной в отношении выживаемости и смертности группой являются лица, перенесшие инфаркт миокарда.

Цель исследования - проведение анализа клинико-морфологических признаков развития осложнений у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в зависимости от срока доставки больных в стационар.

Материал и методы. Нами проведено ретроспективное изучение историй болезни 281 больного с подтвержденным диагнозом ОИМ (мужчин - 171, женщин - 110), средний возраст - $64,6 \pm 4,8$ года. С повторными ИМ поступили 44 (24,9%). Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от срока госпитализации в Самар-

кандский филиал РНЦЭМП: 1-ю группу составили 96 (54,2%) больных с ОИМ госпитализированных скорой медицинской помощью в первые 6 ч от начала заболевания; 2-ю - 48 (27,1%) пациентов, госпитализированных до 12 ч от начала заболевания; 3-ю - 33 (18,7%) больных со сроком госпитализации позже 24 ч.

У 3 (1,7%) больных из 1-й группы развился кардиогенный шок. В этой же группе больных, доставленных в начале болезни, летальных исходов не наблюдалось. У больных 2-й группы со сроком госпитализации до 12 часов кардиогенный шок развился у 6. В группе больных, доставленных в сроки более суток, у 27 (15,3%) больных развился кардиогенный шок, у 3 (1,7%) - острая левожелудочковая недостаточность, у 1 - нарушение ритма.

Таким образом, своевременное оказание специализированной неотложной помощи на догоспитальном этапе лечения и ранняя госпитализация больных с ОИМ способствует уменьшению частоты осложнений заболевания.

Особенности оказания догоспитальной медицинской помощи при сочетанных и множественных травмах у детей

Мусаев Т.С., Толипов Н.Н., Машарипов Ф.А., Наврузов С.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Качественная первая помощь, оказываемая больному повышает эффективность лечения в последующем уменьшает длительность лечения, предупреждает тяжелые осложнения, существенно сказываются на прогнозе исхода, тяжести инвалидизации.

Догоспитальный этап - самый короткий (до 1 ч), и жизнь пострадавших нередко зависит от того, какая им будет оказана помощь в первые минуты после травмы. Во всем мире из-за несвоевременного оказания медицинской помощи при сочетанной травме погибают более 20% пострадавших. Примерно у 17% погибших причиной смерти становятся кровотечения, асфиксия и другие состояния, требующие немедленной доврачебной медицинской помощи, которая им не была вовремя оказана. Для догоспитального этапа характерен полиморфизм клинической картины вследствие множественности повреждений, трудность определения ведущих жизнеопасных повреждений и дефицит функций жизненно важных органов, поскольку почти у 70% пострадавших с сочетанной травмой основными патофизиологическими нарушениями являются острая кровопотеря и шок, у 15-20% - сдавление мозга с острыми нарушениями ды-

хания и кома.

Организация помощи на догоспитальном этапе означает обследование больного, иммобилизацию позвоночника и конечностей, безопасность функции дыхательных путей, стабилизацию сердечно-сосудистой системы, с учетом типа травмы, соответствующего лечения болевого синдрома, наряду с быстрой и правильной организованной транспортировкой пациента в ближайший центр по лечению травм.

В 2008-2009 гг. в отделении детской травматологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз получили лечение 210 больных с сочетанными и множественными травмами. Среди пострадавших преобладали мальчики - 148 (70,5%). Наибольшее число пострадавших приходилось на возрастную группу от 6 до 12 лет - 126 (60%). 121 (57,6%) пациент был доставлен в сроки до 2 часов после травмы, 63 (30%) - от 2 до 6 часов, 12,4% поступили после 12 часов переводом из других лечебных учреждений. По линии скорой медицинской помощи были доставлены 38 (18%) пациентов, 172 (82%) больных обратилась самотеком. Травмы в результате

дорожно-транспортных происшествий получили 113 (53,8%) пострадавших, в результате падения с высоты – 20 (9,5%), бытовая травма имела место у 36 (17,2%), уличная – у 41 (19,5%). Отметим, что сочетанные и множественные травмы больше всего наблюдались после ДТП (53,8%). Повреждения опорно-двигательного аппарата в сочетании с черепно-мозговой травмой различной степени тяжести встречались у 78% пострадавших.

Согласно данным анализа, по линии скорой медицинской помощи были доставлены только 18% пациентов, в связи с чем можно сказать, что на догоспитальном этапе первая медицинская помощь пострадавшим оказывается в неполном объеме. При расспросе выяснилось, что помощь оказывают очевидцы происшествия. Больные доставляются с нарушением принципов наложения шин на конечности, шею, позвоночник или вообще без иммобилизации (62%). Кроме того, пострадавшие доставляются без предварительного обезболивания перед транспортировкой (38%), без временной остановки кровотечения, без наложения стерильной повязки на рану (36%), не соблюдаются основные принципы реанимации при травме, основанные на методах ABC, недостаточно используются современные методы экспресс-диагностики, методы определения степени тяжести и т.д.

Можно выделить недостатки и в организационном плане: о типе травмы и проведенных мероприятиях на месте происшествия врачами СМП не сообща-

ют, хотя это важно для подготовки приема пострадавшего ребенка в соответствующей клинике. Больные доставляются в клинику, где нет нужных специалистов и оборудования, в результате чего больной перенаправляется в другую клинику, в результате чего теряется драгоценное время. Все это приводит к утяжелению состояния больного, усугублению тяжести шока, повышает риск неблагоприятных исходов лечения. Проведено большое количество исследований, в которых подтверждено преимущество транспортировки ребенка с политравмой непосредственно в специализированный центр. Безусловно, шанс на выживание у пораженных больных в значительной степени возрастает в специализированном центре, где хорошо налажена система быстрой диагностики и лечения.

Таким образом, для усовершенствования медицинской помощи больным на догоспитальном этапе, на наш взгляд, необходимо: создание диагностических и лечебных алгоритмов, повышающих эффективность действия врачей скорой помощи, проведение жестких организационно-методологических мероприятий непосредственно на месте происшествия, во многом принципиально отличающихся от существующих. Необходимо улучшение материально-технического оснащения машин скорой медицинской помощи, увеличение числа специализированных бригад СМП, организация обучения всего населения, в школах, лицеях и других учебных заведениях.

Оптимизация неотложной помощи детям с бронхообструктивным синдромом на догоспитальном этапе

Мухамедова Х.Т., Сатвалдиева Э.А., Баходирова А.Н., Бабаджанова З.О.,
Алибекова М.Б., Рахимова С.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Бронхообструктивный синдром (БОС) у детей раннего возраста до сих пор остается сложной проблемой. В каждом конкретном случае должен быть расшифрован ведущий механизм обструкции и решен вопрос об основном заболевании. Нозологическая диагностика особенно сложна у детей раннего возраста, что связано с однотипной клинической картиной, сходными рентгенологическими, функциональными и лабораторными изменениями.

Значительно отягощать течение БОС у детей могут структурные особенности бронхиальной стенки, такие как большое количество бокаловидных клеток, выделяющих слизь, и повышенная вязкость бронхиального секрета, связанная с высоким уровнем сиаловой кислоты. Бронхообструктивный синдром продолжается в течение 3-7-9 дней и более в зависимости от характера инфекции и исчезает постепенно параллельно стиханию воспалительных изменений в бронхах. Применение спазмолитических средств (эуфиллин, но-шпа,

адреномиметики) либо неэффективно, либо даёт незначительный эффект. Положительный эффект наблюдается постепенно на фоне терапии, улучшающей дренажную функцию бронхов – ингаляция аэрозолями.

Цель работы - оценка эффективности оказания неотложной помощи аэрозолями сальбутамола у детей с БОС на догоспитальном этапе.

Материал и методы. С января по июнь 2010 г. проанализированы результаты лечения 641 ребенка, поступившего с бронхообструктивным синдромом в детское приемное отделение РНЦЭМП, в возрасте от 1 мес. до 3 лет. В зависимости от полученного лекарственного препарата дети были разделены на 2 группы: 1-я группа (315) – традиционная терапия и терапия аэрозолями сальбутамола до поступления в стационар. 2-я группа (326) детей – традиционная терапия (гипосенсибилизирующее, бронходилататоры), сальбутамол после госпитализации в стационар. Тяжесть обструктивного синдрома и каждый критерий оце-

нивали отдельно по шкале W.Tall у всех больных, получавших традиционную терапию и лечение аэрозолем сальбутамола в момент госпитализации. Состояние детей 1-й было среднетяжелым, 2-й – тяжелым.

Результаты. У детей 1-й группы, получавшие традиционную терапию и аэрозоль сальбута-

мола, купирование БОС наступило на 2-е сутки, 2-й группы на фоне традиционного лечения без сальбутамола до поступления в стационар купирование БОС наступило на 5-е сутки. Это свидетельствует о высокой терапевтической эффективности аэрозоля сальбутамол на догоспитальном этапе.

Догоспитальная помощь детям

с открытыми переломами длинных трубчатых костей

Наврузов С.Ю., Хашимов Ф.Ё., Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А., Толипов Н.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Открытые переломы длинных трубчатых костей (ОПДТК) у детей являются серьёзными повреждениями опорно-двигательного аппарата. Медицинская помощь должна быть оказана в экстренном, неотложном порядке и быть специализированной, то есть по возможности окончательной. Оказание неотложной помощи разделяется на 2 этапа: догоспитальный и госпитальный. На догоспитальном этапе должны осуществляться наложение асептической повязки на рану с целью временной остановки кровотечения и уменьшения инфицирования, наложение транспортной иммобилизации, обезболивание, при необходимости неотложные противошоковые и реанимационные мероприятия, скорейшая доставка пострадавшего ребёнка в лечебное учреждение, где ему может быть оказана необходимая помощь.

В 2007–2009 гг. в детском травматологическое отделение РНЦЭМП были госпитализированы 124 ребёнка с ОПДТК, из них в 2007 г. - 37 детей, в 2008 г. - 50, в 2009 г. - 47. С открытыми переломами предплечья было 83 ребёнка, плеча - 8, голени - 42, бедра - 1. Причинами ОП в основном являлась кататравма (падение с высоты), ДТП, реже железнодорожная травма.

Ретроспективно следует отметить, что большинство - 102 (83%) ребёнка были доставлены самотёком, и только 22 (17%) - машинами скорой медицинской помощи, более половины (9 детей) были переведены из других мед. учреждений. Транспортная иммобилизация была наложена только 29 (24%) детям, повязки, наложенные на раны, были у 37 (37%). 19 детям потребовалось интенсивное лечение в отделение реанимации, куда они были переведены из шоковой палаты приёмного отделения. У 26 (21%) детей имелась сопутствующая черепно-мозговая травма, у 19 (15%) - сопутствующие закрытые переломы дру-

гих костей. У 5 детей отмечались сопутствующие повреждения органов брюшной полости.

Отсутствие транспортной иммобилизации вызывает дополнительную травматизацию повреждённых тканей костными отломками, может привести к интерпозиции мягких тканей между ними. Отсутствие транспортной иммобилизации стало причиной выполнения открытой репозиции у 11 детей с открытыми переломами костей предплечья и у 4 с открытыми переломами костей голени, у которых обнаружена интерпозиция мягких тканей между костными отломками. Отсутствие правильно наложенной асептической кровоостанавливающей повязки привело к необходимости гемотрасфузии у 6 детей.

Следует отметить, что детям с открытыми переломами помощь должна быть оказана только в специализированном стационаре. Поэтому догоспитальный этап должен быть как можно короче, мероприятия на нём сводятся к временной остановке кровотечения, наложению асептической повязки на рану для предотвращения дальнейшего инфицирования, транспортной иммобилизации, обезболивания, при необходимости интенсивных мероприятий сердечно-легочной реанимации.

В связи с выше изложенным необходимо:

- оснастить бригады СМП комплектами транспортных шин,
- обучить население и широко пропагандировать правила оказания первой медицинской помощи, обучать общим принципам наложения транспортной иммобилизации.

Кроме того, имеет значение информированность персонала скорой медицинской помощи и населения о месте расположения мед. учреждений, где может быть оказана необходимая помощь.

Тактика лечения пациентов с острой задержкой мочи, обусловленной доброкачественной гиперплазией простаты, на догоспитальном этапе

Наджимитдинов Я.С., Каюмов А.А., Кадыров К.Б.

Республиканский специализированный центр урологии

Цель. Проведен ретроспективный анализ эффективности применения α -блокатора зоксона при лечении на догоспитальном этапе пациентов с острой задержкой мочи (ОЗМ), причиной которой была доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП). Изучены факторы, оказывающие влияние на восстановление самостоятельного мочеиспускания у этих пациентов после удаления уретрального катетера.

Материалы и методы. С января 2005 по декабрь 2009 года в лечебно-диагностическое (амбулаторное) отделение Республиканского специализированного центра урологии обратились 160 пациентов (средний возраст $69,8 \pm 8,5$ года) с первым эпизодом спонтанной ОЗМ при наличии ДГП. Всем пациентам с целью декомпрессии мочевого пузыря был установлен уретральный катетер. Продолжительность проявления «симптомов нижнего мочевого тракта» в среднем составила $32,5 \pm 9,8$ месяца, тогда как период, когда наступила ОЗМ, и до того времени как был установлен уретральный катетер был равен $12,1 \pm 2,2$ часа. Средняя длительность декомпрессии мочевого пузыря - $53,1 \pm 7,8$ часа. Уретральный катетер удаляли после того, как больной принимал таблетку Зоксона, содержащую 2 мг препарата. Дополнительно ему было рекомендовано повторить прием препарата перед сном (с указанием на необходимость контролировать уровень артериального давления). Лечение считали эффективным в том случае, если пациент в течение 24 часов после удаления уретрального катетера и при повторном обращении мочился удовлетворительным потоком, без остаточной мочи, и не было необходимости в повторной декомпрессии мочевого пузыря.

Результаты. Самостоятельное мочеиспускание

после удаления катетера восстановилось у 99 (61,9%) больных. Этим пациентам было рекомендовано продолжить прием зоксона в течение последующих трех месяцев. Оказалось, что после удаления уретрального катетера самостоятельное мочеиспускание чаще восстанавливается у пациентов возраст моложе 65 лет (74,1%). Среди больных старше 65 лет только у 49,0% ($p < 0,001$) наблюдался удовлетворительный поток мочи. Другим фактором, влияющим на успех лечения, был объем остаточной мочи при ОЗМ. Так, у пациентов с объемом мочевого пузыря менее 1000 мл чаще наблюдался благоприятный исход (66,7%), чем у тех мужчин у которых остаточная моча превышала эту цифру (47,8%, $p < 0,001$). Гипотензию при лечении зоксоном наблюдали у 2,5% пациентов, катетер-ассоциированную инфекцию выявили у 1, уретрорагия была у 1. Пациентам, у которых самостоятельное мочеиспускание не восстановилось, была выполнена надлобковая декомпрессия мочевого пузыря с последующей коррекцией инфравезикальной обструкции.

Таким образом, использование зоксона в течение одного дня при лечении пациентов с первым эпизодом спонтанной ОЗМ, связанного ДГП, является эффективным средством, позволяющим избавить больного от уретрального катетера, в том числе у пациентов пожилого возраста и при большом объеме остаточной мочи. Очевидное преимущество подобной тактики лечения заключается в том, что больного избавляют от уретрального катетера в короткие сроки, наблюдать пациента в амбулаторных условиях, без дискомфорта, связанного с госпитализацией в стационар и более при наличии катетера.

Почечная колика у детей - лечение в амбулаторных условиях

Наджимитдинов Я.С., Ходжаев Ш.Н.

Республиканский специализированный центр урологии

Цель: изучить результаты лечения детей с камнями мочеточника, сопровождающимися почечной коликой при амбулаторном наблюдении.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 79 детей, обратившихся в лечебно-диагностическое отделение центра в 2003 - 2008 гг. Причиной почечной колики у них явились камни, расположенные в различных отделах мочеточника. Продолжительность почечной колики составляла 1-3 дня. Возраст пациентов - от 3 до 15 лет. Камни имели размеры от 0,5 до 1,0 см. Конкременты располага-

лись в верхней трети мочеточника (в том числе в области лоханочно-мочеточникового сегмента) у 25 (32%) детей, в средней трети - у 30 (38%) и в дистальном отделе (в том числе интрамуральном) - у 24 (30). Всем детям выполнено исследование мочи (по показаниям бактериологическое), ультрасонография мочевого тракта, обзорная и внутривенная урография.

Результаты. У 77 пациентов тень камня четко визуализировалась на обзорной урограмме, не удалось выявить конкремент у 2. У этих

больных, по данным внутривенной урографии, обнаружен стаз контраста в проекции расположения камня в мочеточнике. Все пациенты получали анальгетики, нестероидные противовоспалительные и спазмолитические препараты. Самостоятельное отхождение камня произошло у 47 (60%) детей. У большинства из них размеры камней были менее 0,8 см и располагались в дистальном отделе мочеточника. Из-за отсутствия эффекта консервативного лечения, неоднократно повторяющихся приступов почечной колики, по согласованию с родителями, 28 (35%) детям случаям выполнена экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) в амбулаторных условиях. Фрагменты камней самостоятельно отошли в течение 3-4 дней. 2 пациентам из-за обострения пиелонефрита и угнетения функции почки, вследствие образования каменной дорожки, установлена

перкутанная нефростома, и они госпитализированы. Удаление камней у этих детей выполнено в период ремиссии инфекции мочевого тракта, с использованием эндоскопической технологии.

Заключение. При расположении камней размером менее 1,0 см в дистальном отделе мочеточника целесообразно динамическое наблюдение в амбулаторных условиях, так как не исключена вероятность их самостоятельного отхождения. При расположении камня в средней трети или проксимальном отделе мочеточника методом выбора является ЭУВЛ без госпитализации. В тех случаях, когда при наличии обструкции мочеточника наблюдается обострение пиелонефрита, необходимо выполнить декомпрессию мочевого тракта с последующим удалением камня в период ремиссии при условии госпитализации в стационар.

Организация экстренной медицинской помощи на догоспитальном периоде при ЧС

Нишанов Х.Т., Джурабаев Н.З., Исантурдиев У.И.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Сегодня оказываемая населению в РНЦЭМП и его филиалах помощь находится на высоком уровне и стандартизирована, однако качество ее на догоспитальном этапе все еще требует пристального внимания.

Целью нашего исследования является выявление факторов, препятствующих улучшению оказания экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и определение путей повышения ее качества на догоспитальном этапе.

Основным видом ЧС, при которой возникает экстренная хирургическая патология, являются дорожно-транспортные происшествия (116 больных), взрыв природного газа на газозаправочных станциях (18 пациентов), огнестрельные ранения (7 пострадавших).

При ЧС первыми на месте происшествия, наряду с медиками оказывались сотрудники ГАИ и пожарной службы. 79 больных были мужского, 59 – женского пола. 6 часов доставлены 119 пациентов, позже – 19. Самостоятельно в центры экстренной медицинской помощи поступили 46 пациентов, по линии «03» – 92. Из 138 пострадавших 87 пациентов были с сочетанными, 34 – с комбинированными и 17 – с изолированными травмами.

У 76 больных наблюдались закрытые и открытые травмы грудной клетки с переломами ребер, осложненными повреждением легкого, сердца и средостенных структур, проявившимися гемопневмотораксом, тампонадой сердца с сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью различной степени. У 56 пациентов были закрытые и открытые травмы живота с повреждением

внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства. У 12 больных были повреждения магистральных сосудов конечностей и другой локализации. Только 5 пациентам с травмой грудной клетки применялись однократные пункции плевральной полости. 8 больным наложена окклюзионная повязка при открытом пневмотораксе. Ни одному больному в догоспитальном периоде не применялась пункция перикарда при тампонаде сердца. 8 пациентам наложен жгут при повреждении магистральных артерий и вен. 12 больным наложены иммобилизирующие шины при открытых и закрытых переломах нижних и верхних конечностей при сочетанных травмах. 22 пациентам начата интенсивная терапия по пути следования в стационар. Только 2 больным было произведена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких на догоспитальном этапе оказания экстренной медицинской помощи, 2 пациентам была произведена сердечно-легочная реанимация.

На основании исследования нами были выявлены следующие факторы, препятствующие улучшению оказания экстренной хирургической помощи больным при чрезвычайных ситуациях:

- несвоевременное прибытие машин «03» на место происшествия;
- неспособность сотрудников ГАИ и пожарной службы оказать экстренную медицинскую помощь;
- низкая квалификация персонала «03», в том числе врачей, не владеющих методами оказания экстренной медицинской помощи при терминаль-

ных состояниях (интубация трахеи, пункция плевральной полости и перикарда, неспособность отличить артериальное кровотечение от венозного и как следствие ведущее к неправильному наложению жгута и т.д.);

- недоукомплектованность машин "03" средствами оказания первой помощи при терминальных

состояниях.

На основании исследования мы считаем, что все вышеуказанные факторы имеют временный характер. При должной организации и стандартизации мер, принимаемых на догоспитальном этапе при ЧС, без сомнения, можно добиться улучшения результатов.

Сирдарё вилоятида фавкулодда вазиятларда шошилинч тиббий ёрдамни ташкил этишнинг ўзига хос жихатлари ва муаммолари

Нишанов Х.Т., Буранов С.М., Исонтурдиев У.И.

РШТЁИМ Сирдарё вилоят филиали

Сирдарё вилояти барча вилоятлар орасида аҳолиси нисбатан кам бўлсада, майдони жихатидан ўзига хос ўрин тутди. Вилоятда юкори технологияли ишлаб чиқариш корхоналаридан Ширин ГРЭСи, Фарход ГЭСи, Гулистон ёғ-экстракт заводи, Околтин ун-дон корхонаси, Сирдарё спиртли ичимликлар ишлаб чиқариш корхонаси, рефрижератор депоси, туманлардаги пахтани қайта ишлаш корхоналари каби бир қатор ишлаб чиқариш муассасалари мавжудлиги фавкулодда ҳолатларни рўй бериш эҳтимолини оширади. Вилоят ҳудудидан ўтадиган Тошкент-Термиз, Тошкент-Нукус темир йўллари ва Тошкент-Термиз, Тошкент-Устюрт водийда жойлашган вилоятларнинг бошқа вилоятлар билан туташтирувчи автомагистралларнинг мавжудлиги, замонавий тез юрар автомобиллар даврида кўплаб оғир йўл транспорт бахтсиз ҳодисалари келиб чиқиши, уларга шошилинч тиббий ёрдамни ташкил этиш алоҳида аҳамият касб этади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йилдаги 2107-сонли Фармони ҳамда 2009 йил 21 майдаги 1114-сонли Қарори асосида мамлакатимизда, шу жумладан вилоятда шошилинч ва тез тиббий ёрдам тизими ташкил этилди. Шошилинч тиббий ёрдам маркази таркибида фавкулодда вазиятларда шошилинч тиббий ёрдамни ташкил этиш бўлимлари барпо этилди. Ҳозирда бўлим таркибида тўртта ихтисослаштирилган (1 та жаррохлик, 1 та травматологик, 1 та токсикотерапевтик ва 1 та нейрохирургик) гуруҳлар мавжуд бўлиб, улар доимий шай ҳолатида қолмоқдалар. Гуруҳлар штат бирликлари асосида санавиация бўлими навбатчилигига киритилган, мазкур бригадалар юкори малакали мутахассислар билан тўлдирилган. Фавкулодда вазиятлар бўлими вилоят хокимлигининг фавкулодда вазиятлар бошқармаси ва Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази махсус бўлими билан узликсиз боғлиқликда бўлиб, ушбу бошқарма ва бўлим барча ўқув қўмандонлик машғулотида фаол иштирок этмоқда.

Охириги икки йилда вилоятда 198 та турли хилдаги йўл транспорт ҳодисалар рўй бериб, 284 на-

фар киши жароҳатланган, 6 нафар киши ҳалок бўлган. Мавжуд йўл транспорт ҳодисаларида 19 та ҳолатда фавкулодда вазиятлар қайд этилган бўлиб, беморлар турли даражадаги тан жароҳатлари олишган, 109 нафар шикастланганлар шифохонага олиб борилган. Шикастланганларнинг 5 нафари ҳалок бўлган, шуларнинг 3 нафари жароҳат оғирлигидан малакали тиббий ёрдам кўрсатишга қарамадан ҳалок бўлган.

Фавкулодда вазиятлар ҳолатлари таҳлил қилинганда, йўл транспорт ҳодисалари баҳор фаслида 31%, ёз фаслида 20%, куз фаслида 26%, киш фаслида 23%ни ташкил этади.

Вилоят ҳудудида янги темир йўл ва автомобил шаҳобчалари барпо қилиниши ҳамда вилоят ҳудудида Тошкент аэропортининг янги мажмуаси барпо қилиниши ва уни халқаро аэропорт даражасига кўтарилиши фавкулодда вазиятлар бўлими кучи воситалари ва имкониятларини қайта қўриб чиқиш, уни янада такомиллаштиришни талаб қилади.

Фавкулодда вазиятларда шифохоналар қабулхоналарига олиб келинганлар жароҳатнинг оғирлик даражасига кўра қуйидаги 4 гуруҳга бўлинди:

1-гуруҳга енгил тан жароҳати, юмшоқ тўқималар лат ейиши, шилинган жароҳатлар, кафт суяклари, билак суяклари синишлари, синик бўлаклар коникарли туриши билан бўлган беморлар қиради. Бу беморлар травмпунктда тегишли ёрдам кўрсатилгач, амбулатор шароитда даволанишга рухсат берилади.

2-гуруҳга стационар шароитда ёрдам кўрсатиладиган, суякларнинг очиқ ва ёпиқ силжиган синишлари бўлган беморлар киритилади.

3-гуруҳга қўшма ва муракаб шикастланган беморлар, ҳамда улар натижасида шошилинч операция бўлган беморлар ташкил қилади ва реанимация бўлимига ётқизилади.

4-гуруҳга политравмалли, шунингдек бир неча аъзолари шошилинч операция қилинган беморлар қиради, улар шокка қарши кураш палатасига ётқизилади.

Тезкор гуруҳ томонидан, яъни нейрохирург, травматолог, хирург ва реаниматологларнинг

хамкорликдаги бир вақтнинг ўзида ёрдам кўрсатиши оғриксизлантириш, иммобилизация, қорин бўшлиғи ва кўкрак қасаси аъзолари УТТ, рентгенологик текширув, кон-сийдик умумий тахлиллари, биокимёвий тахлилларни амалга ошириш талаб этилади. Дастлабки асосий вазифа кон тўхтатиш, шикастланган суякларни оғриксизлантириб, иммобилизация қилиш, кўкрак қасаси шикастланишларини бартараф қилинишидан иборат.

Политравма ва бош мия жароҳатлари натижа-сида беморлар хушсизлиги травматик шокни яна-

да оғирлашишига олиб келади. Бу эса ўз вақтида диагностик аниқлик киритишда хатоларга сабаб бўлиши мумкин.

Хулоса ўрнида шуни эътиборга олиш лозимки, автотранспортдан жабрланганлар шифохонагача бўлган даврда тиббий ёрдамни тўғри ташкил қилинишига ва тўғри транспортировкасига, шифохонагача бўлган даврнинг қисқалигига, шифохонада малакали ёрдамнинг тўлақонлигига бево-сита боғлиқдир. Бу эса ўлим ҳолатининг камайи-шига ва меҳнатга лаёқатсизлик муддатини ва но-гиронлик ҳолатини қисқартиради.

Способ предоперационной обработки рук хирурга в условиях чрезвычайной ситуации

Нишанов Х.Т., Яриев А.Р., Исонтурдиев У.И., Кунишев Ш.У.
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Адекватная предоперационная экспресс-обработка рук хирурга особенно актуальной проблемой становится в условиях чрезвычайной ситуации, когда многие общепризнанные способы малоэффективны.

Высокую бактерицидную активность показали в последние годы электролитные водные раство-ры (ЭВР) гипохлорита натрия, что делает целесо-образным их применение в условиях «медицины катастроф».

ЭВР гипохлорита натрия применялся нами в качестве эффективного, непродолжительного, безопасного одноэтапного способа обработки рук хирурга, способного оказывать длительные анти-микробный эффект.

Для достижения поставленной цели были проведены экспериментальные микробиологи-ческие исследования в диапазоне concentra-ций ЭВР гипохлорита натрия от 0,1 до 0,6% с продолжительностью обработки от 1 до 9 ми-нут. В результате проведенных исследований был разработан способ предоперационной об-работки рук хирурга 0,4% ЭВР гипохлорита на-трия в течение 5 мин, при котором стериль-ность составила $95 \pm 2,2\%$. При обработки рук

хирурга 0,05% спиртовым раствором хлоргек-седина биглюконата получено $90 \pm 4,2\%$ сте-рильных посевов, обработка 10% йодопионом дала $84 \pm 3,7\%$ стерильности.

Антимикробное действие ЭВР гипохлорита натрия изучено через 30 мин и через 1 час после обработки антисептиками. Бактериологическое исследование показало, что через 30 мин после обработки ЭВР гипохлорита натрия стерильность составляет $90 \pm 4,7\%$, через 1 час - $80 \pm 6,3\%$. При обработке 0,05% спиртовым раствором биглюко-ната хлоргексидина стерильность составила соот-ветственно $75 \pm 4,7$ и $65 \pm 10,2$ и $50 \pm 11,2\%$.

Для изучения безопасности разработанного способа проведено анкетирование 32 хирургов, которые использовали данный антисептик для предоперационной обработки рук. Ни в одном случае не отмечено побочного воздействия ЭВР гипохлорита натрия как на руки, так и на орга-низм хирурга.

Таким образом, ЭВР гипохлорита натрия пока-зал высокую эффективность, что делает его пер-спективным в качестве антисептика для обработ-ки рук хирурга в условиях чрезвычайной ситуа-ции.

Особенности клинического течения и догоспитальные диагностические ошибки при остром гематогенном остеомиелите костей таза у детей

Пардаев А.У., Хамраев А.Ж.

Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Разнообразные общие клинические симптомы в ранней стадии острого гематогенного остеомиелита костей таза (ОГОКТ) у детей почти во всех случаях приводят к догоспитальным диагностическим ошибкам.

ОГОКТ до сих пор представляет один из трудных и малоизученных разделов детской хирургии. Сложность анатомического строения топографических соотношений области таза, глубокое расположение большей части костей под мышечными массивами создают объективные трудности для диагностики и лечения остеомиелита костей таза.

Особенности клинического течения токсико-динамической формы характеризуются выраженной гипертермией тела, частым пульсом, чрезвычайно быстрым развитием симптоматики нейротоксикоза и другие. Заболевание протекает на фоне сепсиса. При переходе острого процесса в хронический многие дети обречены на продолжительную и стойкую инвалидность, повторные оперативные вмешательства создают социально-экономическую проблему.

В.Ф. Войно-Ясенецкий к этой форме относил те случаи этого заболевания, когда местные симптомы воспаления не успевали развиться, и окончательный диагноз устанавливался только аутопсией.

Многочисленные гнойники в мягких тканях, располагающиеся в различных отделах таза, ещё более затрудняют полноценное лечение, создают условия для обширных рубцовых изменений ткани таза и формирования очагов дремлющей инфекции одного из источников рецидивов гнойно-воспалительных процессов тазовой области.

Цель: снизить число догоспитальных диагностических ошибок остеомиелита у детей, повысить настороженность, бдительность медицинских работников, организовать осмотр детского хирурга совместно с другими специалистами.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни и выписок 32 больных ОГОКТ, находившихся на лечении в 14 ГДХБ в 2001-2005 гг. в возрасте от 4,5 месяцев до 15 лет, из них мальчиков – 19 (59,3%), девочек – 13 (40,7%).

Дети первично обращались к врачам с жалобами на беспокойство, гипертермию, наличие боли в области живота, тазового кольца, тазобедренного

сустава, ягодичы и ограниченность движений в нижних конечностях.

16 (50%) больных не вызывали скорую помощь на дом, 16 (50%) - вызывали. Лишь у 4 (12,5%) больных был установлен правильный диагноз, и они госпитализированы в 1-2-е сутки болезни. 12 (37,5%) больных госпитализированы в другие лечебные учреждения либо направлены в многопрофильные поликлиники. 28 (87,5%) больных с диагнозом ОГОКТ госпитализировались в сроки от 4 до 10 суток от начала заболевания с различными диагнозами от разных специалистов поликлиники, где они получали лечение по поводу ошибочно установленного диагноза; растяжение связочного аппарата тазобедренного сустава - 2, перелом костей таза—1, остеоэпифизиолиз бедренной кости—1, ушиб мягких тканей—6, патологический вывих—1, ревматизм—2, ОРВИ—1, артрит, полиартрит—2, коксит—2, сакроилеит—1, абсцесс копчика и ягодичы—1, флегмона паховой области—1, паралич левой ноги, пневмония—2, лимфоденит паховой или подвздошной области—1, паратиф—1, острая кишечная инфекция—1, паховая грыжа - 1, острый аппендицит—1 (аппендоэктомия—1), пиелонефрит - 1, паранефрит—1, аппендикулярный абсцесс—1. У большинства больных в направлении были указаны два и более диагноза.

Проведенный нами ретроспективный и перспективный анализ диагностических ошибок ОГОКТ выявил: 1) недооценку анамнеза и особенностей клинического течения; 2) неполное обследование больного; 3) позднее рентгенологическое обследование и его низкая точность в ранней стадии заболевания; 4) неправильная интерпретация результатов обследования; 5) атипичное клиническое течение болезни, 6) отсутствие настороженности педиатров общего профиля СВП, врачей общей практики, скорой помощи; 7) недостаток знаний хирургов и врачей других специальностей.

Заключение. Дети с жалобами на гипертермию, беспокойство, боли в области живота, органов таза, тазобедренного сустава, ягодичы и с ограничением движений в нижних конечностях, независимо от вызвавшие их причин, подлежат госпитализации в гнойно-хирургическое отделение для обследования на ОГОКТ.

Болалардаги найсимон суяклар ўткир гематоген остеомиелити клиник кечишининг ўзига хослиги, стационаргача бўлган диагностик ҳато ва оқибатлар

Пардаев А.У., Отамуродов К.Н., Хотамов О.Р.

РШТЁИМ Сурхондарё филиали, Вилоят кўптармоқли болалар шифохонаси

Найсимон суякларнинг ўткир гематоген остеомиелити (УГО)да кўпчилик бемор болаларда касалликнинг шиддатли бошланиши, тана ҳароратининг 40°C дан юқори кўтарилиши, қалтираш, безовталаниш, интоксикациянинг ошиши, ҳаётий зарур аъзолар ва тизимларнинг физиологик функциясининг ўта бузилиши билан бошқа турдаги остеомиелитлардан анча фарқ қилади. Шунинг оқибатида ҳушсизлик, алаҳсираш, клоник-тоник талваса, менингиал белгилар айниқса кичик ёшдаги болаларда кўпроқ кўзатилади. Қонтомир, юрак, ўпкаларда ва бошқа аъзолардаги патологик ўзгаришлар натижасида шок ҳолати вужудга келади. Терида қизил тошмачалар пайдо бўлади, иштаҳанинг умуман бўлмаслиги, қусиш, ич кетиш, тез-тез нафас олиш кузатилади. Беморни динамик синчиклаб кузатилганда ҳам касалликнинг бошланғич 1-2-кунларида маҳаллий ўзгаришларни аниқлаш анча қийин, асоратларининг клиник белгилари биринчи ўринга чиқиб кетади.

Мақсад: найсимон суякларнинг УГОни эрта ташхис қўйиш ва самарали даволаш учун юз берган ҳатоларни ўз вақтида аниқлашга эришиш.

Материал ва усуллар. Сурхондарё филиали, вилоят кўптармоқли болалар шифохонасида 173 нафар беморни даволаш натижалари таҳлил қилинди. Касалликнинг токсик формаси 10 болада, септикопиемик шакли 86тада, маҳаллий тури 77 нафарда аниқланди. 16 нафар бемор аҳволи ўта оғирлиги сабабли реанимация бўлимига ётқизилди, 5 нафар бемор менингиал белгилари борлиги сабабли неврология бўлимига, 6 бемор инфекцион-юқумли касалликлар шифохонасига, 26 бемор соматик бўлимига ётқизилди.

Шулардан 110 нафар бемор кишлоқдан, 63 нафари шаҳардан бўлиб, улар орасида ўғил болалар - 121, қиз болалар 52 та эди.

Шифохонага 1-3-кунда - 43 (24,8%), 4-6-кунда - 56 (32,4%), 7-10-кунда - 62 (35%), 10-кундан кейин - 12 (7%) та бемор ётқизилди. Рет-

роспектив текширишларда беморларнинг 4-10 кундан кейин тушгани - 118 (67,4%) ни ташкил қилиб, бу кўрсаткич кишлоқ врачлик пунктларида ва бошқа тиббий шифохоналарда эрта диагноз қўйиш мураккаб эканлигини кўрсатди.

Касалликка туртки берувчи факторлар: қайта-қайта жароҳатланиш - 87(52,6%) ни, терининг йирингли касалликлари - 28 (16,2%), инфекцион касалликлар - 12 (6,9%), аллергия ҳолат - 28 (16,2%), сабаби аниқланмаган -14(8,1%).

Касалнинг кўпчилиги - 32,3% баҳорда, 38,8% ёзда кузатилди. Касалликнинг топик жойланиши сон суякларида 64 (37%) беморда, катта болдирда 61 (35,3%) болада, елкада 20 (15%) нафарда, кичик болдирда 12 тасида (6,9%), билакда 10тасида (5,8%) кузатилди.

118 (67,4%) беморга тез тиббий ёрдам ўз вақтида чақирилмаган, 25тасига (14,4%) тез тиббий ёрдам чақирилиб, тўғри диагноз билан махсус шифохонага ётқизилди. 30 (17,3%) бемор бошқа шифохоналарга ётқизилди. Шу касаллик бўйича ЎРВИ - 25, бронхит - 21, тонзиллит - 18, юқори нафас йўллари яллиғланиши - 30, отит - 14 диагнози билан бошқа тиббиёт масканларига учрашган.

102 (58,9%) бемор коникарли ҳолатда соғайди, 43 таси (24,8%) ўткир туридан сурункали турига ўтди. 32 (18,4%) боланинг бўғимларида физиологик актив ҳаракат чегараланди, 13 (7,5%) нафарда суякларнинг патологик синиши, 6 тасида (3,4%) суякларнинг калталаниши, 9 (5,2%) тасида касалликнинг қайталаниши кузатилди. 8 (4,6%) бола нобуд бўлди.

Хулоса. Найсимон суяклардаги УГОни ва унинг асоратларини эрта ташхислаш учун аҳолининг шу касаллик бўйича эътиборлилигини ва тиббий тушунчасини ошириш, бирламчи босқич ва бошқа тиббий ходимларнинг малакасини ошириш, касалликнинг дастлабки клиник белгиларини тезда аниқлаш, зарурий мутахассислар билан ҳамкорликда даво чораларини эрта бошлаш зарур.

Основные аспекты сортировки пострадавших на догоспитальном этапе

Пардаев А.Я., Аскаров А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одна из основных проблем системы экстренной медицинской помощи – обеспечение неотложной медицинской помощью населения в чрезвычайных ситуациях, спасение жизни пострадавших, лечение и уменьшение осложнений травмы, своевременное оказание помощи. Своевременно и правильно оказанная на месте происшествия первая медицинская помощь, точный выбор пункта эвакуации и соответствующая транспортировка позволяют уменьшить количество безвозвратных потерь, предупредить осложнения.

При изучении статистических данных РНЦЭМП и его филиалов выяснено, что в 2006–2009 гг. возникло 786 ЧС, пострадавших было 5720, из них госпитализированы 3872 (67,7%), амбулаторная помощь оказана 904 (15,8%), погибли на месте происшествия – 944 (16,5%). В основном это были ДТП – 389 (81,23%), остальные случаи ЧС приходится на отравления, ожоги и т.д.

При возникающей при ЧС диспропорции между числом пораженных, тяжестью повреждений и количеством сил и средств медицинской службы одновременное оказание медицинской помощи всем пострадавшим практически невозможно. Неадекватность лечения всех нуждающихся в медицинской помощи вследствие недостатка персонала, ресурсов и возможностей для приема пострадавших привела к созданию системы разделения пораженных на различные группы в зависимости от тяжести состояния, которая называется «медицинской сортировкой». Сущность этого процесса состоит в распределении пострадавших на группы по принципу нуждаемости в однотипных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в зависимости от медицинских показаний и конкретных условий обстановки. Ускорение и своевременное оказание всем пострадавшим экстренной медицинской помощи и обеспечение дальнейшей рациональной эвакуации – истинная цель медицинской сортировки. Она прово-

дится в догоспитальный период, с момента оказания первой медицинской помощи на месте ЧС, за пределами зоны поражения, а также при поступлении пораженных в лечебно-профилактические учреждения наиболее целесообразным считается разделение пораженных на четыре группы:

1-я - «инкурабельные» - умирающие пострадавшие с травматическими повреждениями и(или) отравлениями, не совместимыми с жизнью. Крайне тяжелая степень поражения, наблюдаемая при крупных катастрофах у лиц со столь серьезными и повреждениями, практически не дает им шансов на выживание;

2-я - «экстренная помощь» подразумевает немедленное оказание помощи при абсолютно неотложных состояниях. Наблюдается у наиболее тяжело пораженных, чья жизнь находится под угрозой. Медицинская помощь оказывается на месте катастрофы с тем, чтобы создать для них условия, способствующие выживанию;

3-я - «отсроченная помощь», когда помощь может быть отложена в течение непродолжительного периода времени, что не приведет к ухудшению состояния. Это относительно неотложные состояния, характерные для тяжело пораженных, но в меньшей степени, чем для пораженных предыдущей категории. При отсутствии непосредственной угрозы помощь оказывают для стабилизации состояния с целью:

- подготовки к последующей эвакуации,
- исключения ухудшения состояния,
- облегчения транспортировки;

4-я - «несрочная помощь», означающая, что помощь может быть отложена, пока она оказывается пострадавшим других категорий.

Такое деление пострадавших, безусловно, является мерой вынужденной, но она представляется нам единственной возможной в условиях массовых поражений при ЧС.

Основные принципы медицинского обеспечения на догоспитальном этапе при чрезвычайных ситуациях

Пардаев А.Я., Аскаров А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Учитывая международный опыт и наши данные, под ЧС следует понимать ситуацию, для ликвидации которой требуется помощь извне района бедствия, т.е. дополнительные силы и средства с использованием особых форм и методов работы, поскольку ЧС – это, как правило, диспропорция между потребностью медицинской помощи, числом пострадавших и возможностью оказания её имеющимися силами и средствами.

Несмотря на успехи в оказании экстренной медицинской помощи населению нашей страны, организация на догоспитальном этапе при чрезвычайных ситуациях остаётся актуальной проблемой.

Основной концепцией медицинского обеспечения в этих случаях является принятие единой системы медицинской помощи и лечения: оценка возникшей ситуации и оповещение, создание этапности лечебно-эвакуационных мероприятий,

от очага катастрофы до отделений или центров СЭМП, стандартизованные методы диагностики и лечебной помощи в указанных подразделениях.

На догоспитальном этапе на месте происшествия проводится осмотр всех пострадавших, целью которого является предварительная диагностика имеющихся повреждений, прогнозирование санитарных потерь и выявление лиц, нуждающихся в экстренной терапии на месте или срочной транспортировке. Эвакуационно-транспортная сортировка предусматривает выделение трёх категорий пострадавших: 1) срочная транспортировка в первую очередь; 2) срочная транспортировка во вторую очередь; 3) несрочная транспортировка.

Основной критерией для постановки диагноза при сортировке – степень угрозы для жизни пораженного в момент сортировки и сроки возможного развития в последующем осложнений и исходов. Немаловажное значение имеет срочность вмешательства в последующем, организация ЭМП квалифицированных врачей, специалистов и ис-

пользование сложных методов лечения. При угрозе возникновения инфекционного поражения крайне необходимо создание условий изоляции.

По данным СЭМП по РНЦЭМП и его филиалам в 2006 – 2009 гг. было 786 ЧС, пострадавших – 5720, из них госпитализированы 3872 (67,7%), амбулаторная помощь оказана 904 (15,8%), умерли на месте происшествия 944 (16,5%). В основном это были ДТП – 389 (81,23%), остальные случаи ЧС приходятся на отравления, ожоги и т.д.

Таким образом, медицинское обеспечение на догоспитальном этапе чрезвычайных ситуаций, сопровождающихся медицинскими потерями, требует изменения в кратчайшие сроки режима повседневной работы скорой медицинской помощи, в основе которой лежат принципы оказания медицинской помощи индивидууму (медицинский работник – пациент), на чрезвычайных режим, то есть на принцип коллективной медицины (медицинский работник – контингент пострадавших).

Технология обучения интубации трахеи врачей скорой помощи

Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП,

Андижанский Государственный медицинский институт

В практике работы врача скорой помощи, интубация трахеи ещё на догоспитальном этапе может быть единственной спасательной мерой, обеспечивающей свободную проходимость дыхательных путей при таких экстремальных состояниях как асфиксия, клиническая смерть, утопление, электротравма, коматозные состояния и т.д.

По данным первичного опроса, проведенного среди врачей скорой медицинской помощи, методом интубации трахеи владеют лишь немногие, в основном врачи реанимационных бригад (бывшие БТС). Основными препятствиями к овладению интубацией трахеи слушатели считают достаточно высокую степень сложности, а самое главное, отсутствие эффективного наглядного обеспечения для обучения выполнению этому практическому навыку. В то же время другими реанимационными приемами и навыками (двойной прием, непрямой массаж сердца, катетеризация магистральных вен и т.д.) владеют большинство врачей скорой помощи. Такое несоответствие также являлось поводом для более внимательного и углубленного подхода при обучении интубации трахеи. В этой связи уместно напомнить, что в ведущих странах обучение медицинского и парамедицинского персонала, принимающих участие в лечении критических состояний, является составной частью задач анестезиологии (American Board of Anesthesiology, 1989).

Лилиенталь произвел интубацию трахеи с помощью ларингоскопа в 1910 году, но даже сейчас, спустя 90 лет, эта процедура не стала рутинной и

обыденной. Кроме того, и это самое главное, никому не удалось выработать стереотип действий, который обеспечивал бы полную успешность и абсолютную безопасность этого метода.

На курсе скорой медицинской помощи с анестезиологией и реаниматологией факультета усовершенствования врачей АндГосми для овладения практическими навыками мы используем пособие, являющееся приложением к монографии "Практическое руководство по анестезиологии" (под редакцией профессора В.В. Лихванцева). Его отличительной особенностью является то, что мультимедийное обеспечение процесса обучения создаёт все предпосылки для максимально эффективного и, что не маловажно, неинвазивного способа овладения интубацией трахеи.

При использовании пособия слушатели имеют возможность в библиотечном разделе ознакомиться с текстовой и графической информацией по методам обеспечения проходимости дыхательных путей. При получении достаточной информации по этому вопросу под руководством преподавателей они приступают к демонстрационному этапу, который представлен в видеозале, где большинство кнопок по своему внешнему виду и принципу действия практически повторяют логику управления стандартным видеоманитофоном. Это обстоятельство делает процесс демонстрации легкоуправляемым и многократным, что немаловажно для овладения интубацией трахеи.

В 2007-2009 учебных годах 182 врача скорой помощи повысили свою квалификацию на кафед-

ре скорой медицинской помощи с анестезиологией-реаниматологией, расположенной на базе АФ РНЦЭМП. Врачей, впервые проходивших усовершенствование на нашей базе и уверенно владеющих навыком интубации трахеи, было всего 12 (6,52%). В то же время другими реанимационными приемами и навыками владели большинство.

В заключение необходимо отметить, что возможности мультимедийного обеспечения в овладении навыком позволяют обучаться его выполнению без посещения операционных. По данным итоговых опросов навыком интубации трахеи на уровне знаний овладели 80% слушателей, навыка — 35%, умения — 20%.

Причины и пути уменьшения догоспитальной смерти при политравмах

Пирназаров Д.А., Юлдашев Ш.С., Мирзаев Н.Ж.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Умершие вследствие политравм подразделяются в основном на три группы:

- 1-я – смерть, которая происходит вскоре после получения тяжелой травмы, вызвана несовместимыми с жизнью повреждениями (травма головного мозга, разрыв аорты и др.);

- 2-я – смерть в течение от нескольких минут до нескольких часов после повреждения - во время, потенциально хирургически корригируемое (субдуральные и эпидуральные гематомы, разрывы селезенки, печени, почек и др.), отсутствие своевременного лечения при этом может привести к массивной кровопотери и смерти.

- 3-я – пострадавшие, у которых в течение нескольких дней после травмы развиваются сепсис или полиорганная недостаточность.

Концепция «золотого часа» более применима к больным 2-й группы, повреждения у которых еще потенциально корригируемы. «Золотой час» представляет собой критическое временное окно для проведения терапевтических и хирургических вмешательств у больных с политравмой, уменьшающих частоту смертей.

Какое количество времени необходимо на оказание помощи пострадавшему, до настоящего времени никто конкретно не определял. Надо отметить, что в некоторых штатах США это время ограничено 10-20 минутами в том случае, если освобождение больного, например, из транспортного средства не является проблемой. Однако необходимо помнить, что «механическая» транспортировка пациента с места происшествия без надлежащего выполнения требований АВС и иммобилизации может оказать значительное отрицательное влияние на серьезно пораженного больного, ухудшить дефицит жидкости, доставку кислорода к тканям и состояние поврежденного спинного мозга.

Тактика быстрой транспортировки особенно оправдана при проникающих повреждениях с подозрением или наличием внутренних кровотечений. В данном случае массивная инфузионная терапия приведет к подъему артериального давления и дальнейшему усилению кровотечения. Таким больным не требуется никакого обезболивания перед транспортировкой, чтобы перед оперативным вмешательством не изменить клиническую тяжесть полученных повреждений, если пострадавший доживет до этого момента.

Вопрос о продолжительности сердечно-легочной реанимации у больных детей с произошедшей на месте происшествия остановкой дыхания и кровообращения достаточно сложен. Исследования установили, что реанимационные мероприятия при развившейся клинической смерти, как результат повреждения тупым предметом, имеют чрезвычайно низкую эффективность. Однако с учетом того, что такие случаи единичны, попытки проведения АВС - мероприятий должны быть предприняты.

Вторая предтранспортировочная тактика основана на более длительной помощи пострадавшему до стабилизации его общего состояния. Решение вопроса о необходимости длительной стабилизации больного перед его транспортировкой будет зависеть, в первую очередь, от места происшествия и требования неотложной травматологической или хирургической помощи.

Таким образом, если пострадавший находится в лечебном учреждении (пусть даже районного типа), и у него нет показаний к ургентной оперативной помощи, врач обязан провести полный объем необходимых мероприятий, чтобы во время транспортировки не возникло вторичного ухудшения состояния.

Оказание экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе детям с сочетанной черепно-мозговой травмой

Пяк А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Летальность при изолированной травме черепа и мозга колеблется в пределах 1-2%, а при СЧМТ достигает 28,6%-30,7%. При очень тяжелых сочетанных травмах опорно-двигательного аппа-

рата, груди, живота с повреждением паренхиматозных органов летальность возрастает до 60%. Исход травмы во многом предопределяет правильная организация этапного лечения такого

тяжелого контингента больных.

Нами произведено обследование и лечение 260 детей с сочетанной травмой, госпитализированных в РНЦЭМП в 2005 – 2008 гг.

По линии СМП были доставлено 98 (37,7%) больных, 162 (62,3%) больных поступили самотеком. В сопроводительных листах СМП диагноз совпадал с предварительным диагнозом приемных отделений стационара у 34 (35%) пострадавших, у 64 (65%) не совпадал, причем у 48 (75%), судя по диагнозу, в сопроводительных документах тяжесть состояния недооценивалась. Из 98 больных, привезенных по линии СМП, первая врачебная помощь (обезболивание, шинирование, остановка кровотечения, противошоковые мероприятия) была оказана лишь 60 (61,3%).

Из этих данных видно, что оценка тяжести состояния при поступлении в стационар существенно отличалась от результатов обследования на догоспитальном этапе. Причиной этому могут быть 3 фактора: 1) недооценка тяжести состояния врачом скорой помощи; 2) ухудшение тяжести состояния пострадавшего в процессе транспортировки; 3) недостаточный объем оказываемой медицинской помощи инфузионная терапия, адекватная санация дыхательных путей, обезболивание и иммобилизация. По-видимому, в основе отказа от выполнения необходимых мероприятий, наряду с диагностическими ошибками, лежит несовершенство табеля оснащения линейных бригад СМП и отсутствие у персонала соответствующих навыков. Следует отметить, что педиатрическая анестезиология-реаниматология имеет свои особенности и сложности, что обуславливает безотлагательную задачу создания специальных транспортных средств для проведения полного объема реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, особенно в раннем детском возрасте, на догоспитальном этапе.

Опрос показал, что 185 (71%) больных пострадали в результате ДТП, у 42 (16,1%) причиной

травмы явилось падение с высоты, бытовая травма наблюдалась у 33 (12,6%). Умерло 39 (15%) больных с сочетанной травмой, в том числе 32 (82%) после ДТП, 7 (18%) – после падения с высоты и 1 (2,5%) с бытовой травмой. Причинами летальных исходов явились:

- тяжелые патологические реакции – 27 (70%), в том числе шок – 11 (28,2%), отек мозга с дислокацией – 16 (41%);

- массивная кровопотеря – 6 (15,3%);

- аспирация рвотными массами и кровью – 3 (7,6%);

- вторичные осложнения (пневмония, менингоэнцефалит, сепсис, жировая эмболия, перитонит) – 3 (7,6%).

Как видно, наибольшее количество сочетанных повреждений возникает при транспортном травматизме, в связи с чем его профилактика приобретает государственную значимость. Это проблема социального характера, для решения которой необходимы создание межведомственных комиссий с участием органов здравоохранения, госавтоинспекции, МЧС, министерства образования с целью усовершенствования программы профилактики детского травматизма в целом и автодорожного в частности. Среди причин летальных исходов первое место по частоте занимают стоят тяжелые патологические реакции, требующие немедленного устранения, т.е. проведение как можно раньше противошоковых мероприятий, восполнения ОЦК, аспирации рвотных масс, борьбы с отеком мозга, что не всегда делается или не представляется возможным, особенно на догоспитальном этапе. Это говорит о необходимости надлежащего оснащения специальных машин СМП (установка аспиратора, отсоса, приобретение противошоковых костюмов и т.д.). Необходимо также более углубленное обучение методам оказания неотложной помощи при сочетанных травмах на догоспитальном этапе врачам СМП.

Эффективная антиаритмическая терапия биспрололом и амиодароном у больных с дилатационной кардиомиопатией

Раимжанов А.А., Ахмадалиев Б.К., Туйчиев А.Х.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель: изучение эффективности комбинированного применения β-блокатора биспролола (Конкор, Nycomed) и амиодарона (Кордарон, Sanofi Aventis) у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), осложненной желудочковыми нарушениями ритма сердца (ЖНРС).

Материал и методы. Обследованы 13 больных с ДКМП, из них 9 мужчин и 4 женщины, средний возраст 51,92±7,9 года. Для подтверждения диагноза ДКМП проводились клинический осмотр, ЭКГ, Эхо-КГ, рентгенокардиометрия. Для оценки

нарушений ритма сердца использовали суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Больных обследовали на исходном этапе и через 12 месяцев после начала терапии. Базисная терапия включала приём ингибиторов АПФ (100%), диуретиков (100%), антагонистов альдостерона (100%), гликозидов (38%). Биспролол применялся в среднесуточной дозе 2,5±0,12 мг, амиодарон - в поддерживающей дозе 200 мг в сутки после предварительного насыщения по традиционной схеме.

Результаты. При изучении частоты нарушений

ритма сердца желудочковые артерии выявлены у 100% больных. У 8 больных (61,5%) регистрировались желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну. Среднее количество желудочковых экстрасистол (СКЖЭ) в час составляло $250,13 \pm 48,03$. Мерцательная аритмия отмечалась у 5 (38%) больных. Средняя ЧСС в группе составила $93,15 \pm 8,78$ уд. в минуту. При повторном обследовании после 12 месяцев терапии биспрололом и амиодароном отмечалось достоверное уменьшение СКЖЭ в час до $56,79 \pm 11,36$ (на 77,3%, $p < 0,001$). При анализе внутрисердечной гемодинамики выявлена отчетливая тенденция к уменьшению показателей КСР ЛЖ – с $5,5 \pm 0,2$ см до $5,13 \pm 0,15$ см (на 6%, $p > 0,05$), ФВ ЛЖ увеличилась с $37,6 \pm 1,7$ до

$47,6 \pm 2,3\%$ (на 26,5%, $p = 0,005$). При изучении влияния проводимой терапии на ЧСС у больных нами выявлено статистически достоверное её уменьшение до $75,3 \pm 3,2$ (на 8,6%, $p < 0,05$). Терапия биспрололом и амиодароном не оказывала влияния на мерцательную аритмию. В целом переносимость терапии была удовлетворительной. За период наблюдения случаев внезапной смерти не было.

Выводы. Комбинированное использование биспролола и амиодарона на фоне стандартной терапии у больных с ДКМП, осложненной ЖНРС, приводит к достоверному уменьшению количества ЖЭ, сопровождающемуся улучшением сократительной функции ЛЖ.

Догоспитальная диагностика и предоперационная подготовка новорожденных с атрезией пищевода

Рахимов Б.С., Рахимова Д.А., Аккузиев И., Шевкетова Л.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский медицинский институт

Атрезия пищевода - наиболее тяжелая патология новорожденных, диагностические меры и сложное оперативное вмешательство осуществляются в период ранней адаптации организма к внешней среде.

Результаты хирургического лечения зависят от своевременной диагностики в первые часы жизни новорожденного (до первого кормления), которая обеспечит профилактику аспирационной пневмонии.

Из клинического опыта видно, что из-за недостаточности знаний неонатологами родильных домов симптоматики атрезии пищевода, отмечается низкий уровень своевременной диагностики. Основанием для подобной трактовки являются следующие статистические показатели.

В отделение детской хирургии РНЦЭМПАФ в течение последних 10 лет поступили 39 новорожденных с атрезией пищевода. Нами проанализированы результаты попыток хирургической коррекции атрезии пищевода у 6 новорожденных из 39 госпитализированных в отделение. У 4 из них произведена двойная эзофагостомия по Г.А. Баирову, двум больным наложен анастомоз пищевода по Haight-Tousley.

У больных, оперированных методом двойной эзофагостомии, летальный исход наступил первых трех суток. После первичного анастомоза один больной умер на 5-е, второй - на 7-е сутки. На

аутопсии у обоих анастомоз был состоятельным. У всех новорожденных причиной летального исхода была прогрессирующая аспирационная пневмония.

Таким образом, следует отметить, что всем новорожденным (особенно недоношенным) необходимо сразу после рождения производить зондирование пищевода, что обеспечивает раннюю диагностику при атрезии пищевода. Для рожденного без пороков развития зондирования позволяет эвакуировать содержимое желудка, что предупреждает срыгивание и аспирацию.

С первой минуты рождения ребёнка в родильном доме, должна начинаться предоперационная подготовка сущность, которой заключается в помещении новорожденного в кювет, подаче увлажненного кислорода, введении антибиотика и витамина К; необходимо возвышенное положение туловища, выделяющаяся в большом количестве слюзы должна отсасываться катетером через каждые 10-15 минут.

Кормление через рот абсолютно исключается. Транспортировка в хирургическое отделение осуществляется с постоянной подачей кислорода и периодическим отсасыванием слизи.

Таким образом, только правильное проведение диагностических и лечебных мер на догоспитальном этапе может обеспечить успех хирургии пищевода у новорожденных.

Диагностические ошибки на догоспитальном этапе при нагноительных заболеваниях легких у детей

Рахимов Б.С., Рахимова Д.А., Халилов Ш.К., Мамадалиев Х.

Андижанский филиал РНЦЭМП,

Андижанский государственный медицинский институт

Бронхолегочная патология в Узбекистане занимает первое место в структуре заболеваемости детей и составляет 198-379,6 на 1000 детей до 14-летнего возраста.

Основной причиной летальных исходов осложнений бронхолегочной патологии является деструктивная пневмония.

Цель: улучшение диагностических и лечебно-тактических мероприятий на догоспитальном этапе при нагноительных заболеваниях легких у детей.

Материал и методы. Настоящее сообщение является результатом анализа диагностических и лечебно-тактических мероприятий, проведенных у 305 больных с нагноительной патологией легких. Мальчиков было 177, девочек – 128, до 3-х лет – 119, 4-7 лет – 90, 8-14 лет – 96 больных.

Внутрилегочная форма бактериальной деструкции легких: мелкоочаговая множественная – 1; лобит – 205; острый абсцесс – 12; буллезная – 6; легочно-плевральная: пиоторакс – 39; пиопневмоторакс – 33; пневмоторакс – 9.

У 224 (73,44%) больных была внутрилегочная форма бактериальной деструкции легких, у 81 (26,66%) – легочно-плевральная форма.

Результаты и обсуждение. Согласно данным анамнеза, почти все больные – 296 (97%) – находились на лечении у педиатра, из них 201 (68,82%) в стационаре, 104 (31,11%) в поликлинике. Только 9

больных в экстренном порядке госпитализированы с диагнозом лобит.

Анализ ретроспективных данных характера клинического течения патологического процесса показал, что у 15 из 296 больных появились признаки деструктивных трансформаций за 8-10 дней до перевода больного в клинику, у всех больных были установлены плевральные осложнения, у 47 больных – за 3-5 суток. Из этого числа у 9 было плевральное осложнение. Остальные больные были осмотрены хирургом в первые сутки после появления признаков деструкции легких.

Нужно отметить, что успех лечебных мероприятий (целенаправленная антибактериальная терапия, при необходимости рациональная хирургическая тактика) зависит еще от правильной трактовки динамики течения патологического процесса.

Заключение. Причины поздней диагностики деструктивной трансформации связаны с переоценкой педиатрами возможностей физикального исследования, поздней рентгенографией грудной клетки, отсутствием рентгенографического контроля в динамике. В отдельных случаях диагностические ошибки возникали из-за недостаточного знания педиатрами клинических проявлений ведущих симптомов в неотложной пульмонологии детского возраста.

Диагностика и лечебная тактика при острой задержке мочи на догоспитальном этапе

Рахимов М.Р., Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) – внезапно появившаяся невозможность даже частичного опорожнения переполненного мочевого пузыря, сопровождающаяся мучительными резкими и бесплодными позывами на мочеиспускание, сильнейшими болями внизу живота.

Независимо от этиологии задержка мочи может оказывать неблагоприятное воздействие на мочевой пузырь и на верхние отделы мочевых путей, равно как и на весь водно-электролитный баланс организма, что требует принятия неотложных мер.

Частой причиной ОЗМ является доброкачественная гиперплазия простаты (ДГП), которая относится к числу наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого возраста. Причины возникновения ОЗМ у больных с ДГП можно условно разделить на несколько групп: механиче-

ское препятствие к току мочи увеличенной предстательной железой, динамическая обструкция, вызванная повышением тонуса гладких мышц простаты, шейки мочевого пузыря и заднего отдела уретры, резкое снижение сократительной способности мочевого пузыря.

На 5-м Международном совещании по ДГП в 2000 году в Париже утвержден объем и последовательность диагностических мероприятий при обследовании больных с ДГП, которые разделены на обязательные, применяемые для первичной оценки состояния больного, и необязательные методы исследования. Обязательные: анамнез, оценка симптомов заболевания; физикальное обследование (пальцевое ректальное исследование простаты), анализ мочи (после катетеризации мочевого пузыря), оценка функционального состояния почек путем исследования мочевины и креатинина

сыворотки крови.

Рекомендуемые методы: визуализация простаты посредством надлобковой и трансректальной ультрасонографии с определением объема мочевого пузыря, массы простаты, визуализация верхних мочевых путей.

В основу работы положено клинические наблюдения за 327 больными с осложненными формами инфравезикальной обструкции в возрасте 54-80 лет, средний возраст составил 57,3 года. По линии скорой помощи обратились 49 (14,9%) больных, остальные поступили самотеком – 278 (85,0%). При сборе анамнеза и осмотре больного особое внимание уделялось конституции, выраженность подкожно-жировой клетчатки, наличию ожирения, грыж живота, паховой области, послеоперационных рубцов (лапаротомия, грыжесечение, эпицистостомия). Осуществляется ректальный осмотр предстательной железы для диагностирования заболеваний простаты. Всем больным выполнялся анализ крови, определялось время свертываемости крови, уровень мочевины, креатинина сыворотки крови для выявления хронической почечной недостаточности. Учитывая пожилой возраст больных, осуществлялся осмотр терапевта со снятием ЭКГ. При нейрогенных нарушениях мочеиспускания пациенты осматривались невропатологом. Выполнялась визуализация почек, мочевого пузыря, простаты с использованием аппарата УЗИ.

Показаниями к выполнению перкутанной цистостомии являлись: осложненная инфравезикальная обструкция (ОЗМ, уретерогидронефроз, обострение хронического пиелонефрита, ХПН). Нейрогенный мочевой пузырь (ОЗМ, ХЗМ, обострение пиелонефрита, уретрит).

Противопоказанием к ПК цистостомии являлись тучность, ожирение, нарушение свертываю-

щей системы, нестабильная гемодинамика больного, наличие грубых послеоперационных рубцов (лапаротомия, грыжесечение, эпицистостомия).

При клиническом анализе 327 больных, подвергшихся ПК цистостомии абсолютным показанием к выполнению вмешательств явилось наличие осложненной формы инфравезикальной обструкции и нейрогенного мочевого пузыря. В частности, острая и хроническая задержка мочи, уретерогидронефроз II степени наблюдались у всех 327 больных, обострение пиелонефрита у 255 (78%), хроническая почечная недостаточность у 85 (26%). Критерием оценки ОЗМ и ХЗМ явилось наличие свыше 350-500 мл мочи в мочевом пузыре, уретерогидронефроз II степени, расширение полостей почки свыше 3х2 см, мочеточника свыше 0,7 см, обострение пиелонефрита- гипертермия более 37,5°C, наличие лейкоцитов в анализе мочи более 20-40 в поле зрения, выявление инфекции при бактериологическом исследовании мочи. Критерии оценки почечной недостаточности являлись мочевины крови свыше 15 ммоль/л, креатинина сыворотки крови свыше 1,0 ммоль/л.

Таким образом, использование лечебно-диагностического алгоритма у больных с осложненной формой инфравезикальной обструкции и нейрогенным мочевым пузырем привело к снижению осложнений при ПК цистостомии, сократило время пребывания больных в стационаре, перкутанная цистостомия выполнялась при наличии эндоурологического инструментария и квалифицированного врача уролога.

ПК цистостомия является малоинвазивным, менее травматичным, не требующим больших медикаментозных затрат оперативным вмешательством у больных с осложненной формой инфравезикальной обструкцией и нейрогенными расстройствами мочеиспускания.

Тактика ведения больных с альгодисменореей на догоспитальном этапе

Рахманкулова Ш.С., Насриддинова Г.У., Нуриддинова Ш.М.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Альгодисменорея – нарушения менструального цикла, выражающиеся в схваткообразных, реже ноющих болях внизу живота, области крестца, поясницы во время менструации и сопровождающиеся общим недомоганием. Альгодисменорея относится к числу наиболее распространенных видов гинекологической патологии. Болезненные менструации наблюдаются у 31-52% женщин в возрасте 14-44 лет, причем примерно у 10% из них боли настолько интенсивны, что женщины теряют трудоспособность.

Альгодисменорею принято разделять на первичную (функциональную) и вторичную (обусловленную патологическими процессами в органах малого таза).

Среди больных, поступающих в отделение экстренной гинекологии АФ РНЦЭМП, довольно часто встречаются пациентки с первичной альгодисменореей.

Первичная альгодисменорея (МКБ X, рубрика N94.4), как правило, встречающаяся у молодых девушек и женщин, нередко сопровождается тошнотой, рвотой, жидким стулом, слабостью, мигреноподобной головной болью. Подобные симптомы длятся от нескольких часов до одного дня и более. Такие больные доставляются службой «03» с предварительным диагнозом «острый живот». Основной контингент больных с болезненной менструацией представлен школьницами и студентками колледжей/лицеев.

Более тщательное обследование (подробный сбор жалоб, анамнеза, проведение общего и специализированного осмотра, инструментально-лабораторные данные) пациенток при поступлении в стационар позволяет исключить диагноз «острого живота» уже в приёмном отделении. Однако для дальнейшего наблюдения и уточнения диагноза больные госпитализируются в отделение экстренной гинекологии с первичным диагнозом «альгодисменорея». Ургентной патологии со стороны органов ЖКТ, мочевыделительной, половой систем по результатам лабораторно-инструментальных исследований, как правило, не выявляется. После непродолжительного пребывания в стационаре (2-3 часа), когда проводится симптоматическая терапия (введение инъекционных НПВС, анальгетиков), состояние больных обычно улучшается, что проявляется купированием болевого синдрома, диспептических явлений, улучшением настроения и т.п. Зачастую пациентки с первичной альгодисменореей отказываются от дальнейшего пребывания в стационаре и уже через несколько часов выписываются домой в удовлетворительном состоянии.

Согласно перечню нозологий, указанному в приказе МЗ РУз № 126 от 26.03.2008 г. («О совершенствовании службы экстренной медицинской помощи населению»), больные с альгодисменореей попадают в категорию «прочие».

За 2009 г. в отделение экстренной гинекологии АФ РНЦЭМП поступила 1841 больная, из них 148 (8%) с диагнозами из категории «прочих». При анализе этого показателя оказалось, что 15 (10%) пациенткам из этой группы (доставленным в стационар по линии «03») был выставлен диагноз «альгодисменорея».

Необходимо отметить, что этот факт нельзя оставлять без внимания, так как обслуживание

данной категории больных сопряжено с определенными затратами (как экономическими – транспортные, медикаментозные, так и профессиональными – время врача, которое он мог бы уделить истинно «экстренным» больным). Лечение больных с альгодисменореей является прерогативой первичного звена и плановых профильных (гинекологических) стационаров.

На наш взгляд, для уменьшения числа больных с подобными состояниями, а точнее для улучшения работы службы «03», необходимо использовать определенную тактику в отношении больных с альгодисменореей на догоспитальном этапе. При этом не снижается важность таких элементарных клинических методов, как сбор жалоб, анамнеза, общий осмотр. Нами рекомендуется:

1) более тщательный сбор жалоб (локализация и характер боли, наличие кровянистых выделений из гениталий, диспептические явления и другие характерные признаки);

2) подробный сбор анамнеза (особенно гинекологического – выяснение характера менструального цикла, возможной связи состояния больной с началом менструации, периодичности возникновения болезненного состояния и т.п.);

3) оказание первой медицинской помощи (введение НПВС или анальгетиков, которыми ранее при подобном состоянии купировались боли у пациентки) при отсутствии подозрения на острую хирургическую патологию;

4) дача рекомендации – обратиться к профильным специалистам по месту жительства для получения квалифицированной помощи.

Мы считаем, что повышение качества работы специалистов службы «скорой помощи» позволит снизить уровень доставки неурgentных гинекологических больных в стационар экстренной помощи.

Догоспитальный этап в структуре клинических протоколов неотложной гинекологии

Рахманкулова Ш.С., Насриддинова Г.У., Нуриддинова Ш.М.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Клинический протокол является промежуточным этапом в переходе к более совершенным формам организации, одна из которых – клинический путь. В связи с этим клинические протоколы должны стать основой разработки клинического пути ведения больного и обеспечения эффективной специализированной помощи.

В важности и необходимости внедрения клинических протоколов в деятельность службы экстренной помощи мы убедились за тот небольшой срок, в течение которого работали согласно разработанным специалистами нашего центра клинико-диагностическим стандартам.

В разработанных и утвержденных региональ-

ным ученым советом клинических алгоритмах неотложной помощи достаточно подробно освещены все этапы оказания экстренной медицинской помощи (служба «03», приёмный блок и отделение) по каждой нозологии.

Особо хочется обратить внимание на важность догоспитального этапа, так как от правильного оказания помощи больным до поступления в стационар зависит не только состояние их здоровья в дальнейшем, но порой и сохранение жизни.

В структуре экстренной гинекологической патологии значимое место занимают заболевания, которые могут сопровождаться наружным или внутренним кровотечением с массивной кровопотерей.

терей (нарушенная эктопическая беременность, апоплексия яичника, травмы гениталий, самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках и т.п.).

Фактор времени играет неоценимую роль в процессе оказания помощи больным этой категории. Поэтому при составлении клинических протоколов нами было отдельной графой отведено место для службы «скорой помощи».

Приведем для примера «догоспитальную» часть клинического протокола при нарушенной внематочной беременности: 1) сбор жалоб и анамнеза; 2) объективный осмотр, измерение АД, пульса; постановка предварительного диагноза; 3) обеспечение больной кислородом (по показаниям); 4) катетеризация периферической или центральной вены, инфузия кровезаменителей; 5)

катетеризация мочевого пузыря; 6) доставка больной в стационар.

Проведение подобных мероприятий, на наш взгляд, обеспечит не только стабильность гемодинамических показателей и поддержание функции жизненно важных органов, но и сократит «дооперационное» время на госпитальном этапе. Тем более, служба «03» нашего центра обеспечена современным транспортом, оснащенным необходимым оборудованием для оказания квалифицированной помощи в достаточном объеме.

Таким образом, внедрение клинических протоколов в работу такого важного звена экстренной медицинской помощи как служба «скорой помощи» играет важную роль в обеспечении сохранения здоровья, а порой и жизни пациентов.

Догоспитальная интенсивная терапия пострадавшим детям при сочетанных травмах

Рахматов Х.Р., Юлдашев Ш.С., Муродова Д.С.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Одной из основных проблем при сочетанных травмах является кровотечение. Главное терапевтическое действие в такой ситуации - контроль и восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК), поскольку должен быть возмещен не только объем кровопотери, но и теряемая при этом экстраваскулярная и экстрацеллюлярная жидкость.

Начальная терапия включает инфузию физиологических жидкостей, таких как 0,9% раствор NaCl или другие растворы. Их количество, необходимое для восполнения потерь, по самым приблизительным подсчетам составляет величину, в три раза большую, чем предполагаемая кровопотеря. Точность ее оценки у пострадавшего ребенка определяется только в стационаре.

Большая кровопотеря отмечается при травматических повреждениях мягких тканей в области лица и черепа, так как они чрезвычайно хорошо кровоснабжаются, поэтому все глубокие раны в этой области на месте происшествия должны быть адекватно перевязаны с использованием давящих повязок. Если у взрослых внутримозговые кровотечения не приводят к гипотензии, то у пострадавших детского возраста отмечается обратная картина. В связи с этим кровопотерю у детей в полости черепа необходимо лечить интенсивной инфузионной терапией, наряду с другими мероприятиями мозговой реанимации.

К значительной гипотензии могут привести и интракраниальные, интраабдоминальные и тазовые кровотечения. У больных детского возраста при переломе бедра экставазация крови выражена значительно меньше, чем у взрослых, в связи с меньшей мышечной массой. Поэтому если при

изолированном переломе бедра отмечается гипотензия, необходимо искать другой источник кровотечения.

Тахикардия и периферическая вазоконстрикция являются двумя ранними симптомами гиповолемии, при которых изменение артериального давления (АД) у детей происходит несколько позже. АД является показателем значительной кровопотери только в том случае, если дефицит ОЦК составляет, как минимум, 30-40%. Более достоверным показателем уменьшения внутрисосудистого объема является частота сердечных сокращений, которая должна тщательно мониторироваться, так как изменение частоты сердечных сокращений наблюдается задолго до снижения артериального давления. Необходимо учитывать и тот факт, что большинство пострадавших детей испытывают страх, который также может повышать частоту сердечных сокращений. В состоянии страха у пострадавшего ребенка, остается нормальное артериальное давление и возникает тахикардия, но скорость заполнения капилляров при этом не увеличивается и не ухудшается наполнение пульса.

На месте происшествия используются только чрескожный внутривенный доступ катетерами на игле с максимально возможным размером, для периферической канюляции - локоть, тыл кисти, бедренная вена на лодыжке, при значительной кровопотере и последующей вазоконстрикции попытки чрескожной катетеризации вены могут быть затруднены.

Предпочтительными стартовыми внутривенными растворами у детей, как и у взрослых, являются 0,9% раствор NaCl, раствор Рингера, которые содержат физиологическое количество на-

трия и хлорида. Непосредственно после повреждения нельзя вводить глюкозу внутривенно, так как нормальный эндокринный ответ ребенка в этот момент, как и у взрослого, приводит к секреции большого количества гормонов, включая катехоламины, глюкагон, гормон роста и различные стероиды, каждый из которых мобилизует глюкозу из гликогеновых запасов печени и мышц. Добавленная экзогенная глюкоза не будет утилизироваться организмом и вызовет повышение ее концентрации до запредельных цифр. Развившаяся гипергликемия приведет к осмодиурезу, снижению сосудистого объема и дегидратации, как при диабетическом кетоацидозе, а неполная утилизация молекулы глюкозы в повреж-

денной мозговой ткани обусловит ее повреждение.

Следовательно, идеальным раствором для внутривенного применения после травматического поражения является раствор Рингера лактата или раствор Хартмана без декстрозы. При симптомах гиповолемии для восстановления объема эти растворы вводят болюсно (два или три болюса) со скоростью 20 мл/кг, они возмещают как внутрисосудистые, так и экстрасосудистые потери жидкости организмом.

Таким образом, дальнейшая потребность в жидкости и крови будет определяться продолжающимся кровотечением и необходимостью хирургического вмешательства.

Алгоритм диагностики изолированных и сочетанных травм уретры на догоспитальном этапе

Рашидов М.М., Ахмедов Р.Н.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В практике мирного времени 90% повреждений уретры являются следствием тупой травмы. У мужчин повреждения уретры могут располагаться в любом её отделе и иметь различный характер – от разрыва слизистой оболочки до полного отрыва от мочевого пузыря. Повреждения подвижного отдела уретры чаще являются результатом прямого механического действия. Повреждения фиксированного отдела уретры, как правило, встречаются при переломах костей таза, особенно при нарушении целостности передней части тазового кольца. По механизму травмы основное место занимают дорожно-транспортные происшествия, которые составляют 74%, падение и прямые удары в промежность занимают 26% из общего числа больных.

Проанализированы результаты диагностики 37 больных, обратившихся в приемный отделение РНЦЭМП с подозрением на закрытую травму уретры различного генеза в возрасте от 16 до 63 лет (в среднем – 29 лет), в основном мужского пола (86%). Службой 03 были доставлены 11 (29,7%) больных, а остальные 26 (70,3%) поступили самотеком. Все больные в шоковой палате осмотрены смежными специалистами и обследованы согласно лечебно-диагностическому стандарту. У 9 (24,3%) отмечалась уретрорагия, т. е. выделение крови из мочеиспускательного канала вне акта мочеиспускания, у 6 (16,2%) больных была боль в промежности, у 7 (18,9%) – задержка мочеиспускания. Сочетанная травма та-

зового кольца имела место у 19% больных, у 7% диагностирована черепно-мозговая травма. Больным с подозрением на травму уретры произведена восходящая уретрограмма, у 9 (24,3%) больных экставазация контрастного вещества за пределы уретры не выявлена, у 12 (32,4%) больных по данным уретрограммы обнаружен небольшой затёк препарата в заднем отделе уретры.

Основное значение при выборе тактики лечения имело время от получения травмы до обращения в лечебное учреждение. До 6-8 часов обратились 12 (32,4%) больных, им решено наложить первичный шов на область поврежденной уретры. У 25 (67,6%) имело место позднее обращение в клинику (спустя 10 часов от момента травмы), эти больные поступили с уже развившимся мочевым затёком, инфицированием парауретральной клетчатки и промежности. Первым этапом им произведена эпицистостомия. Далее одномоментно у 18 (49%) пострадавших выполнены вскрытие, санация и дренирование мочевого затёка, гематомы промежности, остальным 7 (19%) без явной клиники нагноения, но с полным отрывом уретры ограничили надлобковым дренированием мочевого пузыря.

Таким образом, такой метод диагностики как восходящая уретрограмма существенно образом облегчает постановку диагноза, определяет степень повреждения уретры, помогает выбрать правильный подход к оптимальной тактике лечения.

Принципы организации экстренной догоспитальной кардиологической помощи

Рофеев М.Ш., Марданов Ф.М., Назарова З.Ш., Закиева М.В.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Купирование болевого приступа при остром инфаркте миокарда (ИМ) - одна из важнейших задач, поскольку боль вызывает активацию симпатико-адреналовой системы и соответственно повышение сосудистого сопротивления, частоты и силы сердечных сокращений. Все это обуславливает повышение потребности миокарда в кислороде и усугубление ишемии. Общепринятая тактика следующая: если предварительный повторный прием нитроглицерина (по 0,0005 г под язык) боль не снял, необходима терапия наркотическими анальгетиками. Препаратом выбора для купирования болевого синдрома при ИМ является морфин, оказывающий анальгетическое и седативное действие, влияющее на гемодинамику вследствие вазодилатирующих свойств. Морфин вводят внутривенно дробно: 1 мл 1% раствора разводят изотоническим раствором хлорида натрия до 20 мл и вводят 2-5 мг каждые 5-15 минут. Не рекомендуется вводить более 60 мг морфина в течение 12 часов. При необходимости внутривенно вводят атропин в дозе 0,5 мг, что позволяет сгладить вагосимпатическое действие морфина.

Пациентам пожилого возраста безопасно внутримышечное введение морфина в дозе 5-10 мг.

Для восстановления коронарного кровотока в острой стадии ИМ при отсутствии противопоказаний используют системный тромболитический препарат. При проведении тромболитической терапии наиболее часто используют стрептокиназу или тканевой активатор плазминогена (ТАП). Через 4 часа после

прекращения инфузии стрептокиназы рекомендуется назначение гепарина. При нарастании ишемических изменений на ЭКГ показано внутривенное введение нитроглицерина капельно. β -адреноблокаторы устраняют или ослабляют симпатическое влияние на сердце, снижают потребность миокарда в кислороде, способствуют купированию болевого синдрома, уменьшению размеров ИМ, подавляют желудочковые аритмии, уменьшают риск разрыва миокарда и повышают, таким образом, выживаемость пациентов. При отсутствии противопоказаний β -адреноблокаторы назначают всем больным с острым ИМ.

С первого дня больным с ИМ показаны малые дозы аспирина. При выраженной артериальной гипотонии внутривенно капельно вводят норэпинефрин или допамин. При острой левожелудочковой недостаточности с развитием сердечной астмы или отека легких внутривенно струйно вводят 40-120 мг раствора фуросемида. Препаратом выбора для лечения желудочковых нарушений ритма - лидокаин. При развитии АВ-блокады II и III степени внутривенно вводят 1 мл 0,1% раствора атропина, при неэффективности показана временная электрокардиостимуляция. Больные с острым ИМ подлежат обязательной ранней госпитализации в блок интенсивной терапии. Больного с острым ИМ транспортируют на носилках после купирования опасных для жизни осложнений от места, где возник болевой приступ, до койки в реанимационном отделении больницы.

Права пациентов – обязанности медицинских работников

Рустамов М.Р., Шакаров Ф.Р., Тожиев Б.Х., Кудратов О.Б.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

В актуальности информирования пациентов об их правах сомневаться не приходится. На почве неполных знаний пациентов и их родственников о своих правах возможны различные конфликтные ситуации. Недобросовестные медицинские работники, пользуясь тем, что пациенты не знают своих прав, могут допускать различные противоправные действия: извлечение прямой или косвенной выгоды, некачественное выполнение своих обязанностей, некорректное обращение с пациентами и их родственниками, допускают дискриминацию пациентов. Специфика учреждений системы экстренной медицинской помощи состоит в том, что здесь концентрируются пациенты, пострадавшие при дорожно-транспортных происшествиях, потерпевшие при конфликтах. Правоохранительным органам приходится решать для них вопросы компенсации ущерба, нанесенного здоровью, значительная часть медицинских документов в

этом учреждении копируется для рассмотрения судебно-медицинскими или правоохранительными органами. Нередки случаи предъявления иска по нанесению ущерба здоровью. В СФ РНЦЭМП реализуется проект по информированию пациентов об их правах. Бенефициариями данного проекта являются врачи СФ РНЦЭМП и через них – все пациенты СФ РНЦЭМП.

Цель и задачи. Для решения проблемы недостаточной информированности пациентов об их правах, а врачей об их обязанностях запланировано обучить врачебный персонал СФ РНЦЭМП правам пациентов, которые для врачей являются обязанностями. Внедрить в практику обслуживания пациентов принципы соблюдения прав пациентов и информирование пациентов по их правам. Внедрение принципов доброжелательного отношения к пациентам позволило бы улучшить качество оказываемых медицинских услуг, удалось бы

снизить количество жалоб со стороны пациентов. Подготовка и издание раздаточного материала для пациентов по их правам в какой-то степени восполнили бы пробел в правовой грамотности пациентов. Мониторинг жалоб, писем и обращений пациентов по вопросам своих прав – важный раздел работы администрации. Активное выявление эпизодов некачественного оказания медицинских услуг, осуществляемое благодаря мониторингу, позволяет повысить качество этих услуг.

Обучив одного врача навыкам информирования пациентов и вменив это ему в функциональные обязанности, можно гарантировать улучшение ситуации для всех его пациентов (вторичные бенефициарии). Охват всех врачей учреждения способствует радикальной перемене имиджа учреждения. При содействии неправительственного сектора в реализации данного проекта успех от его реализации увеличивается многократно. Обусловлено это квалифицированным подходом при реализации любых инициатив, поддерживаемых Центрами под-

держки гражданского общества. Устойчивость проекта планируется сохранять за счет раздаточного материала, который предполагается выдавать пациентам на возвратной основе.

В педиатрическом блоке Самаркандского филиала РНЦЭМП с 2009 года практикуется в связи с этими проблемами мониторинг качества догоспитального педиатрического обслуживания. Одним из элементов этого мониторинга является ознакомление родителей пациентов с их правами и обязанностями. Мониторинг позволяет выискивать конфликтогенные зоны и проводить соответствующие превентивные меры, к которым относятся: оповещение администрации о поступлении пациента, родители которого испытывают повышенную нервозность, завышают планку требовательности, агрессивно настроены, «ищут виновных». Проведение бесед, ознакомление с правилами пребывания в стационаре.

В результате проведения такой превентивной политики жалоб на качество педиатрических услуг в Самаркандском филиале РНЦЭМП нет.

Вопросы поддержки церебрального перфузионного давления у больных с геморрагическим инсультом на догоспитальном этапе

Сабиров Д.М., Захидов А.Я., Ярашев А.Р., Койиров А.К.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время интенсивная терапия критических состояний неврогенного генеза базируется на концепции, которая предусматривает поддержание адекватного церебрального перфузионного давления (ЦПД) на до- и госпитальном этапах. По данным большинства авторов, снижение ЦПД на догоспитальном этапе при острых поражениях мозга приводит к развитию вторичного ишемического повреждения головного мозга – одного из основных факторов, усугубляющих течение и исход основного заболевания. В частности, среди пациентов с острыми поражениями головного мозга при снижении ЦПД ниже допустимых границ летальность увеличивается в несколько раз. ЦПД является разницей внутричерепного и среднего артериального давления. Учитывая, что геморрагический инсульт всегда протекает с повышением внутричерепного давления, риск развития вторичной ишемии мозговой ткани в условиях внутричерепной гипертензии очень высок. Этот риск возрастает в несколько раз при «нормальных» или низких цифрах гемодинамики.

Сегодня многие проблемы интенсивной терапии поражений головного мозга изучены достаточно хорошо и установлена необходимость поддержания адекватного ЦПД. Несмотря на это, не исследованными остаются частные вопросы интенсивной терапии геморрагического инсульта, в частности догоспитальный этап оказания помощи, где вопросы обеспечения адекватного ЦПД

требуют дальнейшего совершенствования. Применение на догоспитальном этапе нейроплегических или седативных препаратов для купирования судорог, а иногда даже ганглиоблокаторов для снижения чрезмерно высокого артериального давления приводит к тому, что в итоге большинство больных поступают в стационар с низкими показателями АД, не обеспечивающими адекватную мозговую перфузию, что по-видимому, и является одной из главных причин усугубления тяжести состояния больных. Вопросы коррекции АД у больных с геморрагическим инсультом достаточно сложны, так как риск рецидива кровоизлияния при высоких цифрах АД очень велик. Вместе с тем, как показывают результаты многоцентровых исследований, основным принципом при коррекции АД у данного контингента больных должно быть обеспечение адекватного среднего артериального давления (САД), соответственно ЦПД, а не снижение АД до нормальных цифр.

Для предотвращения развития вторичной ишемии мозга и неблагоприятного исхода у больных с геморрагическим инсультом на догоспитальном этапе рекомендуется:

1) воздержаться от чрезмерного снижения артериального давления до «нормальных цифр» на догоспитальном этапе;

2) интенсивная терапия больных с геморрагическим инсультом должна быть направлена на обеспечение адекватного ЦПД, на уровне ≥ 70 мм рт. ст.;

3) для достижения оптимального ЦПД (≥ 70 мм рт. ст.) у больных с геморрагическим инсультом необходимо поддержание САД в пределах 100-120 мм рт. ст.;

4) в зависимости от уровня сознания рекомендуемые уровни САД при оглушении должны быть - 100 мм рт. ст., сопоре - 110 мм рт. ст.; коматозном состоянии - 120 мм рт. ст.

Современные аспекты неинвазивной вентиляции у больных с острой сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе

Сабиров Д.М., Набиев А.А., Койиров А.К., Ярашев А.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Сегодня в нашей республике успешно реализуется очередной этап реформирования здравоохранения (Указ Президента Республики Узбекистан № 1114 от 21 мая 2009 г.), совершенствуется система скорой неотложной медицинской помощи. Продолжается оснащение учреждений скорой неотложной медицинской помощи современным диагностическим и лечебным оборудованием, вместе с тем отмечается тенденция к улучшению службы скорой медицинской помощи (СМП). Удовлетворительная оснащенность этой службы позволяет оказывать специализированную помощь на догоспитальном этапе.

Общая смертность больных с острой сердечной недостаточностью (ОСН), возникшая на фоне острого инфаркта миокарда, составляет около 40 %. Около 8% больных с ОСН погибают на догоспитальном этапе. ОСН всегда осложняется кардиогенным отеком легких и острой дыхательной недостаточностью (ОДН), которая требует немедленной респираторной терапии. Для улучшения качества респираторной поддержки на догоспитальном этапе целесообразно использовать такие современные методы респираторной терапии, как неинвазивная вентиляция НВЛ.

Сейчас все подстанции СМП нашей республики располагают реанимобилями, оснащенными аппаратами искусственной вентиляции легких (ИВЛ), которые имеют принудительный и вспомогательный режим вентиляции. Но врачи СМП не очень информированы о новых режимах вспомогательной вентиляции, таких как НВЛ. Не созданы критерии проведения НВЛ у больных с дыхательной недостаточностью (ДН) на догоспитальном этапе. Основываясь на современных данных, рекомендуем алгоритм проведения НВЛ при ДН на догоспитальном этапе.

Неинвазивная вентиляция легких не требует интубации трахеи или наложения трахеостомии, она используется у больных, у которых нет абсолютных показаний к ИВЛ. В последние годы метод НВЛ находит все более широкое применение для коррекции различных видов ОДН. Основой метода является использование положительного давле-

ния в верхних дыхательных путях с целью улучшения альвеолярной вентиляции, что нередко позволяет избежать проведения традиционных методов ИВЛ. Необходимыми компонентами проведения НВЛ служат респираторы, имеющие режим НВЛ, и специальные лицевые или носовые маски. Важно подчеркнуть, что НВЛ всегда проводится при сохраненном самостоятельном дыхании и сознании больного. Использование НВЛ более комфортно для больного, чем ИВЛ, не требует проведения медикаментозной седации, снижает риск инфекционных осложнений, связанных с интубацией. Метод НВЛ сохраняет пациенту возможность общения, активного откашливания, повышает внутригрудное давление, увеличивает функциональную емкость, уменьшает артериовенозное шунтирование, улучшает артериальную оксигенацию и показатели механики дыхания.

Обычно используют два режима НВЛ: режим постоянного положительного давления в дыхательных путях (Continuous Positive Airway Pressure - CPAP) и режим с двумя уровнями положительного давления в дыхательных путях (Bi-level Positive Airway Pressure - BiPAP).

Маска должна прилегать комфортно и без чрезмерных утечек. Очень важен правильный подбор размера маски. Необходимо уделять внимание положению больного в процессе проведения неинвазивной вентиляции: рекомендуется приподнимать головной конец кровати на 45°. В процессе проведения неинвазивной вентиляции должен осуществляться мониторинг следующих клинических параметров: субъективный ответ пациента (диспноэ, комфорт, уровень сознания), объективные данные пациента (частота дыхания, частота сердечных сокращений, использование вспомогательных дыхательных мышц) и возможные осложнения.

Вывод. Использование НВЛ снижает риск прогрессирования острой дыхательной недостаточности, и позволяют своевременно оказать специализированную скорую медицинскую помощь больным с дыхательной недостаточностью кардиогенного генеза на догоспитальном этапе.

Проблемы транспортировки на догоспитальном этапе больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами

Сабиров Д.М., Акалаев Р.Н., Саттаров А.Э., Баратов Б.И., Дадаев Х.Х., Росстальная А.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Центральный военный клинический госпитал МО РУз,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Нами проведен ретроспективный анализ особенностей транспортировки во время перевода из различных регионов 167 больных с ТЧМТ в специализированные отделения нейрохирургии и нейрореанимации за период с 2006 г. по 2010 г. 129 больных были с закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ), 38 - с открытой черепно-мозговой травмой (ОЧМТ). Все больные мужского пола в возрасте от 18 до 35 лет.

Больные были транспортированы спец. бригадами и разделены на 2 группы.

1-я группа – 107 больных. Нарушение уровня сознания по шкале Глазго (ШКГ) 9-12 баллов. Среднее время транспортировки – до 2 часов.

2-я группа – 60 больных. Нарушение уровня сознания по ШКГ 8 баллов. Среднее время транспортировки – более 2 часов.

В результате анализа результатов транспортировки этих больных с ТЧМТ мы пришли к заключению, что нарушение сознания не является противопоказанием к эвакуации больных при стабильной гемодинамике и адекватном дыхании. Но во время подготовки к эвакуации и при транспортировке необходимо тщательно оценивать адекватность дыхания, стабильность гемодинамики и провести оценку степени нарушения ЦНС. Пострадавшим необходим постоянный мониторинг и при необходимости высококвалифицированная специализированная медицинская помощь. Надо обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, а при нарушении дыхания центрального генеза (нарушение сознания по ШКГ 8 баллов и менее) интубация трахеи с переводом на ИВЛ с увлажненным кислородом.

Для оценки степени нарушения ЦНС необходимо определить нарушение сознания по шкале Глазго (до медикаментозной терапии). В неврологическом статусе обратить внимание на наличие парезов и параличей, изменения размеров, расположения и реакции зрачков на свет. При наличии психомоторного возбуждения, судорожного синдрома или необходимости синхронизации с аппаратом ИВЛ провести седативную терапию в сочетании или без обезболивающих препаратов короткого действия.

При транспортировке больных с ТЧМТ необходимо обязательно учитывать все факторы риска и во время транспортировки фиксировать шейный отдел позвоночника воротником Шанца (в 40-50% ЧМТ сочетается с травмой шейного отдела позво-

ночника).

Для коррекции повышения внутричерепного давления необходимо также поддержание адекватного дыхания и стабилизация гемодинамики. Это приводит к повышению центрального перфузионного давления (ЦПД) и уменьшению ВЧД. Необходимо улучшить венозный отток, из сосудов головного мозга. Лечебные мероприятия: противоотечная терапия, адекватное обезболивание до и во время транспортировки. Комбинация наркотических анальгетиков и гипнотиков короткого действия.

Стабильность состояния больного во время транспортировки во многом зависит, от степени подготовленности эвакуационной бригады, оснащенности медицинским оборудованием и лекарственными препаратами автотранспорта и его техническими данными.

Рекомендации данного сообщения следует рассматривать не как стандарт, а как оптимальную схему лечения, к которой необходимо стремиться, и как способ выработки единых подходов к интенсивной терапии пострадавших с ТЧМТ. При этом необходимо учитывать следующее:

1) исход лечения пострадавших с ТЧМТ в значительной степени зависит от уровня оказания помощи на догоспитальном этапе;

2) преемственность в тактике ведения пострадавшего на всех этапах медицинской помощи положительно сказывается на течении и исходе лечения больных с ТЧМТ;

3) при транспортировке больных с ТЧМТ необходимо обязательно учитывать все факторы риска и фиксировать шейный отдел позвоночника воротником Шанца;

4) больных с ТЧМТ необходимо в более ранние сроки госпитализировать в специализированные нейрохирургические центры, так как потеря времени на пребывание в ближайшем непрофильном стационаре способствует поздней диагностике внутричерепных гематом и, как следствие, может привести к необратимым изменениям в мозге.

5) при необходимости проведения хирургических вмешательств более рационально проводить в специализированных центрах, где для этого есть материально-техническая база;

6) при переводе больных с ТЧМТ в специализированные центры значительно уменьшаются финансовые затраты лечебных учреждений общего профиля на лечение данной категории больных.

Влияние догоспитальной помощи на исходы лечения сочетанных травм

Сайпиев А.С., Худайбердиев П.К., Хужакулов У.Б., Ходжаев М.Ю.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Судьба пострадавшего с сочетанной травмой во многом зависит от качества и объема догоспитальной врачебной или доврачебной помощи. На месте происшествия основным диагностическим приемом является осмотр пострадавшего. При этом обращают внимание на состояние сознания, артериальное давление, пульс, дыхание. На догоспитальном этапе отмечается высокая динамика всех процессов. Состояние пострадавшего может в любой момент ухудшиться и в то же время грамотно выбранная и оказанная медицинская помощь может быстро стабилизировать его.

Ретроспективно изучены истории болезни 290 пострадавших с сочетанными травмами, находившихся на стационарном лечении в Навоийском филиале РНЦЭМП в 2005-2009 гг.

Из числа госпитализированных больных с сочетанными травмами 97 (33%) были доставлены в стационар бригадами скорой медицинской помощи, 193 (67%) привезены попутным транспортом.

В течение первого часа поступили 197 (68%), до 2-х часов – 66 (22,8%), спустя более 2-х часов – 17 (5,9%) пострадавших.

У 79 пострадавших, доставленных по линии скорой помощи, предварительно был установлен диагноз сочетанной травмы. Расхождение диагноза по доминирующим повреждениям имелось у 44

больных, у 19 пострадавших не диагностирован травматический шок различной степени тяжести.

Объем оказанной медицинской помощи зависел от вида и характера полученной травмы и заключался в следующем: в наложении жгута при наружных кровотечениях, освобождении верхних дыхательных путей, установлении воздуховода или проведении интубации, наложении различных транспортных шин при переломах конечностей, окклюзионной повязки при открытых пневмотораксах, асептической повязки при ранениях мягких тканей, проведении местного или общего обезболивания, симптоматической медикаментозной терапии при психомоторных возбуждениях и судорогах.

Из числа 290 госпитализированных пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами погибли 39, летальность составила 13,4%. Из 97 пострадавших, доставленных по линии скорой помощи с оказанием необходимой догоспитальной помощи, погибли 7 (7,2 %) пациентов.

Таким образом, своевременно оказанная неотложная медицинская помощь при сочетанных травмах на догоспитальном этапе и ранняя доставка их в специализированные медицинские учреждения приводит к снижению различных осложнений и летальности.

Догоспитальная раневая микрофлора и профилактика нозокомиальной инфекции у тяжело обожженных детей раннего возраста

Сатвалдиева Э.А., Мухитдинова Х.Н., Ходжаева М.Х., Абдуллаев У.Х.,

Убайдуллаев З.Ш., Расулева Н.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Несмотря на значительные успехи современной комбустиологии, летальность среди детей с ожогами остается высокой – от 16,2 до 52,9%. Особенно она велика среди детей раннего возраста (Казанцев Н.Д., 1998). Одной из ведущих причин тяжести ожоговой болезни являются осложнения, вызванные нозокомиальной инфекцией. Причиной развития устойчивости раневой инфекции, как известно, является селекция резистентных штаммов, обусловленная неэффективностью эмпирической терапии в условиях снижения иммунорезистентности, вызванной ожоговым шоком, а также отсутствием информации о штаммах бактериологической обсемененности поврежденной поверхности кожи.

Цель работы – изучить догоспитальную микробиологическую картину раневой поверхности при поступлении и дать рекомендации по оптимизации

стартовой антибактериальной терапии и профилактики госпитальной инфекции при ожоговой болезни у детей раннего возраста.

Материал и методы. Проанализированы результаты бактериологического исследования 36 больных с ожоговой травмой, из них 20 мальчиков и 16 девочек в возрасте $22,5 \pm 8,4$ месяца. Площадь ожога I-II-IIIА степени составила от 10 до 60%.

Результаты исследования. В первые сутки в отделе с раневой поверхности *Staph.aureus* высеваны у 44%, *Staph.saprothiticus* – 50%, *Klebsiella pneumoniae* – 11%, *E.coli* – у 16%, *Pseudomonas aeruginosa* – у 10%, *Enterobacter aerogenes* в первые сутки обнаружен у 22%, в последующие 7 суток – у 11% детей. *E.coli* в первые 5 дней выявлена у 16% обследованных. Таким образом, большинство патогенных микроорганизмов, обсеменявших ожоговую раневую поверхность до поступления в клинику, выявлялось уже в 1

сутки, что подтверждает их внегоспитальное происхождение. Обращает на себя внимание тот факт, что хорошая чувствительность к большинству антибиотиков (цефалоспорины, аминогликозиды, фторхинолоны, метронидазол) в первые сутки лечения сменялась устойчивостью к ним в последующие дни, начиная со вторых суток.

Следует отметить, что штаммы *E.coli* не высевались после пятого дня лечения, а *Enterobacter aeruginosa* – после седьмого дня лечения, что свидетельствует об эффективности проведенной антибиотикотерапии. *Staph.saprothiticus* в трех случаях повторно высеян на 18 сутки лечения. *Staph.aureus* в 10 случаях высеян на 12 сутки и в 5 – после 18 суток лечения. *Pseudomonas aeruginosa* выделен на 11-13 сутки у 5 больных, *Kl.pneumoniae* высеяна после 10 суток в 27 бактериологических посевах.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее постоянными микроорганизмами раневой поверхности на протяжении стационарного лечения у детей были *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staph.aureus*. С уче-

том чувствительности первичной догоспитальной раневой инфекции оказалась эффективной эмпирическая антибиотикотерапия, охватывающая одновременно грамположительные (*Staph.aureus*, *Staph.saprothiticus*, *E.coli*) – амоксиклав, цефтазидим, цефоперазон, и грамотрицательные микроорганизмы (*Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*) – сульперазон, метронидазол, амикацин, нетромицин при ожоговой травме у детей раннего возраста.

Выводы. Стартовая антибактериальная терапия двумя, а в некоторых случаях сочетанием трех антибиотиков должна охватывать как грамположительные, так и грамотрицательные штаммы догоспитальной флоры и определяться тяжестью состояния больного, площадью и глубиной ожоговой травмы, полиорганной недостаточностью. Чем тяжелее процесс, тем более радикальной должна быть медикаментозная коррекция нарушений гомеостаза, а антибиотикотерапия – с охватом более широкого спектра инфекционных агентов. Вопрос о прекращении антибактериальной терапии решается индивидуально.

Диабетический кетоацидоз у детей: программа инфузионной терапии на догоспитальном этапе

Сатвалдиева Э.А., Абдуллаев Х.Н., Расулева Н.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Кетоацидотическая кома является наиболее частым клинико-метаболическим вариантом диабетической комы (ДК) у детей (78%). Клинические проявления этого варианта комы обусловлены значительными метаболическими нарушениями, кетоацидозом на фоне гипергликемии разной степени выраженности, а также электролитными изменениями при значительной обезвоженности больного. Основные причины кетоацидотической комы (ДКК):

- 1) поздняя диагностика сахарного диабета;
- 2) неправильная коррекция инсулином;
- 3) нарушение режима питания;
- 4) интеркуррентные заболевания и стрессовые ситуации.

При любом из этих вариантов основным пусковым механизмом ДКК является недостаточность инсулина у больного.

Сегодня общепринятой схемы инфузионной терапии (ИТ) при диабетическом кетоацидозе у детей нет. Поэтому нами была поставлена цель разработать и внедрить оптимальный протокол ИТ при лечении диабетического кетоацидоза на догоспитальном этапе.

Материал и методы. Программа ИТ была создана на основе результатов своевременного лечения 17 детей с диабетическим кетоацидозом, исполь-

зуемым в шоковом зале приемного покоя и ОРИТ детского корпуса РНЦЭМП. Схема неотложной терапии включает:

- 1) своевременная клинико-лабораторная диагностика (сахар крови, анамнез и т.д);
- 2) применение в качестве стартового раствора 0,9% раствора натрия хлора при гликемии > 15 ммоль/л; при гликемии <15 ммоль/л использование 5% глюкозы;
- 3) основная инфузионная среда 5%-10% глюкоза;
- 4) уровень гликемии корректируется изменением скорости введения инсулина и /или изменением скорости инфузии глюкозы;
- 5) обязательное введение препаратов калия с начала инсулинотерапии после устранения гиповолемии;
- 6) гидрокарбонат натрия использовать при клинике тяжелого ацидоза;
- 7) в лечении ДК используется инсулин только короткого действия. Расчет первой дозы зависит от стажа диабета, наличия интеркуррентного заболевания, и составляет ориентировочно 0,1-0,2 ЕД/кг;
- 8) доза инсулина на протяжении последующего часа составляет 0,1 ЕД/кг при допустимом снижении гликемии (до 5 ммоль/л в час);
- 9) скорость введения инсулина можно снизить только после ликвидации кетоацидоза не менее

чем до 0,05 ЕД/кг в ч.

Эффективность предложенной программы оценивалась путем определения для каждого больного количественных показателей. Проводился стандартный мониторинг. Для прогноза имели большое значение давность болезни при нераспо-

знанном сахарном диабете и длительность потери сознания.

Заключение. Предлагаемая программа ИТ способствует более быстрому выходу из кетоацидоза, позволяет избежать значительных колебаний уровня сахара крови у больных, менее затрата.

Диагностическая и лечебная тактика на догоспитальном этапе при диареях у детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном

Саъдинов П.О.

НИИ эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний

Несмотря на проведение широкомасштабных профилактических мероприятий диарейные заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей раннего возраста. Известно, что тяжелые формы заболевания и различные осложнения при диареях чаще развиваются у детей с отягощенным фоном.

Цель исследования - анализ диагностических и лечебных мероприятий при тяжелых и осложненных диареях у детей с отягощенным фоном на догоспитальном этапе.

Диагностическая и лечебная тактика изучена на догоспитальном этапе у 60 детей раннего возраста с тяжелой формой и развитием осложнений диареи, протекающей на отягощенном фоне (анемия, рахит, нарушения питания и др.).

Все дети поступили в стационар сравнительно поздно от момента начала заболевания (в среднем на $6,5 \pm 2,4$ дня болезни). Причиной позднего поступления у 29 (48,3%) детей явилась попытка самостоятельного лечения диареи в домашних условиях, т.к. в отличие от детей с отсутствием фоновой патологии, заболевание у них начиналась преимущественно постепенно, без ярких клинических признаков, что не настораживало близ-

ких.

У 23 (38%) детей, обратившихся в учреждения первичного звена здравоохранения (детские поликлиники и СВП), диагностика и лечения диареи проводились без учета фоновой патологии. Это привело к ошибкам в диагностике и неэффективному лечению. Только у 8 (13,3%) детей с диареей причиной позднего поступления в стационар было неэффективное лечение в условиях стационара, что также было обусловлено недооценкой тяжести состояния детей с диареей, протекающей на отягощенном фоне. В связи с этим при выборе индивидуальной схемы комплексного лечения были допущены серьезные ошибки.

Таким образом, развитию тяжелых форм и осложнений при диареях у детей раннего возраста, наряду с отягощенным преморбидным фоном, способствуют позднее поступление в стационар, ошибки в диагностике и, следовательно, в составлении плана комплексного лечения диареи. Эти ошибки могут привести к развитию таких осложнений, как дегидратации тяжелой степени, нейротоксикоз, гемолитико-уремический синдром, острая почечная недостаточность, что, естественно, ухудшает прогноз заболевания.

Эффективность применения фармадипина на догоспитальном этапе у больных с гипертоническим кризом

Собиров М.Ю., Атажанова Н.М., Сапаева Ш.П.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Частота вызовов скорой медицинской помощи по поводу гипертонического криза (ГК) за последние 5 лет увеличилась во многих регионах Узбекистана, в том числе и в Хорезмском регионе. В то же время традиционно используемые парентеральные препараты для лечения ГК в амбулаторных условиях являются недостаточно эффективными и имеют ряд побочных эффектов.

ЦЕЛЬ: оценить эффективность и безопасность применения фармадипина для купирования неосложненного ГК у больных на догоспитальном этапе.

Материал и методы; В клиническое исследование были включены 109 больных с ГК, госпитализированные в отделение экстренной терапии Хорезмского филиала РНЦЭМП, из них 46 мужчин и 63 женщины, средний возраст - 60 лет.

Всем больным оказывалась догоспитальная (в домашних условиях) гипотензивная терапия специалистами скорой помощи, некоторые из которых прошли обучение методам контроля артериального давления (АД) при ГК. 65 больным (25 мужчин и 40 женщин), группы сравнения назнача-

ли фармадипин. 45 больным (15 мужчин и 30 женщин) группы контроля проводили лечение 25% раствором сульфата магния, либо в сочетании его с папаверином. Всем больным исходно измеряли АД, ЧСС проводили электрокардиографию. После начала антигипертензивной терапии измерение АД и ЧСС проводили каждые 15 минут.

Фармадипин 2% назначали 3-5 капли (2-3, 35 мг). Критерием эффективности терапии было снижение систолического АД на 15-30% от исходного за 30 минут наблюдения. Все данные вносили в специально стандартные карты наблюдения за больным. На втором этапе после анализа зависимости исходного АД и базовой гипотензивной те-

рапии, проводимой на первом этапе, был разработан и использован дозовый режим назначения фармадипина, определены критерии времени наблюдения за больными.

Результаты. Анализ результатов лечения и показал, что эффективность фармадипином на I и II этапах была выше, чем традиционного метода: соответственно 72,7 и 92,3% против 65,1%.

Количество побочных эффектов в группе лечения было меньше.

Выводы. Применение фармадипина является высокоэффективным и безопасным методом снижения АД на догоспитальном этапе у больных с ГК.

Острые отравления амитриптилином у детей: особенности диагностики и тактики оказания первой помощи на догоспитальном этапе

Стопницкий А.А., Марупов А.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последние годы в Узбекистане в домашних аптечках многих семей все чаще появляется трициклический антидепрессант (ТАД) – амитриптилин, что, безусловно, приводит к значительному росту числа острых отравлений амитриптилином, в том числе среди детей. Анализ всех случаев поступлений с 2005 по 2009 гг. позволил установить, что у детей наибольшая частота отравлений приходится на возраст от 3 до 5 лет и 13-14 лет. У пациентов раннего детского возраста отравления амитриптилином являются случайными. Подростки применяют это соединение с суицидальной целью.

Так как в патогенезе любой интоксикации ведущее значение имеют концентрационный и временной факторы, догоспитальный этап следует расценивать как один из наиболее важных в системе диагностики и оказания помощи больным с данной патологией, поэтому каждый врач СМП должен знать основные клинические признаки и лечебные мероприятия при острых отравлениях ТАД.

Клиническая картина характеризуется тремя основными симптомокомплексами:

1) антихолинергический синдром, который включает классические признаки - оглушение, сухость кожных покровов, мидриаз, тахикардия, снижение перистальтики кишечника и задержка мочеиспускания. Обращает внимание характерный вид ребенка: чередование угнетения сознания вплоть до сопора и комы и выраженного психомотормного возбуждения с хаотичными движениями конечностей, нечленораздельным бормотанием;

2) нарушения функции сердечно-сосудистой системы первоначально можно диагностировать только на ЭКГ: отмечается увеличение интервала PR, Q-T и расширение комплекса QRS, что является предвестником развития жизнеопасных аритмий;

3) судорожный синдром - частое осложнение отравлений ТАД. Различают единичные и серийные судороги.

При острых отравлениях амитриптилином у пациентов раннего детского возраста нередко отсутствует четкий анамнез, поэтому при наличии характерных клинических признаков, особенно если они появились внезапно, на фоне полного здоровья, необходимо целенаправленно выяснить наличие в домашней аптечке данного препарата, количество пропавших таблеток, их дозировку.

Оказание экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе включает:

- стабилизацию состояния больного, направленную на обеспечение адекватного дыхания, лечение и профилактику судорожного синдрома путем введения транквилизаторов или γ -оксибутирата натрия. Особое внимание необходимо уделить профилактике, лечению нарушений ритма и проводимости. Категорически противопоказано введение антиаритмических средств, особенно I и IV групп! Методом выбора является сочетанное введение комплекса мембранопротекторов – унитиола 5%, α -токоферола ацетата 10% или 30% и гидрокортизона;

- одновременно с мероприятиями, направленными на стабилизацию состояния ребенка, проводится удаление яда из организма: зондовое промывание желудка, энтеросорбция путем введения активированного угля в объеме 1 г/кг массы тела ребенка.

В дальнейшем все поступившие раннего детского возраста с подозрением на отравление ТАД госпитализируются в отделение токсикологии или токсикологической реанимации.

Выводы. 1. Острые отравления амитриптилином являются одной из наиболее опасных патологий среди пациентов детского возраста. 2. Для

полноценного оказания неотложной помощи при острых отравлениях ТАД необходимо оснастить бригады СМП детскими зондами диаметром от 4

до 12 мм, в достаточном количестве энтеросорбентами, а также мембранопротекторами, такими как унитиол и гидрокортизон.

Эпидемиология и профилактика экстрагенитальных заболеваний у беременных в ранних сроках гестации

Султанов У.У., Туйчибаева З.Т.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Основными причинами экстрагенитальных заболеваний в последние годы многие исследователи считают изменение образа жизни, улучшение материально-бытовых жилищных условий, изменения характера питания и качества пищи, глобальные изменения экологии, повсеместное использование полуфабрикатов.

Цель: изучение частоты встречаемости экстрагенитальных заболеваний у беременных, нуждающихся в экстренной гинекологической помощи.

Материал и методы. Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП в 2009 г. были госпитализированы 1870 больных, из них в экстренной гинекологической помощи нуждались 830 (44,3%). Анемия была у 296 (35,6%), хронические пиелонефриты у 281 (33,8%), эндемический зоб - у 139 (16,7%), заболевания ЖКТ у 68 (8,1%), печени и желчевыводящих путей у 46 (5,5%). Всем 830 больным проведено УЗИ, ЭКГ, ЭГДФС по показаниям, а также клинико-биохимическое исследование согласно стандартам экстренной медицинской помощи.

На наш взгляд, очень мало внимание уделяется патологии кишечника, так как она мало влияет на течение и исход беременности и родов и вообще процесс гестации, но встречается достаточно часто. 50% беременных жалуются на запоры, 30% женщин беспокоят геморрой, хронические энтероколиты и функциональные нарушения деятельности кишечника. Физиологические изменения – сдвиги в связи с беременностью - приводят к изменению характера течения заболевания и симптоматики патологии органов ЖКТ. Это обусловлено тем, что изменяются кровообращение (венозный застой органов малого таза), нервно-рефлекторная иннервация, нейроэндокринный фон, что приводит к изменению перистальтики кишечника, снижению рефлекторной реактивности нервных окончаний мускулатуры кишечника,

вызывает запоры, обострению геморроя и функциональным нарушениям деятельности кишечника. Толерантность кишечника к обычным физиологическим раздражителям объясняется тем, что чрезмерная его активность плохо влияет на активность матки и может возбудить сократительной деятельности матки, вызвав угрозу прерывания беременности.

Очень часто у беременных с лабильной нервной системой возникает такая патология, как гастрит, энтероколит, дискинезия толстой кишки. В возникновение этих заболеваний, помимо нервной системы, определенную роль играют аллергическое, аутоиммунные процессы и нарушение эндокринной регуляции. Часто у таких больных наблюдаются невынашивание беременности и бесплодие.

Таким больным свойственны депрессии, эмоциональная лабильность, тревога, фобии

В наших наблюдениях клиническая картина заболевания ЖКТ проявляются симптомами запоров, иногда поносам, болями в животе, нередко носящими схваткообразный характер. Боли могли быть ни с чем не связаны или возникали после стресса, отрицательных эмоций. Иногда отмечаются урчание в животе, тошнота, горечь во рту, затруднение отхождение газов. Очень часто у таких больных возникал геморрой.

Таким образом, во время беременности патология органов ЖКТ может привести к осложнениям беременности, так как остаются мало замеченными, учитывая общность симптоматики.

Мы рекомендуем таким больным богатую клетчаткой, пищу, кисломолочные продукты, при возникновении геморроя использование свечей.

Вывод. При разработке стандартов оказания экстренной гинекологической помощи необходимо учитывать наличие ЭГЗ.

Оказание догоспитальной помощи пострадавшим с повреждениями таза

Тиляков А.Б., Сайдалиев З.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Диагностика и лечение повреждений таза является актуальной проблемой вследствие ежегодного увеличения как ее частоты, так и тяжести. При травмах таза усугубление тяжести состояния больных зачастую связано с трудностями диагностики и соответственно неоказания должной помощи пострадавшим на догоспитальном этапе.

Цель сообщения - улучшение результатов диагностики и оказания догоспитальной медицинской помощи пострадавшим с нестабильными повреждениями костей таза.

В отделе травматологии РНЦЭМП в 2001 – 2009 гг. находились 527 больных с повреждениями таза. 352 (66,8%) пострадавших получили травму в результате ДТП. У 294 (55,7%) из них травма носила сочетанный и множественный характер. При анализе оказания догоспитальной помощи установлено, что 358 (68%) пациентов поступили в клинику самотеком, без оказания догоспитальной помощи. 169 (32%) пострадавших доставлены по линии скорой медицинской помощи, из них лишь у 24 (14%) больных диагностированы переломы костей таза и оказана помощь на этапах медицинской эвакуации. Нарушение стабильности тазового кольца в процессе диагностики выявлено у 229 (43,4%) пострадавших.

Для диагностики и оказания необходимой догоспитальной помощи пострадавшим с повреждениями костей таза мы предлагаем медицинскому персоналу догоспитального этапа особое внимание уделить следующим аспектам этой проблемы.

Различают следующие переломы костей таза: изолированные переломы таза без нарушения целостности тазового кольца, переломы таза с нарушением целостности тазового кольца и переломы вертлужной впадины.

Правильная оценка тяжести состояния пострадавшего. Для переломов костей таза, как правило,

характерны признаки острой кровопотери и травматического шока. Местно при ощупывании тазового кольца во взаимно перпендикулярных направлениях отмечается резкая болезненность. Могут повреждаться мочевого пузыря, прямая кишка, уретра.

Повреждения мочевого пузыря проявляются болями в нижней половине живота, бесплодными попытками осуществить мочеиспускание, отсутствием мочепузырной тупости над лобком. При повреждениях прямой кишки пальцевым исследованием выявляется наличие крови в ее просвете.

Для повреждения мочеиспускательного канала характерны болезненные позывы к мочеиспусканию и невозможность осуществить его.

При натуживании из наружного отверстия уретры появляется несколько капель крови. Над лобком определяется увеличенный мочевой пузырь.

Догоспитальная помощь пострадавшим с повреждениями таза и его органов:

1) обезболивание путем применения ненаркотических и наркотических анальгетиков асептические повязки на раны;

2) иммобилизующее положение пострадавшего на щите и носилках для транспортировки;

3) введение сердечных и дыхательных analeптиков (строфантин, коргликон, кордиамин);

4) инфузионная терапия (внутривенное капельное вливание полиглюкина) при признаках острой кровопотери или травматического шока;

5) быстрая транспортировка в ближайший стационар.

Таким образом, необходимо подчеркнуть, что при любых травмах таза (закрытых или открытых) пострадавшие, даже если их состояние удовлетворительное, должны быть доставлены в хирургический стационар.

Фавкулотда ҳолатларда шикастланганларга

стационаргача кўрсатиладиган шошилиньч ёрдамни такомиллаштириш

Тогаев Ш.Б., Шодмонов Б.Р., Эрназаров Х.М., Очилов Э.К., Пирназаров Э.Х., Аллаев Д.

РШТЁИМ Кашкадарё филиали

Замонавий технологияларнинг ривожланиб бориши ҳамда йўл-транспорт воситалари сонининг изчил ортиб бориши натижасида фавкулотда ҳолатлар тез-тез кузатилмоқда. 2005-2010 йиллар давомида Кашкадарё вилоятида 126та фавкулотда ҳолатлар (ФХ) юз берган бўлиб, уларда жами 906 киши шикастланган. Шундан 627 таси (69,2%) филиал ва субфилиалларга ётқизилган; 205 (22,6%) киши вафот этган бўлиб, талофат жойида 167 таси (18,4%) ва шифохонада 38 таси (4,2%) нобуд бўлганлар. 74та (8,2%) киши амбулатор ёр-

дам олган.

Шикастланганлардан 693таси (76,4%) йўловчи машинада ва 213таси (23,6%) тез ёрдам машинасида филиал ва субфилиалларга олиб борилган. Тез ёрдам машинасида олиб борилган беморларга малакали 1-ёрдам кўрсатилган, яъни синик сохалар шина билан иммобилизация қилинган, оғрик қолдирувчилар дорилар берилган, қон кетишлар вақтинча тўхтатилган, шокка қарши муолажалар ўтказилган, агонал ҳолдаги беморларга тўғри реанимацион муолажалар бажарилган.

Шундай қилиб, ФХларда шикастланганларга шифонагача бўлган даврда тиббий ёрдамни тўғри ташкил қилиш учун қуйидагиларни тавсия қиламиз:

- Ҳайдовчиларни тайёрлаш мактабида, ДАН ходимларини тайёрлаш билим юртларида ҳамда мактаб, билим юрт ва институтларда «шошилиш ёрдам кўрсатиш» ўқув-амалий дастурларни ишлаб чиқиш ва тадбиқ қилиш;

- ўқув-амалий машғулоти олиб боришда махсус малакали мутахассисларни жалб қилиш;

- тез ёрдам бригадаси врачларини травматология, комбустиология, реаниматология, терминал ҳолатлар бўйича алоҳида малакасини ошириш;

- ихтисослашган тез тиббий ёрдам бригадаларини ташкил қилиб, уларни замонавий анжомлар билан жиҳозлаш;

- ФХлар юз берганлиги ҳақида биринчи хабар келган захоти оператив равишда ушбу малакали мутахассисларни воқеа жойига етказиш.

Хулоса. Фавқулотда ҳолатларда шикастланганларга малакали тиббий ёрдамни шифонагача бўлган босқичда туғри ва ўз вақтида ташкил қилиш ўлим ҳолатини камайтиришга, шикастланишлардан сўнгги оғир асоратлар миқдорининг қисқаришига олиб келадиган омиллардан бири ҳисобланади.

Оказание экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе в условиях Кашкадарьинского региона

Тогаев Ш.Б., Турсунова М., Гаффоров Ш., Зайниев Б.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

В республике ежегодно регистрируется 8 тыс. случаев ОИМ, около 60% пациентов умирают на догоспитальном этапе. Поэтому основной задачей кардиологии является необходимость снижения смертности от болезней системы кровообращения. Для этого была создана четкая система оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе и в стационаре.

Цель исследования: оценить эффективность системного тромболизиса в условиях Кашкадарьинского филиала и субфилиалов РНЦЭМП у больных с ОКС со стойким подъемом сегмента ST и применение клопидогреля у больных с ОКС без подъема сегмента ST.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 63 больных, поступивших с ОКС в Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП. Пациенты были разделены на 3 группы. 1-я группа - 13 (20,6%) больных с ОКС со стойким подъемом сегмента ST, которым был произведен системный тромболизис в первые 6 часов, из

них на догоспитальном этапе - 5 (33%). 2-я группа 37 (58,7%) больных с ОКС без подъема сегмента ST, которым проводилось стандартное лечение с применением препарата из группы клопидогреля тромбонет 300 мг в первые часы на догоспитальном этапе. 3-я группа 13 (20,6%) больных с ОКС без подъема ST, которые получали стандартное лечение без применения препаратов группы клопидогреля.

Результаты исследования. У 3 больных 1-й группы ОКС трансформировался в острый инфаркт миокарда (ОИМ) с зубцом Q, у 9 - без зубца Q, а у 1 больного наступил летальный исход. У 28 пациентов 2-й группы ОКС трансформировался в нестабильную стенокардию, у 6 - в ОИМ без зубца Q. Больные 3-й группы в последующем лечились по поводу ОИМ без зубца Q.

Вывод. Вовремя начатое и эффективно подобранное лечение больным с ОКС на догоспитальном этапе намного снижает летальность, а также число ранних и отдаленных осложнений ОИМ.

Тиббиётдаги ислохотларнинг аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатишдаги ўрни ва аҳамияти

Тогаев Ш.Б., Вохидов У.Ю., Туляков Р.П.

РШТЁИМ Қашқадарё филиали

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 1998 йил 10 ноябрдаги ПФ №2107 “Ўзбекистон Республикасида соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш давлат дастури тўғрисида”ги Фармони мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимидаги кенг камровли ислохотларга асос солди. Давлат дастури қабул қилингандан буён тез тиббий ёрдам хизмати моддий техника базасини мустаҳкамлаш, аҳолига кўрсатилаётган тез тиббий ёрдам хизмати сифатини ошириш, тиббий ва

техник ходимларга иш шароитини яхшилаш мақсадида қатор ишлар амалга оширилди.

Ушбу дастур асосида вертикал бошқарувга эга бўлган ягона давлат шошилиш тиббий ёрдам тизими ташкил этилди. Шошилиш тиббий ёрдам тизимида тез тиббий ёрдам хизматини ўз ўрни бор.

РШТЁИМ Қашқадарё филиали тез тиббий ёрдам станцияси Қарши шаҳри ва шаҳар атрофидаги аҳоли пунктларида яшовчи 250000 дан ортиқ

аҳолига малакали тез тиббий ёрдам кўрсатади. Тез тиббий ёрдам станцияси ишини ташкил қилишда Ўзбекистон Республикаси Президентининг Фармон ва Қарорларига, Вазирлар Маҳкамасининг Қарорларига, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг буйруқларига, тез тиббий ёрдам станцияси тўғрисидаги Низомга асосланилади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 21 майдаги ПҚ №-1114 сонли “Тез тиббий ёрдам кўрсатиш тизими фаолиятини такомиллаштириш тўғрисида”ги Қарори чиққандан сунг 200 млн. сўмга гараж, бокс ва айвонлар қурилди. 347 млн. сўмга тез тиббий ёрдам станцияси маъмурий биноси қурилмоқда. Тез тиббий ёрдам станциясига Корея Республикасида ишлаб чиқарилган 8 дона “ХУНДАЙ” тез тиббий ёрдам автомашинаси берилди. Тез тиббий ёрдам диспетчерлик хизмати ва сайёр бригадалар замонавий рациялар билан таъминланди.

Тез тиббий ёрдам станцияси Қарши шаҳрида жойлашган поликлиникалар ва бошқа даволаш профилактика муассасалари билан яқин алоқада иш олиб боради. Кўрсатилган тез тиббий ёрдам хизматидан сўнг шифохонага боришга рози бўлмаган, тиббий ходим назоратига мухтож беморлар (шунингдек ёш болалар) рўйхати турар жой шифоатхоналарига ҳар куни бериб борилади.

Тез тиббий ёрдам станциясида иш навбатчилик асосида ташкил қилинган. Навбатчиликда ишга катта шифокор раҳбарлик қилади. Тез тиббий ёрдам сайёр бригадалари чакириқ қабул қилувчи тиббий ходимдан олган йўналиш бўйича чакириқ бажаришади, мураккаб ҳолатларда ўзларига ихтисослашган тез тиббий ёрдам бригадаларини ёки юқори малакали мутахассисларни чакиришади.

Тез тиббий ёрдам станцияси одатдаги иш тартибида ва фавқултда ҳодисалар тартибида фаолият кўрсатади. Станция одатдаги иш тартибида беморларга ва шикастланганларга ходиса юз берган жойни ўзида ва шифохонага олиб бориш

вактида тез тиббий ёрдамни ташкил қилади. Фавқултда ҳодисаларда тез тиббий ёрдам станцияси ФВ штаби ва шошилинч тиббий ёрдам Маркази кўрсатмалари асосида ишлайди.

РШТЁИМ Қашқадарё филиали тез тиббий ёрдам станцияси 2001-2009 йилларда 528814 чакириқ бажарган, 552378 беморлар ва шикастланганларга шифохонагача бўлган даврда тез тиббий ёрдам кўрсатган. Беморларни 13,7% ёки 70196 таси шифохоналарга олиб борилган. РШТЁИМ Қашқадарё филиалига Қарши шаҳридан ётқизилган беморларни 22,8% тез тиббий ёрдам станцияси сайёр бригадалари томонидан олиб борилган. Бир суткалик ўртача чакириқ- 164 ни, 1 та тез тиббий ёрдам сайёр бригадасига ўртача юклама – 11,5 ни ташкил этган.

Тез тиббий ёрдам хизматига мурожаатлар асосан суткани иккинчи ярмида кўпаяди. “Пик”соатлар 19-00 дан кечаси соат 01-02 гача давом этади. Чакириқларни бажаришда кечикишларни камайтириш мақсадида шаҳар “шартли” ҳудудларга бўлинган ва ТТЁ сайёр бригадалари шу ҳудудларга бириктирилган. Бу ҳолат ўз навбатида ёқилғи-мойлаш маҳсулотларини иқтисод қилишга ёрдам бермоқда. Навбатчи катта шифокорлар сайёр бригадалар фаолиятини ва чакириқларни бригадаларга узатилишларини ташкиллаштирадilar.

Бажарилаётган чакириқларни 37-41% ини юрак-қон томир касалликлари, 31-33% ини нафас йўлларини ўткир касалликлари ва юқори нафас йўллари патологиялари, 19-21% ини қорин бўшлиғи органларини сурункали ва ўткир касалликлари ташкил этган.

Хулоса. Тез тиббий ёрдам хизмати моддий техника базасини мустаҳкамлаш, янги тез тиббий ёрдам санитар автомашиналари билан таъминлаш, тез тиббий ёрдам ходимларини касбий маҳоратларини ошириш, дори-дармонлар ва тиббий асбоб анжомлар билан таъминотни яхшилаш аҳолига кўрсатилаётган тез тиббий ёрдам хизмати сифатини ошириш имконини яратади.

Геморрагический инсульт: ведение больных на догоспитальном этапе

Тошпулатов Ш.П., Агзамов М.К., Юлдашев Ш.С., Агзамов И.М., Маматов М.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Геморрагический инсульт (ГИ) является одной из основных проблем современной невропатологии, сохраняя чрезвычайно социальную и медицинскую значимость во всем мире. Летальность вследствие этой патологии занимает третье место после заболеваний сердца и злокачественных новообразований.

Особенное значение при ГИ придается службе скорой медицинской помощи, на которую возлагаются задачи максимально более ранней и точной диагностики и транспортировки больного в стационар.

В зарубежных исследованиях, посвященных

улучшению качества диагностики и оказания помощи больным с инсультом на догоспитальном этапе, одной из основных целей является уменьшение времени от момента заболевания до госпитализации.

Стандарт действий бригад СМП у больных с инсультом включает:

- обеспечение проходимости дыхательных путей, оценка и стабилизация дыхания и системной гемодинамики; при критическом состоянии больного - немедленное начало проведения интенсивной терапии; возможен вызов на помощь реанимационных бригад;

- проведение рутинного общетерапевтического обследования, включающего, кроме осмотра, пульсоксиметрию, запись ЭКГ, определение сахара крови, термометрию;

- после оценки и стабилизации дыхания, проходимости дыхательных путей и системной гемодинамики проведение целенаправленного неврологического осмотра, в диагностически неясных случаях возможен вызов неврологической бригады СМП;

- начало проведения базисной и симптоматической терапии;

- после первоначальной стабилизации общего состояния больного, как можно более быстрая транспортировка в специализированный стационар;

- во время транспортировки проведение мониторинга сердечно-легочной деятельности, при необходимости продолжение симптоматической терапии;

- желательно уведомление медицинского персонала стационара о предстоящем прибытии больного с инсультом, через диспетчерскую службу СМП.

Чрезвычайно важен вопрос о госпитализации больных инсультом. Больного с диагнозом "геморрагический инсульт" необходимо госпитализировать в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи, имеющий отделения неврологии, нейрохирургии, нейрореанимации и специалистов, владеющие навыком хирургических вмешательств при внутримозговых кровоизлияниях; отделение лучевой диагностики, оснащенное аппаратурой для проведения КТ головного мозга, спиральной КТ-ангиографии, операционная для проведения нейрохирургических операций (микрохирургический инструментарий, операционный микроскоп).

Показания к госпитализации:

- немедленной госпитализации требуют больные, у которых инсульт случился в общественном месте или учреждении. Для определения показа-

ний к перевозке в стационар больных, у которых инсульт развился дома, необходимы срочный вызов врачебной бригады и оказание больному помощи в рамках недифференцированной терапии инсульта.

- пациенты с подозрением на субарахноидальное кровоизлияние (САК) подлежат срочной госпитализации в нейрохирургический стационар, даже при относительно легком течении заболевания. Несмотря на то, что возможность ошибочного диагноза САК в таких случаях велика, постановка своевременного диагноза САК для этих пациентов является жизненно важной;

- предпочтительно направлять в многопрофильные стационары с нейрохирургическими отделениями больных с вероятными кровоизлияниями в мозг.

Больные с ГИ в зависимости от состояния, доставляются бригадами скорой помощи в сопровождении персонала приемного отделения, непосредственно в отделение нейрореанимации или палаты интенсивной терапии. Остальные передаются в приемных отделениях дежурным врачам или неврологам стационаров - «с рук на руки» - с отметкой в медицинской документации о времени передачи.

Противопоказания к госпитализации:

- относительные: критические нарушения дыхания и кровообращения до их стабилизации; психомоторное возбуждение и эпилептический статус до их купирования;

- абсолютные: письменно подтвержденный отказ пациента или его родственников от госпитализации; терминальная кома; децеребрация; критические нарушения дыхания и кровообращения; деменция в анамнезе с выраженной инвалидизацией до развития инсульта, терминальная стадия онкологических заболеваний.

В этих случаях дальнейшая симптоматическая неотложная помощь и лечение проводятся на дому под наблюдением персонала амбулаторно-поликлинических служб.

Комплексный подход к ранней неотложной помощи больным с острой сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе

Туйчиев А.Х., Нишонов У.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Под сердечной недостаточностью понимают такое патологическое состояние организма, при котором сердце не справляется со своими обязанностями, прежде всего не обеспечивает органы и ткани достаточным количеством крови, а значит и кислородом. Сердечная недостаточность как таковая не является болезнью самого сердца: она просто говорит о слабости сердечной мышцы в результате воздействия различных болезненных факторов (например, гипертонии, пороков сердца,

болезни почек и др.).

При острой форме сердечной недостаточности в самом начале ее развития наблюдается застой крови в малом круге кровообращения, то есть в легких, что приводит к появлению в них отека. Таким образом, одновременно развивается и острая легочная недостаточность. Поэтому в данном случае говорят об острой сердечно-легочной недостаточности.

С первых же минут развития острой сердечной

недостаточности больные жалуются на затрудненное дыхание с тяжелым чувством нехватки воздуха, сильную одышку, сердцебиение. Иногда случается кратковременная потеря сознания по типу обморока или даже коллапса.

Чаще всего острая сердечная недостаточность развивается ночью. Больной внезапно пробуждается от ощущения нехватки воздуха, садится в постели. Одышка нарастает, появляется кашель с отхождением светлой пенистой мокроты, в ряде случаев с примесью алой крови. Быстро наступает выраженная общая слабость, беспокойство. Выступает холодный липкий пот, кожа приобретает пепельно-синий цвет. Особенно синюшными становятся губы. Если процесс переходит в отек легких, то состояние больного еще больше ухудшается. Вышеописанные симптомы прогрессируют. Дыхание становится клокочущим, выделяется обильная пенистая мокрота. Одышка сменяется удушьем. Шейные вены набухают. Сознание при этом, как правило, остается ясным.

Обычно острая сердечная недостаточность развивается на фоне уже имеющегося, чаще всего сердечного заболевания.

Цель исследования: оценка комплексного подхода к раннему оказанию неотложной помощи у больных с приступами острой сердечной недостаточности на догоспитальном этапе.

Под наблюдением были 85 больных (из них 38 женщин и 47 мужчин) в возрасте 60-75 лет с приступами острой сердечной недостаточности различного генеза. Купирование приступа проведено по следующей схеме:

- морфин гидрохлорида 1% раствора внутривенно по 2 мг внутривенно на изотоническом растворе хлорида натрия 0,9% 10 мл;
- с целью уменьшения застоя в легких и оказа-

ния мощного венодилатирующего эффекта внутривенно введение фуросемида в начальной дозе 40-60 мг, эффект наступает через 7-10 минут, диурез через 15-30 минут;

- назначение периферических вазодилататоров (нитроглицерин или аэрозоль нитроминта) способствует ограничению притока крови к сердцу, снижению общего периферического сосудистого сопротивления, увеличивает насосную функцию сердца. Применять его нужно осторожно. Первоначальная доза 0,5 мг под язык;

- сердечные гликозиды рекомендуются при выраженной тахикардии, мерцательной тахикардии. Применяют дигоксин в дозе 0,5-0,75 мл 0,025% раствора внутривенно медленно на изотоническом растворе NaCl или 5% растворе глюкозы. Через 1 час введение можно повторить до полного эффекта;

- механические методы широко применяются в реальной практике на догоспитальном этапе (венные жгуты на конечности) для уменьшения венозного возврата к сердцу и застоя в легких, однако эффект от этого кратковременный.

Комплексный подход дал положительный эффект более чем у 85% больных с приступами острой сердечной недостаточности на догоспитальном этапе. После стабилизации состояния больных необходимо госпитализировать в стационар.

Таким образом, комплексное последовательное использование наркотических анальгетиков, нитратов, мочегонных препаратов, сердечных гликозидов а также механических методов у больных с приступами острой сердечной недостаточности на догоспитальном этапе приводит к эффективному купированию приступа и улучшению состояния больного. Больные с острой сердечной недостаточностью транспортируются в лечебное учреждение положении сидя или полусидя.

Причины обострения и сезонные аспекты догоспитальной обращаемости больных бронхиальной астмой

Турдибеков Х.И., Файзуллаева Д.У., Ташкенбаева Э.Н., Маллаева С.А.

Самаркандский государственный медицинский институт,

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Бронхиальная астма (БА) является одной из актуальных медико-социальных проблем. Заболеваемость этой патологией приобретает все более глобальный характер. Известно, что социальные затраты на лечение, включая медикаментозное обеспечение, экстренную медицинскую помощь, длительные периоды нетрудоспособности, значительны.

Цель работы: оценка причин обострения БА и сезонности госпитализаций бригадами скорой медицинской помощи больных БА.

Материал и методы. Обследованы 95 больных, проходивших лечение в отделении неотложной

терапии Самаркандского филиала РНЦЭМП, доставленные бригадами скорой медицинской помощи, из них 24% больных переведены в отделение из соматической реанимации. Возраст больных колебался от 18 до 75 лет, а длительность болезни - от 3 до 38 лет. Инфекционная астма выявлена у 43%, атопическая - у 20%, аспериновая - у 3,5%, смешанная - у 33,5% больных. Гормональная зависимость имела место у 24,1% больных.

Результаты. Поводом к госпитализации служили: обострение бронхолегочной инфекции в 71,6% случаев, в том числе у всех больных инфекционной астмой и у 59% - смешанной, воздействие ал-

лергенов - в 23,7% случаев, в том числе у 68,5% больных атопической БА, а в остальных случаях - чрезмерное снижение дозы или отмена глюкокортикостероидов. Больные с аспириновой БА поступали в основном в связи с аллергическими реакциями на нестероидные противовоспалительные средства. При исследовании сезонности вызовов больными БА, обслуженных бригадами скорой медицинской помощи по поводу приступов удушья, потребовавших госпитализации, кривые имели два максимума - февраль-март и октябрь-

ноябрь (по 13% для женщин и 16% для мужчин), и выраженный минимум в летние месяцы (8,5% и 12,5% соответственно).

Отмечено, что клинически значимыми факторами риска развития тяжелого обострения БА являются наличие инфекционных заболеваний дыхательных путей, непереносимость аспирина, нерегулярное посещение врача. Выявлена также сезонность в доставке скорой медицинской помощью больных БА на госпитализацию, что может быть связано с вирусными эпидемиями.

Оказание догоспитальной помощи детям при травмах

Турсунов Б.С., Турсунов Н.Б., Турсунова Г.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

От качества оказываемой первой помощи при травмах зачастую зависит не только судьба органа, но и, больного в целом. Материалом для нашего исследования явились 1656 больных детей в возрасте от 10 дней до 14 лет, которые обратились в семейную поликлинику №14 и детские клинические больницы №2 и 5 г.Ташкента в 2008-2010 гг. Случаи множественных травм не рассматривались.

Структура травматизма выглядела следующим образом: 1) травмы черепа и позвоночника - 416 (25,1%), 2) ушибы и растяжения мягких тканей - 338 (20,4%), 3) переломы верхней конечности и плечевого пояса - 587 (35,4%), 4) переломы нижней конечности и костей таза - 315 (19,1%), всего - 1656 (100%).

Изучение данных статистических талонов и регистрации поступивших больных показало, что подавляющее большинство детей (76%) были доставлены в больницу без соответствующей иммобилизации, из 24% наблюдений с наложенной иммобилизацией четверть применена некорректно. Например, в результате неправильной иммобилизации у 23 больных с переломом ключицы при поступлении обнаружены пролежни в области повреждения, у 10 отсутствовал валик в подмышечной впадине. Известно, что подложенный валик, приподнимая периферический отломок, также защищает мягкие ткани в области перелома от повреждения их вторично смещенными костными отломками; при переломах ключицы повязка типа Дезо, наложенная без валика в подмышечной впадине, приводит ко вторичному, еще большему смещению костных отломков и повреждению мягких тканей.

Больные с переломами верхней конечности доставлялись в обычной косыночной повязке, что также считаем ошибочным. У 149 (25,4%) больных с переломами предплечья и плечевой кости отмечалось ухудшение общего и местного состояния. Ухудшение состояния наблюдалось и у 60

(19,1%) детей с переломом бедренной кости, доставленных без всякой иммобилизации или иммобилизации в положении разгибания в тазобедренном и коленном суставах конечности. В первом случае, если негативное значение имели в основном боли в области перелома, то во втором имелось увеличение объема смещений костных отломков за счет сокращения мышц.

Транспортировка детей с переломами бедра с шиной Крамера со специальным чехлом больше отвечает требованиям иммобилизации, так как, наряду с жесткой иммобилизацией нижней конечности, последней придается согнутое положение в тазобедренном (40-450), коленном (90-1000) и голеностопном (40-450) суставах, благодаря чему мышцы, имеющие отношение к костным отломкам, достаточно расслаблялись, то обеспечивало стойкое первоначальное положение отломков.

Такие же механизмы играли роль при переломах костей голени, поэтому транспортировка больных с подобными повреждениями осуществлялась с иммобилизацией нижней конечности в положении сгибания в коленном суставе под углом 200 и в голеностопном суставе 100, что считаем наиболее оптимальным. Кроме того, практика показала, что при поступлении в стационар нет необходимости менять положение конечности для рентгеновской диагностики, напротив, оно несколько не препятствует производству рентгеновских снимков при такой иммобилизации.

Что касается транспортировки больных с повреждениями черепа и позвоночника, 335 (80,5%) из них также были доставлены без иммобилизации. Наш опыт показал, что транспортировка больных с черепно-мозговой травмой и повреждениями позвоночника у детей должна быть осуществлена посредством ортопедических подушек и воротников типа Шанца.

Таким образом, что при оказании догоспитальной помощи больным, безусловно, достигнуты

определенные успехи в сокращении сроков доставки пациентов в стационар. В то же время упускается из виду важность правильной, адекватной объема повреждений транспортной иммобилизации, которая при корректном выполнении является

ся предпосылкой к благоприятному исходу дальнейших лечебно-диагностических мероприятий при оказании помощи детям с повреждениями опорно-двигательного аппарата на следующем, госпитальном этапе.

Применение антипиретиков на догоспитальном этапе у детей с острой респираторной инфекцией

Турсунова Б.А., Казимова М.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Частые острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей, особенно первых лет жизни. Частота обращений детей с различными формами ОРИ зависит от многих факторов и составляет, по данным ряда авторов, от 20 до 81%. Каждый часто болеющий ребенок в зависимости от возраста, в среднем переносит от 3-4 до 5-6 эпизодов ОРИ в год.

Острые формы респираторных заболеваний приводят к структурным изменениям слизистой оболочки дыхательных путей, срыву адаптационных механизмов защиты и формированию патологии бронхолегочной системы, особенно выраженной у детей с осложненными формами заболевания.

Одним из основных осложнений ОРИ у детей является гипертермический синдром, который при несвоевременной и неадекватной медицинской помощи приводит к дальнейшему развитию осложненных форм заболевания, таких как судорожный, токсический, кишечный синдромы и др.

В 2009 гг. во 2 детское отделение СФ РНЦЭМП были госпитализированы 1176 больных с осложненной формой острой респираторной инфекцией, что составляет 38% от общего количества больных. Более половины детей (52,8%) были в возрасте до 1 года.

Машиной скорой помощи доставлены 405 больных, по направлению - 176, самотеком поступили 595. Анализ структуры осложнений ОРИ показал, что основными осложнениями ОРИ являлись гипертермический - 414, судорожный - 220, токсический - 329 и кишечный синдромы - 213 больных. При госпитализации было выявлено, что ОРИ тяжелее протекает без оказания догоспитальной помощи у детей с преморбидным фоном: с резидуальной энцефалопатией, эпилепсией, спазмофилией, нарушением питания, анемией, находящиеся на искусственном вскармливании.

Выявлено, что у большей части - 801 (68,2%) больных - заболевание развивалось с гипертермией, на которую родители не обращали особого внимания (не измеряли температуру тела и не

оказывали помощь) и только при значительном ухудшении состояния или появлении судорог, отказа от еды, выраженного беспокойства, нарушения сознания обращались за медицинской помощью.

Только у 375 (31,8 %) больных родители выявляли гипертермию с первых часов ее появления и оказывали необходимую помощь.

Анализ результатов лечения, проведенный за период нахождения больных в стационаре, показал, что исход заболевания во многом зависит от действий педиатра на догоспитальном этапе. Так, больные, которым оказывалась адекватная медицинская помощь на догоспитальном этапе по купированию гипертермии, поступали с менее тяжелыми осложнениями и выздоравливали быстрее - 1,8 койко-дня, тогда как у оставшейся части детей срок стационарного лечения был значительно выше - 3,2 койко-дня.

Считаем необходимым проводить санитарно-просветительную работу среди родителей, объясняя им, что при возникновении гипертермии у детей, особенно в раннем детском возрасте, дальнейшее ее развитию может привести к значительным осложнениям.

Поэтому родители обязательно должны проводить динамическое наблюдение за температурой - измерять ее градусником не реже чем через каждые 3 часа.

При возникновении гипертермии:

- 1) раздеть ребенка, поместить в прохладное помещение;
- 2) дать обильное питье;
- 3) дать жаропонижающее - парацетамол, ибупрофен или их аналоги;
- 4) обратиться за медицинской помощью (участковый врач или скорая помощь).

Таким образом, адекватность неотложной помощи в первые часы заболевания влияет на исход заболевания, уменьшая частоту осложнения течения ОРИ и сокращая время пребывания больного на больничной койке.

Алгоритм ведения больных с эндометриоидными кистами яичников на догоспитальном этапе

Тухтабаева Б.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В настоящее время проблема эндометриоза приобрела особую актуальность в связи с возрастанием частоты данной патологии, а также внедрением в практику современных методов диагностики и лечения, что способствует ее большей выявляемости. Разработка и внедрение алгоритма ведения больных с эндометриоидными кистами яичников должны помочь оптимизировать диагностический подход и выбор лечебных мероприятий для обеспечения наилучшего исхода заболевания.

Цель работы - применение современных методов обследования (УЗИ, КТ) для экстренной дифференциальной диагностики на догоспитальном этапе в семейных поликлиниках и многопрофильных больницах.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, нагноением кисты яичников, тубоварийными гнойными образованиями, перекрутом кистомы яичников, раком яичников, эктопической беременностью, при объемных правосторонних эндометриоидных образованиях (особенно в ургентных ситуациях) необходима тщательная диагностика первичного или вторичного аппендицита.

Диагноз эндометриоидных кист яичников верифицируется характерной клиникой заболевания: кровяные (мажущие) выделения темного («шоколадного» цвета) перед и в конце менструации; тянущие, распирающие боли перед и в начале менструации; бесплодие; полостные, болезненные, ограниченно-подвижные образования в области придатков, спаянные с задней стенкой матки, ячеистой или однокамерной структуры (на УЗИ), утолщенной капсулой; эндометриоидные глазки, небольшие кисты на влагалищной порции шейки матки; усиление болевого синдрома, лихорадочное состояние, эндогенная интоксикация при нагноении эндометриоидных образований придатков. Перитонеальные симптомы определяются в стадии пред- и перфорации; при перфора-

ции ненагноившейся кистомы признаки эндогенной интоксикации выражены меньше; при внутреннем кровотечении из эндометриоидной гетеротопии, клиническая картина соответствует интенсивности и длительности кровотечения.

В приемном отделении необходимо придерживаться следующего лечебно-диагностического алгоритма: сбор жалоб и анамнеза; объективный осмотр; УЗИ, включая исследование почек, печени и селезенки; постановка предварительного диагноза с корректной оценкой степени тяжести состояния больной; при подозрении на внутреннее кровотечение, пельвиоперитонит, острый сальпингоофорит – пункция заднего свода влагалища; общий анализ крови и мочи, кровь на коагулограмму; при подозрении на острый аппендицит – консультация хирурга; дополнительное обследование и консультации смежных специалистов – по показаниям; при постановке диагноза внутреннего кровотечения – неотложная операция; при кровотечении из перфорированной кистомы яичника оправдана энуклеация кистомы с оставлением неповрежденной части яичника, коагуляцией всех эндометриоидных глазков; при тотальном или субтотальном разрушении яичника – сальпингооварэктомия; при типичном расположении эндометриоидных кист яичников, отсутствии перитонеальных симптомов, признаков внутреннего кровотечения показаны: трансвагинальная пункционно-аспирационная склеротерапия + гормональная терапия; при постановке диагноза нагноения или перфорации эндометриоидной кистомы – неотложная операция. Объем операции зависит от возраста больной, характера и распространенности процесса.

Предлагаемые нами клинические алгоритмы, этапы дифференциальной диагностики помогут избежать врачебных ошибок на всех этапах как догоспитального, так и госпитального режима, сэкономить драгоценное время и принять единственное правильное решение в сохранении здоровья и спасения жизни пациенток.

Диагностика острой ишемии тканей при костно-сосудистых травмах конечностей на догоспитальном этапе

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Камбаров Б.С., Сирожитдинов У.К.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В последние десятилетия выявляется тенденция к повышению тяжести травм, что связано с увеличивающимся уровнем дорожно-транспортного травматизма, распространением на произ-

водстве и в быту машин и механизмов, обладающих высокой кинетической энергией (Афанасьев Л.М. и др., 2002, Леменев В.Л. и др., 2005 и др.). Большое количество неблагоприятных результа-

тов лечения приходится на больных с костно-сосудистыми травмами конечностей. В силу анатомо-физиологических особенностей конечностей данный вид повреждений нередко влечет за собой тяжелую ишемию тканей дистальнее места повреждения.

Важность своевременной диагностики нарушений регионарного кровообращения в раннем посттравматическом периоде не подлежит сомнению, однако существующие методы оценки ишемии тканей конечности базируются в основном на ее клинических признаках, которые могут учитываться лишь после определенного срока наблюдения больного и, следовательно, являются недостаточно информативными, а также в определенной мере субъективными. Более того, часть из них основана на определении степени нарушения чувствительности и движений в ишемизированной конечности, что в условиях травм не всегда свидетельствуют о нарушении кровообращения, ибо может быть обусловлено повреждением нервных стволов, сухожилий и мышц, а также переломом костей. В условиях же сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмы при отсутствии сознания данные методы практически неинформативны.

Оценка нарушений регионарного и локального кровотока с помощью инструментальных методов при травмах конечностей может быть осуществлена уже на догоспитальном этапе. Наиболее доступным и информативным методом является кожная термометрия. Следует учесть, что динамика температурного уровня кожи после ухудшения

кровообращения носит экспоненциальный характер и зависит как от радиуса кривизны исследуемого сегмента, так и от градиента температуры между конечностью и окружающим воздухом. В связи с чем измерение температуры следует производить в наиболее дистальных участках конечности, имеющим наименьший радиус.

Оценка степени нарушения кровообращения в первые 2 часа после травмы осуществляется по скорости падения температуры, позже – по величине отрицательной термоасимметрии между поврежденной и здоровой конечностью.

Другим методом, позволяющим диагностировать ишемию тканей конечности на догоспитальном этапе, является определение напряжения кислорода в крови по уровню оксигемоглобина. Исследование проводится с помощью портативных оксигемометров с фотодатчиками. При нарушении кровообращения тканей содержание оксигемоглобина в них снижается. После прекращения кровообращения оксигемоглобин уменьшается до нулевого уровня в течение нескольких минут. Данный метод исследования позволяет установить наличие ишемии практически после травмы.

Вывод. Своевременная объективная оценка нарушений кровообращения в поврежденной конечности при костно-сосудистых травмах на догоспитальном этапе возможна с помощью кожной термометрии и оксигемометрии, что позволяет ускорить проведение необходимых мероприятий по оказанию первой медицинской помощи и улучшить результаты лечения пострадавших.

Особенности оказания помощи больным с тяжелой травмой нижних конечностей на догоспитальном этапе

Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Сувонов Ж.Н., Расулов А.Ф.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Сложность диагностики и лечения тяжелой травмы нижних конечностей с повреждениями костей, сосудов, нервных стволов, дефектом тканей заключается в том, что абсолютное большинство из них сопровождается шоком, кровопотерей и ишемией дистальных сегментов. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в ангиохирургии и травматологии, а также совместной их деятельности, сохраняется высокая частота ампутаций конечностей, а также летальность пострадавших.

Цель исследования: проанализировать ошибки и определить оптимальную тактику оказания помощи больным с тяжелой травмой нижних конечностей на догоспитальном этапе.

Изучение результатов лечения показало, что врачи скорой помощи еще недостаточно знают особенности данного вида повреждения, организации помощи, диагностики и лечения. Ошибки в оказании экстренных лечебных пособий в поряд-

ке первой врачебной помощи на догоспитальном этапе нередко приводят к развитию тяжелых осложнений, раневой инфекции, увеличению сроков пребывания в стационаре, а нередко – и к стойкой инвалидности. Оказание медицинской помощи на месте происшествия не в полном объеме, неадекватное обезболивание, транспортировка пострадавших без качественной иммобилизации приводит к резкому ухудшению их состояния. Неправильное наложение жгута, недоставка отчлененного ампутата, использование подручных средств для иммобилизации доказывают отсутствие у медперсонала постоянной готовности к оказанию помощи пострадавшим с тяжелой травмой нижних конечностей с повреждением костей, сосудов, нервных стволов и дефектом тканей. Сокращение времени оказания догоспитальной медицинской помощи и транспортировки пострадавшего в специализированный стационар при тяжелой травме

нижних конечностей является важным условием сохранения его жизни, дальнейшего течения и исхода повреждения.

Транспортная иммобилизация осуществляется традиционными средствами (лестничные шины Крамера, шины Дитерихса) в связи с тем, что техническое оснащение бригад скорой помощи в этом отношении не менялось. В 2007 г. нами предложена качественная иммобилизация нижних конечностей с помощью пластиковых кровоостанавливающих шин (рацпредложение № 10). Отличительной особенностью этих шин является высокая надежность, эффективность и простота иммобилизации травмированных конечностей во время транспортировки пострадавших.

При необходимости некоторые авторы используют временное протезирование магистральных сосудов. Показанием к его применению являются ишемия конечности (для профилактики некроза мышц конечности дистальнее повреждения); массивные повреждения и отрывы конечности. По мнению ряда авторов, данная методика приводит к дополнительной травме поврежденного сосуда и тромбозам зоны анастомозов. Этот вопрос также требует дальнейшего изучения.

Особое внимание необходимо обращать на догоспитальную помощь пострадавшим с полными

и неполными травматическими отчленениями нижних конечностей. Важно повсеместно внедрять методы консервации отчлененных сегментов и их обязательную доставку, наложение жгутов и повязок на культю, наложение инфузионную терапию и радиосвязь со специализированным центром оказания экстренной помощи.

Заключение. Оказание помощи пострадавшим с тяжелой травмой нижних конечностей с повреждением костей, сосудов, нервных стволов и дефектом тканей остается актуальной проблемой, которая далека от своего разрешения. Результаты лечения во многом определяются своевременностью и правильностью оказания помощи данному контингенту больных на догоспитальном этапе. В частности:

- недостаточно эффективны мероприятия по качественной иммобилизации поврежденной нижней конечности и наложению кровоостанавливающих жгутов;
- недостаточно эффективны противошоковые мероприятия и обезболивание пострадавших;
- нуждаются в дальнейшем изучении и упорядочивании действия медперсонала при оказании помощи больным на догоспитальном этапе;
- все еще дискутируются плюсы и минусы временного сосудистого шунтирования.

К вопросам неотложной медицинской помощи при травмах позвоночника и спинного мозга на догоспитальном этапе

Усманов З.Х., Юлдашев Ш.С.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Судьба больного с повреждением позвоночника и спинного мозга, возвращение ему трудоспособности во многом зависят от оказания помощи на догоспитальном этапе. Несоблюдение основных принципов оказания помощи на догоспитальном этапе ведет к дополнительной травме спинного мозга, а нередко и гибели пострадавшего.

К основным причинам, приводящим к преждевременной смерти таких больных, относятся дефекты в проведении интенсивной терапии и реанимации, неправильная иммобилизация и транспортировка, несвоевременная диагностика сочетанной травмы и т.д. Основной особенностью реанимации при тяжелой травме является тесное слияние диагностического этапа с немедленным устранением смертельных расстройств дыхания и кровообращения.

Прежде всего, врач скорой помощи должен оценить тяжесть состояния больного, определить необходимость реанимационных мероприятий, и если она отсутствует, то выявить ведущие нарушения жизненно важных функций. Далее следует выяснить, имеет место "чистая" спинальная травма или она сочетается с другими повреждениями.

При сочетанной травме в первую очередь необходимо заниматься лечением патологических со-

стояний, после корсетирования шейного отдела позвоночника, сопутствующих спинальной травме: остановкой кровотечения, борьбой с острой дыхательной недостаточности, устранением угрожающей жизни больного гиповолемии.

В случаях острой дыхательной недостаточности критической степени ведущую роль обычно приобретает экстренное восстановление проходимости дыхательных путей и при необходимости обеспечение адекватного газообмена.

Необходимо отметить, что интубацию трахеи при спинальной травме следует проводить на фоне спонтанного дыхания (без применения мышечных релаксантов), а при элементах сохранившегося сознания - в условиях наркоза натрия оксибутиратом или седуксеном.

При травме позвоночника и спинного мозга в шейном и верхнегрудном отделах все приемы по восстановлению проходимости дыхательных путей должны проводиться крайне осторожно, чтобы не допустить возможного повторного смещения костных отломков и дополнительной травмы спинного мозга. Данной категории больных вместо интубации трахеи более показана срочная трахеостомия или, что значительно проще, коникотомия специальным изогнутым коникотомом. Ап-

ноз, терминальный тип дыхания, тахипноэ выше 50 дыхательных движений в минуту и брадипноэ ниже 10 в минуту являются четкими показаниями к переводу больного на искусственную вентиляцию легких, осуществляемую через маску наркозного аппарата, эндотрахеальную трубку, трахеостому или коникотом.

Практически в то же время следует приступить к борьбе с опасными расстройствами кровообращения, как правило, связанными с кровотечением при сопутствующей травме, острым снижением ОЦК или крайним угнетением сердечной деятельности на почве глубокой гипоксии.

Если кровопотеря происходит на фоне "спинального шока", то для поддержания резко сниженного периферического сосудистого тонуса показано введение вазопрессоров (норадреналин, мезатон, фетанол и т. д.) и глюкокортикоидных гормонов. При развитии терминального состояния необходимо проведение сердечно-легочной реанимации на фоне экстренной ликвидации дефицита ОЦК.

Заключительный этап оказания помощи включает меры по эффективному обезболиванию, качественную иммобилизацию и бережную укладку на носилки с созданием функционально выгодно-

го положения.

Принципы обезболивания при спинальной травме мало чем отличаются от таковых при травме других органов и систем. С успехом могут быть использованы закись азота, кеталар, анальгин, наркотические анальгетики, а при длительной транспортировке - натрия оксибутират и седуксен. Наркотические анальгетики, особенно морфин, при травме позвоночника и спинного мозга в верхнегрудном и шейном отделах следует применять крайне осторожно из-за возможного угнетения дыхательного центра на фоне восходящего отека спинного мозга. Кроме того, от наркотических анальгетиков следует воздержаться в сомнительных в плане диагностики сопутствующей травмы случаях, чтобы не завуалировать клинической картины.

Таким образом, правильно и качественно оказанная медицинская помощь на догоспитальном этапе больным с подозрением на травму позвоночника и спинного мозга необходимо начать с иммобилизации шейного и нижних отделов позвоночника во избежание вторичных повреждений спинного мозга, от чего зависят результаты лечения и качество жизни пострадавших.

Бош мия шикастланиши шубҳа қилинган болаларда госпитализациягача бўлган муолажаларнинг таҳлили

Файзуллаев Ф.Ф., Иботов Н.О.

Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази

Болалар бош мия шикастланишларида шифокорнинг бирламчи кўригидан ўтказиш, ўз вақтида диагностика ва госпитализация қилиш нейрохирургиянинг долзарб муаммоларидан биридир.

РШТЁИМнинг болалар қабулхонасига 2010 йилнинг биринчи ярмида 6035 та нейротравмалар беморлар мурожаат қилишган бўлиб, шулардан 1061 таси нейрохирургия бўлимига ётқизилган.

Қолган 4974 тасига (100%) амбулатор хизмат кўрсатилган ва улардан 92 (1,85%) таси энгил бош мия шикастланишлари билан ота-оналари томонидан касалхонага ётқизишдан бош тортишган, 68 та (1,37%) мурожаат қилганларга 3 кундан 10 кунгача муддатдаги энгил бош мия шикастланишлари билан яшаш жойларидаги невропатолог назоратида даволаниш учун йўлланма берилган. 158 та (3,2%) болада ўткир респиратор инфекция, 124 тасида (2,5%) ошқозон-ичак йўлларининг касалликлари ва функционал бузилишлар ташхиси билан инфекционист ва педиатрлар назоратига юбо-

рилган. 4532 та (91%) мурожаат қилган беморларда бош мия шикастланишлари инкор қилинган ва беморлар юмшоқ тўқималар лат ейиши, тери ости гематомалари, эзилиб йиртилган жароҳатлар ва бошқа амбулатор ташхислар билан уйларида жавоб берилган.

Госпитализация қилинган 1061 (100%) беморнинг 97 таси (9,2%) врачлар йўлланмаси асосида, 136 таси (12,8%) "тез тиббий ёрдам" орқали, 828 (78%) таси ота-оналар томонидан тўғридан-тўғри олиб келинган.

Бундан шуни хулоса қилиш керакки, аҳолига биринчи навбатда яшаш жойларидаги поликлиникага мурожаат қилишларини тарғибот қилиш керак. Беморларни бирламчи босқич врачлари кўригидан ўтказиб, амбулатор ёки стационар шaroитда даволаниш зарурлигини аниқлаш беморларни ўз вақтида госпитализация қилинишига ёрдам беради ва амбулатор мурожаатлар сонини камайтиради.

Пути улучшения экстренной медицинской помощи обожженным на догоспитальном этапе

Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Шукуров С.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Оказание первой медицинской помощи больным с термическими травмами на догоспитальном этапе в значительном числе определяет течение и исход ожоговой болезни. Владение навыками оказания первой медицинской помощи больным с термическими поражениями в равной степени касается как работников скорой медицинской помощи догоспитального этапа и персонала специализированных центров, так и отделений неотложной помощи и реанимации. Неадекватно оказанная первая медицинская помощь часто усугубляет тяжесть состояния пострадавших.

За 2009 г. и I полугодие 2010 гг. в отделение комбустиологии РНЦЭМП в организованном порядке (по линии скорой помощи и направлениям из ЛПУ, в сопровождении медицинских работников) доставлены 1337 пострадавших с ожогами, что составляет 27,2% от общего числа обращений. Анализ первой медицинской помощи, оказанной этим больным, показал, что 56% она ограничивалась лишь обезболиванием с помощью ненаркотических анальгетиков (анальгин, баралгин), введением десенсибилизирующих препаратов (димедрол, супрастин) и наложением асептической повязки.

В связи с этим необходимость изложить основные принципы оказания первой медицинской помощи больным с термическими поражениями.

Основной целью первой помощи на догоспитальном этапе является прекращение действия поражающего агента, стабилизация адекватной вентиляции легких, ранние мероприятия, направленные на предупреждение шока, обезбоживание, сведение к минимуму возможности контаминации ожоговой раны инфекцией извне, адекватная оценка тяжести состояния пострадавшего, определение алкогольно-лекарственного анамнеза.

Часто термические ожоги пламенем комбинируются с термоингаляционным поражением дыхательных путей. Вероятность термоингаляционного поражения определяется по следующим объективным и субъективным данным: ожог пламенем в закрытом помещении, пожар-взрыв; ожоги лица, шеи, передней поверхности грудной клетки, опаление волос носовых ходов, бровей, ресниц, следы копоти на слизистой носа и зева, нарушение сознания в ранние сроки после травмы, изменение голоса, кашель с мокротой черного цвета, болезненность дыхания, тахипноэ. Первой задачей вра-

ча при этом является обеспечение проходимости дыхательных путей: очищение дыхательных путей от инородных тел, обеспечение адекватной оксигенации, при необходимости и возможности назо-трахеальная или эндотрахеальная интубация, ранняя противоотечная терапия.

Термическая травма более 10% поверхности тела является показанием к проведению ранних противошоковых мероприятий. Это позволяет предупредить усугубление тяжести состояния пострадавшего. Наиболее распространенным и эффективным является введение растворов Рингер-лактата, глюкозы, стабизола, рефортана со скоростью 2 л/ч у взрослых и 500 мл/ч у детей. При склонности гемодинамических показателей к гипотонии показано введение растворов полиглюкина или сорбिलाкта. Кроме того, необходимы ингаляция увлажненного O₂, внутривенное введение анальгетиков, горячий сладкий чай. Общий объем вводимой жидкости должна составлять 10-15% от массы тела пострадавшего. Профилактика попадания инфекции в ожоговую рану достигается наложением асептической повязки, по возможности смоченной растворами антисептиков.

С целью устранения боли на догоспитальном этапе показано применение охлаждающих повязок. При обширных ожогах, стабильных гемодинамических и респираторных показателях, кроме ненаркотических анальгетиков, необходимо введение наркотических анальгетиков. Нестабильные гемодинамические и респираторные показатели, наличие термоингаляционной травмы являются противопоказанием к введению наркотических анальгетиков.

При химических ожогах правильное оказание первой медицинской помощи заключается в промывании обожженного участка под проточной водой в течение 15-20 минут и наложении асептической повязки с растворами антисептиков. Мазевые повязки при этом абсолютно противопоказаны. Остальные мероприятия проводятся так же, как при термических ожогах.

Таким образом, правильная, своевременно и адекватно оказанная первая медицинская помощь на догоспитальном этапе способствует снижению тяжести течения ожоговой болезни, улучшая тем самым конечный результат – исход термической травмы.

Анализ структуры и путей поступления обожженных в отделение комбустиологии РНЦЭМП

Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Шукуров С.И., Ажиниязов Р.С., Шомуталов М.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

На сегодняшний день в лечении больных с термическими поражениями достигнуты значительные успехи, связанные с современными возможностями лечения ожогового шока, применением высокотехнологичных методов общего и местного лечения, разработкой тактики активного хирургического лечения. Однако летальность среди тяжелообожженных остается высокой. Данные литературы последних лет показывают, что немаловажное значение имеет своевременность обращения и адекватное оказание первой помощи на догоспитальном этапе. Несмотря на это практика многие пострадавшие попадают в специализированные отделения после длительного неправильного лечения.

Цель работы — изучение состояния оказания первой медицинской помощи обожженным на догоспитальном этапе.

В отделение комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз с начала 2001 года по I полугодие 2010 года обратились 23476 пострадавших с ожогами различной тяжести. Госпитализированы 11039 (47%) из них, в том числе 6681 (60,5%) ребенок и 4358 (39,5%) взрослых, мужчин было 6661 (60,3%), женщин — 4378 (39,7%).

Большинство пострадавших поступили в неорганизованном порядке. 6598 (59,8%) обожженных были доставлены самотеком с мест происшествия. По линии скорой помощи обратились 3332 (30,2%) больных, по направлениям из поликлиник и других ЛПУ после оказания первой помощи — 1109 (10%). Значительной части обожженных, поступивших самотеком, первая помощь на месте происшествия проводилась в неполном объеме или неправильно (использование зубной пасты, спирта, чайной соды, картошки, мочи и т.д.).

Из общего числа госпитализированных 5707 (51,7%) поступили в течение первого часа после

травмы, в первые 6 часов — 2575 (23,3%), 6-24 часа — 944 (8,5%), 24-72 часа — 1011 (9,2%), через 3-е суток после травмы — 802 (7,3%).

С термическими ожогами (горячими жидкостями, пламенем, контактными) было 10129 (91,8%) пострадавших, с электротермическими ожогами — 517 (4,7%), с химическими ожогами — 1,5% (171). 70 (0,6%) пациентов были с холодовой травмой, 152 (1,4%) больных — с последствиями ожога.

Как правило, тяжелая ожоговая травма сопровождается ожоговым шоком различной степени тяжести. Так, шок I степени диагностирован у 1347 (12,2%) обожженных, II степени — у 926 (8,4%), III — у 278 (2,5%). В большинстве случаев объем оказанных ранних противошоковых мероприятий ограничивался лишь введением наркотических и ненаркотических анальгетиков, наложением асептической повязки. При транспортировке пострадавших в состоянии ожогового шока и проведении инфузионной терапии учитывались гемодинамические показатели и расстояние от места происшествия до РНЦЭМП.

Таким образом, большинство обожженных поступают в специализированное отделение самотеком, минуя первичные звенья скорой медицинской помощи, чаще в первые 6 часов с момента получения травмы. Основным поражающим фактором является термически. 2/3 пострадавших дети. Все это свидетельствует о целесообразности проведения мероприятий, направленных на улучшение оказания первой помощи на догоспитальном этапе среди населения с вовлечением средств массовой информации. В то же время необходимо улучшение материально-технической базы службы скорой помощи по оказанию первой помощи обожженным.

Принципы оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе при массовых термических поражениях

Фаязов А.Д., Камиллов У.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Использование в промышленности, сельском хозяйстве и быту горячих жидкостей, аварии на различных видах транспорта и газопроводах обуславливают вероятность возникновения массовых термических поражений, что требует постоянной готовности специализированных комбустиологических бригад.

Специализированная помощь пострадавшим в

системе экстренной медицины Узбекистана представлена, главным образом, профильными отделениями комбустиологии, функционирующими в РНЦЭМП и его филиалах. Общая мощность комбустиологической службы нашей системы составляет 189 коек, на которых ежегодно получают лечение около 6 тысяч пострадавших.

При чрезвычайных ситуациях с массовыми по-

ражениями людей сообщение о происшествии по каналам оперативной связи немедленно передается в соответствующие службы РНЦЭМП и его филиалов. В течение 45-60 минут на место происшествия или в стационар, куда были эвакуированы пострадавшие, выезжает специализированная медицинская бригада постоянной готовности, в состав которой включены и комбустиологи. Специалисты бригады организуют работу и непосредственно участвуют в оказании экстренной специализированной медицинской помощи, используя индивидуальное табельное оснащение, а при необходимости - запасы склада мобилизационного резерва.

Первоочередной задачей оказания первой медицинской помощи при массовых термических поражениях является медицинская сортировка, которая должна осуществляться одновременно несколькими квалифицированными комбустиологами. При проведении медицинской сортировки пострадавших в первую очередь необходимо оценить тяжесть и характер термического поражения и наличие ожогового шока, с последующей немедленной госпитализацией в реанимационное отделение.

В чрезвычайных ситуациях, возникших в период с 2001 по 2009 гг., специализированная помощь была оказана 148 пострадавшим с термическим

поражениями. Медицинская сортировка пострадавших проводилась по площади поражения и индексу Франка. 1-я группа – 111 больных с площадью поражения от 60 до 100% поверхности тела и индексом Франка свыше 90 единиц, с крайне тяжелым шоком; 2-я группа – 21 больной с площадью поражения от 30 до 60% поверхности тела и индексом Франка от 60 до 90 единиц; 3-я группа – 11 больных с площадью поражения от 20 до 30% поверхности тела и индексом Франка 30-60 единиц; 4-я группа – 5 больных с площадью поражения до 20% поверхности тела и индексом Франка до 30 единиц.

Подобная организация работы системы экстренной медицины в чрезвычайных ситуациях, проведение медицинской сортировки на догоспитальном этапе с участием комбустиологов позволили своевременно оценить тяжесть состояния пострадавших, определить необходимое количество медикаментов, провести адекватную противошоковую терапию.

Своевременная организация работы с координированным действием всех структур, четкая организация работы при массовых термических поражениях позволяет повысить качество оказания специализированной помощи и расширить контингент спасаемых больных.

Профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин на догоспитальном этапе

Фозилбеков Р.А., Касымова Д.М., Азимова Ф.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии, оставаясь одной из важнейших проблем современной гинекологии.

Анализ современной литературы, а также собственный материал показали широкую распространенность ВЗОМТ и связанные с ними тяжелые, порой необратимые последствия для репродуктивного здоровья женщин. Высокой (более 50%) остается также частота оперативных вмешательств у данной категории больных.

Цель исследования: провести анализ развития и течения заболевания на догоспитальном этапе для предупреждения осложнений.

Материал и методы. Обследованы 143 женщины, поступившие в отделение неотложной гинекологии РНЦЭМП с острым воспалением придатков, осложненным пельвиоперитонитом. Больные поступали в экстренном порядке, с характерными признаками воспалительного заболевания на 3-4 сутки от начала заболевания. Всем женщинам по стандартам была произведена диагностическая пункция дугласова кармана. При пункции было получено содержимое: серозный экссудат – у 2,8%, серозно-фибринозный – у 50,3%, гнойный – у

25,2%. У 21,7% пациенток результат пункции был отрицательным. Объем серозного экссудата составлял в среднем 8,0 мл, серозно-фибринозного 10,0 мл, гнойного 6,5 мл.

Результаты и обсуждение. Из общего числа госпитализированных 45 (31,5%) женщин были доставлены машиной скорой медицинской помощи или направлены из других медицинских учреждений. У 31 (21,7%) больной направительным диагнозом был «острый аппендицит?». Данные анамнеза показали, что у 97 больных заболевания были повторными. Более половины больных (81) неоднократно получали противовоспалительную терапию по поводу настоящего заболевания в поликлинических условиях или занимались самолечением. Из общего числа больных 47 (32,9%) женщин использовали внутриматочную контрацепцию, при этом 29 (20,3%) в течение последних 5-10 лет – непрерывно; хронические воспалительные заболевания придатков матки отмечены у 45 (31,5%), аборт у 37 (25,9%). Сочетание хронического аднексита и использование ВМК имело место у 25 (17,7%) женщин.

Оперированы 42 (29,3%) больных, лапароскопия произведена у 27 (64,4%), лапаротомия 15

(35,6). Лапароскопия применялась с целью дифференциальной диагностики, когда необходимо было срочно отдифференцировать процессы, требующие оперативного вмешательства (острый аппендицит, острый холецистит и др.), от заболеваний, при которых возможна консервативная терапия. У 15 женщин произведена лапаротомия ввиду наличия картины распространенного перитонита. В первые часы после поступления оперативное вмешательство было произведено у 38 из 42 больных; у 2-х – через 12-24 часа; у 2 – через 48 часов.

Применение магния сульфата при остром инфаркте миокарда, осложненным желудочковыми экстрасистолами на догоспитальном этапе

Фозилова М.Ф., Мирзажонов У.Б.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Желудочковая экстрасистолия настолько часто встречается у больных с инфарктом миокарда, что некоторые кардиологи считают это нарушение ритма сердца не осложнением, а его проявлением. Однако такое утверждение справедливо только для редких, единичных, моноформных желудочковых экстрасистол.

В первые часы и дни ИМ желудочковая экстрасистолия регистрируется более чем у $\frac{2}{3}$ больных, а в подостром периоде более, чем у $\frac{1}{2}$ больных. Желудочковая экстрасистолия может предшествовать фибрилляции желудочков, особенно в тех случаях, когда преждевременный комплекс QRS возникает одновременно с вершиной зубца Т предыдущего комплекса (феномен „R на T“).

Вероятность внезапной коронарной смерти от фибрилляции желудочков у больных с крупноочаговым ИМ на фоне желудочковой экстрасистолии в 2 раза выше, а при ее сочетании с удлинением интервала Q-T в 5-6 раз выше, чем у больных с крупноочаговым ИМ без желудочковой экстрасистолии с нормальной длительностью интервала Q-T.

В первые 2-4 ч после появления клинических и электрокардиографических признаков инфаркта миокарда смерть чаще всего наступает от фибрилляции желудочков. В целях профилактики фибрилляции желудочков традиционно предлагается применять лидокаин.

Рекомендуется первоначально ввести внутривенно струйно 4-5 мл 2% раствора лидокаина (80-100 мг), затем наладить внутривенное капельное введение 6 мл 2% раствора препарата в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 17-20 капель в минуту. Спустя 15 мин от начала капельного введения целесообразно снова ввести внутривенно струйно 40 мг (2 мл 2% раствора) лидокаина.

Существует и вторая методика профилактического введения лидокаина: вначале внутривенно 120 мг (6 мл 2% раствора), а затем внутримышеч-

Выводы. 1. Одной из главных причин высокой частоты персистенции инфекции, а также развития осложненных форм является неадекватно проведенное лечение как эпизодов первичного инфицирования, так и хронических и осложненных форм заболевания. 2. Предупреждение нежелательной беременности проводится путем нерационального использования контрацепции без учета противопоказаний к ВМК. 3. Недостаточно эффективно на местах проводится работа по пропаганде контрацепции, здорового образа жизни, правил личной гигиены.

но 2-4 мл 10% раствора (200-400 мг) каждые 4 ч.

В настоящее время показано, что при инфаркте миокарда в профилактике развития фибрилляции желудочков и других опасных аритмий большую роль играет внутривенное введение β -адреноблокаторов и магния сульфата.

Цель исследования: изучение эффективности магний сульфата, безопасности и влияния на прогноз у больных с инфарктом миокарда, осложненного желудочковой экстрасистолой на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи.

Под наблюдением были 56 больных (28 женщин и 28 мужчин) с инфарктом миокарда, осложненным желудочковой экстрасистолой (1-, 2-, 3-класс по Lown-Wolf) в возрасте 50-70 лет.

У 30 больных мы применяли 4 мл 2% раствора лидокаина внутривенно струйно, затем 10% 2 мл раствора внутримышечно с целью профилактики фибрилляции желудочков. У 26 больных дополнительно назначали 25% 5-10 мл раствора магния сульфата, растворенные в 10% растворе глюкозы.

У больных, получавших только лидокаин, риск развития фибрилляции желудочков снизился на 72%. Этот показатель отмечен у 85% у больных, которые получили дополнительно магния сульфата. Комбинированное применение лидокаина и магния сульфата более существенно уменьшает риск развития фибрилляции желудочков, чем лечение одним из этих препаратов.

Мы предполагаем, что кардиопротекторное действие магния сульфата при инфаркте миокарда обусловлено его антиаритмическим, антиишемическим, антиспастическим и антитромботическим эффектом. В основе этих эффектов лежит конкурентный антагонизм с ионами кальция.

Таким образом, при инфаркте миокарда, осложненным желудочковой экстрасистолой, использование магния сульфата и традиционного лидокаина способствует достоверному снижению риска развития фибрилляции желудочков.

Организация экстренной медицинской помощи в условиях приемно-диагностического отделения РНЦЭМП

Хаджибаев А.М., Борисова Е.М., Шукуров Б.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Располагая значительным многолетним опытом лечения пострадавших с сочетанными повреждениями и больных с разнообразной жизнеугрожающей патологией, мы убедились, что в организации специализированной экстренной медицинской помощи как на догоспитальном этапе, так и в стационаре, на первый план выступает их сортировка для определения первоочередности травматологических, нейрохирургических, реанимационных и прочих лечебно-диагностических процедур, которые должны осуществляться максимально оперативно и качественно. Одним из центральных структурных подразделений Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, где выполняются вышеуказанные мероприятия является приемно-диагностическое отделение. Это подразделение, будучи пограничным между догоспитальным и госпитальными этапами ЭМП, исполняет также диспетчерские функции, призванные координировать взаимодействия указанных звеньев нашей службы, а также отдельных клинических и параклинических отделений РНЦЭМП.

Поскольку в основе сортировки лежит выявление за максимально короткое время всех имеющих повреждений (если речь идет о политравме) и жизнеугрожающих состояний, а также оценка их тяжести с целью определения характера реанимационной помощи, объема и очередности хирургических вмешательств, в условиях шокковой палаты приемно-диагностического отделения сортировку осуществляют одновременно несколько специалистов – хирурги, травматологи, нейрохирурги с привлечением специалистов лучевой диагностики (УЗИ, рентген, КТ). Главным координатором всего лечебно-диагностического процесса в шокковой палате является опытный врач из числа реаниматологов.

В процессе сортировки поступивших больных мы распределяем их на группы. Первую группу составляют лица, требующие неотложного оперативного вмешательства. Они, в свою очередь, распределяются на подгруппы в зависимости от характера повреждения или ургентной хирургической патологии. Пациенты с профузным кровотечением любого генеза оперируются в операционной шокковой палаты приемно-диагностического отделения. Остальные хирургические больные могут быть оперированы в одном из 10 круглосуточно функционирующих специализированных операционных залах Центра в зависимости от доминирующего повреждения или характера ургентной патологии (нейрохирургической, травматологической, общехирургической, эндохирурги-

ческой, детской операционной и пр.).

Вторую группу пациентов составляют лица, нуждающиеся в противошоковых и реанимационных мероприятиях. Они госпитализируются в одно из 5 специализированных реанимационных отделений Центра.

Третью группу составляют лица со стабильной гемодинамикой, в том числе те, состояние которых удалось надежно стабилизировать в условиях шокковой палаты приемно-диагностического отделения, однако нуждающиеся в хирургических операциях, которые можно отложить или требуют постоянного врачебного наблюдения. Эта группа госпитализируется в одно из 21 специализированных клинических отделений.

Четвертая группа состоит из больных, которые требуют дообследования и динамического наблюдения нескольких узких специалистов для установления точного клинического диагноза. Эти больные оставляются в палатах динамического наблюдения при приемно-диагностическом отделении на несколько часов, в течение которых проводятся активное наблюдение, симптоматическое лечение и повторные инструментальные обследования.

И, наконец, четвертую группу также входят лица, нуждающиеся в медицинском пособии, но без госпитализации.

В течение 2009 года в шокковой палате приемно-диагностического отделения Центра оказана помощь 6162 пациентам, что составляет 13,6% из числа всех госпитализаций (45467 больных). После стабилизации состояния или оказания хирургического пособия в специализированные отделения госпитализированы 6059 (98,3%) больных. Почти половину пациентов – 2835 (46,8%), госпитализированных в РНЦЭМП через шокковую палату, имели осложнения сердечно-сосудистых заболеваний: у 1734 (28,6%) диагностирована острая коронарная синдром и острый инфаркт миокарда, у 1101 (18,2%) – острое нарушение мозгового кровообращения. По поводу политравмы оказана помощь 1197 (19,8%) пострадавшим. 985 (16,3%) больным инициальная диагностика и интенсивная терапия в шокковой палате проводились по поводу осложненных форм хирургических заболеваний (внутреннее кровотечение, распространенный перитонит, деструктивный панкреатит и пр.).

Таким образом, окончательная сортировка больных с жизнеугрожающей травмой и патологией должна осуществляться в условиях шокковой палаты приемно-диагностического отделения, которая имеет возможности круглосуточного

комплексного инструментального обследования экстренных больных с привлечением к лечебно-

диагностическому процессу специалистов различного профиля.

Изучение адгезивных свойств внутрибольничных штаммов синегнойной палочки

Хаджибаев А.М., Касымова К.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одним из наиболее общих свойств микроорганизмов, способствующих проявлению патогенного потенциала, является адгезия, которая присуща как патогенным, так и условно-патогенным микроорганизмам.

Основные механизмы местного иммунитета зависят от совокупности факторов, препятствующих адгезии и размножению бактерий на слизистых оболочках. Известно, что бактериальная адгезия к клеточным поверхностям может ингибироваться антибиотиками, вакцинами, приготовленными на основе адгезинов, секреторными иммуноглобулинами или гликопротеинами, антигенно родственными рецепторами слизистой. Так, манноза и N-ацетил-D-галактозамин блокируют прилипание кишечной и синегнойной палочек к эпителиальным клеткам (Soto G., 2004; Bathelot M., 2007).

Знание проблемы внутрибольничной инфекции позволяет объяснить значение механизма адгезии микроорганизмов к клеткам человека. Однако выявление факторов, влияющих на степень адгезии *Pseudomonas aeruginosa*, представляет интерес в отношении механизма развития внутрибольничной инфекции. Вероятно, поэтому нет широкого применения на практике препаратов, целенаправленно влияющих на блокировку механизма адгезии.

Адгезивные свойства микроорганизмов, выделенных из различных источников, изучали на формализированных эритроцитах человека 0(I) Rh(+) группы крови по развернутому методу В.И. Брилис и соавт. (1986) по следующим показателям: средний показатель адгезии (СПА), т.е. среднее количество микроорганизмов, прикрепившихся к 1 эритроциту при подсчете не менее 50 эритроцитов; коэффициент участия эритроцитов (КУЭ), т.е. процент эритроцитов, имеющих на своей поверхности адгезированные микроорганизмы. О степени адгезивности штамма судили по индексу адгезивности микроорганизма (ИАМ), среднему количеству микробных клеток на эритроците, учитывая только участвующие в адгезивном процессе эритроциты. Микроорганизмы считали неадгезивными при ИАМ $\leq 1,75$, низкоадгезивными – от 1,76 до 2,5, среднеадгезивными – от 2,51 – до 4,0, высокоадгезивными – при ИАМ $< 4,00$. Мазки окрашивали по Романовскому-Гимзе. Для соблюдения стандартных условий в постановке опыта использовали эритроциты только одного донора.

При исследовании адгезивных свойств синегнойной палочки установлено, что они наиболее выражены у штаммов с высокой устойчивостью к противомикробным препаратам, основную часть которых составляют выделенные от больных штаммы. При анализе взаимодействия штаммов *Pseudomonas aeruginosa* с эритроцитами в световом микроскопе на поверхности последних выявляли как отдельные бактериальные клетки, так и группы клеток, объединенных между собой нередко в виде покровов. Такая картина наблюдалась у высокоадгезивных и иногда среднеадгезивных штаммов синегнойной палочки. Если культуры микроорганизмов были неадгезивными, то на поверхности эритроцитов бактерии не обнаруживались. Из свежесделанных штаммов синегнойной палочки 90% обладали высокими адгезивными свойствами, остальные 10% - средней степенью адгезивности. В ходе исследований было установлено, что высокорезистентным штаммам присущи и высокие адгезивные свойства.

Таким образом, вирулентность *Pseudomonas aeruginosa* тесно связана с повышенной адгезивностью микроба к мембранам клеток человека. Это может послужить основой для дальнейших углубленных и расширенных исследований роли адгезии в патогенезе распространения внутрибольничной инфекции, вызванной синегнойной палочкой, и разработки оптимальных препаратов, максимально подавляющих механизмы адгезии, что позволит в значительной степени повысить эффективность лечения инфекционных осложнений, вызванных данным возбудителем.

Роль и значение учебных циклов по медицине катастроф в улучшении медицинской помощи населению при чрезвычайных ситуациях

Хаджибаев А.М., Махамадиев Д.Дж.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Служба медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях в Республике Узбекистан состоит из мобильных бригад постоянной готовности (МБПГ) РНЦЭМП, его областных филиалов и районных субфилиалов. Единая организационная структура и механизмы взаимодействия отдельных подразделений службы обеспечиваются общей стратегией, основными составляющими которой являются, непрерывное совершенствование оперативности и мобильности МБПГ, повышение их эффективности и оснащенности, проведение мероприятий по улучшению качества лечения пострадавших путем максимального приближения специализированной медицинской помощи к зоне ЧС.

Среди задач, поставленных перед МБПГ, главной, несомненно, является улучшение качества оказываемой пострадавшим медицинской помощи. Наряду с другими организационными мероприятиями, одно из основных мест в решении последней занимают вопросы обучения сотрудников МБПГ, повышения их врачебной квалификации.

Сотрудники Ташкентского института усовершенствования врачей обращают пристальное внимание на улучшение качества преподавания вопросов, касающихся оказания экстренной медицинской помощи при ЧС в учебных циклах.

Эти вопросы стали особенно актуальными в свете выполнения Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан № 85 от 24 марта 2009 г. и соответствующего приказа № 221 Минздрава РУз от 17 августа 2009 г. по подготовке различных категорий населения, которые по особенностям своей деятельности, могут оказаться непосредственно на месте ЧС (сотрудники ДПС, водители, спасатели и др.), и медработников.

Обучение врачей-курсантов получило свое новое развитие с созданием кафедры экстренной медицинской помощи на базе РНЦЭМП. Такое структурное сближение позволило, во-первых, наиболее четко определить единую стратегию и тактику в вопросах организации и осуществления оказания первой и специализированной врачебной помощи пострадавшим при ЧС. Во-вторых,

одновременно охватить все уровни РНЦЭМП, его областных филиалов и районных субфилиалов.

При этом кафедра постоянно уделяет особое внимание проведению учебных циклов по основам медицины катастроф на качественно высоком уровне, материально-техническому оснащению занятий данного цикла, стараясь максимально приблизить практические занятия к реальной действительности, возникающей при различных ЧС.

В настоящее время учебные занятия на данных циклах осуществляются с применением новой, современной аудио-, видео- и компьютерной технологий, с организацией (совместно службой по ЧС РНЦЭМП) практических учений по оказанию экстренной помощи при имитации ЧС на территории центра.

Кроме того, курсанты данных циклов, большинство из которых являются сотрудниками МБПГ различного уровня, привлекаются к участию в учениях, организованных при содействии МЧС Республики Узбекистан.

Большим успехом, позволившим поднять качество обучения на циклах, стало создание учебного центра «МТИ» с преподаванием международной программы «Бейсик» по организации экстренной медицинской помощи. Это позволило курсантам ознакомиться с современными стандартами и протоколами организации экстренной помощи международного уровня.

Таким образом, в настоящее время имеется настоятельная необходимость повышения квалификации специалистов-врачей по организации и проведению экстренной медицинской помощи при ЧС.

Решение данной задачи представляется нам возможным путем дальнейшего укрепления материально-технической базы, возможностей преподавания на учебных циклах по медицине катастроф в системе ТашИУВ и РНЦЭМП.

Несомненным атрибутом этого мы считаем необходимость дальнейшего сотрудничества и интеграции с различными министерствами (МЧС, МВД, обороны и др), а также с международными организациями типа «МТИ».

Значение тематических циклов усовершенствования врачей в оптимизации деятельности приемно-диагностических отделений системы экстренной медицинской помощи

Хаджибаев А.М., Сабиров Дж.М., Алиджанов Ф.Б., Махамадаминов А.Г., Набиев А.Дж.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

Результат лечения больных с любой экстренной патологией во многом зависят от адекватности и своевременности оказания медицинской помощи в догоспитальном этапе. Эта аксиома будет сохранять свое значение в организации экстренной медицинской помощи всегда.

Однако наряду с этим на основании 10-летнего опыта функционирования системы экстренной медицинской службы Республики Узбекистан приходится констатировать, что для достижения данной цели необходима оптимизация деятельности приемно-диагностических отделений (ПДО) всех уровней системы экстренной медицинской помощи. Не является секретом, что ПДО зачастую оказываются, образно выражаясь, тем «мостом», которое связывает догоспитальную и стационарную помощь.

В связи с этим статус врача ПДО оказывается достаточно высоким как в плане его врачебной квалификации, так и в качестве организатора лечебно-диагностического процесса. Опыт деятельности системы экстренной медицинской помощи убедительно доказывает, что для врачей ПДО одних лишь знаний по одной специальности явно недостаточно. Они должны обладать комплексом знаний по смежным специальностям и уметь их успешно применять в работе.

Для решения данной проблемы в последние годы идет интеграционный процесс между руководством республиканской системы экстренной медицинской службы с одной стороны, и Ташкентским институтом усовершенствования врачей – ответственным за постдипломную подготовку медицинских специалистов, – с другой.

Ярким примером подобной интеграции явилось то, что с момента организации кафедры экстренной медицинской помощи ТашИУВ (2004) в ее учебной программе было предусмотрено прове-

дение специального тематического цикла по вопросам организации экстренной медицинской помощи.

Данный цикл полностью посвящен вопросам усовершенствования и подготовки врачей ПДО разных звеньев системы экстренной медицинской помощи. Основной базой проведения данного цикла являются ПДО РНЦЭМП МЗ РУз, как наиболее образцовые для всей системы экстренной медицинской помощи.

Программа цикла охватывает все теоретические и практические вопросы организации экстренной медицинской помощи в ПДО. В ходе цикла предусмотрено ознакомление курсантов-врачей с структурой ПДО, их документацией, современными методами диагностики и лечения, применяемыми в ПДО.

Кроме того, программой предусмотрено проведение практических занятий с курсантами-врачами в условиях различных ПДО РНЦЭМП, на которых им предлагается в реальном времени решать различные диагностические и лечебно-тактические вопросы.

Наряду с этим, в данном цикле предусмотрено освещение вопросов организации экстренной медицинской помощи по международной программе «Бейсик», предоставленной в качестве гуманитарной помощи Северо-Западной врачебной лигой США «Норд-Вест».

Необходимо особо отметить, что занятия цикла благодаря технической помощи РНЦЭМП и ТашИУВ сотрудниками кафедры проводятся на высоком уровне, с использованием средств современных аудио- и видеотехнологий.

Таким образом, проведение подобных тематических циклов усовершенствования врачей имеет важное значение в оптимизации деятельности приемно-диагностических отделений системы экстренной медицинской помощи.

Дифференциальная диагностика острого панкреатита на догоспитальном этапе

Хайдаров Г.А., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Нарзуллаева М.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Диагностика острого панкреатита сложна не только в условиях работы скорой медицинской помощи, но и в условиях стационара (Филин В.И. и др., 1990; Данилов М.В., Федоров В.Д., 1995). Иногда клинический диагноз можно установить только на основании интраоперационных данных, лапароскопии. Врачу же скорой помощи при отсутст-

вии лаборатории и консультантов необходимо поставить диагноз и определить тактику в отношении больного. Проводить дифференциальный диагноз чаще приходится между болезнями, требующими экстренной госпитализации в стационар хирургического профиля, и патологией, которая лечится консервативно в амбулаторных усло-

виях. На вызове к больному с острыми болями в животе врач СМП, кроме жалоб, анамнеза и общего статуса, ориентируется и на локальный статус. Диагностическая ценность специфических симптомов не всегда одинакова.

Нами изучен материал работы скорой медицинской помощи за 2005-2010 гг. Всего больных с острой хирургической патологией было 13680, из них 1290 острым панкреатитом, нуждавшихся в экстренной хирургической помощи. Острый панкреатит в структуре ургентной абдоминальной патологии занимал 9,44%. Для обработки данных использовались карты скорой помощи. Диагноз верифицировался по контрольным талонам к сопроводительному листу, а также на основании историй болезни после выписки больных из стационара.

Среди больных острым панкреатитом 43% были старше 50 лет, мужчины составили 73%. Удовлетворительное состояние отмечалось у 12% больных, среднее тяжелое у 84%, тяжелое с явлениями циркуляторного шока у 4%. У 75% больных заболевание проявлялось болями высокой интенсивности, у 13% средней и у 3,7% низкой интенсивности в эпигастриальной области, причем в 93% случаев боль иррадиировала в спину или носила опоясывающий характер. Болевой синдром у всех больных сопровождался диспепсическими явлениями, причем рвота наблюдалась у 70,8% больных. Артериальное давление у 26% пациентов снижалось до 100/70 мм рт. ст. и ниже, повышение его выше 140/90 мм рт. ст. наблюдалось у 23,5% больных. У 27,2% больных симптом

Щеткина-Блюмберга был положительным в эпигастриальной области, у 10,9% носил сомнительный характер. Симптом Керте отмечался у 64%, Мейо-Робсона у 45,4%, Воскресенского у 74,5%. У больных с выраженным циркуляторным коллапсом на фоне ферментативно-токсического шока частым явлением были симптомы, свидетельствующие о наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома: симптом Мондора (94,0%), симптом Турнера (51,4%), симптом Лагерлефа (29,2%), симптом Девиса (17,1%). Кроме того, у данной группы больных о наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома свидетельствовали и изменения электрокардиограммы (ЭКГ): смещение сегмента ST от изолинии; снижение вольтажа, увеличение зубцов R во II и III отведениях (11%), увеличение интервала Q-T (42%).

Таким образом, на наличии у больного острого панкреатита указывали интенсивные боли в эпигастрии с характерной иррадиацией, тошнота и рвота, положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона и Воскресенского. Наиболее характерными признаками деструктивных форм панкреатитов, осложненных панкреато-кардиоваскулярным синдромом и циркуляторным коллапсом, являются симптомы Мондора, Турнера, а также характерные изменения на ЭКГ. Кроме того, ЭКГ важное исследование при необходимости дифференцировать острый панкреатит от инфаркта миокарда. Таким образом, учет наиболее важных симптомов позволит установить диагноз острого панкреатита и выработать тактику ведения больного на догоспитальном этапе.

Принципы оказания неотложной помощи больным с инфарктом миокарда на догоспитальном этапе

Хайдарова А.Ю., Ибрагимов И.С., Мансуров Ш.К., Карпина Л.С., Ли И.А.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Причиной развития острого инфаркта миокарда (ОИМ) является внезапное и стойкое нарушение коронарного кровотока, которое развивается в результате окклюзии крупной коронарной артерии (КА) или ее ветви. Основным механизмом закупорки КА считают образование тромба в области атеросклеротической бляшки, определенное значение имеют также спазм и тромбоэмболия КА.

Внезапная окклюзия КА приводит к ишемии миокарда в зоне коронарного русла. В ишемизированном миокарде развиваются необратимые изменения, которые начинаются с субэндокардиальной области и затем распространяются кнаружи.

Тактика ведения больных с ОИМ требует раннего начала терапии и быстрого принятия решений. Основная задача заключается в реперфузии зоны ишемии, и сама тактика строится на точной коррекции потребности миокарда в кислороде,

оценке гемодинамики, защите поврежденного миокарда от развития необратимого повреждения и расширения зоны ишемии.

Медикаментозная терапия на догоспитальном этапе, заключается в доставке адекватного количества кислорода к сердцу, хорошей оксигенацией артериальной крови с сатурацией более 90%. Адекватное обезболивание имеет первостепенное значение не только из гуманитарных соображений, но ещё и потому, что боль сопровождается активацией симпатoadреналовой системы, приводит к вазоконстрикции и увеличивает работу сердца. Боль необходимо купировать как можно быстрее. Это приоритетная задача, так как наличие боли увеличивает тревожность, повышает активность симпатической нервной системы и в итоге способствует усилению ишемии миокарда. Следовательно, необходимо как можно быстрее обеспечить обезболивание. Опиоиды, например

морфин 2-4 мг до общей дозы 8 мг следует вводить внутривенно; дозу подбирают таким образом, чтобы достичь полного обезболивающего эффекта. Морфин уменьшает пренагрузку, постнагрузку, снижает потребность миокарда в кислороде, уменьшает чувство тревоги и беспокойства и тем самым уменьшает уровень катехоламинов в крови. При наличии выраженной тревожности можно назначить анксиолитические препараты, прежде всего бензодиазепины, хотя в большинстве случаев эйфорический эффект опиоида делает их применение ненужным.

Всё большее признание получает нейролептаналгезия фентанилом и дроперидолом. Нейролептик дроперидол обладает α -адреноблокирующим действием. Он увеличивает насыщение крови кислородом, усиливает почечный кровоток. Нормализует сосудистый тонус и микроциркуляцию. Снижает активность симпатoadренальной системы, создаёт психический покой. В комбинации применяют оксидирующее натрия, который несёт седативный, антигипоксический, антистрессовый эффекты, повышает устойчивость сердечной мышцы к гипоксии. Применяют также ненаркотические анальгетики (баралгин, анальгин, максиган).

Существенно улучшает прогноз у больных с предполагаемым ОИМ и нестабильной стенокардией применение на догоспитальном этапе аспирина. Показана, эффективность раннего использования аспирина в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, всем больным с острыми коронарными синдромами следует назначать аспирин (в дозе от 150 до 300 мг), если нет явных противопоказаний к его применению. Антиагрегационный эффект достигается в течение 30 мин, поэтому назначение этого препарата не следует откладывать до госпитализации. Аспирин легко применять, он не требует специального последующего контроля.

В последнее время широко используется клопидогрель, который следует назначать на догоспитальном этапе в нагрузочной дозе 300 мг в сочетании с аспирином или при его непереносимости. Ранняя антиагрегантная и антиагрегантная

терапия при ОИМ предотвращает также венозные тромбозы и ТЭЛА, образование пристеночного тромба. Такая тактика позволяет снизить ранний венозный тромбоз и ТЭЛА как причину летального исхода у пациентов с ОИМ с 6% случаев до 0,2%.

Применение нитратов (нитроглицерин принятый сублингвально) на догоспитальном этапе даёт быстрое уменьшение преднагрузки. Этот препарат существенно снижает АДсис и АДдиас в правых отделах сердца и легочной артерии у больных с ИМ. В основе действия нитратов лежат вазодилатация вен (в большей степени), артерий и артериол за счет их прямого действия на гладкие мышцы сосудистой стенки. Нитроглицерин расширяет артерии эпикарда, усиливает кровоток по коллатералям и уменьшает пренагрузку сердца. Снижение пренагрузки на ПЖ и ЛЖ происходит в результате периферической вазодилатации. В сочетании с уменьшением постнагрузки в результате артериальной дилатации это уменьшает интенсивность работы сердца и снижает потребность миокарда в кислороде, а в конечном итоге уменьшает ишемию. Нитраты также расширяют коллатеральные коронарные сосуды и препятствуют агрегации тромбоцитов.

Таким образом, основными принципами лечения неосложненного ОИМ, которые проводятся на догоспитальном этапе, являются:

- 1) ликвидация болевого синдрома и создание психического покоя: назначение опиоидов, НПВС, нейролептаналгезия;
- 2) доставка адекватного количества кислорода к сердцу, хорошая оксигенация артериальной крови с сатурацией более 90%;
- 3) улучшение микроциркуляции и реологии крови, воздействие на свертывающую систему и фибринолитическую систему крови: назначение клопидогреля в стартовой нагрузочной дозе 300 мг в сочетании с аспирином в дозе от 150 до 300 мг;
- 4) применение нитратов (нитроглицерин сублингвально) для достижения быстрого уменьшения преднагрузки и постнагрузки, снижения потребности миокарда в кислороде, уменьшения ишемии.

Первая помощь при ожогах и ожоговом шоке на догоспитальном этапе

Хакимов Э.А., Хайдаров М.М., Карабаев Ж.Ш., Некбаев Х.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Сохраняющий высокий уровень тяжести поражения, увеличение числа групповых ожоговых травм выдвигает ряд задач по сохранению преемственности оказания неотложной и специализированной помощи обожженным на этапах медицинской эвакуации. Оказание медицинской помощи больным с термической травмой проводится на догоспитальном и госпитальном этапах лечения. На догоспитальном этапе тактика лечения пострадавших зависит от сложности обстановки,

масштабности и времени прибытия в очаг поражения бригад скорой помощи. Чаще всего первая врачебная помощь оказывается на границе очага катастрофы и состоит из следующих последовательно проводимых лечебных мероприятий:

1. Пострадавшего необходимо уложить на щит или носилки; осуществить орошение ожоговых ран холодной водой в течение 15-30 мин; приставшие к ожоговым ранам куски одежды снимать не следует; наложить на раны асептические повязки,

а при обширных ожогах завернуть пострадавшего в стерильную простыню.

2. Обезболивание. Ненаркотические и наркотические анальгетики в сочетании с транквилизаторами, кетамин с сибазоном и атропином.

3. Борьба с острой дыхательной недостаточностью при ожоге дыхательных путей. Ингаляция смеси эуфиллина 2,4%-5,0 мл + нафтизина или санорина 5,0 мл + новокаина 0,5%-5,0 мл; а затем: преднизолона 60 мг или гидрокортизона 125 мг + 1% раствора гидрокарбоната натрия + увлажненного кислорода. Внутривенно 2,4% раствора эуфиллина 10,0 мл; преднизолона 60-180 мг. При отсутствии эффекта – интубация трахеи.

4. Катетеризация периферической или центральной вены.

5. Оральная регидратация: щелочно-содовое питье (на 1 л воды 1 чайная ложка поваренной соли и 1 чайная ложка питьевой соды).

6. Инфузионная терапия. Наибольшее распространение получила схема протившоковой инфузионной терапии, предусматривающей сочетанное введение кристаллоидных и коллоидных растворов в соотношении 2:1 при I и II степенях шока; 1:1 при III степени шока. Растворы кристаллоидов (ацесоль, дисоль, лактасол, раствор Рингера и 5% раствор глюкозы) вводят в дозе 5-7,5 мл/кг. Растворы коллоидов: полиглюкин, реополиглюкин,

стабизол, рефортан. Объем инфузий: 2 мл кристаллоидных препаратов и 1 мл коллоидных растворов на 1% ожога и 1 кг массы тела при ожоговом шоке I и II степени; 1,5 мл коллоидов и 1,5 мл кристаллоидов на 1% ожога и 1 кг массы тела при III степени ожогового шока. В одну вену вводят раствор Рингера (лактасол, ацесоль) 5 мг/кг, потом полиглюкин 5 мл/кг (реополиглюкин) капельно. Во вторую вену вводят 5% раствор глюкозы 5 мл/кг с 0,25% раствором новокаина 3 мл/кг, потом 4% раствор гидрокарбоната натрия капельно.

7. Медикаментозная коррекция. При ожоге дыхательных путей с развитием острой дыхательной недостаточности и ожоге III степени вводят преднизолон 60 мг, гепарин 100 Ед/кг, контрикал (гордокс) 2500 Ед/кг, даларгин (нейропептид) 1-2 мг/кг – с целью антигипоксического, иммунокорригирующего и антистрессорного действия, актовегин 7 мг/кг, клофелин 0,4 мкг/кг/ч с целью анальгетического, седативного и антистрессового эффекта, допамин 3-5 мкг/кг/мин, эуфиллин 0,3 мг/кг, димедрол 0,2 мг/кг.

При транспортировке объем инфузий не должен превышать 1/3 суточной дозы. Контроль за инфузионной терапией осуществляется по АД, ЧСС, аускультации легких.

После оказания помощи пострадавший без промедления направляется в ожоговое отделение.

Ошибки при оказании медицинской помощи обожженным на этапе субфилиалах ЦРБ Самаркандской области

Хакимов Э.А., Карабаев Б.Х., Рузибоев С.А., Тагаев К.Р., Азимов Ш.Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский медицинский институт

Оказание специализированной неотложной помощи тяжелым обожженным приобретает в настоящее время особую актуальность. Материальная база большинства районных больниц и отсутствие опыта работы ограничивают возможности оказания помощи данному контингенту больных.

Цель работы – оценка значимости ранней доставки пострадавших с ожоговой травмой в специализированный центр.

Исследование осуществлено на базе ожогового отделения Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2006-2009 гг. Нами произведена сравнительная оценка эффективности лечения 30 пациентов (1-я группа), доставленных в ожоговое отделение в состоянии ожогового шока II-III степени через 24-47 часов интенсивной терапии в условиях субфилиала. Группой сравнения служили 34 пациента, транспортированные после выхода из шока с сопоставимыми поражениями и анкетными данными (2-я группа). Средний возраст составил $51,3 \pm 1,7$ года, площадь ожога $44,6 \pm 1,2\%$. Максимальная удаленность от ожогового центра достигала более 100 км, все транспортированные больные выжили. Время от момента ожога до при-

бытия в центр в 1-й группе составило $20,9 \pm 0,9$ ч, во 2-й – $64,4 \pm 0,9$ ч. Пациенты исследуемых групп были сходны по антропометрическим данным и площади поражения.

Как показал мониторинг, пациенты, транспортированные в состоянии шока, в отличие от транспортируемых при выходе из него, на момент осмотра в субфилиале имели достоверно более высокие показатели ЧСС и меньшую частоту дыхания, что говорит о большей компенсации респираторной и кислород-транспортной функции.

Достоверные различия отмечаются и по результатам лечения тяжелообожженных, транспортированных в первые 48 часа, и пациентов, доставленных по выходе из шока.

Нами проанализированы ошибки, наиболее часто допускаемые врачами на этапе лечения в субфилиалах. Все они были разделены на три группы: организационного и диагностического характера; ошибки в общем лечении больных с ожоговой травмой; ошибки в местном лечении ожоговых ран.

К ошибкам организационного и диагностического характера мы относим:

- неправильную диагностику степени и площа-

ди ожогов;

- недиагностирование ожогового шока и, как следствие, позднее начало противошоковой терапии;
- недооценка факта термоингаляционной травмы;
- несоблюдение правила «трех катетеров»;
- пренебрежение консультацией специалистов ожогового отделения;
- необоснованно длительную задержку больных на этапе в субфилиал;
- транспортировку пострадавших на этап специализированной медицинской помощи без согласования с руководством СФ РНЦЭМП.

К ошибкам общего лечения больных с ожоговой травмой мы отнесли:

- неадекватную инфузионно-трансфузионную терапию в периодах ожогового шока и острой ожоговой токсемии;
- отсутствие профилактики расстройств со стороны ЖКТ и органов дыхания;
- неадекватное обезболивание больных;
- неадекватная антибиотикотерапия либо её

полное отсутствие.

Ошибки в местном лечении ожоговых ран:

- применение неэффективных мазей (в т.ч. мазей на жирорастворимой основе);
- пренебрежение важности иммобилизации конечностей и, как следствие, развитие контрактур;
- невыполнение декомпрессионной некротомии.

К сожалению, весь комплекс ошибок оказывает негативное влияние не только на ближайшие, но и отдаленные результаты лечения данной категории больных.

Таким образом, учитывая неадекватность противошоковой терапии при обширных ожогах в большинстве лечебно-профилактических учреждений, целесообразна ранняя транспортировка больных с тяжелой термической травмой к месту квалифицированной помощи. Доставка обожженных пациентов в центр возможна до выведения их из состояния шока. Своевременное оказание специализированной помощи существенно улучшает результаты лечения.

Диагностические ошибки при дивертикулезе толстой кишки на догоспитальном этапе

Халилов А.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Дивертикулез толстой кишки (ДТК) относится к числу наиболее распространенных гастроэнтерологических заболеваний, занимает пятое место в индустриально развитых западных странах (Sandler R. S. et al., 2002, Petruzzello L et al., 2006). Частота дивертикулеза толстой кишки в развитых странах мира составляет 8–10% в популяции и варьирует от менее 2% у лиц моложе 30 лет до 20–30% у пациентов старше 50 лет и даже до 50–60% у людей старше 80 лет. В течение последних 30 лет наблюдается также неуклонный рост заболеваемости дивертикулезом у лиц в возрасте до 50 лет.

По данным G. N. Buchanan (2002), S. J. Janes (2006), J. Tappenden, B. M. Shrestha (2007), Г. И. Воробьева и соавт. (2008) и др., острые воспалительные осложнения возникают в 10–25% случаев ДТК, иногда достигая 40–43%. Летальность же при различных осложненных формах составляет 12–36%.

Проанализированы результаты обследования 82 больных с различными осложненными формами ДТК, находившихся на лечении в отделениях экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2001–2009 гг. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке.

Мужчин было 44 (53,7%), женщин – 38 (46,3%) в возрасте от 19 до 97 лет (средний возраст 61,1±2,45 года). Преобладали пациенты старше 60 лет (54,9%).

53,3% больных обратились самостоятельно, реже 44% пациенты поступали по линии скорой помощи, в единичных случаях (2,7%) - по направлению из поликлиник. Необходимо отметить, что достаточно большая группа пациентов (68,1%) обратилась в клинику спустя двое и более суток с начала заболевания. Это, несомненно, явилось отягчающим фоном для проведения диагностических и лечебных манипуляций, что, в свою очередь, усугубляло тяжесть состояния больных и оказывало влияние на результаты лечения.

Из 82 больных с осложненными формами ДТК первично обратились в стационар 79 (96%), в то время как только у 3 (4%) больных ранее имели место повторные эпизоды проявления ДТК.

Анализ направительных диагнозов 35 пациентов, доставленных машиной скорой помощи и направленных из поликлиник при первичном обращении, показал, ни в одном случае дивертикулез толстой кишки не был указан. Больные поступали с разными направительными диагнозами, среди которых наиболее частыми были кровотечение из ЖКТ (19), острый живот (6) и кишечная непроходимость (6). У 96,3% пациентов направительный диагноз решительно отличался от окончательного диагноза. Только 3 (3,7%) больных поступили в стационар с правильными диагнозами, однако необходимо подчеркнуть, что в анамнезе они лечились по поводу этой патологии.

Таким образом, диагностические ошибки на

догоспитальном этапе составили 96,3%. Анализ диагностических ошибок показал, что чаще они связаны с незнанием врачей поликлиник и службы «03» клинических особенностей дивертикулеза толстой кишки и его осложнений.

С другой стороны, возникновению ошибок способствовали многообразие как заболеваний толстой кишки и кишечных расстройств, так и отсут-

ствие патогномичных симптомов заболевания. Исследования показали, что тщательный анализ жалоб больных и клинических проявлений позволяет не только заподозрить осложненный дивертикулез толстой кишки, но и предположить его различные формы и целенаправленно направлять дальнейшие диагностические усилия для уточнения диагноза.

Особенности лечебной стратегии и тактики при сочетанной травме у детей

Хамидов Б.Х., Хужаназаров И.Э.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,
НИИ травматологии МЗ РУз.

Фундаментальные медицинские исследования оказали влияние на развитие многих клинических дисциплин, в том числе и хирургию детского возраста. Совершенствование специализированной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах способствовали формированию в странах Западной Европы, США, России и в крупных городах Узбекистана новой прогрессивной системы оказания медицинской помощи пострадавшим с политравмой. Организация службы экстренной медицинской помощи позволила сконцентрировать этих больных в пределах специализированного лечебно-профилактического учреждения. Однако необходимо пересмотреть этапность оказания лечебно-диагностической помощи у детей с сочетанной травмой (СТ).

При анализе этапов лечения у 150 детей (1-14 лет) с сочетанной травмой, а также с целью разработки тактики лечения были проанализированы специфичность и уровень оказываемой помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

Одним из этиологических факторов, влияющих на последующее общее состояние пациентов, является срок доставки в специализированные медицинские центры и вид транспортировки. Согласно полученным данным, 106 (70,5%) пострадавших были доставлены в стационар в течение одного часа от момента травмы, до пяти часов от времени получения травмы - 31 (20,6%), спустя более пяти часов - 13 (8,6%). 100 (66,6%) доставлены в стационар попутным, 50 (33,3%) - санитарным транспортом.

Наиболее часто слагаемым сочетанных травм является черепно-мозговая травма и повреждение опорно-двигательной системы (ОДС). Более чем в половине случаев травма была получена в дорожно-транспортном происшествии или при падении с высоты.

У детей с сочетанной травмой наиболее поражаемым сегментом ОДС явились переломы бедра - 58 (61,0%) и голени - 22 (14,0%); переломы плеча встречались у 16, таза - у 12 (23,0%). У 4 выявлены димелические переломы нижних конечностей.

Переломы предплечья (47) у большинства (28) локализовались в дистальном отделе предплечья. Клиническая картина монотравматических переломов при повреждениях верхней конечности характеризовалась выраженной потерей функции сгибания и разгибания в суставах. В случаях закрытых димелических переломов тактика лечения зависела от тяжести полученной травмы, характера и наличия сопутствующей патологии. При поступлении у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой выявлено значительное нарушение гемодинамических показателей (снижение систолического артериального давления на 42,0%, диастолического - на 18,0%, повышение частоты сердечных сокращений на 65,0% от нормы), выраженные нарушения электролитного обмена, повышение уровня креатинина и мочевины крови.

Всем больным проведены стандартные методы лечения, предусматривающие введение реологических препаратов, проведение инфузионной терапии, назначение обезболивающих средств. Применялись целенаправленная хирургическая тактика, наложение скелетного вытяжения, при открытых переломах открытая репозиция и фиксация спицами Киршнера или наложение аппарата Илизарова. При стабильных переломах детям младшей возрастной группы после закрытой репозиции костных отломков наложены гипсовые повязки. Переломы бедра и голени часто выявлены у детей старшего возраста. Применение традиционного лечения при диафизарных переломах длинных костей конечностей не всегда оправданно.

В последние десятилетия в качестве фиксаторов при сочетанной травме чаще используются современные стержневые аппараты. С появлением малоинвазивных, адаптированных к детскому возрасту, стержневых фиксаторов появились новые возможности для лечения данной категории больных. Остеосинтез аппаратами внешней фиксации имеет ряд преимуществ, особенно при диафизарных переломах длинных костей конечностей, обеспечивающих щадящую и точную репозицию костных отломков, стабильную фиксацию и

раннее восстановление функций поврежденных сегментов конечностей.

У 16 больных с СТ при переломах бедра и голени остеосинтез осуществлен стержневым аппаратом внешней фиксации, что обеспечило стабильную фиксацию перелома, раннюю активизацию и мобильность детей с физиологическим подходом, исключающим возможные осложнения.

Таким образом, на догоспитальном этапе считаем необходимым четкое определение тяжести

состояния и тяжести травмы имеющимися средствами. Достаточная и корректная иммобилизация современными иммобилизирующими транспортными шинами поврежденных сегментов конечностей с введением обезболивающих препаратов. На госпитальном этапе, помимо рутинных методов остеосинтеза, необходимо внедрять более совершенные, щадящие методы фиксации костных отломков с применением аппаратов внешней фиксации.

Догоспитальная помощь при тепловом ударе у детей

Хамраева Г.Ш., Мустакимов А.А., Мусаева К.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

В живом организме вода с растворенными в ней веществами является важнейшей реакционной средой и выполняет роль основного пластического элемента тела. Вода составляет 60% массы тела человека. Ткани и органы детского организма содержат большее количество воды, чем взрослого человека. У новорожденного на долю воды приходится около 80%, у детей в возрасте до 5 лет содержание воды в организме составляет около 70%. Недостаточное поступление и образование воды при чрезмерно большом ее выделении приводят к уменьшению водного пространства в организме.

Потери воды при дыхании и испарении с поверхности кожи ребенка составляют 1,3 г/кг массы тела в 1 ч (у взрослых — 0,5 г/кг массы тела в 1 ч). Дегидратация сопровождается сгущением крови, ухудшением ее текучести, деформацией, нарушением движения по сосудам, срывом компенсации. Недостаток в организме воды в объеме 20 % массы тела ведет к летальному исходу.

Тепловой удар (гипертермическая кома) – болезненное состояние, обусловленное общим перегревом организма и возникающее в результате воздействия внешних тепловых факторов. У детей грудного возраста причиной теплового удара может быть укутывание в теплые одеяла, пребывание в душном помещении, расположение детской

кроватки около печи или батареи центрального отопления.

Чрезмерное перегревание организма сопровождается нарушением водно-электролитного обмена, циркуляторными расстройствами, периваскулярным и перицеллюлярным отеком, мелкоочечными кровоизлияниями в мозг.

У детей грудного возраста на первый план выступают быстро нарастающие диспепсические расстройства, температура тела резко повышается, черты лица заостряются, общее состояние быстро ухудшается, сознание помрачается, возникают судороги, развивается кома.

Неотложной помощью является срочный вынос в прохладное место, обеспечение доступа свежего воздуха, освобождение от одежды, питье холодной воды, накладывание холодного компресса на голову. В более тяжелых случаях показано обертывание простыней, смоченной холодной водой, обливание прохладной водой, лед на голову и паховые области. 2–3 мл кордиамина внутримышечно или внутривенно. Целесообразно внутривенное введение 100–200 мл изотонического раствора хлорида натрия.

Госпитализация в тяжелых случаях в реанимационное отделение, в более легких случаях – в обычное терапевтическое (или детское) отделение.

Догоспитальный этап лечения ожоговой травмы у детей

Хамраева Г.Ш., Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Алаутдинова Г.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Тяжелая ожоговая травма ведет к резким изменениям жизненно важных функций организма с глубокими нарушениями водно-электролитного, белкового обмена и тяжелой интоксикации, которые прогрессируя, становятся опасными для жизни и требуют неотложного применения методов и

средств интенсивной терапии.

Материал и методы. При анализе ожоговых травм выявлено, что за последние 3 года в ожоговой центр РНЦЭМП обратились более 7000 пострадавших, из них госпитализированы около 3500. Среди них дети составляли большую часть

(в 2008 г. - 57%, 2009 г. - 60% и 2010 г. 63%). Статистика выявила тенденцию к росту ожоговой травмы в детском возрасте.

Множество людей, проживающих в сельской местности, зачастую не обращаются за медицинской помощью даже при серьезной патологии и пытаются лечиться самостоятельно либо прибегают к помощи знахарей и травников. Да и далеко не в каждом селе есть врач, который умеет лечить ожоги. Многие из таких больных впоследствии попадают в ожоговые центры, но уже с результатами длительного неправильного лечения. Медицинская помощь оказывается в минимальном объеме и состоит лишь в том, что пострадавшего выносят из очага возгорания.

Чем выше температура травмирующего агента и чем дольше контакт с ним, тем обширнее и глубже термическое поражение. Исходя из этого положения, первое и главное мероприятие при оказании помощи пораженному — это устранение действия травмирующего фактора.

При ожоге кипятком, горячей жидкостью, смолой надо быстро снять пропитанную горячей жидкостью одежду. После этого длительно, в течение 10 минут, охлаждать обожженную поверхность под струей холодной проточной воды (20—25°C).

При ожоге пламенем следует, прежде всего, потушить на пораженном пламя, завернув его в плот-

ную ткань, не пропускающую воздух. Если пораженный пытается бежать, его надо любыми способами остановить, так как при беге пламя на одежде от притока воздуха разгорается еще сильнее.

Нельзя применять повязки с мазями, жирами, маслами. Они загрязняют ожоговую поверхность и являются питательной средой для микроорганизмов.

Нельзя применять красящие вещества: марганцовокислый калий, синьку, зеленку. Они затрудняют определение глубины ожога при осмотре.

Нельзя применять порошки — соду, крахмал, а также мыло и сырые яйца. Они образуют на ожоговой поверхности трудно снимаемую пленку и также являются питательной средой для микробов.

Наложить асептическую повязку (при обширных ожогах использовать стерильную простыню).

Дать обезболивающее лекарство (НПВС).

При ожогах глаз остатки веществ с век, ресниц, слизистых оболочек глаза удаляют стерильным бинтом или струей воды. Ожоги век не отличаются по клинической картине от ожогов других участков кожи. Конъюнктивы при термических воздействиях становится ишемичной и непрозрачной. При ожогах роговицы наблюдаются гибель ее переднего эпителия. Ожоговые изменения в хрусталике ведут к развитию осложненной катаракты.

Пути улучшения результатов лечения больных с язвенными кровотечениями

Хатамов К.Х., Мельник И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования: изучить возможные пути улучшения результатов лечения больных с язвенными кровотечениями.

Материал и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 244 больных с кровотечением на фоне других осложнений язвенной болезни. Из них у 93 пациентов имелось сочетание кровотечения и пенетрации, у 83 - кровотечения, стеноза, пенетрации, у 68 - кровотечения и стеноза. Мужчины - 84,8, женщины - 15,2%. Наиболее часто кровотечение возникло в возрастной группе (19-44 года) - 49,2%. Наименьшее количество кровотечений отмечено у больных в возрасте старше 75 лет - 4,7% и у пациентов моложе 19 лет - 2,9%.

Результаты и обсуждение. Длительность язвенного анамнеза составила от 1 года до 58 лет. У 29,1% больных отсутствовали какие-либо субъективные и объективные признаки язвенной болезни, т.е. имели место, так называемые «немые язвы», которые впервые себя проявили кровотечением. Наибольшее количество кровотечений отмечено у пациентов с язвенным анамнезом от 1 до 10 лет - 49,3%. Периодические боли в эпигастриальной области, изжогу, тошноту и другие дис-

пепсические явления отмечали на протяжении от нескольких месяцев до 20 лет 44,6% пациентов, не обращавшихся за медицинской помощью. Важным анамнестическим фактом, который характеризует агрессивность протекания язвенной болезни, является наличие в прошлом эпизодов кровотечений: одно-72,5%, два-22,3%, три-4,2%, множественные-1,0. Клинически кровотечение проявлялось слабостью у 91,3%, «дегтеобразным» стулом - у 89,3%, головокружением - у 68,8%, рвотой «кофейной гущей» - у 51,7%, коллапсом - у 4,7%, «шумом в ушах» - у 3,6%, рвотой алой кровью - у 3,3%, мельканием «мушек перед глазами» - у 2,5%, холодным потом - у 1,9% пациентов. У 34,9% имелась сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца - у 7,9%, артериальная гипертензия - у 6,1%, сахарный диабет - у 2,5%, хронический гепатит - у 1,7%, цирроз печени - у 1%, почечная патология - у 0,7%, прочие заболевания - у 15%.

78% пациентов доставлены в стационар машинной скорой помощи. Направительный диагноз: у 92% - язвенная болезнь, осложненная кровотечением, у 6% - желудочно-кишечное кровотечение, у 2% - другие диагнозы. Время доставки пациента в стационар машиной скорой помощи - от 1 до 3

часов. 62 % доставляемых больных врачами скорой помощи по пути следования пациентам проводилась инфузионная терапия. 20% больных обратились самотеком, 2%- по направлению поликлиники.

Всем пациентам при поступлении выполнена эндоскопия. При поступлении легкая степень кровопотери имела место у 173 (70,9%), средней степени тяжести - у 33 (13,5%), тяжелая - у 30 (12,3%), крайне тяжелая - у 8 (3,3%) пациентов. Степень тяжести кровопотери оценивали по классификации П. Г. Брюсова (1997). Тяжесть геморрагического шока оценивали по классификации Г.А.Рябова (1979). У 54 (22,1%) больных при поступлении гемодинамические показатели были стабильные, признаки геморрагического шока отсутствовали. Шок I степени диагностирован у 163 (66,8%), II - у 18 (7,4%), III - у 9 (3,1%) больных. Оценку надежности установившегося в язве гемостаза проводили в соответствии с классификацией Forrest (1987). Продолжающееся кровотечение - Forrest IA и IB наблюдалось соответственно у 9 (3,7%) и 19 (7,8%). У остальных больных имелось состоявшееся кровотечение: FIIA (16%), FIIB (35,2%), FIIC (31,6%), FIID (5,7%). Нами установлено, что чаще язвы локализуются на передней стенке луковицы ДПК - 30,8%, и большинство больных поступают в стационар на стадии состоявшегося кровотечения - 93%. Наиболее часто причиной кровотечений были язвы размером до 1 см - 50,4%, язвы диаметром до 0,5 см диагностированы в 21,9% случаях, диаметр язв до 2 см отмечен у 11,8%, и язвы диаметром более 2 см. выявлены всего у 1% пациентов. Однако при первичной эндоскопии в 6,3% случаев установить размер язвы не представилось возможным, в связи с нали-

чием больших тромбов, полностью закрывающих собой язвенную «нишу».

С целью остановки кровотечения и укрепления гемостаза в язве у 97 (39,8%) больных применялись различные эндоскопические методики: диатермокоагуляция - у 37, диатермокоагуляция + склерозирование спиртом - у 35, склерозирование спиртом - у 25. Эффективность первичного эндоскопического гемостаза при активном артериальном кровотечении составила 44,4%. Более высокий показатель эффективности эндоскопического гемостаза получен при кровотечении из язвы венозного характера Forrest IB - 84,2%. В экстренном порядке оперированы 22 (9%), срочно - 120 (49,2%), отсрочено 102 (41,8%) больных. Резекция желудка выполнена у 238 больных, органосохраняющие вмешательства применены у 4, паллиативные - у 2. Послеоперационные осложнения развились у 21% больных. Послеоперационная летальность составила 9,8% (24) больных.

Таким образом, лечение больных с кровоточащими язвами ДПК на фоне других осложнений язвенной болезни является одной из наиболее трудных задач экстренной хирургии. Детальное изучение анамнеза, результатов ранее проведенного обследования позволяет определить динамику и агрессивность заболевания, предвидеть наличие нескольких осложнений язвенной болезни одновременно и соответственно избрать оптимальную лечебную тактику.

Одним из основных путей, позволяющих улучшить результаты лечения данной категории больных, является усиление работы поликлинического звена (амбулаторное наблюдение, диспансеризация) и службы скорой медицинской помощи.

Принципы организации работы скорой медицинской помощи в Нукусе (Республика Каракалпакстан)

Ходжиев Д.Ш., Сержанов А.Х., Ерназарова У.

Нукусский филиал РНЦЭМП

В связи с реформированием системы здравоохранения в Республике Узбекистан отмечается тенденция к улучшению работы службы скорой медицинской помощи в городе Нукусе Республики Каракалпакстан. Служба скорой медицинской помощи является первым звеном оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Для оказания специализированной медицинской помощи в Нукусском филиале организованы специализированные бригады скорой медицинской помощи, которые включают терапевта (5), педиатра (2), кардиолога (1), хирурга (1), травматолога (1), гинеколога (1), реаниматолога (1).

В 2009 г. в отделении скорой медицинской помощи зарегистрировано 49647 обращений, из них

выполнено 49286 (99%). Повторных вызовов было 40 (0,1%).

В 2009 г. всего госпитализированы 12897 больных, из них в Нукусском филиале РНЦЭМП 7764 (60,2%). В другие ЛПУ 5140 (39,8%).

Нагрузка на бригады отделения скорой медицинской помощи: среднее время, затраченное на один вызов 40 мин., среднее количество вызовов на одну бригаду в сутки - 10 вызовов. Средний пробег одной санитарной автомашины - 168 км в сутки, количество раций - 12. Смертных случаев было 272, из них дети до 1 года - 1, дети до 14 лет - 3. Смертность до прибытия бригады скорой медицинской помощи 98,6% (268), при прибытии бригады скорой медицинской помощи 1,4% (4).

Вывод. Внедрение в работу службы скорой медицинской помощи специализированных бригад, улучшило качественные и количественные показатели

обслуживания населения медицинской помощью на догоспитальном этапе, снизилась смертность, уменьшилась частота расхождения диагнозов.

Ошибки в диагностике и лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки

Ходжиматов Г.М., Пахмурин И.Р., Хакимов И.С., Тургунов Ш.Ш.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Несмотря на современные достижения науки и техники, ряд вопросов в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) продолжают вызывать споры специалистов. Так, в хирургическом лечении прободных язв ДПК во многих клиниках основной экстренной операцией остается ушивание прободной язвы, выполняемое у 45 – 89% больных. Нередко это связано с поздним поступлением больных, ошибками в диагностике, развитием общего перитонита. Все это свидетельствует о необходимости дальнейшей разработки вопросов, связанных с диагностикой и выбором оптимального способа хирургического лечения.

В настоящей работе приводится анализ ошибок в диагностике и лечении перфоративных язв ДПК у 245 больных, находившихся в хирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП в 2008 – 2009 гг. ЯБДПК осложнилась перфорацией у 94,7 лиц мужского пола, у 77,4% больных в возрасте от 20 до 50 лет и у 71,3% случаев перфорации отмечались в осенние и весенние месяцы года. Перфорации «немых» язв имели место у 37 больных. Длительность язвенного анамнеза у наших больных составила 1 - 14 лет.

До 6 часов поступили в стационар 77,4%, до 12 часов – 13,6%, до 24 часов – 6,3%, после 24 часов – 2,7% пациентов.

Позднее обращения больных за медицинской помощью отмечено у 5,7 % больных (лица пожилого и старческого возраста). Причинами поздней госпитализации больных в 8,4 % случаев были диагностические ошибки врачей скорой помощи и поликлиник.

Диагностика перфоративных язв в типичных случаях не представляет особых затруднений, однако при атипичном течении возникают сложности в диагностике данного осложнения (перфорации язв в толщу малого сальника, прикрытые перфорации, перфорации острых и «немых» язв), при общем перитоните, наличии сочетанных хирургических и сопутствующих терапевтических заболеваний.

Анализ нашего материала показал, что диагно-

стические ошибки чаще допускаются врачами станций скорой помощи и поликлиник. Правильный диагноз ими был установлен в 82,7% случаев, а правильный диагноз врачами приемного отделения был установлен в 92,3% случаев, остальным больным ставили различные ошибочные диагнозы. Диагностические ошибки имели место и в хирургическом стационаре, где с диагнозом острый панкреатит оперированы 3 больных, острым аппендицитом – 7, острой кишечной непроходимостью – 3, 4 произведена диагностическая лапаротомия.

Диагностические ошибки врачей различных инстанций повлекли за собой и тактические ошибки (задержка с направлением 7 больных в больницу, отказ 2 больным в госпитализации, а в стационаре неоправданно длительное наблюдение за состоянием больных с целью уточнения диагноза).

При перфорации язв способ операции выбирали за операционным столом в зависимости от конкретной ситуации. Так, при прикрытых перфорациях всем 18 (7,3%) больным произведена операция резекция желудка по Габереру, ушивание перфоративных язв ДПК произведено в 24,9% случаев, иссечение перфоративных язв ДПК в 63,7%, первичная резекция желудка – в 11,2%, ушивание перфоративных язв с наложением гастроэнтероанастомоза с браунским соустьем – в 1,2%. Во всех случаях во время операции производилась тщательная санация брюшной полости антисептиками и антибактериальная терапия в послеоперационном периоде. Из числа оперированных больных умерли 3 (1,2%): 2 - от несостоятельности швов после ушивания, 1- от острого кровотечения из ушитой язвы.

Таким образом, своевременная доставка больных врачами скорой помощи и направление в хирургическое стационар врачами поликлиник, а также налаженность системы диагностики в стационаре позволяет расширить показания к выполнению более радикальных хирургических вмешательств, что способствует улучшению показателей лечения данной категории больных.

Организация оказания экстренной медицинской помощи в приёмном отделении при массовом поражении

Холмурзаев И.А., Азимов А.Н.

Джизакский филиал РНЦЭМП

В различных странах мира существуют разные подходы к медицинскому обеспечению последствий катастроф. В некоторых странах создана отдельная структура – медицина катастроф. В нашей республике служба экстренной медицинской помощи возложена на РНЦЭМП, его филиалы и субфилиалы. За время существования эта служба зарекомендовала себя как наиболее адаптированная система, принимающая на себя первый удар при ЧС. Присоединение к реформированной системе экстренной медицинской помощи службы «03» и санитарной авиации с единым руководством является важной особенностью концептуального подхода медицинского обеспечения последствий ЧС в нашей республике.

В результате прогресса общества, развития новых технологий, производства, машиностроения, увеличилось число различных природных катаклизмов, связанных с деятельностью человека, все чаще происходят различного рода чрезвычайные происшествя. В этих ситуациях человек получает разные травмы. Исход такой травмы во многом зависит от организации и быстроты оказания специализированной помощи на догоспитальном этапе.

Цель работы - изучение работы алгоритма РНЦЭМП в условиях ЧС и выбор правильного подхода и к оказанию экстренной медицинской помощи при ЧС.

В Джизакский филиал РНЦЭМП за 8 месяцев 2010 года обратились 36 пострадавших в результате различных ЧС, из них 16 мужчин и 20 женщин. 14 мужчин и 13 женщин доставлены с шоком I-II степени, 2 мужчин и 7 женщин с шоком III степени. 3 пострадавших поступили в агональном состоянии. Остальные пациенты были в состоянии средней тяжести. Самотеком поступили 33 больных, остальные доставлены по линии 03 и санавиации. Умерли 3 агональных больных. Сроки доставки пострадавших в пределах города - от 10 до 30 минут. Доставка больных санавиацией, в зависимости от отдаленности района колеблется от 40 минут до 2,5 часа. Доставленные по линии 03 и санавиации поступали после оказания первой медицинской помощи. Обратившиеся самотеком поступали без оказания первой медицинской помощи и без иммобилизации, что значительно ухудшало их состояние. У этих больных шок проявлялся в более тяжелой форме. Преобладали автотравма, кататравма и производственная травма.

Пострадавшим была оказана первая медицинская и специализированная высококвалифицированная помощь в соответствии алгоритмом, разра-

ботанным в нашем филиале.

Приемное отделение является приемно-сортировочным пунктом пострадавших и выполняет следующие обязанности:

- изменение методов работы и сортировка пострадавших;
- деление пострадавших на начальные первичные группы;
- оказание первичной медицинской помощи и квалифицированной врачебной помощи в зависимости от состояния и числа больных.

В приемном отделении имеется противошковая палата, две перевязочные, травм-пункт, 6 смотровых комнат, рентгенокабинет, кабинет УЗИ, ЭКГ, которое срочно мобилизуются под комнаты оказания первой медицинской помощи. На помощь штатным врачам приемного отделения по оказанию неотложной помощи присоединяются травматологи, нейрохирурги, хирурги, реаниматологи, урологи, кардиологи и невропатологи из отделений. Увеличивается число среднего и младшего медицинского персонала приемного отделения и операционного блока за счет персонала хирургических отделений. В приемно-сортировочном отделении больные делятся на следующие группы:

- крайне тяжелые больные (открытые и закрытые тяжелые травмы головного мозга, постгеморрагический и посттравматический шок тяжелой степени, больные с повреждением органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства, агональные состояния);
- тяжелые больные (продолжающиеся кровотечения, шок);
- средней тяжести (объемные раны, переломы костей конечностей);
- легкой степени (малые раны, истерия).

Пострадавшим первой группы оказание помощи и предоперационная подготовка начинается непосредственно в шоковых палатах и отделениях реанимации.

Второй группе пострадавших оперативные вмешательства проводят на фоне противошоковых мероприятий непосредственно в операционной.

Третьей группе пострадавших помощь начинается в приемном отделении, после необходимого обследования они распределяются по отделениям.

Четвертой группе пострадавших помощь оказывают в приемном отделении нейрохирурги, травматологи, хирурги, а также терапевты, кардиологи и невропатологи.

Параллельно аптека готовит запас перевязоч-

ного, шовного материала, жидкостей, кровезаместителей и необходимых медикаментов. При анализе результатов лечения и исходов обнаружилось, что 48 больных, доставленных с оказанием первой медицинской помощи, быстрее пошли на поправку, и у этой группы больных шок протекал более мягко. Больные, доставленные без оказания первой медицинской помощи, поступали в более тяжелом состоянии и тяжелее поддавались коррекции. 3 в агональном состоянии и 4 с шоком III-IV степени, тяжелой ЧМТ, 4 с повреждением опорно-двигательной системы, тяжелой ЧМТ и повреждением внутренних органов скончались от осложнений.

Таким образом, правильная организация, ра-

боть в приемном отделении быстрота оказания помощи, а также слаженная работа всего медицинского персонала значительно повышают качество и результаты оказания помощи, предотвращают панику и различного рода осложнения. Общеизвестно, что шок полиэтиологичен и полипатогенетичен. Его проявления и клиника напрямую зависят от объема травмы, правильной транспортировки, быстроты доставки в стационар и оказания квалифицированной медицинской помощи. Главенствующая роль при этом отводится правильной организации работы приемного отделения и других подразделений, что позволяет значительно улучшить качество оказания высококвалифицированной медицинской помощи при ЧС.

Организация экстренной медицинской помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями на догоспитальном этапе

Хотамов К.Х., Нишанов Х.Т., Касимов Э.К., Яриев А.Р.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) являются грозным осложнением чаще всего язвенной болезни и сопровождаются высокой летальностью.

Целью исследования явилось улучшение результатов диагностики и лечения язвенных кровотечений на догоспитальном этапе.

Нами анализированы результаты лечения 176 больных в возрасте от 17 до 80 лет с ГДК различной этиологии. Мужчин было 133 (75,6%), женщин – 43 (24,4%).

1-ю группу составили больные, доставленные машиной скорой помощи, 2-ю – пациенты, поступившие самотёком. 127 (72,1%) больным, доставленным скорой помощью, экстренная медицинская помощь начата своевременно, будучи на дому с продолжением оказания медицинской помощи по ходу доставки в стационар. Помощь на догоспитальном этапе:

1. При язвенном кровотечении – холод на эпигастральную область, голод (запрещается даже прием воды). Покой – строгий постельный режим. При резком падении АД – положение Тренделенбурга. Больного транспортируют на носилках, при тяжелом кровотечении и коллапсе приподнимают ножной конец носилок.

2. Кислородотерапия через маску или трансназальный зонд.

3. Внутривенное или внутримышечное введение дицинона (2–4 мл и более 12,5% раствора), гемофобина (5 мл 1,5% раствора).

4. Внутривенное введение 10 мл 10% раствора глюконата кальция или хлорида кальция.

5. Раствор адроксона 1 – 2 мл 0,025% раствора внутримышечно 2 – 3 раза в день.

6. При кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта – прием внутрь глотками

аминокапроновой кислоты (400 – 500 мл 5% холодного раствора), нерастворимых антацидов (альмагель, фосфалюгель, и др.) и адсорбентов.

7. При резком падении АД – внутривенное введение плазмозамещающих растворов (обычно уже в машине скорой помощи).

8. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

В предоперационном периоде у этой группы больных достигалась удовлетворительная коррекция водно-солевого обмена, ОЦК и её компонентов.

В 1-й группе причиной послеоперационных осложнений явилась несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки у 1 больного.

49 (27,9%) больным, поступившим самотёком, экстренная медицинская помощь начата сразу при поступлении в приёмное отделение. У этой группы пациентов наблюдались послеоперационные осложнения, причиной которых была несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки (1), послеоперационный панкреатит (1), легочные осложнения (2). Летальность во 2-й группе составила 2%.

Применение в клинической практике современной эндоскопической техники дало возможность решить многие тактические вопросы гастродуоденальных кровотечений.

В зависимости от эндоскопического заключения, основанного на классификации по J.A.Forrest (1974), больные распределялись следующим образом: FIa – 5 (2,8%) больных, Fib – 7 (4%), FIla – 49 (27,8%), FIlb – 84 (47,7%), FIlc – 27 (15,3%), FIll – 4 (2,3%).

Первичный эндоскопический гемостаз выполнен 61 (34,7%) пациенту (FIa – 5 больных, Fib – 7, FIla – 49), из которых стойкий гемостаз, достигнут

у 48 (78,7%), в том числе у 1 (1,6%) при продолжающемся артериальном кровотечении. Рецидивы кровотечений отмечены у 8 (13,1%) больных, неэффективным эндоскопический гемостаз оказался у 4 (6,5%). Использованы способы эндоскопического гемостаза, такие как моно-, биполярная диатермокоагуляция вокруг язвенного кратера у 21 (34,4%), обкалывание вокруг язвенного кратера этанолом 90°, раствором адреналина 1:10 000 у 29 (47,5%), сочетание диатермокоагуляции с обкалыванием у 11 (18%) пациентов. В зависимости от клинико-эндоскопических особенностей кровоте-

чащих язв, а также при остановившемся кровотечении у 40 (22,7%) больных выполнены экстренные или ранние отсроченные операции, а у 136 (77,2%) пациентов осуществлено консервативное лечение.

Таким образом, улучшение диагностики и лечения больных язвенной болезнью, осложненной кровотечением, явилось результатом внедрения клинико-диагностических стандартов и протоколов, новых эффективных технологий, а также своевременного оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи больным с анафилактическим шоком на догоспитальном этапе

Худайбергенов Ш.А., Тошев Б.Р., Ташметова М.Э., Икрамов А.В.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Медицинские бригады службы скорой помощи города Бухары в период 2009-2010 гг. обслужили 1563 больных с различными проявлениями аллергической реакции, из них у 47 (3%) больных был зарегистрирован анафилактический шок.

Анафилактический шок - одна из наиболее грозных форм аллергической реакции, характеризуется иммуноопосредованной декомпенсацией гемодинамики, микроциркуляции и, как следствие этого, тотальной тканевой гипоксией всех жизненно важных органов. Чаще всего, причиной развития анафилактоидной реакции, в том числе шока, является лекарственный препарат или укус насекомого.

Так как, помощь пострадавшим осуществляется на фоне крайнего дефицита времени, медицинский контроль должен начинаться непосредственно с пульты диспетчерской станции скорой помощи, т.е. фактически с телефонной трубки оператора, до приезда врачебной бригады к больному. Необходимо дать четкие инструкции по телефону о конкретных мерах немедленной помощи больному: прекращение введения препарата, наложение жгута (с указанием места и временных промежутков, необходимых для ослабления стяжки), аппликации холода на место укуса либо инъекции,

а также указание по простейшим реанимационным мероприятиям.

Первичная медицинская помощь этим больным начинается с выяснения выполненных до приезда бригады скорой помощи мероприятий. Далее производится «тугая» новокаиновая блокада в болюсе с 0,1 мл раствора адреналина места укуса насекомого или инъекции лекарственного препарата. Параллельно немедленно внутримышечно вводится адреналин, инъекцию которого при неэффективности можно повторить через 15-20 минут. С целью оптимизации деятельности жизненно важных систем организма обосновано применение гормональных препаратов, в первую очередь растворов преднизолона 60-90 мг. При фатальном снижении артериального давления обосновано применение высоких доз мезатона, кофеина. К мерам немедленной патогенетической терапии относится введение антигистаминных препаратов. Следует отметить, что даже в случае полного купирования анафилактического шока обязательным условием является срочная госпитализация больного в специализированный стационар для мониторинга возможных осложнений и предупреждения так называемой поздней анафилактоидной реакции.

Анализ ошибок оказания медицинской помощи больным с политравмой на догоспитальном этапе лечения

Худайбергенов Ш.А., Тошев Б.Р., Ташметова М.Э., Жураев Ш.Д.
Бухарский филиал РНЦЭМП

В структуре общего числа повреждений организма в последние десятилетия отмечается значительный рост сочетанной и осложненной травмы. Это связано в первую очередь с увеличением автопарка крупных мегаполисов количества ДТП. Несмотря на достижения в лечении и реабилитации

больных, перенесших тяжелые сочетанные повреждения, число неблагоприятных исходов по-прежнему остается высоким. Важнейшим условием успешного лечения этой категории больных является адекватное оказание первичной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

На основании сравнительного изучения «вызывных карт» бригад скорой помощи нами был проведен анализ наиболее типичных ошибок при оказании первичной медицинской помощи больным с тяжелой сочетанной травмой. Исходя из того, что основными моментами оказания медицинской помощи больным с сочетанной травмой являются борьба с различными проявлениями шока, адекватная иммобилизация поврежденных конечностей, остановка кровотечения, а также возмещение кровопотери, решено было обратить внимание на меры, предпринимаемые бригадами скорой помощи.

Анализ результатов исследования показал, что большинство ошибок, связанных с оказанием медицинской помощи пострадавшим на месте происшествия и в пути следования машины скорой помощи, связано с неадекватной оценкой общего состояния больных и недостаточно внимательным диагностическим осмотром всех возможных повреждений организма, вследствие чего стремительно ухудшался исход лечения. Так, в 11% случаев в комплексе противошоковой терапии не был применен центральный наркотический анальгетик, в 26% - гормональные препараты либо вообще не использовались, либо применялись в малых дозах. В 88% инфузионная терапия,

необходимая при сочетанных повреждениях крупных сегментов конечностей, сопровождающихся массивным параостальным кровотечением, в пути следования не проводилась. В 7% случаев при сочетанных повреждениях позвоночника, головного мозга и костей стопы, что часто наблюдается при высотных травмах, не производилось адекватного шинирования нижних конечностей, что усиливало болевую доминанту и сводило на нет прочие противошоковые мероприятия. В ряде случаев (5%), открытого повреждения костей конечностей без повреждения крупных магистральных сосудов не был наложен кровоостанавливающий жгут. Причиной развития такой картины в оказании первичной медицинской помощи больным, получившим тяжелые сочетанные травмы, является, по нашему мнению, отсутствие специализированной травматологической бригады в системе службы скорой помощи.

Учитывая типичные тактические ошибки, допускаемые на этапе догоспитального оказания помощи, необходимо более детально прорабатывать вопросы (проводить лекции, занятия, тренинги), связанные с оказанием адекватного медицинского пособия этой категории больных, среди врачей бригад скорой помощи.

Рациональные методики обезболивания кетаминотерапией на догоспитальном этапе при тяжелой сочетанной травме

Худайберген Ш.А., Каримов В.Ю., Тошев Б.Р., Ташметова М.Э.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Адекватное обезболивание является одним из основных мероприятий в комплексе интенсивной терапии тяжелой сочетанной травмы (ТСТ) на догоспитальном этапе (ДГЭ). Наиболее часто применяются наркотические анальгетики, но в условиях ДГЭ это потенциально опасно из-за способности опиатов вызывать депрессию дыхания центрального генеза, а также усугубления нестабильности гемодинамики у пострадавших с гиповолемией.

Использование ненаркотических анальгетиков (класс нестероидных противовоспалительных препаратов) малоэффективно в остром периоде ТСТ, а их антиагрегационные свойства могут способствовать усилению внутренних кровотечений. При тяжелой травме, осложненной шоком, на ДГЭ возможно обезболивание неопиоидным анальгетиком центрального типа действия, одним из которых является кетамин. Этот препарат в субнаркологических дозах не вызывает депрессию дыхания, стабилизирует гемодинамические показатели и мало влияет на внутричерепное давление при ТСТ.

Нами была поставлена цель, определить рациональную методику обезболивания кетаминотерапией при различных клинических ситуациях у пострадавших с ТСТ на ДГЭ. В условиях выездной бригады скорой медицинской помощи интенсивной

терапии было проведено комплексное интенсивное лечение у 50 пострадавших с ТСТ, сопровождавшейся шоком III-IV степени.

Для обезболивания использовали кетамин в суммарной дозе 0,5-1 мг/кг массы тела внутривенно в сочетании с предварительным введением бензодиазепинов (дормикум или диазепам). В зависимости от методики введения препарата пациенты были разделены на три группы: в 1-й группе (n=20) кетамин вводился дробно по 50-100 мг, разведенный до 20 мл 0,9% р-ра NaCl по 2-3 мл до ослабления жалоб пострадавшего на боль, во 2-й (n=12) - капельно (50-100 мг в 100 мл 0,9% р-ра NaCl со средней скоростью 30-60 капель в минуту), а в 3-й (n=18) - однократно струйно (50-100 мг в 20 мл 0,9% р-ра NaCl). Исследовали показатели среднего артериального давления, частоту сердечных сокращений, дыхания, сатурацию кислорода в крови в динамике. Боль оценивалась по визуально-аналоговой шкале у пациентов в сознании. При отсутствии сознания, эффект обезболивания оценивался по динамике вегетативного ответа. Влияние кетамина на уровень сознания оценивалось по шкале ком Глазго.

На фоне введения кетамина во всех группах не наблюдалось дестабилизации гемодинамических

параметров. У пациентов 1-й группы полноценное обезболивание было достигнуто на фоне сохранения сознания и отсутствия дыхательных нарушений. У 64% пациентов 2-й группы при инфузии кетамина наблюдалось кратковременное угнетение сознания, причем в ряде случаев требовалось восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей. В 3-й группе кратковременное угнетение сознания на фоне струйного введения кетамина возникло у 87% пострадавших. В единичных случаях в этой группе потребовалась респираторная поддержка.

Выводы. Применение кетамина эффективно и безопасно для обезболивания при ТСТ на ДГЭ. У больных с сохраненным сознанием оптимальна дробная методика введения. У больных с исходно нарушенным сознанием возможна капельная или струйная методика введения. При необходимости проведения травматичных лечебных мероприятий (интубация трахеи, транспортная иммобилизация и т.п.) целесообразно направленное выключение сознания пострадавших путем однократного введения препарата.

Обоснование использования принципов доказательной медицины на догоспитальном этапе при сочетанных черепно-мозговых травмах Худайбердиев К.Т., Давлатов Б.Н., Кулдашев К.А., Кулдашева З.К., Бурханов И.М. Андижанский филиал РНЦЭМП

В связи с всеобщим ростом травматизма неуклонно увеличивается частота и тяжесть черепно-мозговых травм, среди которых до 50-70% приходится на сочетанные повреждения, а смертность колеблется от 12 до 69%.

Нами проанализирована эффективность догоспитальной помощи (ДГП), оказанная 615 больным с сочетанной черепно-мозговой травмой (СЧМТ) находившихся на стационарном лечении в Андижанском филиале РНЦЭМП, из которых 100 (16,3) больных проходили лечение в НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н.Бурденко РАМН, в отделениях экстренной нейрохирургии и нейротравматологии, а также в отделениях нейрореанимации в период с 1997 по 2009 гг.

В наших исследованиях ЧМТ была диагностирована во всех 615 (100%) пострадавших. С травмой позвоночника и спинного мозга она сочеталась у 43,2%; с травмой конечностей - у 39,5%; с травмой костей таза - у 9,7%; с травмой грудной клетки - 7,6% пациентов.

Наиболее частыми были дорожно-транспортные (64%) и бытовые (26%) травмы, реже отмечались кататравма (6%), производственные (3%) и спортивные (1%). В состоянии алкогольного опьянения в момент травмы находились 13% пострадавших.

Анализ полученных результатов основан на единой оценке критериев характера и тяжести травмы, данных клинических и инструментальных исследований, особенностей и последовательности реанимационных и терапевтических мероприятий.

Машиной в центр были доставлены 12%, в 88% пострадавших поступили на попутном транспорте. Догоспитальное время у 92% не превышало 2-х часов.

На основании оценки клинического состояния и неврологического статуса больных согласно схе-

мам, принятым в РНЦЭМП и его филиалах и включающим применение неврологических, нейроофтальмологических, отоневрологических, психиатрических и нейропсихологических исследований, установлены основные дефекты догоспитальной помощи (ДГП), способствовавших развитию вторичных повреждений головного мозга у больных с СЧМТ. В частности при оказании ДГП не выполнены: мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей - 90%; предупреждение аспирации - 23%; специализированное лечение шока (венозный доступ + быстрое восполнение нарушенной перфузии) - 88%; адекватная анестезия - 100%; остановка наружного кровотечения, иммобилизация конечностей и позвоночника и соблюдение правил транспортировки - 80%. В 12% случаев имели место ятрогенные повреждения, невыполнение полного объема диагностических манипуляций догоспитального уровня согласно КДС - 80%. Установлено, что основная мотивация нарушений порядка и объема оказания помощи обусловлены тяжестью состояния больных и стремлением скорейшей доставки их в стационар.

Анализ первичной госпитализации больных с СЧМТ показал, что при госпитализации пострадавших непосредственно в лечебные учреждения типа РНЦЭМП и его филиалы результаты диагностики и лечения вторичных повреждений головного мозга более чем в 2 раза выше, чем при госпитализации той же категории пострадавших даже в специализированные стационары.

Таким образом, использование принципов доказательной медицины показало, что профилактика, диагностика и лечение вторичных повреждений головного мозга начинается уже при ДГП, являющаяся важнейшим этапом оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой, поскольку эти повреждения в значительной степени определяют тяжесть клинического течения и исход травмы.

Реализация проекта «Повышение эффективности экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан»

Шарипов А.М., Хамзаев К.А., Батманов А.Л.

Представительство Международной лиги врачей (США)

Согласно Постановлению Кабинета Министров Республики Узбекистан 24 марта 2009 года №85 представительство международной неправительственной гуманитарной организации Международная лига врачей совместно с Министерством здравоохранения Республики Узбекистан участвует в реализации проекта «Повышение эффективности экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан». В ходе реализации проекта были достигнуты следующие результаты:

1) Совместно с Республиканским тренинг центром неотложной медицинской помощи (директор проф. Аваков В.Е.) проведены 92 курса по обучению первой доврачебной медицинской помощи. 1753 человек были обучены в курсах. Из обученных служащие составляют 18,4%, рабочие 13,3%, представители махаллей 17,2%, водители 11,5 %, учащиеся 11,5%, сотрудники пожарной службы 6,4%, спасатели 4,5%, милиционеры 1,9%, а также врачи 7,4% и медсестры 8,2%.

2) Проведена модернизация Республиканского тренинг центра неотложной медицинской помощи. Центр оснащен новой компьютерной техникой и манекенами для улучшения качества проводимых обучений.

3) На базе станции скорой медицинской помощи г. Ташкента создан и оснащен тренинг центр для диспетчерской службы, где проведены 12 курсов по диспетчерской службе. На курсах обучено 160 фельдшеров и медсестер по приему звонков.

4) Созданы пункт и отделение неотложной медицинской помощи при клинике ТашПМИ, приобретено оборудование для функционирования этих подразделений.

5) Осуществлен визит Узбекской делегации в США для ознакомления с системой оказания неотложной медицинской помощи и опытом США по созданию единой системы реагирования на чрезвычайные случаи. На основании изученного опыта ведутся работы по разработке концепции создания унифицированной системы оповещения служб экстренного реагирования в Республике Узбекистан.

6) В данное время ведутся работы по созданию Автоматизированной Системы Управления для станции скорой медицинской помощи г.Ташкента.

Результаты, полученные в ходе выполнения проекта, послужат улучшению оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Приоритеты оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе детям раннего возраста с фебрильными судорогами

Шевкетова Л.Ш., Рахимов Б.С., Рахимова Д.А., Мухитдинова М.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Фебрильные судороги (ФС) – припадки у детей, возникающие при внемозговых заболеваниях с повышением температуры тела выше 38,0°C. При лихорадке встречаются примерно в 3-7% случаев. Обычно возникают в раннем возрасте (первые 3 года жизни), но иногда впервые появляются и после трех лет. Фебрильные судороги, как правило, наступают при резком подъеме температуры до высоких цифр, что связано с гипоксией (кислородным голоданием) головного мозга. ФС, возникающие в раннем возрасте, могут пройти бесследно. Но довольно часто они трансформируются в эпилепсию в более позднем возрасте.

Под наблюдением в динамике находились 218 детей с ФС в возрасте от 5 месяцев до 3 лет. Осложненные ФС отмечались у 151 ребенка, простые – у 67. Среди 77 детей с осложненными ФС своевременно оказанная на догоспитальном этапе помощь, а также последующая регулярная противосудорожная терапия, способствовали тому, что у

этих детей эпилепсии в ближайшие 4-6 лет не отмечено. Однократные рецидивы были только у 2 пациентов. Без адекватной терапии, а в некоторых случаях и при ее отсутствии (74 больных) частота рецидивов и эпилепсии составила соответственно 29,7 и 19%. Простые же ФС за 4-5 лет наблюдений в эпилепсию не трансформировались, хотя единичные рецидивы отмечены примерно у каждого десятого ребенка.

Критериями высокого риска такой трансформации являются: продолжительность ФС свыше 10 минут, их парциальный характер, частая повторяемость во время эпизода лихорадки, не оказанная вовремя помощь.

На основании приказа МЗ РУз №155 от 2007 г. мы применяем ректальное введение диазепама (0,4-0,5 мг/кг), так как при этом методе введения возможность побочного эффекта – угнетения дыхания – менее вероятна.

Для снижения температуры тела используем парацетамол, физические методы охлаждения.

Парацетамол - препарат первого ряда при лечении лихорадки у детей, наименее опасный. Выпускается в виде таблеток, сиропа, капель и свечей. Разовая доза – 10-15 мг/кг – обеспечивает снижение температуры на 1-1,5°C. Суточная доза не должна превышать 60 мг/кг из-за опасности поражения печени. Хороший эффект был получен от использования ректальных свечей Вибуркол – преимуществом их является отсутствие побочных эффектов и возможность повторных введений даже в течение 1 часа, что очень ценно, ибо большинство ФС возникало при быстром подъеме температуры.

Все дети с ФС были проконсультированы неврологом на госпитальном этапе. Для профилак-

тики рецидивов ФС у детей при очередной некупирующейся лихорадке профилактически применяли диазепам ректально в разовой дозе (0,2 мг/кг), через каждые 8 часов при температуре тела выше 38,5°C. Такой метод прерывистой профилактики ФС очень эффективен.

Выводы. 1) Эффективность организации экстренной педиатрической помощи во многом зависит от ее оказания еще на догоспитальном этапе. 2) Наиболее целесообразно ректальное введение противосудорожных препаратов. 3) Фебрильные судороги, наблюдаемые в раннем детском возрасте, «злопамятны» - могут приводить к заболеванию эпилепсией спустя много лет.

Основные принципы медицинской помощи пострадавшим с димиелическими переломами бедренных костей на догоспитальном этапе

Шермухамедов Д.А., Валиев Э.Ю.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В последнее время резко возросло число больных с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата, в связи с чем вопросы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе этому тяжелому контингенту больных приобретают особую актуальность.

В 2001 - 2010 гг. в отделении травматологии РНЦЭМП получили лечение 69 больных, из них 13 (63%) мужчин и 7 (37%) женщин, с сочетанной травмой у которых были диагностированы переломы обоих бедренных костей. 20 (29%) из них доставлены в центр машиной скорой медицинской помощи. 16 (80%) больных травму получили в результате ДТП, 4 (20%) при падении с высоты. Больные были в возрасте от 16 до 63 лет, большинство из них среднего, наиболее трудоспособного возраста. 14 (70%) поступили в Центр в течение 1 часа с момента полученной травмы, 6 (30%) в сроки от 1 до 3 часов.

Множественные и сочетанные травмы сопровождаются кровопотерей, выраженным болевым синдромом, гиповолемией и шоком, что утяжеляло состояние и представляло угрозу для жизни пострадавшего. Как правило, больным, доставляемым бригадами скорой медицинской помощи, независимо от исходного состояния, необходимо выполнять адекватное обезболивание, блокаду местными анестетиками, иммобилизацию всех поврежденных сегментов, инфузионно-заместительную терапию в периферические вены, по возможности ингаляции кислородной смеси, что значительно улучшает состояние пострадавших на догоспитальном этапе.

При анализе медицинской документации, заполняемой врачами и фельдшерами службы скорой медицинской помощи, было выявлено, что объем медицинской помощи у 4 (20%) больных

был ограничен введением ненаркотических анальгетиков, у 2 (10%) - иммобилизацией поврежденных конечностей, 8 (40%) больным произведено обезбоживание ненаркотическими анальгетиками и иммобилизация поврежденных сегментов шинами различных конструкций, 6 (30%) больным, несмотря на то, что они были доставлены бригадой скорой медицинской помощи, иммобилизация и обезбоживание не производились. Также ограничено применение инфузионно-заместительной терапии при пониженном систолическом артериальном давлении, что часто отмечается у больных с множественной и сочетанной травмой. Так, ни одному пострадавшему в состоянии гиповолемии не была проведена заместительная терапия.

Все больные при поступлении были помещены в шоково-операционный блок Центра, где им проводились лечебно-диагностические мероприятия согласно стандартам. В среднетяжелом и тяжелом состоянии были доставлены 18 (90%) больных, у 2 (10%) пострадавших состояние при поступлении было оценено как крайне тяжелое. Шок I степени был диагностирован у 7 (35%) больных, шок II степени – у 8 (40%) больных, III-IV степени – у 5 (25%). В состоянии алкогольного опьянения было 7 (35%) пострадавших, что затрудняло лечебно-диагностические мероприятия. У всех больных была выявлена черепно-мозговая травма различной степени тяжести. У 9 (45%) больных имели место повреждения костей лицевого скелета, у 8 (40%) – повреждения органов грудной и брюшной полости.

2 (10%) больных, доставленных службой скорой медицинской помощи умерли на госпитальном этапе, несмотря на проведение интенсивных противошоковых лечебных мероприятий. Причиной смерти явилась тяжелая сочетанная травма,

но немаловажную роль в исходе сыграла недооценка состояния пострадавших и неадекватная первая помощь, оказанная на догоспитальном этапе.

Таким образом, больные с множественной и сочетанной травмой, особенно больные с двусторонними переломами бедренных костей, являются сложной группой пострадавших, как в плане диагностики, так и в плане лечения. На догоспи-

тальном этапе необходима оценка состояния, адекватное обезболивание, полноценная иммобилизация поврежденных сегментов, ранняя инфузионная терапия, обеспечение больных с дыхательной недостаточностью кислородом. Нужно также рассмотреть вопрос об организации специализированных травматологических бригад в составе службы скорой медицинской помощи для данного контингента больных.

Анализ догоспитальной летальности от травм груди у пострадавших с политравмой

Шукуров Б.И., Ешмуратов Б., Исаков Ш.Ш., Рахмонов Р.О.,
Давлетов У.К., Пирматов Ш.Ш.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Политравма является актуальной проблемой современной медицины. По данным ВОЗ, в структуре причин смертности населения травма занимает третье место, а среди населения до 40 лет – первое. Несмотря на то, что пострадавшие с политравмой составляют 8-10% всех больных, находившихся на стационарном лечении, на них приходится до 70% летальных случаев. Доказано, что 1/3 пострадавших с политравмой умирают из-за не оказанной вовремя неотложной медицинской помощи. Около 50% смертей на месте происшествия наступают в результате дыхательных нарушений, в том числе за счет травм груди. Примерно у 20% погибших от политравм доминирующей патологией является повреждения органов грудной клетки (Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., 2009).

Таким образом, главным в оказании медицинской помощи пострадавшим с множественной и сочетанной травмой является быстрая и своевременная неотложная помощь в полном объеме, начиная с догоспитального этапа.

С целью изучения структуры догоспитальной летальности от травм груди у пострадавших с политравмой нами были проанализированы 256 карт умерших больных из архива судебно-медицинском экспертизы г.Ташкента за период 2008-2009 гг. Вопреки устоявшемуся мнению о преобладании мужчин среди пострадавших с механической травмой, в наших наблюдениях достоверной разницы по половому признаку не было: мужчин было 148 (57,9%), женщин – 108 (42,1%). Видимо, данное обстоятельство связано с тем, что большая часть умерших – 175 (68,4%) человек – травму получили в результате ДТП, где в настоящее время мужчины и женщины являются участниками дорожного движения в равной степени. Высотная травма – 67 (26,3%), бытовая травма – 3

(1,3%), производственная травма 3 (1,3%), криминальная травма – 6 (2,6%).

Другой особенностью тяжелых жизнеугрожающих травм груди у пострадавших с политравмой является высокий удельный вес лиц молодого и среднего возраста – таковых был 201 (78,9%) случай. Достаточно часто – 78 (30,6%) случая – фатальной травме подвергались лица в состоянии алкогольного опьянения с содержанием этанола в крови от 0,4 до 3,6 г/л.

Собственно на догоспитальном этапе эвакуации умерли 99 (38,6%) пострадавших с политравмой в сочетании с травмой груди. При этом до прибытия медицинских работников погибли 53 (60,6%) пострадавших, 29 (33,3%) умерли на месте происшествия при попытке оказания реанимационной помощи, и 5 (6,1%) – во время транспортировки в лечебные учреждения.

168 (65,6%) умерших удалось довести до клиники машиной скорой помощи 74 (28,9%) и попутным транспортом 94 (36,7%). Больные доставлены в стационар в течение часа 120 (71,8%), в течение 3 часов 35 (21,4%), в течение 6 и больше 13 (7,1%).

Из них 106 (63,1%) городских и 44 (26,3%) сельских.

Таким образом, в структуре летальности политравмы ведущее место занимает травма, полученная в результате ДТП и падения с высоты. Высокий процент летальности фиксируется при краниоторакальной травме. Наиболее часты смертельные исходы среди пострадавших с сочетанной травмой двух и более анатомо-функциональных систем.

Причинами летальности в большинстве случаев являлось несвоевременное оказание медицинской помощи на месте происшествия.

Актуальные проблемы организации кардиологической помощи на догоспитальном этапе г. Ташкента

Эрманова Э.Р., Агзамходжаев С.С.

Городская станция скорой медицинской помощи г. Ташкента

Городская станция скорой медицинской помощи имеет в своем составе 12 подстанций, расположенных в различных районах города. Они строго не районированы, но каждая из них обслуживает подавляющее большинство населения района, в котором дислоцируется и часть населения района, приближенного к подстанции.

Из года в год растет обращаемость населения в скорую медицинскую помощь и в 2009 г. она составила 308 на 1 000 населения в год (673 600 обращений).

Одной из наиболее острых проблем современной медицины является заболеваемость болезнями системы кровообращения. Как показывает анализ, основная масса вызовов к взрослому населению г. Ташкента приходится на сердечно-сосудистую патологию и, в первую очередь, на гипертоническую болезнь. Из 504 тысяч вызовов к взрослому населению в 2009 г. больных с сердечно-сосудистой патологией зарегистрировано 253 тыс. или 50% от всех обслуженных. Гипертоническая болезнь составляет 72% всех сердечно-сосудистых заболеваний, из них 4% с кризовым течением.

Немалый процент в ряду сердечно-сосудистых заболеваний занимает нейроциркуляторная и вегето-сосудистая дистония (16%), которыми страдают, в основном, молодые люди, в преобладающем большинстве женщины, затем стабильная стенокардия – 6%.

Острый инфаркт миокарда к общему числу сердечно-сосудистых заболеваний составил 0,4% (в 2009 г. – 1071 случай), за 6 месяцев 2010 г. – 461). Среди осложнений инфаркта миокарда ведущим является кардиогенный шок – 9% всех ОИМ; отек легких – 2%; нарушение ритма – 0,9% (в 2006 году соответственно – 14,3; 4,8; 5,2).

Применение на догоспитальном этапе этиопатогенетических средств лечения этих заболеваний уменьшает их осложнения.

С заболеваниями сердечно-сосудистой системы обращаются больше женщины, они составляют 66% всех обратившихся в скорую медицинскую помощь с этой патологией.

Из сердечно-сосудистых заболеваний – ОИМ и нестабильная стенокардия чаще встречаются у мужчин. Так, в 2009 году из 1071 инфаркта – 654 у мужчин, 417 – у женщин. Нестабильная стенокардия из 5936 случаев 3099 – у мужчин; 2837 – у женщин.

Для женщин более характерны обращения по поводу:

- ИБС, стабильная стенокардия (6606 женщин;

6060 мужчин);

- ИБС, нарушение ритма (3339 женщин; 1479 мужчин);

- ОНМК (1896 женщины; 1642 мужчины);

- НЦД (28375 женщины; 12131 мужчины).

Среди сердечно-сосудистых заболеваний 70% приходится на больных старше 50 лет (кроме НЦД и ВСД): ОНМК (89%), ОИМ (86%), ИБС, стабильная стенокардия (83%), ИБС, нарушение ритма (83%), ИБС, нестабильная стенокардия (78%), артериальная гипертензия (73%), НЦД (0,3%).

Число обращений по поводу ССЗ на 1000 вызовов в г. Ташкенте выше, чем в среднем по городу в Мирабадском районе (п\с №7), Шайхантахурском (п\с №1, №11) и частично Юнус-абадском районе (п\с №6). Можно отметить, что обращаемость по поводу ССЗ выше в Шайхантаурском и Мирабадском районах.

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний преобладают:

- ИБС - Яккасарайский район – 16,9%, Учтепинский район – 14,5%, Хамзинский район – 11,7%;

- артериальная гипертензия - Мирзо-Улугбекский район – 88,5%, Шайхантахурской район – 81,3%, Бектимирский район – 76,6%;

- острый инфаркт миокарда - Яккасарайский район – 0,7%, Юнусабадский район – 0,6%;

- ОНМК - Хамзинский район – 2,0%, Яккасарайский район – 1,8%.

Хочется выделить специализированную подстанцию (№11), где, наряду с общепрофильными бригадами, функционируют 3 реанимационно-анестезиологических и 1 неврологическая бригады.

Благодаря работе этих бригад появилась возможность максимально приблизить к населению высококвалифицированную медицинскую помощь при острых сердечно-сосудистых и других заболеваниях, травмах, проводить раннюю дифференциальную диагностику, комплексную реанимационную терапию, поддержание жизненно важных функций организма во время транспортировки в стационар. Бригады выезжают на автомобилях типа Хундай и Газель, салоны которых оснащены дыхательной аппаратурой, дефибрилляторами с искусственными водителями ритма, электрокардиографами с мониторами, кислородными баллонами. В каждом салоне есть реанимационная укладка «Ящик», наборы интубационных трубок, инфузионных растворов, портативный аспиратор, электроотсосы, шины, воротники, аппараты ИВЛ с ручным приводом, необходимые лекарственные средства и т.д.

Конечно, важна грамотная диагностика выездов

ных медицинских работников, но наблюдения за 4 года показывают, что резкого роста нозологических единиц по вызовам скорой медицинской помощи в г. Ташкенте не наблюдается. Идет лишь некоторое колебание по годам в сторону увеличе-

ния либо уменьшения.

Это лишний раз подчеркивает, что курс реформирования здравоохранения, взятый Президентом нашей республики И.А.Каримовым, правильный и дает положительные результаты.

Организация догоспитальной медицинской помощи населению отделением скорой медицинской помощи в Джизакском филиале РНЦЭМП

Эшбеков М.Э., Наркузиев Н.У., Салимова М.С.

Джизакский филиал РНЦЭМП

В организации медицинской помощи населению и особенно в оказании экстренной медицинской помощи служба скорой медицинской помощи занимает особое место. Отделение скорой медицинской помощи входящее в состав Джизакского филиала РНЦЭМП, размещено в типовом здании.

Кадровый состав службы скорой медицинской помощи укомплектован в 2010 г. на 100%. Врачи СМП повышают свою квалификацию в стационарных отделениях РНЦЭМП, и в ТашиУВ,

Важность специальной подготовки врачей станции скорой помощи «03» обусловлена тем обстоятельством, что именно эти медицинские учреждения наиболее близко находятся к населенным пунктам и именно они первыми оказывают первую медицинскую неотложную помощь. Очевидно, что при внезапно развившихся патологических состояниях угрожающих жизни человека, чем раньше оказывают первую медицинскую помощь, тем больше шансов у пациента выжить.

Обеспечение санитарным автотранспортом до 2007 г. был одним из самих «больных» вопросов для службы скорой медицинской помощи. После выхода в свет ПК-1144 от 21 мая 2009 г. «О совершенствовании деятельности системы оказания скорой медицинской помощи» парк службы скорой медицинской помощи к концу 2009 года обновился почти на 90%. На сегодняшний день получены и работают 7 автомобилей класса А и В повышенной проходимости марки Hyundai, что чрезвычайно актуально для быстрого медицинского обслуживания населения города Джизака. Таким образом, в настоящее время из расчета одна машина на 1,5 тыс. населения работают 10 машин и 10 врачебной бригад.

Обеспечение медицинским оборудованием, медикаментами и расходными материалами намного улучшилось. Если в 2007 г. выездные бригады были обеспечены медицинским оборудованием и инструментарием на 70%, то сегодня – на 100%. 7 из 10 машин оборудованы аппаратами ЭКГ и дефибрилляторами. Таким образом, имея мощное оснащение, бригады скорой помощи уже на месте происшествия имеют возможность, не теряя времени на транспортировку, диагностировать повреждение и оказывать пострадавшим ре-

нимационную помощь.

В 2009 г. было обслужено 31648 вызовов, Госпитализированы в стационар 3282 больных 9,9%, за II полугодие 2010 г. – 18235 вызовов, госпитализированы 2903 (15,9%). Во II квартале 2010 г. госпитализированы 874 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, из них 344 (39,3%) на догоспитальном этапе была сделана электрокардиограмма, обеспечившая правильную постановку диагноза, оказание первой медицинской помощи и своевременную госпитализацию в отделения филиала. В связи с увеличением количества санитарного автотранспорта уменьшилось число опозданий. Если в 2009 г. число опозданий от 15 минут до 1,20 часа было 375 (2,6%), то 2010 г. во II полугодии число опозданий уменьшилось до 0,3%.

Уменьшились также показатели смертности до прибытия скорой помощи: в 2009 г. до прибытия скорой умерли 73 (0,2), в I полугодии – 18 (0,009%).

С целью уменьшения радиуса обслуживания в махаллах Ёшлик и Хамзабад были организованы 2 подстанции. С организацией подстанций в махаллах Хамзабад, Олмазор, Зилол, Раваллик, Оккурго-ник и Уратепалик уменьшился радиус обслуживания до 5 км а доступность до 4-х минут.

При помощи фонда «Махалла» и «Нуроний» были организованы встречи с населением, на которых выступили организаторы городского здравоохранения, ведущие специалисты Джизакского филиала: хирурги, травматологи и кардиологи. Были выслушаны пожелания и замечания по улучшению качества медицинского обслуживания.

Организован контроль за старшим врачом, а также за диспетчером. Они ежедневно отчитываются на утренних конференциях в присутствии директора или зам. директора об истекших сутках дежурства. Проводятся разборы тяжелых несчастных случаев.

Таким образом, для организации качественного медицинского обслуживания населения по «03» необходимо постоянно укреплять материально-техническую базу станций СМП, повышать уровень профессиональных знаний врачей на рабочих местах, на специальных циклах в РНЦЭМП для врачей скорой медицинской помощи.

Догоспитальная помощь пострадавшим с повреждением шейного отдела позвоночника

Юлдашев Ш.С., Агзамов М.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Проблема травматических повреждений позвоночника и спинного мозга занимает в экстренной медицине особое место. При спинальных повреждениях летальность составляет до 30%, а инвалидизация приближается к 100%. Основная доля пострадавших - составляют мужчины от 15 до 40 лет. Повреждения шейного отдела составляют до 25 % от общего числа травм позвоночника и, сопровождаясь в 52% неврологическими расстройствами, относятся к наиболее тяжелым травмам опорно-двигательной системы.

Основными причинами повреждений позвоночника в шейном отделе являются производственная травма (35-50%), дорожно-транспортные происшествия (20-56%), падение с высоты (19-45%), спортивная травма (3,5-11%). Травма шейного отдела позвоночника более чем в 44% случаев сопровождается повреждением спинного мозга с возникновением параличей, являющихся основной причиной тяжелой и стойкой инвалидизации. При этом уровне повреждения нередким является развитие жизнеопасных нарушений уже в остром периоде за счет восходящего отека ствола мозга с депрессией дыхания.

Таким образом, у данного контингента пострадавших в комплексе догоспитальной помощи необходимо предусмотреть щадящую иммобилизацию позвоночника в шейном отделе для предупреждения дальнейшего повреждения спинного мозга во время проведения интенсивной терапии и транспортировки в стационар. Однако, по данным отечественных авторов, лишь у 20% пострадавших с переломом шейного отдела позвоночника на догоспитальном этапе была проведена реальная иммобилизация. Учитывая трудности первичной диагностики повреждения позвоночника, особенно у пострадавших, находящихся в коматозном состоянии, необходимо всех пациентов на догоспитальном этапе уже при наличии соответствующих обстоятельств травмы (ДТП, падение с высоты и т.п.) отнести к группе риска и проводить им обязательную транспортную фиксацию шейного отдела позвоночника до начала других лечебных мероприятий. Эти требования в большинстве стран включены в обязательный алгоритм действий догоспитальных спасательных и меди-

цинских служб, которые оснащены соответствующим оборудованием (шины-воротники).

К сожалению, в отечественных руководствах догоспитальному ведению пострадавших с травмой шейного отдела позвоночника должное внимание не уделено, и большинство бригад скорой медицинской помощи до сих пор не оснащено необходимыми иммобилизационными средствами. В то же время в приказах «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению» введен в оснащение выездной бригады скорой медицинской помощи комплект иммобилизационных головодержателей типа воротников Шанца.

В настоящее время на рынке медицинской продукции появились средства для иммобилизации шейного отдела позвоночника отечественного и зарубежного производства. В первую очередь, это шины-воротники, предупреждающие осевое смещение шейного отдела позвоночника. Данное иммобилизирующее средство легко закрепляется вокруг шеи пострадавшего без дополнительной травматизации, причем целесообразно его применение уже при первичном осмотре до извлечения пациента с места травмы (салон автотранспорта, завалы и т.п.), перекладывания на носилки или начала интенсивной терапии (интубация трахеи, проведение ИВЛ и т.п.). Пациент должен находиться в шине-воротнике до проведения рентгеновского контроля в стационаре. Необходимость соответствия шеи пострадавшего и размера шины предполагает наличие у бригады скорой помощи комплекта шин - воротников различных размеров.

Таким образом, на догоспитальном этапе необходимо проведение осознанной гипердиагностики повреждений шейного отдела позвоночника у пострадавших с травмами и обязательное комплексное применение иммобилизирующих средств (шины-воротники и фиксаторы головы). Подобная тактика, проверенная мировым опытом, позволит оптимизировать догоспитальную помощь пострадавшим с повреждением шейного отдела позвоночника за счет предупреждения ятрогенной травматизации спинного мозга и, в конечном итоге, улучшить прогноз у данного контингента пострадавших.

Рекомендательный протокол оказания помощи на догоспитальном этапе при тяжелой ЧМТ

Юнусов Р.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Первые часы и минуты после тяжелой ЧМТ являются решающими в прогнозе восстановления мозга. Поэтому при тяжелой ЧМТ объем оказания помощи не должен существенно отличаться в зависимости от уровня подготовки бригады СМП. Все описанные далее принципы являются обязательными.

Оценка степени угнетения сознания на догоспитальном этапе должна проводиться по шкале комы Глазго. Тяжесть ЧМТ в первую очередь определяется степенью нарушения сознания. Черепно-мозговая травма считается тяжелой, если больной находится в сопоре (9-10 баллов по ШКГ) или в коме (8 и менее баллов по ШКГ).

Первая помощь представляет собой практически одновременное сочетание диагностических и лечебных мероприятий. Основная лечебная доктрина – предупреждение вторичных повреждений мозга. Важнейшие вторичные повреждения мозга связаны с его гипоксией и снижением кровоснабжения (перфузии).

1. Для предупреждения гипоксии всем больным в коме проводят протезирование дыхательных путей и начинают ИВЛ с обязательным содержанием кислорода в дыхательной смеси не менее 0,5. Кома и самостоятельное дыхание несовместимы даже при отсутствии формальных признаков дыхательной недостаточности – тахи- и брадипноэ, цианоза и нормальной сатурации гемоглобина по данным пульсоксиметрии!

2. При изолированной и сочетанной ЧМТ без признаков продолжающегося внутримозгового кровотечения для предупреждения нарушений перфузии обеспечивают церебральное перфузионное давление (ЦПД) не менее 70 мм рт.ст. ЦПД представляет собой разницу между средним сис-

темным артериальным давлением (АДср) и внутричерепным давлением (ВЧД): $\text{ЦПД} = \text{АДср} - \text{ВЧД}$; Для расчета среднего АД используют следующую формулу: $\text{АДср} = (\text{АДсис} + 2 \text{АДдиаст})/3$;

С целью поддержания ЦПД повышают системное артериальное давление и снижают внутричерепное давление (ВЧД).

Минимальный уровень АДср при тяжелой изолированной ЧМТ – 100 мм рт.ст. Ориентировочно такой уровень среднего АД обычно соответствует систолическому АД – 140-150 мм рт.ст. Приведем расчеты: $\text{АДср} = (140 + 80 + 80)/3 = 100$ (мм рт.ст.)

Считая, что при тяжелой ЧМТ внутричерепное давление составляет не менее 25-30 мм рт.ст., указанное системное АД позволяет обеспечить минимальный достаточный уровень церебрального перфузионного давления (ЦПД): $\text{ЦПД} = 100 - 30 = 70$ (мм рт.ст.)

Из-за неравномерности нарушений мозгового кровотока и существования индивидуального («привычного») уровня АД, которые невозможно оценить на догоспитальном этапе, минимальное систолическое АД может быть выше, чем 140-150 мм рт.ст. Исходя из этого, спонтанное повышение АД расценивается как компенсаторное в остром периоде ЧМТ. Его никогда не снижают независимо от уровня его повышения.

3. Для снижения ВЧД приподнимают головной конец носилок на 35-40°, обеспечивают профилактику гиповентиляции и нарастания уровня углекислоты путем проведения ИВЛ, предупреждают повышение внутригрудного давления путем седации больного и синхронизации с аппаратом ИВЛ, вводят гипертонический раствор натрия хлорида.

СОДЕРЖАНИЕ

Государственная поддержка догоспитального этапа экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан <i>Икромов А.И., Хаджибаев А.М.</i> _____	4	Аёлларда ўткир қорин синдроми билан кечадиган қорин бўшлиғи аъзолари касалликларини қиёсий таҳхислашда ультратовушли текширишнинг аҳамияти <i>Айтимова Г.Ю., Шейхова Х.К.</i> _____	14
Clinico-economical impact of HTA implementation on chest pain diagnostic markers <i>Bartoccioni F., Cianetti A., Tanzi P., Giuliani L., Brocchetti P., Merigioli S., Amoddeo CE., Pacchiarini D.</i> _____	5	Организация экстренной медицинской помощи больным с тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе <i>Акалаев Р.Н., Красненкова М.Б., Росстальная А.Л., Дадаев Х.Х., Ташханова О.А.</i> _____	15
The territorial emergency management in Italy <i>Sepioni F., Brocchetti P., Pugliese A., Surace A., Merigioli S., Pacchiarini D., Bartoccioni F.</i> _____	5	Дети с болями в животе - проблемы диагностики и лечебной тактики догоспитального этапа <i>Акилов Х.А., Алимова Х.П., Урмонов Н.Т.</i> _____	16
Emergency Medical Services and Hospital Based Emergency Care <i>Daya Mohamud</i> _____	6	Профилактика и лечебно-диагностические мероприятия на догоспитальном этапе при спаячной болезни у детей <i>Акилов Х.А., Кайтазов А.И.</i> _____	16
Publicly Available Information on Hazardous Substances <i>Spencer P.</i> _____	6	Оказание помощи при политравмах у детей на догоспитальном этапе <i>Акилов Х.А., Матякубов Х.Н.</i> _____	17
Состояние и проблемы оказания первой медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) <i>Аваков В. Е., Чурилова О. В.</i> _____	7	Профилактика и диагностические мероприятия на догоспитальном этапе при травмах органов промежности у детей <i>Акилов Х.А., Ходжимухамедова Н.А., Аминов У.С., Акилов Б.Б.</i> _____	18
Актуальные проблемы организации педиатрической помощи на догоспитальном этапе г. Ташкента <i>Агзамходжаев С.С., Эрманова Э.Р., Кудунова И.В.</i> _____	8	Оптимизация лечения судорожного синдрома у детей <i>Алибекова М.Б., Нуралиева Г.С., Мансурова Ф.З., Исмаилова Г.Х., Носиченко Л.Е., Мусаева К.Б.</i> _____	18
Оказание экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе <i>Абдуллаева З.А., Ташкенбаева Э.Н., Нарзуллаева М.А., Юсупов Ш.Ш.</i> _____	9	Особенности диагностики острой кишечной непроходимости, вызванной фитобезоаром, на догоспитальном этапе <i>Алиджанов Ф.Б., Жамилов У.Р., Саметдинов Н.Ю., Санакулов Ж.М.</i> _____	19
Программированное обеспечение информационно-коммуникационной системы службы скорой медицинской помощи <i>Абдуманнонов А.А.</i> _____	10	Оказание неотложной помощи детям с гипертермическим синдромом на догоспитальном этапе <i>Алимова Х.П., Баходирова А.Н., Бабаджанова З.О., Рахимова С.Р., Акбарова Н.А.</i> _____	20
Целесообразность проведения ранней антикоагулянтной терапии на догоспитальном этапе у больных в остром периоде ишемических инсультов <i>Агзамов Б.Р.</i> _____	11	Дорожно-транспортный травматизм у детей: медицинские проблемы догоспитального этапа <i>Алимова Х.П., Шадманов Т.Т.</i> _____	20
Организация лечебно-диагностической помощи при повреждениях мочевого пузыря на догоспитальном этапе <i>Азимов О.Х., Хашимов У.Т., Баймурадов Н.У., Пирматов И.Р., Шодиев А.Ю.</i> _____	12	Лечебно-диагностический стандарт при почечной колике на догоспитальном этапе медицинской помощи <i>Аллазов С.А., Ахмедов Ю.М., Меликова М.Х., Абдуллаев Б.А.</i> _____	22
Судорожный синдром в структуре причин госпитализации детей <i>Азимова Г.А., Абдусаломов А.А., Махмудова Ф.В., Азимова К.Т., Гарифулина Л.М.</i> _____	12	Комбинированное применение новокаиновой блокады и лазерной терапии на догоспитальном этапе у больных с острым орхоэпидидимитом <i>Аллазов С.А., Кодиров С.К., Тугалов Л.У.</i> _____	23
Значение неотложной медицинской помощи в догоспитальном этапе на охране репродуктивного здоровья женщин <i>Азимова Л.М., Юлдашев Т.Н., Тураева Ш.А.</i> _____	13	Обструктивные симптомы нижних мочевых путей: стандарты диагностических и лечебных ме-	

роприятий на догоспитальном этапе медицинской помощи <i>Аллазов С.А., Кодиров С.К., Мансуров У.М., Норкулов Х.М.</i> _____	<i>Ахмедова М.Д., Рахманов Б.О.</i> _____	33
Причины поздней диагностики гнойного холангита на догоспитальном этапе <i>Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Бойназаров И.Х., Хашимов М.А.</i> _____	<i>Ашуров У.А., Шарифбаев С.А., Исмаилов А.И., Эралиев М.Й.</i> _____	33
Догоспитальная диагностика острых коронарных синдромов <i>Аляви А.Л., Зияев Ю.Н., Кенжаев М.Л., Борисова Е.М., Кенжаев С.Р.</i> _____	<i>Бош мия оғир шикастланишларида беморларга шифохонагача бўлган даврда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишни такомиллаштириш</i> <i>Ашуров У.А., Жиянов И.А., Хайдаров У.А.</i> _____	34
Догоспитальная тромболитическая терапия у больных с острым коронарным синдромом с elevацией сегмента ST <i>Аляви А.Л., Кенжаев М.Л., Зияев Ю.Н., Маматкулов Х.А., Кенжаев С.Р., Пулатов О.Я.</i> _____	<i>Особенности организации оказания экстренной медицинской помощи и лечения при сочетанной черепно-мозговой травме с повреждением конечностей</i> <i>Ашуров У.А., Ашуров З.И., Хайдаров У.А., Тохиров У.</i> _____	34
Анализ причин черепно-мозговой травмы в результате дорожного транспортного происшествия в Джизакской области <i>Арзикулов Т.Н., Ибрагимов Б.Х., Расулов А.Э.</i> _____	<i>Пути совершенствования догоспитального оказания помощи при тяжёлой механической травме</i> <i>Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Миннуллин И.П., Михайлов Ю.М., Миннуллин Т.И.</i> _____	35
Мероприятия, проводимые при сложных травмах сегментов конечностей на догоспитальном этапе лечения <i>Асамов Р.Э., Юлдашев А.А., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Шарипова В.Х., Хакимов А.Б.</i> _____	<i>Новые организационные технологии обеспечения преемственности догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи</i> <i>Багненко С.Ф., Стожаров В.В., Мирошниченко А.Г., Минуллин И.П., Алимов Р.Р., Корбут Д.Л., Бумай А.О., Миннуллин Т.И.</i> _____	36
Алгоритм диагностики «угрожающих» форм острых тромбозов вен нижних конечностей на этапах экстренной хирургической помощи <i>Асамов Р.Э., Муминов Ш.М., Дадамьянц Н.Г., Ахмедов Р.А., Абдуллаев Ш.М., Исамухамедов Ш.Ш., Махмудов Б.Й., Йулдошев А.Х.</i> _____	<i>Оказание помощи травматологическим больным на догоспитальном этапе: ошибки и осложнения</i> <i>Баратов А.Б., Шукруллаев А.Р., Ярлакабов Ж.Т., Рахматов М.Б., Камолов Ё.О.</i> _____	37
Особенности оказания помощи больным с сочетанными повреждениями магистральных артерий конечностей на догоспитальном этапе <i>Ахмедов Р.А., Хамидов Б.П., Султанов Н.М., Хакимов А.Б., Ким Д.Л.</i> _____	<i>К вопросу лечения варикотромбофлебита в условиях Южного Приаралья</i> <i>Болтаев Д.Э., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.</i> _____	37
Догоспитальные диагностические и лечебные мероприятия при закрытой травмы почки <i>Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М.</i> _____	<i>Основные задачи организации медицинской помощи с неотложными состояниями на догоспитальном этапе</i> <i>Болтаев Д.Э., Мадаминов А.С.</i> _____	38
Особенности диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе <i>Ахмедов Ю.М., Хайдаров Г.А., Рузибоев С.А.</i> _____	<i>Дифференциальная диагностика острого панкреатита на догоспитальном этапе</i> <i>Ботиралиев А.Ш., Раимов Г.Н., Хожиев Х.М.</i> _____	39
Диагностика синдрома отёчной мошонки у детей <i>Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Хайитов У.Х., Мавлянов Ф.Ш., Музаффаров А., Маматов С.О., Соаткулов Х.М., Турсунов С.Э.</i> _____	<i>Некоторые организационные особенности оказания помощи пострадавшим с политравмой на догоспитальном этапе</i> <i>Валиев Э.Ю.</i> _____	40
Ошибки в диагностике инвагинаций кишечника у детей на догоспитальном этапе <i>Ахмедов Ю.М., Улугмуратов А.А., Соаткулов Х.М., Турсунов С.Э.</i> _____	<i>Улучшение качества экстренной медицинской помощи гинекологическим больным на догоспитальном этапе</i> <i>Вохидов У.Ю., Султанов У.У., Хусанова И.</i> _____	42
Диагностика и лечение пищевой токсикоинфекции на догоспитальном этапе	<i>Синдром острой головной боли: диагностическая и лечебная тактика на догоспитальном этапе</i> <i>Гафуров Б.Г., Арифджанов Ш.Х.</i> _____	42
	<i>Некоторые проблемы дифференциальной диагно-</i>	

стики клинической формы инсульта на догоспитальном этапе <i>Гафуров Б.Г., Пулатов С.С., Зупарова Л.М.</i> _____ 43	четанной и политравмой <i>Жабборов К.С., Машарипов К.М., Нурматов И.З., Лим Е.Н.</i> _____ 55
Современная тактика базисной терапии инсульта на догоспитальном этапе <i>Гафуров Б.Г., Арифджанов Ш.Х., Мубараков Ш.Р.</i> _____ 44	Проблемы тромболитической терапии на догоспитальном этапе <i>Захидов А.Я., Мубараков Ш.Р.</i> _____ 55
Опыт обучения персонала службы скорой медицинской помощи алгоритмам и стандартам оказания помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях <i>Горяинов М.И.</i> _____ 45	Лечение острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе <i>Зияев Ю.Н., Кенжаев М.Л., Рахимова Р.А., Хаитов С.Ш.</i> _____ 56
Усовершенствования системы медицинского обеспечения при множественных и сочетанных травмах на догоспитальном этапе <i>Давлатов Б.Н., Пахмурин И.Р., Мамаджанов Х.Х., Хананияев Ф.Р.</i> _____ 46	Болаларда эпифизар остеомиелитда клиник кечишнинг ўзига хослиги, госпитализациягача бўлган диагностик хато ва оқибати <i>Ибрагимов Т.М., Пардаев А.У.</i> _____ 57
Алгоритм оказания помощи на догоспитальном этапе при неотложных состояниях у больных с множественными и сочетанными травмами <i>Давлатов Б.Н., Пахмурин И.Р., Матмусаев Х.Т., Исаков Б.М.</i> _____ 47	Особенности критических состояний при остром мозговом инсульте на догоспитальном этапе <i>Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Сиддииков Ш.С., Ачилов У.Х., Болтаев Д.Э., Ярашев Р.С.</i> _____ 58
Множественная и сочетанная травма: приоритеты госпитализации <i>Давлатов Б.Н., Кулдашев К.А., Исаков Б.М., Хананияев Ф.Р.</i> _____ 48	Новые принципы совершенствования деятельности службы экстренной медицинской помощи в неотложной неврологии на догоспитальном этапе <i>Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Сиддииков Ш.С., Болтаев Д.Э., Ярашев Р.С.</i> _____ 58
Новые аспекты хирургической тактики при сочетанных травмах <i>Джалилов Р.М., Джалилов Ф.Р., Исаков Б.М., Ташланов М.М., Мукарамов О.О.</i> _____ 49	Современные аспекты организации экстренной медицинской помощи и принципы лечения при остром мозговом инсульте на догоспитальном этапе <i>Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Ярашев Р.С., Уринов К.</i> _____ 59
План эвакуации травмированных больных при чрезвычайных ситуациях <i>Джалилов Р.М., Кариев Ш.Н., Тухтаев Ж.Т., Ташланов М.М.</i> _____ 49	Оценка догоспитальной медицинской помощи при черепно-мозговой травме по материалам приемной травматологии АФРНЦЭМП <i>Исаков Б.М., Давлатов Б.Н., Шарипов А.А., Каюмов И., Бурханов И.М.</i> _____ 60
Основные принципы оказания медицинской помощи на месте происшествия пострадавшим детям с нарушением дыхания <i>Джалолов Р.М., Юлдашев Ш.С., Ражабов И.М.</i> _____ 50	Алгоритмы медицинской помощи на догоспитальном этапе у больных с позвоночно-спинномозговой травмой <i>Исаков Б.М., Давлатов Б.Н., Хананияев Ф.Р., Максудов Б.М., Набиев Ф.О.</i> _____ 60
Пути совершенствования оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в условиях реформирования здравоохранения <i>Джумабаев Э.С.</i> _____ 51	Проблемы догоспитальной помощи пострадавшим с повреждениями шейного отдела позвоночника <i>Исрайилов Д.У.</i> _____ 62
Проблемы диагностики и лечения закрытой травмы грудной клетки на догоспитальном этапе <i>Джумабаев Э.С., Каримов Ш.Н., Гафуров З.К.</i> _____ 52	Ошибки в диагностике острого аппендицита на догоспитальном этапе <i>Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Карабаев Б.Х., Рузметова Д.Р., Ахмедов А.А., Аллаев Н.М.</i> _____ 62
Пути совершенствования догоспитального этапа в лечении острого аппендицита <i>Джумабаев Э.С., Асронов Ш.Я., Хакимов В.А., Саидходжаева Д.Г., Михайлович И.Э.</i> _____ 53	Современные аспекты оказания помощи больным с сочетанной травмой грудной клетки и костей верхних конечностей на догоспитальном этапе <i>Каримов Б.Р., Валиев Э.Ю., Рахманов Р.О.</i> _____ 63
Опыт проведения длительной ИВЛ при тяжелых черепно-мозговых травмах в сочетании с поражениями грудной клетки <i>Джураев И.Б., Рахманов Б.А.</i> _____ 54	Диагностика трубной беременности на догоспитальном этапе <i>Каримов З.Д., Касымова Д.М., Хусанходжаева М.Т.,</i>
Оказание догоспитальной помощи больным с со-	

Абдикулов Б.С. _____ 64	фарктной стенокардии на догоспитальном этапе
Ведение больных с миомой матки на догоспитальном этапе	Марданов Ф.М., Рофеев М.Ш., Закиева М.В., Назарова З.Ш. _____ 76
Касымова Д.М., Абдикулов Б.С., Хусанходжаева М.Т. _____ 65	Тактика оказания экстренной медицинской помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе
Особенности диагностики острого живота в неотложной гинекологии на догоспитальном этапе	Марупов А.М., Стопницкий А.А. _____ 77
Касымова Д.М. _____ 66	Совершенствование экстренной медицинской помощи при острых химических отравлениях на догоспитальном этапе
Анализ клинико-эпидемиологической структуры пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой	Марупов А.М., Стопницкий А.А. _____ 78
Красненкова М.Б., Акалаев Р.Н., Росстальная А.Л., Дадаев Х.Х., Акопян С.Э. _____ 67	Оказание медицинской помощи при переломах нижней конечностей с сочетанием повреждением таза
Функциональная оценка напряженности труда хирургов экстренной медицинской помощи	Махкамов И.Х., Валиев Э.Ю. _____ 79
Кучкарова М.Р., Ильина О. Н., Камалова М. _____ 69	Стандарты врачебной помощи при катастрофах
Догоспитальная медицинская помощь у больных с повреждениями почек	Махкамов К.Э., Юнусов Р.С. _____ 79
Мадаминов А.С., Оллокулиев Б.Р., Абдушарипов М.А. _____ 70	Мероприятия на догоспитальном этапе оказания помощи больным с геморрагическим инсультом
Применение ультразвукового исследования в диагностике и лечении апоплексии яичника на догоспитальном этапе	Махкамов К.Э., Кузibaев Ж.М., Саидов С.С. _____ 80
Мадаминова Ж.С., Абдиримова А.Д., Бобониязова Б.И., Шейхова Х.К., Эшчанова М.Х. _____ 70	Стандарты оказания медицинской помощи больным с геморрагическим инсультом на догоспитальном этапе
Особенности диагностики и оказания догоспитальной помощи больным с укусом паука каракурта	Махкамов К.Э., Кузibaев Ж.М. _____ 81
Маликов Б.Х., Камолов Б.Т. _____ 71	Организация первой медицинской помощи нейрохирургическим больным
Тактические вопросы оказания медицинской помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями на догоспитальном этапе медицинской эвакуации	Машарипов Б.А., Машарипов К., Нурматов И.З. _____ 82
Маликов Ю.Р., Янгиев Б.А., Азимов А.А., Маматов К.С. _____ 72	Совершенствование диагностики дорожно-транспортных травм на догоспитальном этапе
Степень корреляции клинических признаков с исходами черепно-мозговой травмы в догоспитальном и госпитальном этапах	Машарипов К., Ниязметов А.Н., Халимов П., Болтаев Р. _____ 82
Мамадалиев А.М., Мамадалиева С.А., Алиев М.А. _____ 72	Анализ медицинской помощи травматологическим больным до обращения в травматологический пункт Хорезмского филиала РНЦЭМП
Зависимость исходов травматических сдавления головного мозга от состояния сознания и балльной оценки состояния в догоспитальном этапе и в стационаре	Машарипов К., Бабажанов Д.Э. _____ 83
Мамадалиев А.М. _____ 74	Значение транспортной иммобилизации при лечении чрез- и надмышечковых переломов плечевой кости у детей
Артериальная гипертония касаллигида беморларга шифохонагача бўлган даврда кўрсатилган тиббий ёрдамнинг нишон аъзоларнинг зарарланиши ва асоратлар микдорига таъсири	Машарипов Ф.А., Мусаев Т.С., Наврузов С.Ю., Хашимов Ф.Ё., Толипов Н.Н. _____ 84
Мамажонов Б., Пулатов Ф., Каримов А. _____ 75	Объективная оценка и мониторинг профессионального уровня специалистов скорой медицинской помощи
Рекомендации по оптимизации лечения осложненных гипертонических кризов на догоспитальном этапе	Миннуллин И.П., Мирошниченко А.Г., Ходаков А.И., Михайлов Ю.М., Бумай А.О., Миннуллин Т.И. _____ 85
Мамасалиев Н.С., Верткин А.Л., Джумабаев Э.С., Ниязов З.М., Абдуллаева Г. _____ 75	Профилактика синдрома жировой эмболии у больных с сочетанной травмой на догоспитальном этапе
Современные методы терапии ранней постин-	Мирджалилов Ф.Х., Валиев Э.Ю. _____ 85
	Организация экстренной медицинской помощи в Сырдарьинской области
	Муминов Р.Д., Нишанов Х.Т., Исантурдиев У.И. _____ 86
	Организация медицинской помощи пострадавшим

при дорожно-транспортных происшествиях Муминов Р.Д., Джаббаров Д.Д., Эшмирзаев Д. _____	Пардаев А.У., Отамуродов К.Н., Хотамов О.Р. _____
87	97
Тактика лечения больных с острым варикотром- бофлебизмом Муминов Ш.М., Ахмедов Р.А., Абдуллаев Ш.М., Исамухамедов Ш.Ш., Йулдошев А.Х. _____	Основные аспекты сортировки пострадавших на догоспитальном этапе Пардаев А.А., Аскарлов А.А. _____
88	98
Частота развития осложнений инфаркта миокарда в зависимости от срока доставки больных в ста- ционар Муранов Б.А., Марданов Т., Ташкенбаева Э.Н., Марда- нова М.М., Хайдарова А.Ю. _____	Основные принципы медицинского обеспечения на догоспитальном этапе при чрезвычайных си- туациях Пардаев А.А., Аскарлов А.А. _____
89	98
Особенности оказания догоспитальной медицин- ской помощи при сочетанных и множественных травмах у детей Мусаев Т.С., Толипов Н.Н., Машарипов Ф.А., Наврзлов С.Ю. _____	Технология обучения интубации трахеи врачей скорой помощи Пахмурин И.Р., Ходжиматов Г.М. _____
89	99
Оптимизация неотложной помощи детям с бронхообструктивным синдромом на догоспи- тальном этапе Мухамедова Х.Т., Сатвалдиева Э.А., Баходирова А.Н., Бабаджанова З.О., Алибекова М.Б., Рахимова С.Р. _____	Причины и пути уменьшения догоспитальной смерти при политравмах Пирназаров Д.А., Юлдашев Ш.С., Мирзаев Н.Ж. _____
90	100
Догоспитальная помощь детям с открытыми пере- ломами длинных трубчатых костей Наврзлов С.Ю., Хашимов Ф.Ё., Мусаев Т.С., Машарипов Ф.А., Толипов Н.Н. _____	Оказание экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе детям с сочетанной череп- но-мозговой травмой Пяк А.А. _____
91	100
Тактика лечения пациентов с острой задержкой мочи, обусловленной доброкачественной гипер- плазией простаты, на догоспитальном этапе Наджимитдинов Я.С., Каюмов А.А., Кадыров К.Б. _____	Эффективная антиаритмическая терапия бисо- прололом и амиодароном у больных с дилатаци- онной кардиомиопатией Раимжанов А.А., Ахмадалиев Б.К., Туйчиев А.Х. _____
92	101
Почечная колика у детей - лечение в амбулатор- ных условиях Наджимитдинов Я.С., Ходжаев Ш.Н. _____	Догоспитальная диагностика и предоперационная подготовка новорожденных с атрезией пищевода Рахимов Б.С., Рахимова Д.А., Аккузиев И., Шевкетова Л.Ш. _____
92	102
Организация экстренной медицинской помощи на догоспитальном периоде при ЧС Нишанов Х.Т., Джурабаев Н.З., Исантурдиев У.И. _____	Диагностические ошибки на догоспитальном эта- пе при нагноительных заболеваниях легких у де- тей Рахимов Б.С., Рахимова Д.А., Халилов Ш.К., Мамадалиев Х. _____
93	103
Сирдарё вилоятида фавкулудда вазиятларда шо- шилиньч тиббий ёрдамни ташкил этишнинг ўзига хос жихатлари ва муаммолари Нишанов Х.Т., Буранов С.М., Исантурдиев У.И. _____	Диагностика и лечебная тактика при острой за- держке мочи на догоспитальном этапе Рахимов М.Р., Ахмедов Р.Н., Рашидов М.М. _____
94	103
Способ предоперационной обработки рук хирурга в условиях чрезвычайной ситуации Нишанов Х.Т., Яриев А.Р., Исантурдиев У.И., Кунишев Ш.У. _____	Тактика ведения больных с альгодисменореей на догоспитальном этапе Рахманкулова Ш.С., Насриддинова Г.У., Нуриддинова Ш.М. _____
95	104
Особенности клинического течения и догоспи- тальные диагностические ошибки при остром ге- матогенном остеомиелите костей таза у детей Пардаев А.У., Хамраев А.Ж. _____	Догоспитальный этап в структуре клинических протоколов неотложной гинекологии Рахманкулова Ш.С., Насриддинова Г.У., Нуриддинова Ш.М. _____
96	105
Болалардаги найсимон суяклар ўткир гематоген остеомиелити клиник кечишининг ўзига хослиги, стационаргача бўлган диагностик хато ва окибатлар	Догоспитальная интенсивная терапия пострадавшим детям при сочетанных травмах Рахматов Х.Р., Юлдашев Ш.С., Муродова Д.С. _____
	106
	Алгоритм диагностики изолированных и сочетан- ных травм уретры на догоспитальном этапе Рашидов М.М., Ахмедов Р.Н. _____
	107
	Принципы организации экстренной догоспиталь- ной кардиологической помощи Рофеев М.Ш., Марданов Ф.М., Назарова З.Ш., Закиева М.В. _____
	108

Права пациентов – обязанности медицинских работников
Рустамов М.Р., Шакаров Ф.Р., Тожиев Б.Х., Кудратов О.Б. _____ 108

Вопросы поддержки церебрального перфузионного давления у больных с геморрагическим инсультом на догоспитальном этапе
Сабиров Д.М., Захидов А.Я., Ярашев А.Р., Койиров А.К. _____ 109

Современные аспекты неинвазивной вентиляции у больных с острой сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе
Сабиров Д.М., Набиев А.А., Койиров А.К., Ярашев А.Р. _____ 110

Проблемы транспортировки на догоспитальном этапе больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами
Сабиров Д.М., Акалаев Р.Н., Саттаров А.Э., Баратов Б.И., Дадаев Х.Х., Росстальная А.Л. _____ 111

Влияние догоспитальной помощи на исходы лечения сочетанных травм
Сайпиев А.С., Худайбердиев П.К., Хужакулов У.Б., Ходжаев М.Ю. _____ 112

Догоспитальная раневая микрофлора и профилактика нозокомиальной инфекции у тяжело обожженных детей раннего возраста
Сатвалдиева Э.А., Мухитдинова Х.Н., Ходжаева М.Х., Абдуллаев У.Х., Убайдуллаев З.Ш., Расулева Н.Р. _____ 112

Диабетический кетоацидоз у детей: программа инфузионной терапии на догоспитальном этапе
Сатвалдиева Э.А., Абдуллаев Х.Н., Расулева Н.Р. _____ 113

Диагностическая и лечебная тактика на догоспитальном этапе при диареях у детей раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном
Сагдинов П.О. _____ 114

Эффективность применения фармадипина на догоспитальном этапе у больных с гипертоническим кризом
Собиров М.Ю., Атажанова Н.М., Сапаева Ш.П. _____ 114

Острые отравления амитриптилином у детей: особенности диагностики и тактики оказания первой помощи на догоспитальном этапе
Стопницкий А.А., Марупов А.М. _____ 115

Эпидемиология и профилактика экстрагенитальных заболеваний у беременных в ранних сроках гестации
Султанов У.У., Туйчибаева З.Т. _____ 116

Оказание догоспитальной помощи пострадавшим с повреждениями таза
Тияков А.Б., Сайдалиев З.Р. _____ 117

Фавкулудда холатларда шикастланганларга шифохонагача бўлган даврда шошилиш ёрдамни

такомиллаштириш
Тогаев Ш.Б., Шодмонов Б.Р., Эрназаров Х.М., Очилов Э.К., Пирназаров Э.Х., Аллаев Д. _____ 117

Оказание экстренной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе в условиях Кашкадарьинского региона
Тогаев Ш.Б., Турсунова М., Гаффоров Ш., Зайниев Б. _____ 118

Тиббиётдаги ислохотларнинг аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатишдаги ўрни ва аҳамияти
Тогаев Ш.Б., Вохидов У.Ю., Туляков Р.П. _____ 118

Геморрагический инсульт: ведение больных на догоспитальном этапе
Тошпулатов Ш.П., Агзамов М.К., Юлдашев Ш.С., Агзамов И.М., Маматов М.М. _____ 119

Комплексный подход к ранней неотложной помощи больным с острой сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе
Туйчиев А.Х., Нишонов У.А. _____ 120

Причины обострения и сезонные аспекты догоспитальной обращаемости больных бронхиальной астмой
Турдибеков Х.И., Файзуллаева Д.У., Ташкенбаева Э.Н., Маллаева С.А. _____ 121

Оказание догоспитальной помощи детям при травмах
Турсунов Б.С., Турсунов Н.Б., Турсунова Г.Б. _____ 122

Применение антипиретиков на догоспитальном этапе у детей с острой респираторной инфекцией
Турсунова Б.А., Казимова М.К. _____ 123

Алгоритм ведения больных с эндометриоидными кистами яичников на догоспитальном этапе
Тухтабаева Б.М. _____ 124

Диагностика острой ишемии тканей при костно-сосудистых травмах конечностей на догоспитальном этапе
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Камбаров Б.С., Сирожитдинов У.К. _____ 124

Особенности оказания помощи больным с тяжелой травмой нижних конечностей на догоспитальном этапе
Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Сувонов Ж.Н., Расулов А.Ф. _____ 125

К вопросам неотложной медицинской помощи при травмах позвоночника и спинного мозга на догоспитальном этапе
Усманов З.Х., Юлдашев Ш.С. _____ 126

Бош мия шикастланиши шубха қилинган болаларда госпитализациягача бўлган муолажаларнинг таҳлили
Файзуллаев Ф.Ф., Иботов Н.О. _____ 127

Пути улучшения экстренной медицинской помощи обожженным на догоспитальном этапе

Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Шукуров С.И. _____	128	Халилов А.С. _____	139
Анализ структуры и путей поступления обожженных в отделение комбустиологии РНЦЭМП		Особенности лечебной стратегии и тактики при сочетанной травме у детей	
Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Шукуров С.И., Ажиниязов Р.С., Шомуталов М.Ш. _____	129	Хамидов Б.Х., Хужаназаров И.Э. _____	140
Принципы оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе при массовых термических поражениях		Догоспитальная помощь при тепловом ударе у детей	
Фаязов А.Д., Камиллов У.Р. _____	129	Хамраева Г.Ш., Мустакимов А.А., Мусаева К.Б. _____	141
Профилактика воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин на догоспитальном этапе		Догоспитальный этап лечения ожоговой травмы у детей	
Фозилбеков Р.А., Касымова Д.М., Азимова Ф.А. _____	130	Хамраева Г.Ш., Фаязов А.Д., Мухитдинова Х.Н., Алаутдинова Г.И. _____	141
Применение магния сульфата при остром инфаркте миокарда, осложненным желудочковыми экстрасистолами на догоспитальном этапе		Пути улучшения результатов лечения больных с язвенными кровотечениями	
Фозилова М.Ф., Мирзажонов У.Б. _____	131	Хатамов К.Х., Мельник И. _____	142
Организация экстренной медицинской помощи в условиях приемно-диагностического отделения РНЦЭМП		Принципы организации работы скорой медицинской помощи в Нукусе (Республика Каракалпакстан)	
Хаджибаев А.М., Борисова Е.М., Шукуров Б.И. _____	132	Ходжиев Д.Ш., Сержанов А.Х., Ерназарова У. _____	143
Изучение адгезивных свойств внутрибольничных штаммов синегнойной палочки		Ошибки в диагностике и лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки	
Хаджибаев А.М., Касымова К.Р. _____	133	Ходжиматов Г.М., Пахмулин И.Р., Хакимов И.С., Тургунов Ш.Ш. _____	144
Роль и значение учебных циклов по медицине катастроф в улучшении медицинской помощи населению при чрезвычайных ситуациях		Организация оказания экстренной медицинской помощи в приёмном отделении при массовом поражении	
Хаджибаев А.М., Махамадиев Д.Дж. _____	134	Холмурзаев И.А., Азимов А.Н. _____	145
Значение тематических циклов усовершенствования врачей в оптимизации деятельности приемно-диагностических отделений системы экстренной медицинской помощи		Организация экстренной медицинской помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями на догоспитальном этапе	
Хаджибаев А.М., Сабиров Дж.М., Алиджанов Ф.Б., Махамадминов А.Г., Набиев А.Дж. _____	135	Хотамов К.Х., Нишанов Х.Т., Касимов Э.К., Яриев А.Р. _____	146
Дифференциальная диагностика острого панкреатита на догоспитальном этапе		Алгоритм оказания экстренной медицинской помощи больным с анафилактическим шоком на догоспитальном этапе	
Хайдаров Г.А., Ахмедов Ю.М., Карабаев Х.К., Нарзуллаева М.А. _____	135	Худайберганов Ш.А., Тошев Б.Р., Ташметова М.Э., Икрамов А.В. _____	147
Принципы оказания неотложной помощи больным с инфарктом миокарда на догоспитальном этапе		Анализ ошибок оказания медицинской помощи больным с политравмой на догоспитальном этапе лечения	
Хайдарова А.Ю., Ибрагимов И.С., Мансуров Ш.К., Карпина Л.С., Ли И.А. _____	136	Худайберганов Ш.А., Тошев Б.Р., Ташметова М.Э., Жураев Ш.Д. _____	147
Первая помощь при ожогах и ожоговом шоке на догоспитальном этапе		Рациональные методики обезболивания кетаминном на догоспитальном этапе при тяжёлой сочетанной травме	
Хакимов Э.А., Хайдаров М.М., Карабаев Ж.Ш., Некбаев Х. _____	137	Худайберганов Ш.А., Каримов В.Ю., Тошев Б.Р., Ташметова М.Э. _____	148
Ошибки при оказании медицинской помощи обожженным на этапе субфилиалах ЦРБ Самаркандской области		Обоснование использования принципов доказательной медицины на догоспитальном этапе при сочетанных черепно-мозговых травмах	
Хакимов Э.А., Карабаев Б.Х., Рузибоев С.А., Тагаев К.Р., Азимов Ш.Т. _____	138	Худайбердиев К.Т., Давлатов Б.Н., Кулдашев К.А., Кулдашева З.К., Бурханов И.М. _____	149
Диагностические ошибки при дивертикулёзе толстой кишки на догоспитальном этапе		Реализация проекта «Повышение эффективности экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан»	

Шаринов А.М., Хамзаев К.А., Батманов А.Л. ____ 150

Приоритеты оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе детям раннего возраста с фебрильными судорогами

Шевкетова Л.Ш., Рахимов Б.С., Рахимова Д.А., Мухитдинова М.К. ____ 150

Основные принципы медицинской помощи пострадавшим с димиелическими переломами бедренных костей на догоспитальном этапе

Шермухамедов Д.А., Валиев Э.Ю. ____ 151

Анализ догоспитальной летальности от травм груди у пострадавших с политравмой

Шукуров Б.И., Ешмуратов Б., Исаков Ш.Ш., Рахмонов Р.О., Давлетов У.К., Пирматов Ш.Ш. ____ 152

Актуальные проблемы организации кардиологической помощи на догоспитальном этапе г. Ташкента

Эрманова Э.Р., Агзамходжаев С.С. ____ 153

Организация догоспитальной медицинской помощи населению отделением скорой медицинской помощи в Джизакском филиале РНЦЭМП

Эшбеков М.Э., Наркузиев Н.У., Салимова М.С. ____ 154

Догоспитальная помощь пострадавшим с повреждением шейного отдела позвоночника

Юлдашев Ш.С., Агзамов М.К. ____ 155

Рекомендательный протокол оказания помощи на догоспитальном этапе при тяжелой ЧМТ

Юнусов Р.С. ____ 156