Вестник
Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

том1, №1, 2012 г.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

том 1, №1, 2012 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа);проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа);проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа),проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:
зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.
ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.
научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.
технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.
художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.
технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.
корректор – Брагина Н.А.
корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

© ГБОУ ВПО БГМУ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ, 2012

Материалы республиканской научно – практической конференции «Актуальные вопросы неотложной медицины и подготовки врачей для работы в ЧС», посвященной 75-летнему юбилею профессора Хунафина Саубана Нурлыгаяновича

26 октября 2012г.

г. Уфа

СОДЕРЖАНИЕ

С.Ф. Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.М. Барсукова 7
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

С.Ф. Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.М. Барсукова, Р.Р.Алимов 11
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А.Г.Мирошниченко, В.В.Стожаров, И.М. Барсукова 20
НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова 26
ВРЕМЯ РЕФОРМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Ю.С. Винник, Д.Ю. Лопатин, В.П. Пустовалов, П.Ю. Галушко, 31
С.Г. Степанов, Е. В.Серова.
ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МБУЗ «ГКБ № 7» Г. КРАСНОЯРСКА

Ю.С.Винник, О.В.Теплякова, М.Ю. Юрьева, Н.Г. Третьякова 38
АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТМОРОЖЕНИЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ (2001-2011 ГГ.)

С.В.Смирнов, Л.П.Логинов, В.С. Борисов 42
ОШИБКИ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Е.М.Мохов, А.Е. Жуков, П.Ю. Карпенков 47
ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ВИДИМОМ КРАСНОМ СПЕКТРЕ ДЛИН ВОЛН И ГИДРОГЕЛЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН III А СТЕПЕНИ

.Г.Хасанов, И.Ф. Суфияров, С.Х. Бакиров, А.Р. Мусин 51
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

С.Ф. Багненко, А.Г.Мирошниченко, В.В.Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р.Алимов, 57
И.М. Барсукова, А.О.Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев,
Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов, В.Г. Моргенштерн
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

С.Ф. Багненко, А.Г.Мирошниченко, В.В.Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р.Алимов, 62
И.М. Барсукова, А.О.Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев,
Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов, А.Т. Мирзабаев
АЛГОРИТМ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

В.С.Пантелеев, А.В. Якушев, Ш.А.Зарипов, И.Ф. Мухамедьянов 66
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА БОРТ – ВРАЧАМИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ

С.Ф. Багненко, А.Г.Мирошниченко, И.П. Миннуллин, Р.Р.Алимов, 70
И.М. Барсукова, А.О.Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, П.А. Дубикайтис,
Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СПБ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. И.И.ДЖАНЕЛИДЗЕ

С.Ф. Багненко, А.Г.Мирошниченко, В.В.Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р.Алимов, 75
И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев,
Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов
ЭТАПЫ НОРМАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.М. Тимербулатов, С.Б. Сагитов, И.М. Уразбахтин, В.М. Сибаев, 80
Р.Р. Шарафутдинов, Ю.М. Исмагилова, Ш. В. Тимербулатов
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Е.М.Мохов, П.Ю. Карпенков, А.Е.Жуков 91
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРОГЕЛЕВЫХ ПОВЯЗОК ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

С.Н. Хунафин, П.А. Ишмухаметов, Л.Г.Арсланова, О.В. Питюк, И.В.Филиппов, 95
Е.Н.Бирюкова, Р.М. Зинатуллин
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИН ПРИ ОЖОГАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

С.Н.Хунафин, Ю.В.Петров, А.Ф. Власов, А.Ш. Загретдинов 104
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

А.И.Новиков 112
ЭКСТРЕННАЯ ЭНДОСКОПИЯ И ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

М.С. Кунафин, С.Н. Хунафин, А.Ф.Власов, Ф.С.Мусина, У.С. Султанбаев, Р.Т. 116
Хамидуллин, Ф.Д. Тимербулатов, М.Ш. Чанышев, Р.М. Зинатуллин, З.Р.Саитова,
Г.А.Батурина.
ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ С КУРСАМИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ И ТРАНСФУЗИОЛОГИИ ИПО БГМУ

РР.Губайдуллин, И.Н.Пасечник 126
ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Д.А. Валишин, А.П. Мамон, Р.Т. Мурзабаева, М.А. Мамон, Э.М. Мингазова, А.С. Свирина 140
ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Д.Х. Хунафина, А.Т.Галиева, А.Н. Бурганова, Л.Р. Шайхуллина, Г.Р. Сыртланова 144
ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Д.А.Валишин, Д.Х.Хунафина, Л.Р. Шайхуллина, А.Н. Бурганова, А.Т. Галиева. 148
ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Л.Т. Гильмутдинова, Д.Р. Исеева, Э.М.Назарова, Г.Т. Ямилова, А.А. Цыглин, Х.М. Мустафин, Р.Р.Ахмадуллин, А.А. Исмагилова, Л.Р. Боговазова 153
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

С.В. Шагарова, А.Г. Муталов, Г.П.Ширяева, Т.А. Титова, Н.А. Дружинина, Р.А.Ахметова, Э.З. Бикметова, Л.К. Петрова 158
АНАЛИЗ РАБОТЫ СЛУЖБЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ МБУЗ «ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №2»

В.А.Кулавский, В.В.Архипов, С.Ф. Насырова, Ф.Л. Хайруллина, В.Н. Радутный, Е.В. Кулавский, Ф.Ф. Бадретдинова 162
КРОВОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Н.П.Соколова, В.П.Кулешова 168
МАММОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.С.Винник, М.И. Гульман, Р.А. Пахомова, Л.В. Кочетова, Н.С.Соловьева, О.И. Ширякова 172
ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

М.С. Кунафин, С.Н. Хунафин, Р.А.Крючков 176
ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАЛЛОСТЕОСИНТЕЗЕМ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАЗВИТИЕМ ОСТЕОМИЕЛИТА

И.А.Круглова, С.Н.Хунафин, Р.Н. Гилязева, Д.Р. Алакаева 183
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ГИНЕКОЛОГИИ

М.С.Кунафин, С.Н.Хунафин, Ф.Д.Тимербулатов, Ф.С.Мусина, М.Ш.Чанышев 186
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

М.М.Зиганшин, Ф.Д.Тимербулатов, Р.В.Бикбулатов 190
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.Н. Закирова, И.Е. Николаева, Е.Н. Ермолаев, Р.Х. Сабитов, И.Г. Валеев, Д.Р. Зайнуллина 196
ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Д.А. Борисенко, А.П. Борисенко, А.И. Маслов, Н.А.Шапошников 202
СЛУЧАЙ УДАЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОЖЕВОГО РАНЕНИЯ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

И.И. Таранов, А.И.Маслов, А.А. Колесниченко 206
К ПРОБЛЕМЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ВОЗНИКШИМ НА ФОНЕ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Д.В. Кучер, В.Г. Рындин, Л.А. Рындина, А.И.Маслов 209
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

А.М.Давлетшин, С.Н.Хунафин 213
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП В ЗАТОНСКОМ РАЙОНЕ Г. УФЫ

С.Н. Хунафин, Р.Р. Юсупов, М.Ш. Чанышев, Л.Ф. Максютова 215
МЕЖРАЙОННЫЕ ЦЕНТРЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ КАК ЭТАП ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП.

С.Н. Хунафин, М.С. Кунафин, Р.Р. Юсупов, М.Ш. Чанышев, А.Ф. Власов, Ф.С. Мусина, Г.Р. Чанышева, Ф.Д. Тимербулатов, Л.Ф. Максютова, Р.Т. Хамидуллин 221
ПОДГОТОВКА ВРАЧЕБНОГО СОСТАВА ДЛЯ РАБОТЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

УДК 614.2:417

© С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, 2012

С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Представлены статистические данные службы скорой медицинской помощи по состоянию на 2011 год.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, организация скорой медицинской помощи.

S.F. Bagnenko, A.G.Miroshnichenko, I.M.Barsukova

CURRENT STATE OF SERVICE OF THE FIRST HELP IN RUSSIA

The St.-Petersburg scientific research institute of first aid of I.I.Dzhanelidze

Statistics ambulance service by the year 2011.

Key words: the first help, obligatory medical insurance.

Государственная политика по совершенствованию системы оказания скорой медицинской помощи (далее – СМП) направлена на сокращение уровня преждевременной смертности, увеличение продолжительности жизни, улучшение демографической ситуации в стране, а в конечном итоге – на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, семьи, общества в целом, поддержания активной долголетней жизни всех членов общества. На решение этих задач направлены все имеющиеся ресурсы СМП.

По состоянию на 2011 год скорую медицинскую помощь населению оказывали 2940 станций скорой медицинской помощи (247 - самостоятельных и 2693 - входящих в состав других учреждений), 49 больниц скорой медицинской помощи с коечным фондом 28,8 тыс. коек.

Бригадами СМП выполнено более 49 млн. выездов и оказана помощь 50,7 млн. человек, что составляет в среднем 355 случаев на 1000 населения (по регионам различие значений показателя составляет 2,27 раза). Госпитализировано более 10 млн. (22%) пациентов (рост на 2% за последние 3 года).

За 3 года (2009-2011 годы) количество станций (отделений) СМП по стране снизилось на 3% при уменьшении вызовов СМП на 1%, что свидетельствует как о процессах реорганизации системы СМП (централизации, укрупнении организаций СМП), так и об улучшении показателей здоровья населения на фоне проводимой модернизации здравоохранения.

В структуре вызовов стабильным остаётся соотношение выездов: внезапные заболевания и состояния - 70,1-71,2%, несчастные случаи и травмы - 9,2-9,3%, перевозки - 10,7-12%, вызовы на квартиры - 88,2-89,4%, вызовы на улицу - 4,2-5,6%, вызовы к детям - 16%. Вызывает тревогу значительный рост пострадавших при ДТП (на 27 тыс., что составляет 10% по сравнению с 2009 годом).

Основными ресурсами СМП являются: 11420 общепрофильных врачебных бригад (28% общего количества бригад), 3834 специализированные бригады (9%), 1547 бригад интенсивной терапии (4%) и 23 855 фельдшерских бригад (59%). Динамика последних лет отмечает рост количества фельдшерских бригад при снижении численности всех других видов бригад (в первую очередь за счет БИТ – на 8%, и общепрофильных врачебных бригад – на 3%).

Частота выполненных вызовов к городскому населению Российской Федерации была в 2,5 раза выше, чем к сельскому и составила 399,7 и 157,7 на 1000 соответствующего населения.

Безрезультатные вызовы составили 4%.

В 2010 году 632940 выездов были выполнены бригадами СМП по поводу непрофильных перевозок (перевозка специалистов, хозяйственные перевозки, перевозка крови, анализов, медикаментов, документов, пациентов и др.) (в 2009 – 527983).

Кадровый вопрос. Подготовку кадров ведут 2 ведущих лидера в системе СМП России – НИИ СП им. Н.В. Склифосовского и НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, около 30 кафедр и курсов скорой медицинской помощи, около 98 медицинских училищ и колледжей. Тем не менее, дефицит кадров в СМП составляет сегодня среди врачей – 49,8%, среди фельдшеров – 20,2%, среди санитаров – 58,5%, среди водителей – 15,5%.

По состоянию на 2011 год в службе СМП работало 18 828 (11% персонала) врачей, 88509 (52%) фельдшеров, 15443 (9%) санитаров, 39644 (23%) водителей, 8268 (5%) прочего персонала. В динамике за 3 последних года наблюдается увеличение штатных должностей работников СМП (на 2,5%) при увеличении как физических лиц (основных работников) (на 8,5%), так и количества занятых должностей (на 1%). При этом увеличение численности происходит за счет среднего (на 0,3%) и младшего (на 2,6%) медицинского пер-

сонала, а также водителей СМП (на 2%). В то время как численность врачей СМП уменьшилась на 4% (при снижении количества БИТ и общепрофильных врачебных бригад). Иными словами, система СМП наполняется кадрами среднего и младшего медицинского звена, водителями СМП при снижении доли врачей на догоспитальном этапе СМП. Укомплектованность службы врачами и фельдшерами составляет соответственно 86,2% и 96,7% при коэффициентах совместительства 1,68 и 1,2, соотношение врачей и среднего медицинского персонала (по занятым должностям) составило 1:3,22 (увеличилось с 1:3,14 в 2009 году).

Особого внимания заслуживают показатели оперативности работы СМП в связи с увеличением времени «доезда» до пациента. 80% вызовов «укладывается» в ожидаемые 20 минут. Один из вариантов решения - оснащение станций (отделений) СМП автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов. И первые шаги в этом направлении уже сделаны: за 2009 – 2011 годы количество оборудованных таким образом станций (отделений) СМП возросло на 84 (+25%) и в целом по стране составляет 417 (14% от имеющихся).

Связаны с оперативностью работы СМП и проблемы транспортного обеспечения службы. Вызывает тревогу состояние автопарка автомобилей СМП, за 2009-2012 годы:

1. количество машин со сроком эксплуатации до 3-х лет снизилось на 57% и составляет 15,5% автопарка СМП,
2. количество автомобилей старше 5 лет возросло на 103% и составляет 42% автопарка СМП,
3. количество автомобилей СМП, полученных по национальному проекту «Здоровье» снизилось на 57%.

Вопрос требует незамедлительного решения - обновления парка автомобилей СМП.

Таким образом, несмотря на множество задач, стоящих перед скорой медицинской помощью Российской Федерации и требующих неотложного решения, система продолжает стабильно работать и выполнять свое назначение. Проводимая в стране модернизация здравоохранения напрямую не затронула структуру скорой медицинской помощи, но заложила основу ее будущих преобразований в изменении нормативно-правовой базы СМП.

В целях совершенствования организации и оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации нам еще предстоит совершенствование структурной, технологической, научно-методической составляющей единой системы скорой медицинской помощи.

Сведения об авторах статьи:

Багненко Сергей Федорович - и.о. ректора СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, (812) 234-16-46

Мирошниченко Александр Григорьевич - д.м.н. профессор, заместитель директора по организации скорой помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Барсукова Ирина Михайловна - к.м.н., руководитель НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, bim-64@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по скорой медицинской помощи/под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 816с.
2. С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.П. Миннуллин, И.М. Барсукова и др. Организация оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации: учебное пособие/ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения России, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе». СПб., 2012, 40 с.

УДК 614.2:417

© С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, Р.Р. Алимов, 2012

С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, Р.Р. Алимов

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

В целях решения вопросов совершенствования скорой медицинской помощи представлены проблемы и перспективы развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, организация скорой медицинской помощи.

S.F. Bagnenko, A.G.Miroshnichenko, I.M.Barsukova, R. R. Alimov

PROBLEMS AND PROSPECTS OF THE DEVELOPMENT OF AMBULANCE SERVICES IN THE RUSSIAN FEDERATION

The St.-Petersburg scientific research institute of first aid of I.I.Dzhanelidze

With a view of the decision of questions of perfection of the first help problems and prospects of development of the first help in the Russian Federation are presented.

Key words: the first help, the organization of the first help.

Цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности качественной медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг. Одним из направлений развития здравоохранения сегодня является совершенствование системы скорой медицинской помощи (далее – СМП).

Скорая медицинская помощь является самым массовым, доступным и бесплатным видом медицинской помощи, оказываемой населению медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения. Ежегодно служба скорой медицинской помощи выполняет от 47 до 50 миллионов выездов, оказывая медицинскую помощь более 50 миллионам граждан. Состояние скорой медицинской помощи рассматривается сегодня как фактор национальной безопасности

В Российской Федерации создана и функционирует система оказания населению скорой медицинской помощи с развитой инфраструктурой. Она включает в себя около 3 тыс. станций и отделений скорой медицинской помощи.

В ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» служба скорой медицинской помощи вышла на новый этап развития. Приоритетный национальный проект «Здоровье» в сфере здравоохранения позволил улучшить состояние службы скорой медицинской помощи. Вместе с тем сложившаяся система организации службы скорой медицинской помощи все еще не обеспечивает необходимую эффективность работы.

Одной из основных проблем службы скорой медицинской помощи остается недостаточная централизация управления этой важнейшей оперативной службой на уровне субъектов Российской Федерации, приводящая к ослаблению координации и контроля ее деятельности, а также научно-методического обеспечения ее сопровождения.

Отсутствует единая система электронной диспетчеризации службы, способная координировать и контролировать работу всех ее подразделений в регионах, в том числе с использованием современных технологий - телемедицины и единой системы спутниковой навигации.

Оказание СМП в муниципальных районах происходит по принципу территориальной принадлежности, что затрудняет возможность координировать деятельность службы СМП с соседними районами обслуживания, делает невозможным ее оказание на территории другого района. Особую важность это приобретает в случаях чрезвычайных ситуаций.

Материально-техническая база медицинских организаций, оказывающих СМП, не в полной мере соответствует современным требованиям, в том числе по уровню информатизации и автоматизации процессов ее оказания. Автоматизированные системы управления приема и обработки вызовов к 2011 году установлены в 417 медицинских организациях, оказывающих СМП, что составляет 14% от общего количества. Это значительный шаг вперед - рост показателя оснащенности на 25% по сравнению с 2009 годом. Тем не менее, он еще далек от идеала. Учитывая важность этих систем для повышения оперативности работы службы скорой медицинской помощи, качества обработки статистических данных, аналитической и организационно-методической работы в целях совершенствования системы СМП в России, целесообразно и в дальнейшем проводить ее высокими темпами.

Отсутствие преемственности оказания медицинской помощи между организациями службы СМП и медицинскими организациями госпитального звена, отсутствие или недостаточное развитие в стационарах структуры СМП приводит к ряду негативных явлений - сопровождается задержкой оказания СМП, затруднениями с эффективной диагностикой, снижением своевременности и качества оказания медицинской помощи, перегруженностью специализированных отделений стационара непрофильными больными. В то же время имеющийся опыт зарубежных стран наглядно демонстрирует, что оптимальным вариантом организации приема экстренных больных является создание на госпитальном этапе отделения экстренной медицинской помощи (emergency department).

В настоящее время продолжают сохраняться случаи выполнения службой СМП несвойственных ей функций: плановая транспортировка больных (в том числе на гемодиализ и обратно, доставка пациентов на консультации и обследования), доставка препаратов крови, доставка специалистов-консультантов, оказание квартирной помощи больным с хронической патологией в часы работы амбулаторно-поликлинических медицинских организаций. Это приводит к снижению оперативности работы бригад СМП, ведет к нерациональному использованию имеющихся материальных и кадровых ресурсов.

По данным 2011 года основными ресурсами службы СМП являются 11420 врачебных бригад общего профиля (28% от общего количества бригад), 3834 специализированные бригады (9 %), 1547 бригад интенсивной терапии (4 %) и 23 855 фельдшерских бригад (59 %). Динамика последних лет отмечает рост количества фельдшерских бригад при снижении численности всех других видов бригад СМП. Подготовку кадров службы СМП ведут два научно-исследовательских института – НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского и НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, около 30 кафедр и курсов скорой медицинской помощи, около 98 медицинских училищ и колледжей. Тем не менее, дефицит кадров службы скорой медицинской помощи на сегодня составляет: среди врачей – 49,8 %, среди фельдшеров – 20,2 %, среди санитаров – 58,5 %, среди водителей – 15,5 %.

Кадровый дефицит приводит к работе службы СМП и в условиях неукомплектованных бригад, незакрытых нарядов смены, что сказывается на оперативности и качестве оказания СМП. Имеет место неоправданно высокий коэффициент совместительства врачей, также приводящий к снижению качества оказания СМП. По состоянию на 2011 год в службе СМП работало 18 828 (11 % персонала) врачей, 88509 (52 %) фельдшеров, 15443 (9 %) санитаров, 39644 (23 %) водителей, 8268 (5 %)

прочего персонала. В динамике за последние три года наблюдается увеличение штатных должностей работников службы СМП на 2,5 %. При этом увеличение численности происходит за счет среднего и младшего медицинского персонала, а также водителей. В то время как численность врачей СМП уменьшилась на 4 % (при снижении количества врачебных бригад). Таким образом, служба СМП наполняется кадрами среднего и младшего медицинского звена, водителями, при снижении доли врачей. Укомплектованность врачами и фельдшерами СМП составляет соответственно 86,2 % и 96,7 % при коэффициентах совместительства 1,68 и 1,2.

В настоящее время состояние автопарка машин службы СМП не соответствует ее запросам. По данным за 2009-2012 годы количество машин скорой помощи со сроком эксплуатации до 3-х лет снизилось на 57 % и составляет 15,5 % всего автопарка СМП; количество автомобилей старше 5 лет возросло на 103 % и составляет 42 %. Несмотря на приобретение вышеуказанных автомобилей в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», в ряде регионов страны потребность в обновлении и приобретении недостающего автотранспорта достигает 80-90 %. Медицинское оборудование автомобилей СМП также требует модернизации и централизованного контроля закупок.

Особого внимания заслуживают показатели оперативности работы службы скорой медицинской помощи, только 80% вызовов соответствуют ожидаемому 20-минутномуинтервалу прибытия бригады к пациенту.

Отсутствие утвержденных на сегодняшний день стандартов скорой медицинской помощи на всех этапах ее оказания и индикаторов качества не способствуют конкретизации государственных гарантий этого вида помощи, определению адекватного финансирования медицинских организаций СМП и рациональному использованию имеющихся ресурсов.

В целях совершенствования организации и оказания СМП в Российской Федерации основной задачей является совершенствование структурной, технологической, научно-методической составляющей единой системы СМП, приоритетными задачами являются:

1. Организационные мероприятия по централизации управления службой СМП, обеспечивающие необходимый уровень координации и контроля ее деятельности - создание единой диспетчерской службы СМП в субъектах Российской Федерации, объединяющей все организации и подразделения СМП в единую управляемую систему.
2. Внедрение в работу службы СМП современных информационных технологий для автоматизированного управления выездными бригадами СМП: оснащения организаций и подразделений СМП автоматизированной системой приема и обработки вызовов,

современными статистическими программами; оснащение автомобилей СМП системами навигации; внедрение электронного взаимодействия всех медицинских организаций и единой базы пациентов в целях обеспечения преемственности оказания медицинской помощи на всех ее этапах; введение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и медицинских электронных карт вызова СМП.

3. В целях повышения оперативности работы службы СМП, повышения доли выездов бригад СМП со временем доезда до больного менее 20 минут приоритетными задачами являются:

- Строительство новых станций (отделений) скорой медицинской помощи.
- Ускорение темпов обновления автомобилей СМП с введением ограничения срока их эксплуатации (до 5 лет), оснащение их в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, нормативных правовых актов, а также включение данного показателя в перечень индикаторов развития отрасли.

4. Дальнейшее развитие отделений экстренной медицинской помощи в крупных многопрофильных стационарах, на которые возложены функции оказания СМП, включающее:

- Преобразование структуры и принципов организации работы приемных отделений крупных стационаров или открытие новых отделений экстренной медицинской помощи на имеющихся площадях. Целесообразным является строительство таких отделений в виде отдельных пристроек к многопрофильным стационарам, оказывающим скорую медицинскую помощь, а также подготовка врачей для этих отделений в клинической ординатуре по специальности «Скорая медицинская помощь».
- Создание на базе этих отделений центров экстренной диагностики с обеспечением непрерывного лечебно-диагностического процесса с круглосуточным сменным режимом работы диагностических служб;
- Укрепление материально-технической базы этих отделений (в первую очередь – современной лечебно-диагностической аппаратурой);
- Пересмотр системы финансирования подобных отделений - изменение тарифов оплаты случаев оказания стационарной медицинской помощи пациентам с досуточным пребыванием (35-45% от доставленных), в целях компенсации лечебно-диагностических затрат медицинской организации.

Эти мероприятия должны обеспечить организационное объединение догоспитального и госпитального этапов СМП в целях повышения преемственности ее оказания.

Созданные по такому принципу отделения позволят: эффективно осуществлять сортировку по тяжести состояния пациентов, что способствует рациональному использованию лечебно-диагностического потенциала, приоритетному оказанию медицинской помощи в экстренной форме; осуществлять круглосуточную доступность диагностической базы, обеспечить срочную диагностику патологических состояний, повысив оперативность оказания медицинской помощи; обеспечить диагностику пациентам, требующим лечения в амбулаторных условиях, и тем самым сократить поступление в стационар пациентов, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении; сократить поток непрофильных больных в специализированные отделения многопрофильных стационаров, способствуя, таким образом, оптимизации режима функционирования этих отделений, повышению эффективности использования их коечного фонда.

Важным резервом коечного фонда вышеуказанных медицинских организаций являются койки скорой медицинской помощи суточные (предназначены для диагностики, наблюдения и лечения пациентов в течение суток) и койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания (предназначены для диагностики, наблюдения и лечения пациентов в течение 2-3 суток), позволяющие рационально использовать имеющиеся ресурсы стационара.

Подобные отделения позволят повысить доступность населению медицинской помощи в экстренной форме при непосредственном обращении в отделение и тем самым снизить нагрузку на догоспитальный этап оказания скорой медицинской помощи.

Показатель, характеризующий интенсивность работы бригад СМП - число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь амбулаторно и при выездах на 1000 населения, непосредственно связан с эффективностью работы выездных бригад, рациональным использованием имеющихся ресурсов медицинских организаций СМП. Основными направлениями для его достижения являются:

- Освобождение скорой медицинской помощи от несвойственных ей функций (указанных выше); решение проблемы с транспортным обеспечением больных, нуждающихся в гемодиализе в целях экономии ресурсов СМП.
- Повышение профильности и эффективности использования бригад СМП, в том числе специализированных. Одно их решений – оптимизация численности специализированных бригад при имеющем место расширении полномочий фельдшерских бригад и передаче части поводов к вызову узкоспециализированных бригад врачебным бригадам СМП общего профиля; обеспечение дислокации специализированных бригад на

территории крупных многопрофильных стационаров, на которые возложены функции оказания СМП; создание условий для поддержания квалификации специалистов специализированных (реанимационных) бригад на базе реанимационных отделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

6. В связи с переходом в систему обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года необходима оптимизация финансирования скорой медицинской помощи. Наиболее целесообразным способом оплаты скорой медицинской помощи из средств обязательного медицинского страхования будет оплата на основе стандартов, при условии полного финансового обеспечения объема оказываемой медицинской помощи, предусмотренного стандартами. Важно не допускать снижения норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления скорой медицинской помощи. Предстоит создать и обеспечить эффективную систему контроля качества скорой медицинской помощи (с использованием современных автоматизированных информационных технологий и обучением врачей-экспертов СМП).

7. Решение кадровых вопросов: профессиональная переориентация врачей стационарного звена путем переподготовки на врачей СМП; расширение функции членов бригад СМП с целью повышения эффективности их использования; повышение уровня квалификационных требований к врачам общепрофильных бригад; расширение функций фельдшерских бригад, в условиях дефицита кадров использование двухфельдшерских бригад СМП; включение в бригаду СМП водителя с определением ему статуса санитара-водителя, фельдшера-водителя; сохранение имеющегося кадрового потенциала; мероприятия, направленные на привлечение молодых специалистов, привлечение студентов медицинских ВУЗов к работе в СМП; создание научной специальности «скорая медицинская помощь», как элемент повышения престижа профессии и формирования в специальности собственной школы подготовки преподавателей для обучения врачей СМП; применение инновационных образовательных технологий.

Это особенно важно в связи с тем, что в целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения Указом Президента РФ от 07.05.2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству РФ совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации поручено разработать до 01.05.2013 года комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами, предусмотрев принятие в субъектах Российской Федерации программ, направленных на повышение

квалификации медицинских кадров, проведение оценки их уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров.

Особую актуальность в настоящее время приобретают меры социальной защищенности персонала СМП и страхование его профессиональной ответственности.

Негативно сказывается на конечных результатах оказания скорой медицинской помощи отсутствие системы подготовки населения по вопросам оказания первой помощи.

Успешное решение проблем организации и оказания населению скорой медицинской помощи возможно только в тесной увязке с вопросами совершенствования работы амбулаторно-поликлинической службы, в том числе с переходом на организацию первичной медицинской помощи по принципу врача общей врачебной практики (семейного врача), стационаров дневного пребывания, открытие отделений неотложной помощи.

Государственная политика по совершенствованию системы оказания скорой медицинской помощи направлена на сокращение уровня преждевременной смертности, увеличение продолжительности жизни, улучшение демографической ситуации в стране, а в конечном итоге – на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, семьи, общества в целом, поддержания активной долголетней жизни всех членов общества.

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разработаны и проходят согласование «Порядок оказания скорой медицинской помощи» и «Положение об организации оказания скорой медицинской помощи». Совершенствование оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации планируется осуществлять в соответствии с данными проектами.

Сведения об авторах статьи:

Багненко Сергей Федорович - и.о. ректора СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, (812) 234-16-46

Мирошниченко Александр Григорьевич - д.м.н. профессор, заместитель директора по организации скорой помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Барсукова Ирина Михайловна - к.м.н., руководитель НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, bim-64@mail.ru

Алимов Руслан Ряшидович, руководитель отделения скорой медицинской помощи, ГБУ СПб НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе, СПб, ул. Будапештская, д.3, arr0303@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26 марта 1999 г. N 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» (ред. от 10.06.2010 г.)
4. Руководство по скорой медицинской помощи/под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 816с.
5. С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.П. Миннуллин, И.М. Барсукова и др. Организация оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации: учебное пособие/ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения России, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе». СПб., 2012, 40

УДК 614.2:417

© А.Г.Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.М. Барсукова, 2012

А.Г.Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.М. Барсукова

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Рассмотрены вопросы, связанные с переходом скорой медицинской помощи к финансированию в системе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, обязательное медицинское страхование.

A.G.Miroshnichenko, V.V.Stozharov, I.M.Barsukova

UNRESOLVED QUESTIONS OF THE FIRST HELP IN SYSTEM OF OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE

The St.-Petersburg scientific research institute of first aid of I.I.Dzhanelidze

The questions connected with transition of the first help to financing in system of obligatory medical insurance are considered.

Keywords: the first help, obligatory medical insurance.

История страховой медицины в России насчитывает свыше 100 лет. Однако, второе «рождение» обязательное медицинское страхование (далее – ОМС) на современном этапе было связано с законом № 1499-1 от 28.06.91 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». За короткий промежуток времени была проведена большая работа по организации структуры ОМС и введен в действие ряд законодательных актов, направленных на ее совершенствование.

Очередной значимый период развития страховой медицины связан с принятием Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323-ФЗ). Он знаменателен передачей полномочий Российской Федерации в сфере ОМС органам государственной власти субъектов Российской Федерации, а также включением скорой медицинской помощи (далее – СМП) (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП) в систему ОМС на всей территории Российской Федерации с 1 января 2013 года.

Период становления неизбежно связан с решением важных организационных и финансово-экономических вопросов функционирования СМП в ОМС, причем ряд из них еще не имеет однозначных ответов в масштабе Российской Федерации.

К вопросам, требующим решения в связи с переводом СМП в ОМС, относится финансирование оказания скорой медицинской помощи в системе ОМС, обеспечение качества оказания скорой медицинской помощи в системе ОМС, юридические аспекты переходного периода.

Среди финансовых вопросов особого внимания требуют:

1. определение способа оплаты скорой медицинской помощи (за единицу объема медицинской помощи - 1 выезд СМП, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации, за пролеченного больного в соответствии со стандартами);
2. определение плановых заданий и оплата сверхнормативного объема оказания СМП;
3. оплата медицинской помощи, оказанной больным (пострадавшим), не идентифицированным на этапе скорой медицинской помощи, а также имеющим проблемы с определением страховой принадлежности; оплата СМП иностранным гражданам;
4. оплата услуг СМП, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи: ложные вызовы, безрезультатные выезды, участие СМП в обеспечении культурно-массовых и спортивных мероприятий; транспортировка консультантов, доставка крови и ее компонентов и т.д.;
5. обеспечение СМП современными финансово-статистическими информационными системами, обеспечивающими внутриучрежденческий учет и взаимодействие с участниками ОМС (территориальным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями) и др.

Различные способы оплаты имеют свои недостатки и преимущества.

Оплата за 1 выезд СМП: учитывает объем и интенсивность труда персонала, допускает возможность искусственного увеличения объемов СМП (обслуживание необоснованных вызовов СМП, чрезмерное активное наблюдение пациентов, оставленных дома). Этот способ оплаты в условиях интенсивного труда при высокой потребности в услугах СМП в регионе позволяет наиболее полно компенсировать затраты медицинской организации на оказание скорой медицинской помощи и способствовать ее дальнейшему развитию.

Оплата на основе подушевого норматива финансирования с оценкой результатов деятельности медицинской организации: тариф практически не учитывает реальные затраты на оказание медицинской помощи, стимулирует персонал к искусственному снижению частоты выездов (отказы в приеме, снижение частоты активного наблюдения), финансо-

вые риски в случае отклонений фактических объемов оказания медицинской помощи от запланированных, либо роста цен ложатся на медицинскую организацию, его положительные стороны – предварительное планирование объемов медицинской помощи и финансирования, гарантированная оплата в рамках планового задания. Иными словами, подушевое финансирование обеспечивает гарантированные плановые потоки денежных средств, его целесообразно использовать при низких и средних показателей интенсивности труда, поддающихся планированию, что достаточно трудно в условия работы оперативной службы.

Оплата за пролеченного больного в соответствии со стандартами медицинской помощи: наиболее прогрессивный и перспективный способ оплаты, т.к. соответствует нормам законодательства[1], наиболее полно отвечает требования качества оказания медицинской помощи и затратам, заложенным в стандартах СМП. Отрицательным моментом является неготовность нормативной базы (в полном объеме разработанных и утвержденных стандартов) для работы в данных условиях.

Принципы выбора способов оплаты СМП должны быть следующие:

1) тарифы СМП должны соответствовать текущим и перспективным расходам на оказание медицинской помощи, то есть включать не только возмещение текущих затрат, но и обеспечивать развитие деятельности;

2) дифференцированный подход к оплате вызовов СМП в соответствии с профилем бригады и объемом оказанной помощи;

3) тарифы должны стимулировать персонал СМП к качественному оказанию медицинских услуг на высоком профессиональном уровне, в соответствии со стандартами и Порядком оказания СМП, к рациональному использованию имеющихся сил и средств;

4) способ не должен мотивировать персонал к оказанию излишней (недостаточной) по объему медицинской помощи.

Дифференцированный подход к установлению тарифов СМП должен обеспечивать рациональную оплату за оказанную медицинскую помощь, пропорциональную затратам кадровых и материально-технических ресурсов организации. Критериями здесь могут быть состав бригады, квалификационная подготовка персонала, тип автомобиля СМП, материально-техническое оснащение бригады, объем и сложность оказанной помощи. В связи с этим целесообразным является:

- установление раздельных тарифов на оказание экстренной и неотложной СМП,

[1] ч.1 ст. 37. Федеральный закон № 323-ФЗ - Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи.

- дифференцированные тарифы на оказание СМП специализированными, общепрофильными (врачебными и фельдшерскими), педиатрическими, транспортными бригадами (при условии соблюдения профильности использования бригад);
- дополнительные тарифы (к основному) на выполнение мероприятий особой сложности – реанимационного пособия, анестезиологического пособия, тромболитической терапии и др.
- перспективным является оплата медицинской помощи по медико-экономическим стандартам (МЭС).

Установление плановых заданий для медицинских организаций, работающих в оперативном режиме и в условиях ЧС в соответствии с принципом безотказности оказания экстренной медицинской помощи (СМП), является вопросом неоднозначным. Их регламентирует Федеральный закон № 326-ФЗ:

- ч.10 ст. 36. № 326-ФЗ - Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС (далее – ТП ОМС), распределяются решением комиссии по разработке ТП ОМС.
- ч.1 ст. 39 - Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между медицинской организацией, включенной в реестр МО, которые участвуют в реализации ТП ОМС и которым решением комиссии установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС.
- ч.6 ст.39 - Оплата медицинской помощи, оказанной в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке ТП ОМС.

Цель установления плановых заданий – обеспечение гарантированных государством объемов медицинской помощи в Российской Федерации в рамках имеющихся (запланированных) финансовых ресурсов. Тем не менее, вопрос о гарантированной оплате сверхнормативных объемов оказания СМП остается актуальным.

Ряд регионов РФ уже перешли на новую систему финансирования СМП. Их положительный опыт может быть использован на всей территории Российской Федерации. Подавляющее большинство организации СМП догоспитального этапа еще ждет сложный **переходный период.**

Знание основ и принципов работы ОМС, опыт регионов, вошедших в новую систему финансирования, позволяет распространить ОМС на всей территории РФ в системе СМП, разработать формы организации труда и механизмы, способствующие дальнейшему развитию и совершенствования скорой медицинской помощи. Этому предшествует переходный период, финалом которого служит всеобщая готовность СМП к работе в ОМС в

наиболее оптимальном режиме функционирования. Цель переходного периода - подготовка нормативно-правовой и материально-технической базы организаций ОМС и СМП, обучение персонала.

Помимо обращения в территориальный фонд ОМС (далее – ТФОМС) с уведомлением и последующим включением медицинской организации в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, она должна быть интегрирована в информационную систему взаиморасчетов ОМС, что подразумевает:

1. Включение ее в справочные системы ТФОМС (направляется письмо в адрес ТФ ОМС с указанием банковских реквизитов);
2. Установку программного обеспечения службой поддержки ТФОМС на выделенный ПК с телефонной линией;
3. Регистрацию организации в информационной системе (настройка ПО, получение паролей, заполнение инструкций, получение доступа к БД персонифицированного учета и т.п.);
4. Обучение персонала работе с информационной системой.

Переходный период должен обеспечить щадящий режим работы организации, обусловленный необходимостью освоения новых информационных систем и навыков работы с ними, правил и принципов работы в ОМС, алгоритмов взаимодействия с участниками ОМС.

Поэтому целесообразным и необходимым на первом этапе является:

- использование подушевого тарифа оплаты СМП как наиболее оптимального в сложившихся условиях готовности территорий РФ к работе в ОМС (дающего гарантированную оплату услуг СМП в рамках планового задания) с последующей разработкой и утверждением дифференцированных тарифов и переходом на оплату медицинской помощи на основе стандартов (при условии полного финансового обеспечения объема помощи, предусмотренного стандартами);
- разработка и утверждение тарифов на особые виды услуг СМП, не связанные с оказанием медицинской помощи (безрезультатные (в том числе ложные) вызовы; медицинское обеспечение мероприятий, доставка крови и ее компонентов и др.) в условиях деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- разработка и утверждение «Порядка оплаты вызовов, выполняемых бригадами СМП сверх планового задания, утвержденного ТП ОМС».

Основополагающим принципом должно быть **гарантированное возмещение всех затрат медицинской организации по оказанию медицинской помощи, и в первую очередь – экстренной и неотложной.**

Этот принцип опирается на Федеральный Закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» о недопустимости отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11 ФЗ № 326-ФЗ).

Сведения об авторах статьи:

Мирошниченко Александр Григорьевич - д.м.н. профессор, заместитель директора по организации скорой помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Стожаров Вадим Владимирович - доктор медицинских наук, профессор, и.о. директора ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе Тел: (812) 709-61-34, 313-46-34, E-mail: emergency-spb@mail.ru

Барсукова Ирина Михайловна - к.м.н., руководитель НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, bim-64@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
3. С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.П. Миннуллин, И.М. Барсукова и др. Организация оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации: учебное пособие/ ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения России, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе». СПб., 2012, 40 с.
4. С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.М. Барсукова и др. Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития: учебное пособие/ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России,. СПб., 2012, 72 с.

УДК 614.2:417

© А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова, 2012

А.Г. Мирошниченко, И.М. Барсукова

ВРЕМЯ РЕФОРМ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Представлены изменения законодательной базы, связанные с организацией работы скорой медицинской помощи.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, организация скорой медицинской помощи.

A.G.Miroshnichenko, I.M.Barsukova

TIME OF REFORMS OF THE FIRST HELP

The St.-Petersburg scientific research institute of first aid of I.I.Dzhanelidze

The changes of legislative base connected with the organization of work of the first help are presented.

Key words: the first help, the organization of the first help.

В свете изменений законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения в связи с принятием и поэтапным вступлением в силу Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» основные направления модернизации скорой медицинской помощи (далее – СМП) заложены в изменениях ее нормативно-правовой базы и связаны с рациональным использованием имеющихся ресурсов здравоохранения.

При этом скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь является видом медицинской помощи и оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. СМП оказывается в форме экстренной и неотложной медицинской помощи в разных условиях: вне медицинской организации, амбулаторно и стационарно.

Одним из направлений реформирования системы охраны здоровья является возложение на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации (далее – РФ) обязанностей по организации медицинской помощи гражданам в соответствие с территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской по-

мощи и по развитию сети медицинских организаций субъекта РФ (определяемой не по принципу подведомственности, а по признаку территориального расположения). Определено разграничение полномочий между субъектом Российской Федерации и местными органами управления: возложенные ранее на органы местного самоуправления полномочия по организации оказания первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи закреплены за органами государственной власти субъектов РФ. Органы местного самоуправления наделяются полномочиями по обеспечению организации оказания медицинской помощи в рамках муниципальной системы здравоохранения только в случае делегирования им соответствующих полномочий субъектом РФ. Таким образом, в целях усиления ответственности органов государственной власти за обеспечение охраны здоровья граждан и оказание медицинской помощи осуществлен перенос на уровень субъекта Российской Федерации основного объема полномочий, связанных с обеспечением прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. В результате этого структура службы скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, в субъектах РФ полностью определяется органами государственной власти субъекта РФ, осуществляющими полномочия в сфере охраны здоровья.

Важный шаг в развитии системы СМП в Российской Федерации – переход к финансированию в системе обязательного медицинского страхования. К полномочиям Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится и организация обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в соответствии с требованиями, установленными Федеральным законом. Скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП) оказываются в рамках базовой программы ОМС. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года. При этом страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Таким образом, догоспитальный этап СМП с 1 января 2013 года вступает в новый период своего экономического развития. Переход в ОМС системы СМП будет способствовать обеспечению за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках базовой и

территориальной программ ОМС, соблюдению государственных гарантий прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика, созданию условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС.

В соответствии со Статьей 37 Федерального закона № 323-ФЗ с 1 января 2013 года медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Подзаконные акты также внесли много нового в организацию работы СМП.

Одна из центральных проблем СМП – кадровый дефицит в системе скорой медицинской помощи. Частично решают его приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации, продиктованные Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

В соответствии с частью 5 статьи 69 Федерального закона Приказ Минздравсоцразвития России от 19 марта 2012 г. N 239н «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала» (зарегистрирован в Минюсте России 13 июня 2012 г. N 24563) определяет порядок допуска к осуществлению медицинской деятельности лиц в данных условиях, открывая дорогу притоку в систему СМП молодых кадров из числа студентов медицинских ВУЗов.

В соответствии со статьей 70 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Приказ Минздравсоцразвития России от 23 марта 2012 г. N 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотроп-

ные лекарственные препараты» (зарегистрирован в Минюсте России 28 апреля 2012 г. N 23971) устанавливает настоящие правила возложения отдельных функций лечащего врача на фельдшера и акушерку при оказании СМП, поднимая статус и расширяя полномочия сотрудников среднего звена СМП.

В соответствии с частью 1 статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Приказ Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. N 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» допускает выбор гражданином медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи с учетом соблюдения установленных сроков оказания скорой медицинской помощи. Реализация этого права трудновыполнима с практической точки зрения.

Неотъемлемым элементом оказания СМП является медицинская эвакуация, включающая транспортировку пациента в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий) с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования. Перечень федеральных государственных учреждений, имеющих право осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, закреплен Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 500н «Об утверждении Перечня федеральных государственных учреждений, осуществляющих медицинскую эвакуацию».

В рамках модернизации скорой медицинской помощи проводится большая организационно-методическая работа по совершенствованию ее нормативно-правовой базы с учетом изменений законодательства: разработаны проекты Порядка оказания СМП, Положения об организации оказания СМП, Стандартов по СМП, ведется работа над профессиональными стандартами деятельности специалистов СМП (квалификационными характеристиками специалистов СМП), штатными нормативами СМП и др. Данные проекты предполагают новый взгляд на систему СМП в РФ, позволяют наметить новые подходы и направления к ее дальнейшему развитию.

Сведения об авторах статьи:

Мирошниченко Александр Григорьевич - д.м.н. профессор, заместитель директора по организации скорой помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Барсукова Ирина Михайловна - к.м.н., руководитель НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, bim-64@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и
2. Федеральный Закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 19 марта 2012 г. N 239н «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала»
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 23 марта 2012 г. N 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты»
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. N 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»:
6. Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 500н «Об утверждении Перечня федеральных государственных учреждений, осуществляющих медицинскую эвакуацию».

УДК 615.38(571.51-201)

© Ю. С. Винник, Д. Ю. Лопатин, В. П. Пустовалов, П. Ю. Галушко, С. Г. Степанов, Е. В. Серова, 2012

Ю. С. Винник[1], Д. Ю. Лопатин[2], В. П. Пустовалов, П. Ю. Галушко, С. Г. Степанов, Е. В. Серова

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ТРАНСФУЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МБУЗ «ГКБ № 7» Г. КРАСНОЯРСКА

[1]ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздравсоцразвития РФ
Кафедра общей хирургии
[2]МБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Красноярска

Проведен анализ оказания трансфузиологической помощи в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница № 7» города Красноярска, оказывающем помощь пациентам хирургического, травматологического, терапевтического, неврологического, гастроэнтерологического и гематологического профилей и имеющем в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии.

Ключевые слова. Переливание компонентов и препаратов крови, кровезаменяющих жидкостей, Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 7» города Красноярска.

U.S. Vinnik, O.V. Teplyakova, M.U. Iyryeva, N.G. Tretyakova

THE ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGY AND RESULTS OF THE FROSTBITE'S TREATMENT DURING THE LAST 10 YEARS (2001-2011).

Prof. V.F. Voyno-Yasenecky Krasnoyarsk State Medical University Basic Surgery Chair

Summary. The analysis of the provision of assistance transfusion care to the Municipal health budget institution «City Clinical Hospital № 7» of the city of Krasnoyarsk, assisting patients to surgery, trauma, therapeutic, neurological, gastrointestinal and hematological profiles, and having in its composition emergency department and intensive care unit.

Keywords. Transfusion of blood products and components, blood-replacement fluids, Municipal health budget institution «City Clinical Hospital № 7» of the city of Krasnoyarsk.

Актуальность.

Трансфузиологическая помощь больным в организациях здравоохранения стационарного типа является неотъемлемой частью оказания высококвалифицированной помощи во всех областях медицины [1]. В рамках национального проекта «Здоровье» принято решение о проведении комплекса мероприятий по развитию службы крови [2, 3]. Организация трансфузиологической службы в многопрофильном стационаре – одна из важнейших задач на современном этапе развития здравоохранения.

Цель работы

Провести анализ оказания трансфузиологической помощи в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница № 7» города Красноярска.

Материалы и методы.

Проведен анализ оказания трансфузиологической помощи в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница № 7» (МБУЗ «ГКБ № 7») города Красноярска за 2010-2011 гг., оказывающем помощь пациентам хирургического, травматологического, терапевтического, неврологического, гастроэнтерологического и гематологического профилей и имеющем в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии.

Результаты и обсуждение.

В МБУЗ «ГКБ № 7» трансфузиологическая помощь оказывается на основании Лицензии, имеется должность врача, ответственного за организацию трансфузионной терапии и врача, ответственного за централизованное проведение иммуногематологических исследований. Организован кабинет трансфузионной терапии с необходимым специальным оборудованием (в том числе, термоизоляционные контейнеры с термометрами и термоиндикаторами прямого считывания для транспортировки эритроцитсодержащих сред и свежезамороженной плазмы, холодильное оборудование для хранения эритроцитсодержащих сред (+2 +6˚С), низкотемпературное оборудование для хранения свежезамороженной плазмы (-18˚С, -25 -30˚С), электроразмораживатели плазмы крови, оборудование для подогрева компонентов крови).

Диагностические стандарты, используемые для определения групповой и резус принадлежности реципиента в отделениях больницы – цоликлоны, в лаборатории – стандартные сыворотки, стандартные эритроциты, цоликлоны и наборы для выполнения гелевого метода. Проводится определение слабых вариантов антигена А, типирование крови реци-

пиента по антигену *c* системы резус, выявление алло- и ауто- эритроцитарных антител у реципиентов перед гемотрансфузией.

Наличие ошибок при определении групп крови в отделениях стационара за год в среднем составляет 1% от общего количества определений групповой и резус принадлежности.

Количество среднегодовых коек в 2010 г. в МБУЗ «ГКБ № 7» г. Красноярска составило 395, в 2011 г. – 380. В том числе: хирургическое отделение-I – 75 коек (2010 г.), 70 коек (2011 г.), хирургическое отделение-II – 70 коек (2010 г.), 60 коек (2011 г.), травматологическое отделение – 60 коек, терапевтическое отделение – 60 коек, неврологическое отделение – 60 коек, гастроэнтерологическое отделение – 40 коек, гематологическое отделение – 30 коек, в том числе реанимационных коек – 6.

В 2010 г. число больных, находившихся на стационарном лечении в МБУЗ «ГКБ № 7», составило 10264, в 2011 г. – 10350. Число реципиентов компонентов и препаратов крови в 2010 г. – 345, в 2011 г. – 422. Число реципиентов с индивидуальным подбором крови в 2010 г. составило 22, в 2011 г. – 26 человек. Число трансфузий с индивидуальным подбором крови в 2010 г. – 84, в 2011 г. – 156.

Компоненты крови, используемые в МБУЗ «ГКБ № 7», выпускаются Краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Красноярский краевой центр крови № 1» (КГБУЗ «ККЦК № 1).

В 2010 г. число экстренных гемотрансфузий составило 1521, плановых гемотрансфузий – 2214, в 2011 г. – 1506 и 2332 соответственно.

Число больных, число переливаний и количество перелитых литров (доз) компонентов и препаратов крови за 2010-2011 гг. представлено в таблице 1.

За анализируемый период больных, у которых развились легкие реакции, реакции средней степени тяжести и тяжелые при переливании компонентов крови, а также гемотрансфузионные осложнения выявлено не было.

При анализе переливаний кровезаменителей и растворов в течение года получены следующие сведения. Число больных, которым были перелиты кровезаменители и растворы в 2010 г. составило 6874, в 2011 г. – 8768.

В 2010 г. в отделении реанимации и интенсивной терапии были перелиты растворы гемодинамического действия: Sol. Rheopolyglucini-400 ml, Sol. Polyoxidini-400 ml, «ReoHES»-500 ml, Sol. Polyglucini-400 ml, «Refortan» 10%-500 ml, «Stabisol» 6%-500 ml, «Voluven»-500 ml. Растворы для парентерального питания: «Kabiven»-2053 ml, «Highmix»-400 ml, «Aminoplasmal E» 10%-500 ml, «Aminosol» 15%-400 ml, «Aminosol» 10%-400 ml,

«Lipofundin» 20%-500 ml. Растворы для коррекции водно-солевого и кислотно-щелочного равновесия: Sol. Natrii chloridi 0,9%-200, 250, 400, 500, 1000 ml, Sol. Ringeri-400, 500 ml, Sol. Quintasoli-200 ml, Sol. glucosi 5%-250, 400, 500 ml, Sol. glucosi 10%-400, 500 ml.

Таблица 1

Число переливаний компонентов и препаратов крови в 2010-2011 гг.

№ п/п	Критерий	n (2010 г.) / n (2011 г.)									
		Эритроцитсодержащие среды							Все виды плазмы (л)	Концентрат тромбоцитов (доз)	Криопреципитат (доз)
		Кровь цельная (л)	Эр. масса (л)	Эр. взвесь (л)	Эр. взвесь с физ. р-ром (л)	Эр. взвесь разморож. и отмытая (доз)	Фильтрованные эр. масса (л)	Фильтрованная эр. взвесь (л)			
1.	Число больных, которым сделано переливание	-/-	105/6	156/250	42/36	8/4	8/2	-/15	205/251	47/55	1/1
2.	Число переливаний	-/-	317/11	574/939	175/211	15/4	15/3	-/38	864/1108	1744/1522	31/1
3.	Перелито литров, доз	-/-	93,041/2,379	208,272/335,045	57,845/70,203	15/0,96	5,29/0,625	-/14,133	203,42/277,898	3083/3810	31/5

В 2011 г. – растворы гемодинамического действия: «ReoHES»-500 ml, Sol. Polyglucini-200 ml, «Voluven»-500 ml. Растворы для парентерального питания: «Kabiven»-1540 ml, «Aminoplasmal E» 10%-500 ml. Растворы для коррекции водно-солевого и кислотно-щелочного равновесия: Sol. Natrii chloridi 0,9%-250, 500 ml, Sol. glucosi 5%-500 ml, Sol. glucosi 10%-500 ml.

Число больных, число переливаний и количество перелитых литров кровезаменителей и растворов в 2010-2011 гг. представлено в таблице 2.

Реакций легкой, средней степени тяжести и тяжелых, а также осложнений при переливании кровезаменителей и растворов за анализируемый период выявлено не было.

В 2010 г. криопреципитат получал 1 больной гемофилией, число введений – 31 (количество доз всего – 31), в 2011 г. криопреципитат также получал 1 больной гемофилией, число введений – 5 (количество доз всего – 5).

В 2011 г. раствор альбумина 10% получал 1 больной, число введений – 2 (количество литров всего – 2).

Переливание растворов иммуноглобулинов, фактора VIII, фактора IX, PPSB, фибриногена и других препаратов местного применения не проводилось.

Таблица 2

Число переливаний кровезаменителей и растворов

№ п/п	Критерий	n (2010 г.) / n (2011 г.)		
		Растворы гемодинамического действия	Растворы для парентерального питания	Растворы для коррекции водно-солевого и кислотно-щелочного равновесия
1.	Число больных, которым сделано переливание	315/380	361/130	6874/8768
2.	Число переливаний	1004/446	809/144	90410/82946
3.	Перелито литров	488,1/222,7	401,5/146,88	45205/30947

Специальных методов трансфузий, таких как применение аутокрови, аутоэритроцитарной массы (взвеси), аутоплазмы, проведение реинфузии, лечебного плазмафереза не выполнялось.

При анализе движения компонентов и препаратов крови в 2010-2011 гг. получены следующие сведения, представленные в таблице 3.

Из таблицы 3 видно, что не использованными и списанными компонентами крови являются эритроцитарная масса, эритроцитарная взвесь с ресуспендирующим раствором и эритроцитарная взвесь с физиологическим раствором (отмытые эритроциты) вследствие истечения срока хранения.

Выводы.

Таким образом, на основании всего вышеизложенного можно сделать вывод о том, что в МБУЗ «ГКБ № 7» г. Красноярска трансфузиологическая помощь оказывается на основании Лицензии, высококвалифицированными специалистами, с наличием специального помещения, оснащенного необходимым оборудованием, с использованием современных методик, сформированный запас трансфузионных сред соответствует годовой потребности стационара, которая рассчитывается в соответствии с приказом МЗ СССР № 155 от 12.04.1990 г. и фактически использованными в прошлом году компонентами и препаратами крови.

Предложения по организации трансфузиологического обеспечения МБУЗ «ГКБ № 7» г. Красноярска: ввести ежегодные практические занятия по трансфузиологии с последующим допуском к работе докторов и иметь возможность заменять эритроцитсодержащие среды или производить возврат при их не использовании в КГБУЗ «ККЦК № 1».

Таблица 3

Движение компонентов и препаратов крови

№ п/п	Наименование трансфузионной среды	n (2010 г.) / n (2011 г.)				
		Остаток на начало года	Получено на ККЦК № 1	Использовано для трансфузий	Списано	Остаток на конец года
1.	Эритроцитарная масса (л)	-/-	93,759/2,379	93,041/2,379	0,718/-	-/-
2.	Эритроцитарная масса фильтрованная (л)	-/-	-/0,625	-/0,625	-/-	-/-
3.	Эритроцитарная взвесь с ресуспендирующим раствором (л)	-/-	208,635/338,016	208,272/335,255	0,363/1,999	-/0,762
4.	Эритроцитарная взвесь фильтрованная (л)	-/-	5,29/14,493	5,29/14,493	-/-	-/-
5.	Эритроцитарная взвесь с физиологическим раствором (отмытые эритроциты) (л)	-/-	58,28/70,528	57,845/70,528	0,435/-	-/-
6.	Эритроцитарная взвесь размороженная и отмытая (доз)	-/-	15/0,62	15/0,62	-/-	-/-
7.	Плазма замороженная и свежезамороженная (л)	6,26/7,345	204,505/284,658	203,42/277,898	-/-	7,345/14,105
8.	Концентрат тромбоцитов (единичных доз)	-/-	3056/3810	3056/3810	-/-	-/-
9.	Криопреципитат (замороженный) (100 ЕД/15 мл±5) (доз)	-/-	31/5	31/5	-/-	-/-

Сведения об авторах статьи:

Винник Юрий Семенович – заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского уни-

верситета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (391) 222-97-40, 8 (391) 220-19-09, 8913-532-84-86; e-mail: yuvinnik@yandex.ru).

Лопатин Д. Ю. врач МБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Красноярска

Пустовалов В. П. . врач МБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Красноярска

Галушко П. Ю. врач МБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Красноярска

Степанов С. Г. врач МБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Красноярска

Серова Е. В. врач МБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Красноярска

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 21 июня 2008 г. № 465 «О финансовом обеспечении в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови».
3. Приказ Минздрава России от 25 ноября 2002 г. № 363 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови».

УДК 616-001.1.19-085

© Ю.С. Винник, О.В. Теплякова, М.Ю. Юрьева, Н.Г. Третьякова, 2012.

Ю.С. Винник, О.В. Теплякова, М.Ю. Юрьева, Н.Г. Третьякова

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТМОРОЖЕНИЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ (2001 - 2011 ГГ.)

Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии

В статье представлены результаты ретроспективного анализа эпидемиологии и результатов лечения локальной холодовой травмы по материалам правобережного гнойно-септического центра г.Красноярска за период с 2001 по 2011 годы.

Ключевые слова: локальная холодовая травма, эпидемиология, результаты лечения

U.S. Vinnik, O.V. Teplyakova, M.U. Iyryeva, N.G. Tretyakova

THE ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGY AND RESULTS OF THE FROSTBITE'S TREATMENT DURING THE LAST 10 YEARS (2001-2011).

Prof. V.F. Voyno-Yasenecky Krasnoyarsk State Medical University
Basic Surgery Chair

In article presents the results of a retrospective analysis of epidemiology and results of treatment of a local cold injury based on materials of the right-bank septic center of Krasnoyarsk from 2001 to 2011.

Key words: the local cold injury, the epidemiology, the results of treatment

Актуальность.

Для России проблема отморожений сохраняет свою актуальность [3]. За последние десять лет число пациентов с отморожением конечностей возросло в 4,7 раз. Местная холодовая травма в общей структуре травматических поражений в зоне с умеренным климатом занимает до 1% [1], а в Сибири и на Севере достигает 6-10% [2,4].

Цель исследования

Проанализировать заболеваемость пациентов с локальной холодовой травмой за период 2001 -2011 гг.

Задачи исследования:

1. Оценить частоту случаев локальной холодовой травмы за период 2001-2011гг.
2. Изучить гендерную принадлежность, возрастное распределение и социальную активность пострадавших с отморожением.
3. Определить процент пациентов с поверхностными и глубокими отморожениями, а также наиболее частые локализации.
4. Определить процент оперативной активности и летальность среди пациентов с местной холодовой травмой.

Материалом исследования послужили медицинские карты больных с локальной холодовой травмой, находившихся на стационарном лечении в МБУЗ «Городская клиническая больница №7» за период 2001-2011гг.

Результаты исследования: За данный период на лечение поступило 804 пациента. Максимальное число больных пришлось на 2001 (110 чел. – 13,68 %) и 2010 (117 чел.- 14,55 %) гг., минимальное – на 2007г. (33 чел. – 4,1%). Данную вариабельность заболеваемости можно объяснить особенностями климатических условий в зимнее время.

Среди госпитализированных пациентов были лица обоего пола. Доля мужчин составила 83,83% (674 чел.), женщин – 16,17% (130 чел.).

Распределение больных с отморожением по возрасту представлено в таблице 1. Следует отметить, что основную часть составили пациенты трудоспособного возраста.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту

	2001	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
20-29	14	10	8	9	7	13	6	4	2	14	3
30-39	23	13	14	9	10	14	5	12	11	22	16
40-49	33	24	23	20	22	19	11	14	15	27	14
50-59	22	18	32	12	15	21	7	19	14	38	27
60-69	12	9	7	8	7	9	4	2	7	8	7
70 и >	6	2	2	3	2	3		6	3	8	3

Общеизвестно, что в нашей стране локальной холодовой травме в большей степени подвержены социально неблагополучные граждане. Таким образом, доля пациентов без определенного места жительства составила почти четверть анализируемой выборки (23,63% - 190 чел.).

Исследование показало, что основная часть больных с отморожением – неработающие граждане трудоспособного возраста (547 чел. – 68,13%), доля трудоустроенных паци-

ентов составила всего лишь 15,6% (126 чел.), пенсионеров – 12,8% (103 чел.), инвалидов – 2,48% (20чел.), учащихся – 0,99% (8 чел.).

Анализ структуры отморожений показал, что 56,1% (451 чел.) приходится на долю глубоких отморожений (III-IVст.), 43,9% - поверхностных. Локализациями, наиболее часто подвергающимся воздействию низких температур, стали кисть (35,6%) и стопа (51,87%).

Среди больных, находящихся на стационарном лечении, 44,9% (361 чел.) нуждались в оперативном лечении. Этим пациентам было выполнено 606 операций (в том числе ампутации, реампутации, некрэктомии, вторичные хирургические обработки ран и т.д.).

За исследуемый период умер 31 пациент, что составило 3,85% от общего числа госпитализированных, пик летальности отмечался в 2007 году (7 чел. – 22,58%). Послеоперационная летальность составила 2,77% (10чел.).

На основании проведенного исследования, можно сделать следующие **выводы:**

1. За период с 2001-2011гг. на стационарном лечении в МБУЗ «ГКБ №7» находилось 804 пациента с локальной холодовой травмой.

2. Основную часть пациентов составили мужчины (83,83%). Больше половины больных были трудоспособного возраста (85,32%). Однако, доля неработающих граждан составила 68,13%.

3. Глубокие отморожения в общей структуре составили 56,1%. Наиболее распространенной локализацией, у пациентов с отморожениями является стопа (51,87%).

4. Процент оперативной активности при отморожениях конечностей составил 44,9%. Послеоперационная летальность у пациентов с локальной холодовой травмой составила 2,77%, общая летальность - 3,85%.

Сведения об авторах статьи:

Винник Юрий Семенович – заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (391) 222-97-40, 8 (391) 220-19-09, 8913-532-84-86; e-mail: yuvinnik@yandex.ru).

Теплякова Ольга Валериевна – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8 (391) 262-31-61; e-mail: teplyakova-olga@yandex.ru).

Юрьева Маргарита Юрьевна – клинический ординатор кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8913-171-77-76; e-mail: hizhnenko2009@yandex.ru).

Третьякова Нина Геннадьевна – студентка пятого курса лечебного факультета Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел.: 8913-171-77-76; e-mail: hizhnenko2009@yandex.ru).

ЛИТЕРАТУРА

1. Липатов К.В., Фархат Ф.А., Емельянов А.Ю. Отморожения: актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения/Хирургия.-2002.-№12.-С.59-63.
2. Рыбдылов Д.Д., Гомбожапов Э.З., Николаева К.В. Инфузионная терапия при лечении местной холодовой травмы / Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН.- 2008.- № 3.- С. 130-131.
3. Томина Е.А. Роль эндотелиальной дисфункции, цитокинов и лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии в патогенезе местной холодовой травмы/ Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Чита.-2008.-21с.
4. Шаповалов К.Г., Михайличенко М.И., Сизоненко В.А., Витковский Ю.А. Изменения микроциркуляции крови и системы гемостаза при отморожениях конечностей / IV Всероссийская конференция с международным участием «Клиническая гемостазиология и гемореология в сердечно-сосудистой хирургии». – М., 2009. –С. 590-591.

УДК: 616-001.17:614.88+616-035.7+089.157

© С.В. Смирнов, Л.П. Логинов, В.С. Борисов, 2012

С.В. Смирнов, Л.П. Логинов, В.С. Борисов

ОШИБКИ ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, отделение острых термических поражений, г. Москва, Россия

На основании анализа действий бригад скорой медицинской помощи выделены основные недостатки в её работе при оказании первой помощи больным с термической травмой, намечены пути их устранения.

***Ключевые слова*:** ожоги, первая помощь, алгоритм действия сотрудников СМП

S.V.Smirnov, L.P.Loginov, V.S.Borisov

MISTAKES OF MEDICAL AID RENDERING TO THE BURNT PATIENTS ON PREHOSPITAL STAGE

N.V. Sklifosovskyi Ambulance Research Institute, acute termic defeats' department, Moscow, Russia

Based on the analysis of ambulance crews highlighted major deficiencies in its work in providing primary care to patients with thermal injury, the ways of their elimination.

Keywords: burns, first aid, algorithm of ambulance work

Актуальность

В условиях жизни современных городов с их многомиллионным населением, развитой промышленностью и транспортом, ожоги продолжают оставаться одним из частых и тяжелых видов травм, требующих четкой организации в оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Цель

На основании многофакторного изучения амбулаторных карт и историй болезни оценить работу бригад скорой медицинской помощи (СМП), выявить недостатки, причины их возникновения и дать рекомендации по совершенствованию оказания лечебной помощи обожженным.

Материалы и методы

Ежегодно в Московский городской ожоговый центр госпитализируется от 700 до 800 пострадавших от ожогов, в течение года принимается от 1200 до 1500 пострадавших с ограниченными (так называемыми амбулаторными) ожогами. Ранее проведенный анализ показал, что в структуре госпитализированных в Московский городской ожоговый центр больных с ожогами, у 90,0% пострадавших площадь поражения не превышала 20% поверхности тела [6]. Частота госпитализации по г. Москве обожженных составила 17,2 на 100 000 населения, что соответствует среднестатистическим данным [1,7]. В удовлетворительном состоянии поступили 78,2% пострадавших, в тяжелом – 10,1% больных. Бригадами скорой медицинской помощи доставлены в центр 65,7% пострадавших. Время с момента обращения на станцию скорой помощи до поступления в центр колебалось в узком диапазоне (от 53 до 59 минут). Как видно из представленных данных, основным каналом госпитализации больных с ожогами в ожоговый центр является скорая медицинская помощь. Естественно, от качества ее работы во многом зависит дальнейшее течение термической травмы, а при наличии тяжелых ожогов и судьба обожженного. Многолетний опыт лечения пострадавших в Московском городском ожоговом центре позволил объективно оценить работу скоропомощных бригад г. Москвы, выявить недостатки и наметить основные пути для их ликвидации.

Результаты

Все недостатки в работе бригад скорой медицинской помощи представилось целесообразным разделить на 2 вида: организационные и лечебные.

По первому направлению довольно часто нарушается принцип доставки пораженных в соответствии с имеющейся схемой распределения районов г. Москвы между 2-мя ожоговыми центрами (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского и городской больницы №36), работающих на город. Нарушение этого принципа ведет к удлинению времени доставки пострадавшего в стационар [5].

Результатом незнания или пренебрежения показаниями для госпитализации больных в ожоговый центр приводит к доставке пострадавших с ограниченными (так называемыми амбулаторными) ожогами, что увеличивает нагрузку на дежурную смену приемного отделения и при одновременном поступлении сразу нескольких пациентов одновременно создает немалые трудности в организационном плане [2,7]. По нашим данным из всех доставленных в приемное отделение пострадавших - 53% отпущены на амбулаторное лечение. Среди них в 54 % случаях пострадавшие направлялись в стационар с ожогами I-II

степени общей площадью до 5% поверхности тела. В 31 % пострадавшие имели ожоговые раны II-IIIA степени до 5% поверхности тела [6]. Зачастую сотрудник скорой помощи глубокой ночью может привести больного с ограниченным поверхностным ожогом. А дежурный комбустиолог, оказав помощь пострадавшему, ломает голову: каким же образом больного (нередко в пижаме и тапочках) ночью доставлять домой через всю Москву.

На наш взгляд, подобные случаи можно объяснить незнанием персоналом скорой помощи азов камбустиологии. В противном случае, объективно и правильно оценив площадь и степень ожога, сотрудник скорой помощи мог бы доставить больного в травматологический пункт, либо наложить стерильную повязку и рекомендовать амбулаторное лечение по месту жительства (поликлиника или травмпункт). Как нам кажется, всем участникам было бы комфортнее, а выполненная на следующий день отсроченная обработка ожоговой поверхности и введение противостолбнячной сыворотки не противоречат канонам камбустиологии и ни коем образом не отразятся на течении раневого процесса и состоянии обожженного [2,3,4].

Еще одним камнем преткновения является наложение асептических повязок СМП. В условиях крупного мегаполиса, когда обожженный доставляется в стационар в пределах 1 часа с момента получения ожога, является нецелесообразным тратить время на снятие обгоревшей одежды, туалет ожоговых поверхностей, наложение повязки при обширных ожогах. Основной задачей сотрудника скорой помощи является наиболее быстрая доставка пострадавшего в стационар, где ему будет выполнена адекватная обработка ожоговой поверхности и проведены противошоковые мероприятия. Вполне понятно, если до скорой помощи у больного была снята обгоревшая одежда, то следует больного либо завернуть в стерильную простыню, либо наложить контурные повязки [7].

Общепризнанно, что наиболее действенным способом оказания первой помощи пострадавшим от термических ожогов является криообработка обожженных поверхностей: после прекращения действия поражающего фактора поверхность ожога в течение 10-15 минут охлаждается холодной водой, льдом, снегом с последующим наложением повязки [4,5]. Применяемые ранее жидкий азот или хлорэтил можно заменить перевязочным материалом с современными охлаждающими гидрогелевыми компонентами (например «АППОЛО»), которые так же будет способствовать гипотермии тканей и уменьшению глубины ожогов.

Довольно часто не в полном объеме оказывается лечебная помощь при химических ожогах, когда фактор времени имеет едва ли не решающее значение в дальнейшем течении ожоговых ран. Только правильное оказание первой помощи способно смягчить про-

явления поражающего агента. Эти действия общеизвестны и просты в исполнении: при поражении кислотами поврежденную поверхность следует промыть струей воды в течение не менее 15-20 минут, затем промыть нейтрализующими щелочными растворами (2-3% р-ром натрия гидрокарбоната), а при поражении щелочами после промывания в течение 10-15 минут поврежденной поверхности водой производится орошение нейтрализующими слабокислыми растворами (2-3% растворы уксусной, борной, лимонной кислот) [3,4,5].

Наш опыт показывает, что особенно тяжело протекает острая фаза ожоговой болезни у пострадавших с термической травмой, длительно находящихся в горящем помещении. При этом говорят о многофакторных поражениях: помимо ожогов кожи имеют место ингаляционная травма, отравление продуктами горения. В результате такого поражения у больных нарушается сознание, быстро развиваются тяжелые нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы и функции дыхания [1,3,4]. Об этом врач скорой помощи всегда должен помнить и даже при отсутствии этих нарушений в ближайшие минуты после случившегося следует доставить больного в стационар, где будет проведено необходимое обследование и лечение.

Выводы

Таким образом, в работе бригад скорой медицинской помощи г. Москвы имеют место недостатки, как в организационном, так и в лечебном плане. Совершенствование оказания лечебной помощи на догоспитальном этапе может быть достигнуто путем обучения основам термопатологии врачей амбулаторно-поликлинической сети и станций СМП. Решение этой проблемы во многом может способствовать организованные кафедрой термических поражений, ран и раневой инфекции циклы усовершенствования для врачей СМП и поликлиник, которые проводятся с 2010 года дважды в год.

Сведения об авторах статьи:

Смирнов Сергей Владмиирович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий научным отделением острых термических поражений

Логинов Л.П. - сотрудник НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, отделение острых термических поражений, г. Москва, Россия

Борисов В.С. - сотрудник НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, отделение острых термических поражений, г. Москва, Россия

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А.А., Лавров В.А. Актуальные вопросы организации и состояние медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации// II съезд комбустиологов России, г. Москва, 2008г., С-3-5.

2. Азолов В.В, Жегалов В.А, Шишулина Г.П, Донченко Е.В. Специализированная ожоговая служба России на пути к страховой медицины //VIII научная конференция по проблеме «Ожоги».-СПб., 1995.-С.4-5.

3. Атясов Н.И. Система активного хирургического лечения тяжелообоженных.-Горький. 1972.-332с

4.Ожоги: Руководство для врачей /Под. Ред. Б.С. Вихриева, В.М. Бурмистрова.-2-е изд., перер. И доп.-Л.: Медицина, 1986 год.-С.65-107.

5.Ожоги: Руководство для врачей/Парамонов Б.А. Порембский Я.О., Яблонский В.Г.-СПб.: Спецлит, 2000.-С.130-224.

6. Смирнов С.В., Борисов В.С., Логинов Л.П. и др.. Пути улучшения оказания качества и объема медицинской помощи на догоспитальном этапе больным с термической травмой//Региональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы скорой мед.помощи, медицины катастроф, комбустиологии, неотложной хирургии на догоспитальном этапе». г.Уфа, 2007 г.С-64-65.

7. Шмырин А.А., Кабакова С.Р., Юдаев И.Ю. Значение круглосуточного травмпункта в структуре ожогового центра// II съезд комбустиологов России, г. Москва, 2008г., С-57-59.

УДК 616-001.17-085.849.19

©Е.М.Мохов, А.Е.Жуков, П.Ю.Карпенков,2012

Е.М.Мохов, А.Е.Жуков, П.Ю. Карпенков

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ВИДИМОМ КРАСНОМ СПЕКТРЕ ДЛИН ВОЛН И ГИДРОГЕЛЕВЫЕ ПОКРЫТИЯ В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН IIIА СТЕПЕНИ

Тверская государственная медицинская академия

На основании наблюдений за течением раневого процесса у 76 пациентов проведена оценка эффективности методики местного лечения ожоговых ран IIIА степени, сочетающей лазеротерапию в видимом красном спектре длин волн с применением гидрогелевых повязок. Получены обнадеживающие клинические результаты.

Ключевые слова Ожоговые раны, местное лечение, лазеротерапия, гидрогелевые покрытия

E.M.Mokhov, A.E.Zhukov, P.Yu.Karpenkov

LASER THERAPY OF THE VISIBLE RED RANGE OF WAVES LENGTHS AND HYDROGEL COVERING IN LOCAL TREATMENT OF IIIA LEVEL BURNS

Tver state medical academy

Based on observations over the wound process in 76 patients the assessment of local treatment technique efficiency of burn wounds of IIIA level which includes the combination of laser therapy of visible red range of waves lengths and hydrogel bandages is carried out. The encouraging clinical results are received.

Keywords: Burn wounds, local treatment, laser therapy, hydrogel coverings

Актуальность.

Не подвергая сомнению значимость общепринятых подходов к местному лечению обожженных, приходится констатировать, что применение в этих целях традиционных средств не всегда является в должной степени эффективным [2, 4]. Имеются основания предположить, что прогресс в терапии ожоговых ран может быть достигнут не только созданием и применением новых повязок, но и включением в схему мероприятий, проводимых пациентам, современных физико-энергетических лечебных методик [1, 3].

Цель исследования

Изучение возможности улучшить результаты местного лечения ожогов IIIA степени путем совместного использования низкоинтенсивного лазерного излучения и гидрогелевых покрытий.

Материалы и методы

Проведен анализ течения раневого процесса у 76 пациентов (43 мужчин, 33 женщины) ожогового отделения Тверской областной клинической больницы. Возраст больных колебался от 18 до 76 лет. У всех были ожоги II-IIIA степени площадью от 3 до 10% поверхности тела. Пациенты разделены на 2 группы, соотносимые по полу, возрасту, глубине и площади поражения. В основную группу вошли 27 больных, в контрольную группу – 49.

Больные обеих групп были госпитализированы в отделение в ранние сроки после получения ожога. При поступлении производился туалет ожоговой поверхности, включавший в себя вскрытие ожоговых пузырей, удаление отслоившегося некротизированного эпидермиса, обработку ран антисептиками. Затем больным основной группы на раны накладывались гидрогелевые повязки «АППОЛО». Последующие перевязки проводились с интервалом в 1–2 дня. Со вторых суток от момента поступления у пациентов начинали лазеротерапию ожоговых ран. Последняя осуществлялась с помощью аппарата «Милта-Ф», генерирующего низкоинтенсивное лазерное излучение в видимом красном спектре длин волн. Продолжительность сеанса лазеротерапии составляла 5 минут, лечение продолжалось в течение 7 дней. У больных контрольной группы ожоговые раны лечили закрытым способом с использованием мази «Левомеколь» и стерильных марлевых повязок с растворами антисептиков (фурациллин, хлоргексидин и др.).

При наблюдении за течением раневого процесса обращали внимание на вид раны, (наличие или отсутствие гнойного отделяемого, фибрина, характер грануляций, состояние эпителия). Учитывали степень болевых ощущений, общее состояние пациента, температурную реакцию.

Результаты и обсуждение

Гидрогелевые повязки не вызывали побочных реакций и аллергических осложнений, не оказывали раздражающего действия на неповрежденные ткани. Кроме того, повязка на различных участках тела легко моделировалась, плотно и на всем своем протяжении прилегая к раневой поверхности.

Лечение ожоговых ран с использованием гидрогелевых покрытий хорошо переносилось больными, после наложения повязки с препаратом отмечалось постепенное стихание боли. Во время сеанса лазеротерапии пострадавшие, как правило, не испытывали неприятных ощущений, трое из них ощущали тепло в зоне подвергавшейся облучению раневой поверхности, что не вызывало у этих пациентов дискомфорта.

В ранах с признаками инфекции (выраженный отек, локальная гиперемия кожных покровов, наличие гнойного отделяемого) отмечено быстрое уменьшение степени выраженности признаков местной воспалительной реакции. Эпителизация пораженных участков кожи наступала в оптимальные сроки: ожоги IIIА степени заживали на 12–15 сутки с момента травмы.

При лечении неинфицированных поверхностных ожогов смены повязки либо не требовалось, либо менялись только отдельные участки ее, пропитанные экссудатом. Ожоги заживали под повязкой, после чего она легко и безболезненно удалялась с эпителизирующейся раны. Из-за наличия обильного раневого отделяемого у пяти больных потребовалась двукратная, а у одного – трехкратная смена повязок. Общее состояние практически у всех пациентов было стабильным, температура тела не поднималась выше субфебрильных цифр, явления интоксикации отсутствовали.

В контрольной группе у 30% пострадавших имело место нагноение ожоговой поверхности (сопровождавшееся явлениями интоксикации), что привело к увеличению средних сроков эпителизации раны, составивших от 18 до 21 суток. У этих больных отмечались высокая температура тела и более медленное, чем у пациентов основной группы, ее снижение.

Вывод.

Методика местного лечения ожогов IIIА степени, предусматривающая совместное применение лазеротерапии и гидрогелевых повязок, обладает преимуществами перед традиционным способом лечения ожоговых ран и может быть рекомендована к использованию в широкой клинической практике.

Сведения об авторах статьи:

Мохов Евгений Михайлович – профессор, д.м.н. заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития

Жуков Александр Евгеньевич – хирург ожогового отделения ГБУЗ «ОКБ» г.Тверь

Карпенков П.Ю. – хирург ожогового отделения ГБУЗ «ОКБ» г. Тверь

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на метаболические и репаративные процессы в организме [Текст] / Б.С.Брискин, А.К.Полонский, И.М.Алиев и др. // Клиническая медицина.- 1996.- № 1.- С. 54-55.

2. Термические и радиационные ожоги [Текст] / Л.И.Герасимова, В.Н. Жижин, Е.В.Кижаев, А.Н. Путинцев //. М: Медицина. - 1996. - 248 с.

3. Chavez B. Making the case for using a silicone dressing in burn wound management [Text] / B. Chavez // Ostomy Wound Manage. – 2004. - V. 50(6). P. 11-12.

4. Luterman A. Burn injuries. Initial evaluation and treatment [Text] / A. Luterman // Cutis. - 1978 - V. 22(4). - P. 437-442.

УДК 616.33/.342-002.44-06-005.1-089.168.7-07-084

©А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, С.Х. Бакиров, А.Р.Мусин, 2012

А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, С.Х. Бакиров, А.Р.Мусин

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития РФ», кафедра хирургических болезней;
МБУЗ ГКБ № 8, г.Уфа.

Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений. Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. (2009). Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось консервативное лечение, от 13 до 16 баллов велось динамическое наблюдение, показания к оперативному лечению выставлялись при сумме баллов 17 и более. Использование разработанного метода выявления риска рецидива кровотечения позволяет быстро и объективно оценить вероятность такого рецидива и выбрать оптимальную лечебную тактику, исходя из тяжести состояния больного.

Ключевые слова: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, кровотечение, прогноз

A.G. Khasanov, I.F. Sufiyarov, S.H. Bakirov, F.S. Musina

THE PERFECTION OF SURGICAL AID RENDERING TO THE PATIENTS WITH GASTRODUODENAL BLEEDINGS

Bashkir State Medical University, surgical diseases chair
8th City Clinical Hospital, Ufa

The work is based on an analysis of 160 clinical observations of patients who were receiving treatment for ulcerative gastroduodenal hemorrhage to predict the recurrence of bleeding, we have taken rebleeding index (GCI), developed by Lebedev NV, Klimov AE (2009). To determine the tactics of the introduction of estimation of the patient risk of recurrence of bleeding in individual patients taking into account the clinical picture. When the amount of points IGC

from 1 to 12 conservative treatment was carried out from 13 to 16 points was carried out dynamic monitoring, the indications for surgical treatment were exhibited at the sum score of 17 or more. Using a method developed to identify the risk of recurrent bleeding quickly and objectively assess the probability of such a recurrence and to select the optimal treatment policy, based on the severity of the patient.

Key words: gastric ulcer, duodenal ulcer, bleeding, the prognosis

Актуальность.

Несмотря на совершенствование средств и методов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, в том числе использование эндоскопических методов остановки кровотечения, уровень летальности остается высоким и составляет от 10-14% до 30% (1,2). До 40% в структуре больных с гастродуоденальными кровотечениями занимают лица пожилого и старческого возраста (3,4,6). При этом до 20% больных поступают позже 24 часов от начала заболевания, что существенно отягощает течение заболевания. В настоящее время у хирургов нет единого мнения в определении прогностических критериев риска рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений, определяющих тактическое решение хирурга, хотя именно рецидивирующие кровотечения в прогностическом отношении наиболее неблагоприятны (2,5,7).

Поиск оптимальных методов прогноза рецидива кровотечения, разработка методов профилактики и разработка способов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений, являются на сегодняшний день актуальной проблемой хирургической гастроэнтерологии.

Цель исследования

Цель исследования: разработать прогностический алгоритм выявления рецидива язвенных гастродуоденальных кровотечений для их профилактики в условиях хирургического стационара.

Материал и методы.

Работа основана на анализе 160 клинических наблюдений за больными, находившимися на лечении по поводу язвенных гастродуоденальных кровотечений в ГКБ № 8 за период 2008 - 2010 гг. Возраст пациентов был от 25 до 83 лет, средний возраст 39,1±16,1 лет. Мужчин - 103 (64%), женщин было 57 (36 %) (соотношение 1,8 : 1).

При поступлении в стационар пациентам производили эндоскопические исследования. По степени устойчивости гемостаза пациенты распределились следующим образом: со степенью устойчивости гемостаза F II - 120 (75%). F III - 24 (15%), F I - 16 (10%).

Эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза имели 30 (38,4%) пациентов с язвой желудка и 42 (48%) - с язвой двенадцатиперстной кишки. Для воздействия на источник кровотечения через эндоскоп применяли термические (монополярная и биполярная электрокоагуляция), инъекционные (1,0 мл 0,1% раствора адреналина и 50 мл 0,5% раствора новокаина), аппликационные (обработка 5% раствором гамма аминокапроновой кислоты), механические (клипирование, наложение лигатур) методы гемостаза. Выбор метода гемостаза осуществлялся в соответствии с характеристиками источника язвенного кровотечения.

Пациенты, оперированные в период с 2008 - 2009гг. (73 больных) составили контрольную группу. В данной группе оценка хирургического риска проводилась на основании изучения историй болезней и амбулаторных карт. Пациенты, находящиеся на лечении с 2009г. по 2010г. (87 больных), составили основную группу. В данной группе оценка факторов риска рецидива кровотечения проводилась в ходе предоперационной подготовки и в динамике раннего послеоперационного периода, при этом лечащим врачом давались конкретные рекомендации о вероятности развития риска кровотечения.

Результаты и обсуждение.

Для прогноза рецидива кровотечения нами был взят индекс рецидива кровотечения (ИРК), разработанный Лебедевым Н.В., Климовым А.Е. (2009). Данный индекс получают путем умножения величины шокового индекса (ШИ) на балл эндоскопической оценки по Форрест (Ф) и балл размера язвы (Р): **ИРК = ШИ*Ф*Р.**

Для определения величины кровопотери используем шоковый индекс (отношение частоты сердечных сокращений к систолическому давлению), предложенный в 1976 г. М. Алльговерым. Данная методика определения величины кровопотери проста и доступна каждому врачу.

Оценка язвенного кровотечения по Форрест ранжирована по баллам следующим образом: Ф1а – 5, Ф1в – 4, Ф2а – 3, Ф2в – 2, Ф2 с - 1. Размер язвы определяется с помощью эндоскопической линейки во время гастродуоденоскопии и ранжируется в следующем порядке: до 5 мм – 1 балл, от 5 до 14 мм – 2 балла, от 15 до 24 мм – 3 балла, 25 мм и более – 4 балла. При умножении каждого признака выявляется целостная картина рецидива кровотечения. Дополнительно нами введены 2 балла за локализацию язвы в опасных зонах (язва по малой кривизне желудка, язва по задней стенке луковицы 12 перстной кишки). При увеличении ИРК прогрессивно увеличивается риск рецидива кровотечения. Если балл ИРК 2 и менее вероятность рецидива кровотечения составляет 5,1%, 2-8 балла - 20%, 8-13 балла – 30%, 13-19 – 60-80% и при 20 и выше рецидив кровотечения отмечается у

всех больных (100%). Срок действия прогноза - в первые 7 суток с момента поступления больного в стационар.

Для определения тактики введения больного производилась ориентировочная оценка риска рецидива кровотечения у конкретного больного с учетом клинической картины. При сумме баллов ИРК от 1 до 12 производилось консервативное лечение, от 13 до 16 баллов велось динамическое наблюдение, показания к оперативному лечению выставлялись при сумме баллов 17 и более.

Данные каждого больного проспективной группы обрабатывались согласно предложенному индексу ИРК и выбирался оптимальный вариант лечения (только медикаментозное лечение, выжидательная тактика, срочная операция, отсроченная операция после подготовки). Срочная операция при остановившемся кровотечении выполнялась в течение суток от поступления или в ближайшие часы (при продолжающемся кровотечении), отсроченная при достижении необходимого уровня компенсации.

Главным опорным пунктом является выявление необходимости экстренной операции. Если она необходима (более 17 баллов ИРК), сравнивается риск экстренной операции и медикаментозного лечения. Если риск экстренной операции превышает риск медикаментозного лечения, то принимается решение о выжидательной тактике.

В зависимости от прогноза возможности рецидива кровотечения можно выделить две основные группы: больные с неблагоприятным прогнозом рецидива кровотечения и больные, у которых вероятность рецидива кровотечения невелика. Иными словами, прогноз рецидива кровотечения является интегральным критерием, дающим возможность обоснованно определять сроки оперативного вмешательства.

Одним из основных критериев в хирургическом лечении острых гастродуоденальных кровотечений являются показатели общей летальности (табл. 1).

Таблица 1

Результаты лечения больных с язвенными кровотечениями

Группа	**Оперативное лечение**	**Эндоскопический Гемостаз**	**Консерв. терапия**	**Летальность**	
				Абс.	**%**
Основная n = 87	12	57	18	2	2,3
Контрольная n = 73	16	44	13	3	4,1

Главным доказательством практического значения предлагаемой методики являются исходы лечения: удалось снизить общую летальность с 4,1 до 2,3%. Использование разработанного метода выявления риска рецидива кровотечения позволяет быстро и объективно оценить вероятность такого рецидива и выбрать оптимальную лечебную тактику, исходя из тяжести состояния больного.

Выводы

1. Оптимальная тактика введения больных с ЖКК определяется тяжестью состояния, вида эндоскопического гемостаза и прогнозом рецидива кровотечения в первые часы поступления больного в хирургический стационар

2. Хирургическое лечение выполняется по строгим показаниям при неэффективности эндоскопического гемостаза, а также при высоком риске рецидива кровотечения (ИРК более 17 баллов).

Сведения об авторах статьи:

Хасанов Анвар Гиниятовия д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней БГМУ

Суфияров Ильдар Фанусович, д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней БГМУ89273179420, ildars@ufanet.ru

Бакиров Салават Хамидуллович, к.м.н, заведующий отделением хирургии №1, ГКБ № 8, г.Уфа

Мусин Азамат Равильевич, ординатор хирургического отделения № 1, ГКБ № 8, г.Уфа

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. М: Медицина 1982; 224.
2. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Бархударова Т.В. Прогноз рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, 2009, №2, с. 32-34.
3. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века. Хирургия 2005; №1, с. 58—64.
4. Тимербулатов В.М., Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В. и др. Оценка и прогноз эффективности методов гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Медицинский вестник Башкортостана, 2010, №6, с.47-50.
5. Хунафин С.Н., Власов А.Ф., Петров Ю.В. Обоснование хирургической тактики при гастродуоденальных кровотечениях. Медицинский вестник Башкортостана, 2010, №6, с.98-102.

6. Ярема И.В., Уртаев Б.М., Ковальчук Л.А. Хирургия язвенной болезни желудка. М: Медицина 2004; 304.
7. Freston J.W. Management of peptic ulcers: emerging issues. World J Surg 2000; 24: 3: 250—255.

УДК 614.2:908: 349.3

© С.Ф. Багненко, А.Г.Мирошниченко, В.В.Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, Д.В. Колочков, О.В.Дмитриев, А.В.Филиппов, В.Г. Моргенштерн ,2012.

С.Ф. Багненко, А.Г.Мирошниченко, В.В.Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, Д.В. Колочков, О.В.Дмитриев, А.В.Филиппов, В.Г. Моргенштерн

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

В статье рассмотрены принципы медицинской сортировки в стационарном отделении скорой медицинской помощи многопрофильного стационара - СПб НИИ скорой помощи им И.И.Джанелидзе. Проанализированы результаты исходов оказания помощи при использовании критериев медицинской сортировки.

***Ключевые слова*:** медицинская сортировка, скорая медицинская помощь, стационарное отделение скорой медицинской помощи.

S.F.Bagnenko, A.G Miroshnichenko., V.V Stozharov., I.P. Minnullin, I.M Barsukova, R.R.Alimov, A.O Bumay., D.L. Korbut, A.V.Zaicev, D.V. Kolochkov, O.V Dmitriev, A.V.Filippov, V.G. Morgenshtern

EXPERIENCE OF TRIAGE IN EMERGENCY DEPARTMENT OF MULTI-FIELD HOSPITAL

Janelidze Research Institute Of Emergency Medicine, St.-Petersburg, Russia.

The principles of triage in emergency department of multi-field hospital - St.-Petersburg Djanelidze Research Institute of Emergency Medicine are considered in this article. There are outcomes of medical aid by using triage criteria analyzed in the article.

Key words: medical triage, emergency medical service, emergency department.

Актуальность.

Анализ оказания скорой медицинской помощи (далее – СМП) на госпитальном

этапе - стационарном отделении скорой медицинской помощи многопрофильного стационара (СтОСМП), на фоне значительного роста обращений больных (пострадавших) с 20% в конце 80-х годов до 90-97% в настоящее время [1] выявил недостатки организации деятельности ПО: длительное время и недостаточный объем оказания помощи, неадекватная нагрузка на персонал, перегруженность специализированных отделений стационара непрофильными больными. Выделение контингента больных (пострадавших), (потоков размещения) требующих оказания СМП, в первую очередь, на основе методов медицинской сортировки позволяет оптимально распределить ограниченные ресурсы ПО и повысить эффективность оказания СМП.

Материалы и методы.

Основным принципом медицинской сортировки считается оценка тяжести состояния больных (пострадавших) на основе систем бальной оценки физиологических параметров, широко используемых в настоящее время в разных странах. В НИИСП была одобрена для использования шкала применяемая в крупных стационарах Швеции – Medical Emergency Triage and Treatment System (METTS), модернизированная с учетом опыта отечественных ученых (Пирогов Н.И. [2], Русаков А.Б., Малаховский Д.Е.[3]).

Используемая система в зависимости от срочности помощи разделяет больных на следующие потоки или условия оказания помощи:

1-й (красный) «реанимационные – ОРИТ, шоковая операционная» (состояние безнадежное и угрожающее, необратимое нарушение жизненно важных функций организма или быстрое нарастание нарушений жизненно важных функций, для устранения которых необходимы экстренные лечебные мероприятия);

2-й «А» (оранжевый) «лежачие – ПИТ, операционные» (состояние тяжелое, наличие выраженных функциональных нарушений, непосредственно не угрожающих жизни, имеющих тенденцию к нарастанию, но поддающихся коррекции соответствующими лечебными мероприятиями, т.н. «лежачие» больные, требующие интенсивного лечения);

2-й «Б» (желтый) «лежачие – палата СтОСМП» (состояние средней тяжести, умеренно выраженные нарушения жизненно важных функций организма, не представляющие опасности для жизни);

3-й (зеленый) «ходячие» (удовлетворительное состояние, незначительные и стойко компенсированные функциональные расстройства или их отсутствие).

Разработанная сортировочная шкала, используемая с 2007 года в СПб НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе, представлена в таблице 1, при этом наиболее измененный показатель определяет поток сортировки и условия оказания СМП.

Таблица 1

Критерии медицинской сортировки стационарного отделения СМП СПб НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе

Критерий сортировки (условное обозначение)	Метод оценки, показатель	Значение показателя			
		Тип подразделения (цвет зоны)			
		Реанимационный (красный)	Интенсивной терапии (оранжев)	Смотровая СтОСМП для б-х ср.тяжести (жёлтый)	Смотровые кабинеты СтОСМП (зеленый)
Дыхательные пути (А)	Осмотр верхних дыхательных путей	Д.п.не проходимы (асфиксия)	Дыхательные пути проходимы	Дыхательные пути проходимы	Дыхательные пути проходимы
Показатели дыхания (В)	ЧДД (ч.д.дв. в мин.)	более 30 или менее 8	от 25 до 30	от 9 до 25	от 9 до 25
	SpO_2 (%)	менее 90% при O^2	менее 90% без O^2	от 91 до 95% без O^2	более 95% без O^2
Кровообращение (С)	ЧСС (уд. в мин.)	более 150 или < 40	более 150 или > 50	от 120 до 149	от 51 до 119
	АД (мм.рт.ст.)	менее 90	более 90	более 90	более 90
Сознание (D)	Оценка уровня сознания	кома, эпистатус	сопор	оглушение	Ясное сознание
Температура тела (Е)	Измерение температуры тела (гр.Цельс.)	боле 41 или менее 35	более 41 или менее 35	от 38,5 до 41	от 35,1 до 38,4
Выраженность болевого синдрома	Оценка интенсивности по шкале боли (NRS 0-10)	не учитывается	7-10	4-6	0-3
Опорная функция организма	Осмотр	не учитывается	не учитывается	не может стоять	может стоять, ходить

Вместе с тем, из потока обратившихся выделяется группа больных с ОКС, ОНМК, травматические повреждения в результате ДТП или падения с высоты, которые изначально вне зависимости от уровня физикальных и инструментальных показателей приравниваются к пациентам 1-го потока.

Для сравнительного анализа использованы выборки больных (за исключением токсикологического профиля), обратившихся в НИИ СП в зимние и летние периоды 2004 г. и 2009 года, 1292 и 9744 пац., соответственно.

Результаты и обсуждение.

Сравнительный анализ данных за 2004 и 2009 годы выявил следующее изменения: среднесуточная обращаемость увеличилась на 14,8% с 92,3 до 108,3, доля пациентов, не потребовавших специализированного стационарного лечения, увеличилась на 75,0% с 8%

в 2004 г. до 32,2% в 2009 г., доля больных, требующих реанимационного пособия при поступлении в стационар, сократилась на 35,7% с 10,8% до 7%. Изменения технологии оказания СМП в 2007 году, учитывающие принципы медицинской сортировки, позволило повысить эффективность лечения и выделить следующие потоки размещения пациентов. Из 9744 чел. в 1-й поток (красная зона) направлено 6,1% (594 чел.), 2 «А» (оранжевая з.) - 10,2% (993 чел.), 2 «Б» (желтая з.) - 17,5% (1705 чел.), 3-й (зеленая з.) - 66,3% (6460 чел.). Интенсификация оказания помощи увеличила общую потребность в реанимационных услугах на 21,2% с 11,8% в 2004 г. до 15% в 2009 г. Повышение эффективности работы СтОСМП позволило добиться сокращения среднего койко-дня на 9% с 8,5 в 2004 г. до 7,7 в 2009 г., летальность при этом изменилась незначительно с 4,8% до 4,9%.

Вывод.

Опыт применения сортировочной шкалы СтОСМП СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе доказывает правильность выбора сортировочных критериев и условий оказания помощи для повышения эффективности оказания СМП и специализированной стационарной помощи.

Сведения об авторах статьи:

Багненко Сергей Федорович - и.о. ректора СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, (812) 234-16-46

Мирошниченко Александр Григорьевич д.м.н. профессор Заведующий кафедрой неотложной медицины Санкт – Петербургской медицинской академии последипломного образования, председатель Российского общества скорой медицинской помощи, зам. Директора НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе., тел. (812) 588-43-11

Стожаров Вадим Владимирович - доктор медицинских наук, профессор, и.о. директора ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе Тел: (812) 709-61-34, 313-46-34, E-mail: emergency-spb@mail.ru

Миннуллин Ильдар Пулатович д.м.н. профессор директор Института сестринского образования Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова,

Алимов Руслан Ряшидович, руководитель отделения скорой медицинской помощи, ГБУ СПб НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе, СПб, ул. Будапештская, д.3, arr0303@mail.ru

Барсукова Ирина Михайловна - к.м.н., руководитель НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, bim-64@mail.ru

Бумай Алексей Олегович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Корбут Дмитрий Леонидович - заведующий отделением экстренной медицинской помощи (краткосрочное пребывание) ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Зайцев Андрей Владимирович - к.м.н. научный сотрудник лаборатории новых организационных технологий, экономики и стандартизации здравоохранении ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Колочков Дмитрий Владимирович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Дмитриев Олег Владимирович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Филиппов Андрей Владимирович – врач эксперт НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Моргенштерн Владимир Григорьевич – младший научный сотрудник НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов В.В. «Отечественное здравоохранение на рубеже веков», СПб, 2004, С.256, ООО «Фирма Стикс».

2. Пирогов Н.И. «Начала общей военно-полевой хирургии» / под общ. ред. акад. Н.Н.Бурденко: ч.1, Л., 1941, С.543.

3. Русаков А.Б., Малаховский Д.Е. Сочетанные повреждения при падении с высоты. // Хирургия им. Н. И. Пирогова.- М.:Медицина.-1983.-№6.-С.26-28.

УДК 614.2:908: 349.3

©С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В.Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов, А.Т. Мирзабаев, 2012

С.Ф.Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В.Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов, А.Т. Мирзабаев

АЛГОРИТМ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

В статье отражены результаты анализа работы отделения краткосрочного пребывания и оценка влияния организации отделения на профильные хирургические отделения. Приведены алгоритмы лечения и динамического наблюдения на отделении краткосрочного пребывания.

Ключевые слова: отделения краткосрочного пребывания скорая медицинская помощь, стационарное отделение скорой медицинской помощи.

S.F.Bagnenko, A.G.Miroshnichenko, V.V.Stozharov, I.P.Minnullin, I.M Barsukova, R.R Alimov., A.O.Bumay, D.L.Korbut, A.V.Zaicev, D.V.Kolochkov, O.V.Dmitriev, A.V.Filippov, A.T. Mirzabaev

THE ALGORITHM OF CASE FOLLOW-UP AT SHORT-TERM TREATMENT DEPARTMENT OF MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL

Janelidze Research Institute Of Emergency Medicine, St.-Petersburg, Russia.

This article reflects the results of analysis of work of short-term treatment department and evaluation of the influence of the department organization on the surgical departments. The algorithm of treatment and case follow-up at short-term treatment department are presented in this article.

Keywords: short-term treatment department, emergency medical service, emergency department.

Актуальность

Неуклонный рост госпитализации пациентов в многопрофильные стационары города с увеличением до 70% экстренной стационарной медицинской помощи, привели к

значительному увеличению нагрузки на стационарное отделение скорой медицинской помощи (далее – СтОСМП), и потребовало создания в его структуре отделения краткосрочного пребывания (далее – ОКП).

Материалы и методы.

Исследованы принципы обследования и последующего перераспределения 7266 больных (пострадавших) (9,5% от всех госпитализированных), находящихся в удовлетворительном состоянии или состоянии средней степени тяжести, поступивших в ОКП за 2010 и 2011 гг.

Результаты

Основной функцией подразделения стали круглосуточные диагностика и лечение больных (пострадавших) с короткими сроками пребывания в стационаре (не более 3-5 суток), прием и выписка пациентов с широким спектром заболеваний. Объем помощи пациентам ОКП включает динамическое наблюдение, дополнительные клинико-лабораторные методы исследования, консультации специалистов специализированных отделений, и направлен на проведения дифференциальной диагностики и выполнение лечебных мероприятий. Среди всех госпитализированных пациентов в СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, на долю госпитализированных, на койки ОКП приходится 6 - 9% больных (пострадавших).

Алгоритм динамического наблюдения основан на принципах диагностики в зависимости от нозологического профиля больного и формы заболевания. У нейрохирургических больных обязательным является выполнение СКТ головного мозга или позвоночника, при необходимости ЯМРТ и консультация нейрохирурга. У больных с острым или хроническим панкреатитом - выполнение УЗИ брюшной полости и б/х анализа крови в динамике, ФГДС и консультация врача - панкреатолога. Больным с обострением язвенной болезни и признаками желудочно-кишечного кровотечения показано назначение УЗИ брюшной полости, б/х анализа крови и ФГДС в динамике. Пациентам с механической желтухой обязательно выполнение УЗИ брюшной полости в динамике, ФГДС с детальной дуоденоскопией, а в сложных случаях назначается СКТ гепато-билио-панкреато-дуоденальной области и ЭРХПГ. При подозрении на спаечную кишечную непроходимость проводится динамическая рентгенография на пассаж бария. У больных с предполагаемой патологией толстой кишки обязательным является выполнение УЗИ брюшной полости, ректоромано- и фиброколоноскопии, при необходимости УЗИ или СКТ малого таза. Больным с ангиогенным сепсисом назначается УЗИ брюшной полости, ФЛГ, эхокардиография и доплерография сосудов нижних или верхних конечностей, а также посев кро-

ви и прокальцитониновый тест с последующей консультацией врача-септолога. Для выявления онкологических заболеваний, а также уточнения стадии имеющегося патологического процесса используются весь доступный спектр диагностических методов. Всем больным, нуждающимся в дополнительном обследовании, необходимая диагностическая программа в полном объеме проводится в максимально сжатые сроки, от 3 до 5 суток.

За указанный период времени в ОКП госпитализировано 7266 больных (пострадавших). Из них 4584 (63%) пациентов после обследования и курса консервативной терапии были выписаны на амбулаторное лечение, 2682 (37 %) переведены на специализированные отделения, в том числе 1054 (39%) пациента направлены на оперативное лечение. Годовой оборот койки составляет 130 пациентов в год, общий средний койко-день составил 4,0, летальность 0,6 %. С момента организации коек динамического наблюдения и краткосрочного лечения по настоящее время сохраняется отчетливо выраженная тенденция к увеличению на 2-3 дня среднего койко-дня специализированных отделений с 8,2 до 10,4 койко-дней за счет снижения доли пациентов с коротким койко-днем, увеличению на 9,2% доли больных с осложненными формами течения заболеваний, требующих длительного стационарного лечения с 264 (7,7%) до 466 (16,9%), повышению оперативной активности на 15,1% с 882 (25,9 %) до 1129 (40,9%).

Выводы

1. Диагностическая программа, основанная на алгоритмах динамического наблюдения в условиях ОКП, позволила уточнить и инструментально подтвердить диагноз у 7266 больных (пострадавших) (9,5% от всех госпитализированных) и носит чрезвычайно интенсивный характер (годовой оборот койки 130 пациентов).

2. Внедрение коек краткосрочного пребывания в работу крупного многопрофильного стационара обеспечивает преемственность работы СтОСМП и специализированных отделений, и позволяет качественно улучшить оказание СМП, повысить эффективность работы специализированных отделений.

Сведения об авторах статьи:

Багненко Сергей Федорович - и.о. ректора СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, (812) 234-16-46

Мирошниченко Александр Григорьевич д.м.н. профессор, заведующий кафедрой неотложной медицины Санкт – Петербургской медицинской академии последипломного образования, председатель Российского общества скорой медицинской помощи, зам. директора НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе., тел. (812) 588-43-11

Стожаров Вадим Владимирович – д.м.н., профессор, и.о. директора ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе Тел: (812) 709-61-34, 313-46-34, E-mail: emergency-spb@mail.ru

Миннуллин Ильдар Пулатович д.м.н. профессор директор Института сестринского образования Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова,

Барсукова Ирина Михайловна - к.м.н., руководитель НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, bim-64@mail.ru

Алимов Руслан Ряшидович- руководитель отделения скорой медицинской помощи, ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, СПб, ул. Будапештская, д.3, arr0303@mail.ru

Бумай Алексей Олегович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Корбут Дмитрий Леонидович - заведующий отделением экстренной медицинской помощи (краткосрочное пребывание) ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Зайцев Андрей Владимирович - к.м.н. научный сотрудник лаборатории новых организационных технологий, экономики и стандартизации здравоохранении ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Колочков Дмитрий Владимирович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Дмитриев Олег Владимирович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Филиппов Андрей Владимирович – врач эксперт НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Мирзабаев Анвар Талгатович - врач хирург ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

ЛИТЕРАТУРА

Архипов В.В. «Отечественное здравоохранение на рубеже веков», СПб, 2004, С.256, ООО «Фирма Стикс».

УДК 616.33/342-002.44:616.149-008.341.1:616-005.1]-06.005.1-089:614.882

© В.С. Пантелеев, А.В. Якушев, Ш.А. Зарипов, И.Ф. Мухамедьянов, 2012

В.С. Пантелеев, А.В. Якушев, Ш.А. Зарипов, И.Ф. Мухамедьянов

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА БОРТ-ВРАЧАМИ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ.

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа

В статье представлен опыт лечения больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта за 2009 - 2011 годы врачами ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова выезжавших для оказания экстренной медицинской помощи в ЦРБ и ЦГБ Республики Башкортостан. При кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода проводилось эндолигирование, а при язвенных кровотечениях желудка и 12-перстной кишки предпочтение отдавалось резекции желудка.

Ключевые слова: *кровотечение, санитарная авиация, желудочно-кишечный тракт*

W.S. Panteleev, A.V. Yakushev, Sh.A. Zaripov, I.F. Muchamedjanov

TREATMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL TRACT HEMORRHAGE PATIENTS BY FLYING-SERVICE DOCTORS OF SANITARY AVIATION

State Budgetary Institution of Public Healthcare
G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital

The article relates to the experience of treating upper gastrointestinal tract hemorrhage patients in 2009-2011 by the doctors of State Budgetary Institution of Healthcare G.G. Kuvatov Republican Clinical Hospital rendering medical aid in the Central Regional Hospitals and Central Municipal Clinics of Bashkortostan Republic. In patients with bleeding due to esophageal verices, endoligation was performed, while in cases of bleeding gastric and duodenal ulcer, preference was given to stomach resection.

Key words: *hemorrhage, sanitary aviation, gastrointestinal tract.*

Актуальность

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в практике хирурга встречаются часто [2,3,4]. Лечение этого грозного осложнения всегда было и остается трудным делом, а результаты далеко не всегда устраивают хирургов [1]. Особые трудно-

сти в лечении данной категории больных возникают в условиях центральных районных больниц (ЦРБ) и центральных городских больниц (ЦГБ), где не всегда и не везде имеется необходимое оборудование, а квалификация хирурга порой не всегда позволяет выполнять необходимый объем оперативного вмешательства.

Цель работы

Целью работы явилось изучение состояния проблемы оказания медицинской помощи больным с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в условиях центральных районных и городских больниц Республики Башкортостан специалистами ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова выезжающих и вылетающих по линии санитарной авиации.

Материал и методы

По сводным данным оказания экстренной медицинской помощи специалистами санитарной авиации нами изучен и проанализирован материал диагностики и лечения больных с пищеводными и желудочно-дуоденальными кровотечениями, находящимися на лечении в ЦРБ и ЦГБ Республики Башкортостан за 2009-2011 годы. Всего за последние 3 года борт-врачами было осуществлено 94 выезда (таблица 1).

Основными причинами, по которым вызывались дежурившие по санитарной авиации гастрохирурги и эндоскописты были следующие:

- отсутствие необходимого оборудования;
- недостаточная квалификация специалистов на местах;
- рецидив кровотечения.

Таблица 1

Выезды специалистов по годам

Специалисты	Количество выездов			
	2009 год	2010 год	2011 год	Всего
Гастрохирурги	13	6	12	31
Эндоскописты	27	13	11	51
Гастрохирурги +эндоскописты	5	3	4	12
Итого	45	22	27	94

При язвенных кровотечениях из хронических желудочных и дуоденальных язв предпочтение отдавалось радикальному оперативному вмешательству – резекции желудка по одному из способов Бильрот. Из всех проведенных резекций количество случаев за-

кончившихся формированием анастомоза по Бильрот – 2 составило, больше чем в 2 раза по сравнению с резекцией желудка по Бильрот-1 (табл. 2). Это связано с тем, что большинство кровоточащих язв были дуоденальными с низким расположением и выраженной запущенностью проявлявшейся наличием той или иной степенью деформации начального отдела 12-перстной кишки и пилоростенозом. В случаях, когда состояние больного было критическим в связи с низкими показателями крови и тяжелыми сопутствующими заболеваниями, либо при кровотечениях из острых язвенных дефектов проводились гастротомия или дуоденотомия с прошиванием кровоточащих язв.

Второй по количеству случаев причиной кровотечений явились варикозно-расширенные вены (ВРВ) пищевода при синдроме портальной гипертензии. В последние годы врачами-эндоскопистами внедрен и широко применяется, в том числе при выездах в ЦРБ и ЦГБ, метод эндолигирования кровоточащих варикозно-расширенных вен пищевода, который позволяет добиться надежного гемостаза (табл. 2).

Таблица 2

Виды оказания медицинской помощи

Объем манипуляции и оперативного вмешательства	**2009**	**2010**	**2011**	**Всего**
Эндолигирование ВРВ пищевода	8	7	14	29
Установка зонда Блэкмора	1	-	-	1
Резекция желудка по Бильрот-1	4	2	3	9
Резекция желудка по Бильрот-2	8	6	8	22
Гастротомия с прошиванием язвы	5	3	1	9
Дуоденотомия с прошиванием язвы	1	-	1	2
Релапаротомия, резекция желудка	-	1	-	1
Итого	27	19	27	73

Заключение

Не смотря на то, что в последние годы все больше появляется противоязвенных лекарственных препаратов, об эффективности которых можно судить по сокращению количества плановых больных, число экстренных больных с язвенными кровотечениями не снижается, что на наш взгляд связано с несоблюдением пациентами посезонной (осень-весна) противоязвенной терапии.

Что касается больных с синдромом портальной гипертензии и кровотечением из ВРВ пищевода, то на сегодняшний день нами отработана следующая тактика:

1. остановка кровотечения путем эндолигирования;
2. стабилизация состояния больного;
3. перевод больного в РКБ им. Г.Г. Куватова для возможного проведения трансягулярного портокавального шунтирования с целью профилактики кровотечения из ВРВ пищевода.

Сведения об авторах статьи

Пантелеев Владимир Сергеевич – к.м.н., заведующий отделением лазерной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова; руководитель Республиканского центра лазерной медицины; 8-917-75-367-86; e-mail: w.s.panteleev@mail.ru

Якушев Александр Владимирович – заведующий отделением санитарной авиации ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова; 8-937-31- 85-650; e-mail: rcb.mail.ru

Зарипов Шамиль Акрамович – к.м.н., заведующий отделением эндоскопии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова; главный внештатный эндоскопист минздрава РБ; 8-917-34-18-220; e-mail: rcb.mail.ru

Мухамедьянов Ильшат Фанисович – к.м.н., заведующий отделением рентгенэндоваскулярной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова; 8-917-42-79-587; e-mail: rcb.mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Нартайлаков М.А., Мухамедьянов И.Ф., Курбангулов И.Р., Мингазов Р.С. и др. Итоги и перспективы лечения портальной гипертензии // Медицинский Вестник Башкортостана. – 2009. № 6 (приложение). С. 29 – 31.
2. Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Сагитов Р.Б. Гемостаз при острых желудочно-кишечных кровотечениях // Хирургия. – 2010. № 3. С. 20 – 26.
3. Чернышев В.Н. Экстренная хирургия осложнений гастродуоденальных язв / В.Н. Чернышев, Е.А. Корымасов. – Самара ООО «СамЛюксПринт» 2011. – 110с.
4. Wong T.C. et al A comparison of angiographic embolization with surgery after failed endoscopic hemostasis to bleeding peptic ulcers // Gastrointest Endosc. – 2011. – Vol. 73(5). P. 900-8.Epub, 2011 Feb 2.

УДК 614.2:908: 349.3

© С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, П.А. Дубикайтис, Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов, 2012

С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, П.А. Дубикайтис, Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СПБ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ.И.И.ДЖАНЕЛИДЗЕ

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им И.И.Джанелидзе, Санкт - Петербург, Россия

В статье отражены основные этапы развития концепции организации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи многопрофильного стационара - СПБ НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе. Обсуждаются трудности и проблемы формирования отделений на базе приемных отделений и дальнейшие перспективы их развития.

Ключевые слова: организация здравоохранения, скорая медицинская помощь, отделение экстренной медицинской помощи.

S.F. Bagnenko, A.G. Miroshnichenko, V.V.Stozharov, I.P. Minnullin, I.M. Barsukova, R.R. Alimov, A.O.Bumay, D.L. Korbut, A.V.Zaicev, P.A.Dubikaitis, D.V.Kolochkov, O.V.Dmitriev, A.V.Filippov

THE HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF EMERGENCY DEPARTMENT IN JANELIDZE RESEARCH INSTITUTE OF EMERGENCY MEDICINE

Janelidze Research Institute Of Emergency Medicine, St.-Petersburg, Russia.

The article presents the main stages in the development of conceptual organizing the work of the emergency department of multi-field hospital -St.-Petersburg Janelidze Research Institute Of Emergency Medicine. The problems of emergency departments formation on the basis of emergency (admission) rooms and the prospects for the development of emergency departments are presented in the article.

Keywords: public health organization, emergency medical service, emergency department.

История развития стационарного отделения скорой медицинской помощи СПБ НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе (далее – СтОСМП) берет свое начало с приемного покоя Центрального госпиталя скорой помощи созданного в 1919 году в Петрограде в помещениях бывшего доходного дома и частной лечебницы доктора медицины Б.М.Кольмейкера (Большой пр. П.С., 100), в 1925 году переименованный в больницу скорой помощи им. Е.П.Первухина. Приказом Ленинградского гор.отдела здравоохранения №18 от 1 февраля 1932 года на базе больницы скорой помощи был создан Научно-практический институт скорой помощи под научным руководством профессора И.И.Джанелидзе. Директор института М.А.Мессель еще в 1932 году отмечал важность быстрейшего оказания медицинской помощи; «При оказании скорой помощи необходимо быстро, один за другим, проводить процессы обследования больного для определения диагноза, установления прогноза и применения терапии» [1].

Изначально на территории приемного покоя располагались две смотровые комнаты (мужская и женская), перевязочный, процедурный кабинет и санитарный блок. Круглосуточно работал один дежурный врач и одна медицинская сестра, рентгенотехник и лаборант клинической лаборатории. В 1962 г. при приемном покое была создана противошоковая операционная для оказания помощи пострадавшим с тяжелой механической травмой и шоком. В 1986 году после переезда института в новое здание многопрофильного стационара (ул.Будапештская, 3) значительно увеличился объем обращений населения (до 100 обращений в сутки), в связи с этим штаты приемного отделения были увеличены. Введены должности заведующего отделением, в составе отделения заработал рентгеновский кабинет, кабинет лабораторной диагностики, ЭКГ. В период с 1989 по 2004 гг. приемно-диагностическим отделением последовательно руководили О.Е.Ключерова, Л.И.Корнева, Ю.Ф.Бочаев, Л.А.Сутягина, Петрова Л.И. С 2005 года на территории отделения функционирует кабинет УЗИ.

Значительный рост потребности населения в экстренной стационарной помощи, наблюдающийся с конца 80-х годов прошлого столетия и по настоящее время в Санкт-Петербурге, несоответствие штатного расписания кадровому составу персонала приемно-диагностических отделений больниц и формирование новых требований к объему и срокам данного вида помощи потребовали изменения технологий её оказания в крупных многопрофильных стационарах.

Анализ качества оказания помощи больным, скончавшимся в СПбНИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе в 2003 году выявил значительные задержки до 2-х часов ожидания пациентами первичного осмотра специалиста в приемно-диагностическом отделе-

нии. Благодаря инициативе С.Ф.Багненко, В.В.Архипова, А.Г.Мирошниченко в 2004 г. был начат процесс реорганизации приемно-диагностического отделения в СтСМП. Отличительными особенностями его стали современная медицинская сортировка, раннее начало лечения с соблюдением правила «золотого часа», концентрация основных лечебно-диагностических ресурсов с круглосуточным режимом их функционирования.

В течение 2003-2008 годов на территории отделения проводились ремонтно-реконструктивные работы по перепланировке помещений. В составе отделения появился кабинет спиральной компьютерной томографии, современный рентгеновский кабинет. С 2004 года практической организацией лечебно-диагностического процесса последовательно руководили А.Л.Большаков, Д.Л.Корбут. С августа 2009 года в составе отделения функционирует реанимационная врачебная бригада СМП для транспортировки в институт тяжело пострадавших в результате ДТП с вертолетной площадки и из других стационаров С.-Петербурга и Ленинградской области. 24 ноября 2006 г. с целью усиления научно-методического сопровождения модернизации госпитального этапа СМП сформировано научное отделение СМП под руководством Г.Ф.Гулуа. В 2008 году штат научных сотрудников отделения был увеличен до 3-х сотрудников и научным направлением работы стал руководить Р.Р.Алимов.

Итогом шестилетней клинической, научной, нормотворческой работы отделения стали участие в подготовке приказа Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 № 586н «О создании СтОСМП (отделение экстренной медицинской помощи (далее - ОЭМП)) как структурного подразделения ЛПУ» и созданного на его основе приказа Директора института «О формировании с 25 ноября 2011 года СтОСМП». Впервые в истории отечественного здравоохранения в составе госпитального этапа СМП функции лечащего врача стал выполнять специалист скорой медицинской помощи.

С 1-го апреля 2009 года с целью дальнейшей оптимизации стационарной специализированной помощи инициирован процесс создания, а с 1-го марта 2012 года организовано отделение краткосрочного пребывания больных (пострадавших), где в течение 2-3 суток на 40 койках получают лечение более 3800 пациентов. С 11 июня 2012 года в составе СтОСМП функционирует 16-ти коечная палата динамического наблюдения.

В настоящее время в отделении круглосуточно работают не менее 7 врачей СМП, 8 медицинских сестер, 3 медицинских регистратора, 8 санитарок, диагностическая служба и более 10 консультирующих врачей-специалистов.

Заключение

Первые результаты работы показывают, что преобразование приемно-диагностического отделения в СтОСМП привело к снижению времени лечебно-диагностического процесса и частоты расхождения диагнозов отделения и при выписке - с 30% в 2008 году до 4% в 2010 году. В настоящее время в институте оказывается помощь более 200 поступающим в сутки, более 60% поступающих больных получают помощь в условиях ОЭМП, и только 30-40% больных (пострадавших) направляются в специализированные клиники. Таким образом, внедрение технологии СтОСМП позволяет повысить доступность и качество скорой и специализированной медицинской помощи в институте.

Сформированный научный отдел СМП института, в состав которого вошло научное отделение СМП, СтОСМП (ОЭМП) с выездной бригадой СМП и палатой динамического наблюдения, СтОСМП (ОЭМП) (краткосрочное пребывание) является сегодня единственным и уникальным лечебно-диагностическим комплексом среди крупных многопрофильных стационаров РФ. Обобщение опыта его работы может стать полезным для других стационаров скорой помощи страны.

Сведения об авторах статьи

Багненко Сергей Федорович - и.о. ректора СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, (812) 234-16-46

Мирошниченко Александр Григорьевич д.м.н. профессор Заведующий кафедрой неотложной медицины Санкт – Петербургской медицинской академии последипломного образования, председатель Российского общества скорой медицинской помощи, зам. Директора НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе., тел. (812) 588-43-11

Стожаров Вадим Владимирович - доктор медицинских наук, профессор, и.о. директора ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе Тел: (812) 709-61-34, 313-46-34, E-mail: emergency-spb@mail.ru

Миннуллин Ильдар Пулатович д.м.н. профессор директор Института сестринского образования Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова,

Алимов Руслан Ряшидович, руководитель отделения скорой медицинской помощи, ГБУ СПб НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе, СПб, ул. Будапештская, д.3, arr0303@mail.ru

Барсукова Ирина Михайловна - к.м.н., руководитель НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, bim-64@mail.ru

Бумай Алексей Олегович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Корбут Дмитрий Леонидович - заведующий отделением экстренной медицинской помощи (краткосрочное пребывание) ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Зайцев Андрей Владимирович - к.м.н. научный сотрудник лаборатории новых организационных технологий, экономики и стандартизации здравоохранении ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Дубикайтис Петр Александрович – научный сотрудник отдела социально значимых инфекций ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Колочков Дмитрий Владимирович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Дмитриев Олег Владимирович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Филиппов Андрей Владимирович – врач эксперт НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

ЛИТЕРАТУРА

1.Ершова И.Н. СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 1932 – 2008: история создания и развития института / под ред. чл.-корр. РАМН, проф. С.Ф.Багненко. СПб.: ООО «Типография «Береста», 2009. 260 с.

УДК 614.2:908: 349.3

© С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов, 2012

С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Стожаров, И.П. Миннуллин, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, Д.В. Колочков, О.В. Дмитриев, А.В. Филиппов

ЭТАПЫ НОРМАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГБУ СПб НИИ скорой помощи им И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

В статье отражены основные этапы развития нормативного обеспечения организации работы госпитального этапа скорой медицинской помощи - стационарного отделения скорой медицинской помощи многопрофильного стационара. Обсуждаются трудности и проблемы нормативного обеспечения формирования стационарных отделений скорой медицинской помощи на базе приемных отделений.

Ключевые слова: нормативное обеспечение организация здравоохранения, скорая медицинская помощь, стационарное отделение скорой медицинской помощи.

S.F. Bagnenko, A.G. Miroshnichenko, V.V.Stozharov, I.P. Minnullin, I.M. Barsukova, R.R. Alimov, A.O.Bumay, D.L. Korbut, A.V.Zaicev, D.V.Kolochkov, O.V.Dmitriev, A.V.Filippov

THE STAGES OF EMERGENCY MEDICAL CARE REGULATION

Janelidze Research Institute Of Emergency Medicine, St.-Petersburg, Russia.

The article presents the main stages in the development of conceptual organizing the work of emergency department. The problems of emergency departments formation on the basis of emergency (admission) rooms and the prospects for the development of emergency departments are presented in the article.

Keywords: public health organization, emergency medical service, emergency department.

Скорая медицинская помощь (далее – СМП) как самостоятельный вид медицинской деятельности представляет собой сложную многокомпонентную технологическую систему оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме на догоспитальном и госпитальном этапах. До недавнего времени правовое регулирование деятельности приемных отделений (далее – ПО) больниц скорой медицинской помощи (далее – БСМП) на федеральном уровне осуществлялось достаточно ограниченным перечнем нормативно-правовых актов (далее – НПА).

Впервые сведения о порядке приема больных в больницы России появляются в "Генеральном регламенте о госпиталях" в конце 18-го века, где описываются такие функции приемных покоев (далее - ПП) как регистрация пациента, актирование вещей и ценностей, их обработку и хранение. В работе А.А.Нечаева 1952 г. [3] и И.Г.Георги 1974 г. [2] описываются помещения ПП: «…обычно располагался в 1-2 комнатах … имел в своем составе 1-3 кровати. Санпропускника не было…». Описание порядка приема больных и оказания медицинской помощи в Обуховской больнице Санкт-Петербурга дополняет Г.Аттенгофер в работе 1820 г. [1]: «… больные осматриваются дежурным медиком в особой комнате. Запрещается размещать больных без осмотра - минуя приемный покой, на койки клиник больницы… Больным весьма слабым здоровьем не отказывают, а на время помещают их и лечат в самой приемной комнате». В НПА "Наставление для строения богоугодных заведений" (1820-1823), в котором впервые было регламентировано создание при больницах особых "приемных комнат" с ванными для помывки поступающих больных, т.о. закреплением за ПП функции санитарной обработки больных. В 1844 году были приняты "Правила о приеме, отказе и размещении больных в больницах" ведомства общественного призрения в С.-Петербурге, которыми регламентировался состав помещений ПП, порядок приема, ставшие основой для большинства уставов городских больниц России [4]. Важен вклад выдающихся деятелей отечественной медицины: М.Я.Мудров установил заполнение при приеме больных историй болезни, Н.И.Пирогов предложил принцип медицинской сортировки, С.П.Боткин сортировочные отделения, дезкамеры, карточная система учета госпитализированных больных. К концу 19-го века наиболее крупные больницы России были обеспечены ПП. Приемно-сортировочное отделение с изолятором для заразных больных с 1885 г. существовало в Петербургской Обуховской больнице; в московской Солдатенковской больнице был организован ПП с сомнительным отделением. С 1924 г. в СССР начались планомерная реконструкция и капитальный ремонт больниц. ПП многих больниц были перестроены. Сортировочные отделения крупных больниц, были превращены в диагностические. Приказом Наркомздрава СССР от 15 декабря 1938 г.

N1315 утверждены «Правила приема и выписки больных из городских больниц» определяющие дополнительно показания для госпитализации. Созданный в 1939 году при Наркомздраве РСФСР Больничный совет в одном из своих решений рекомендует: «а) оснащение ПП рентгеновским кабинетом и прочим необходимым оборудованием ..; б) обеспечение немедленного осмотра врачом доставленного в ПП … и культурная эвакуация его, после установления диагноза, в отделение; в) комплектование врачей ПП из числа квалифицированных специалистов». С этого момента к традиционным функциям ПО добавляются экстренная диагностика и срочная медицинская помощь (лечение), вводятся показатели сроков помощи и её объема.

Изменения характера госпитализации за счет увеличения удельного веса ургентных больных в хирургических отделениях до 90%, в терапевтических до 42%, а в целом, в больницах Ленинграда в 1955 году - до 47%, потребовали изменения нормативного обеспечения деятельности ПО. Приказом Минздрава СССР от 31 июля 1963 г. №395 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению стационарного обслуживания …» вводится понятие БСМП, там же закрепляются предыдущие положения о деятельности ПО и создается нормативная основа для приемно-выписных отделений. Технологии оказания СМП посвящена методическая разработка Б.Д.Комарова «Организация работы ПО» (1981) [5], описывающая новые функции приемных отделений: более детальную диагностику, раннее синдромальное лечение, табель оснащения и должностные инструкции. На её основе, а также ряда локальных актов субъектового уровня (приказ ГУЗ ИК Ленсовета от 01.09.1983 г. № 803, Л. «Об организации работы ПО соматических больниц» и др.), приказ Минздрава СССР от 20.05.1988 N 404 "О мерах по дальнейшему совершенствованию СМП", ПО рассматривается как госпитальный этап СМП. Действующие по настоящее время и определяющие организацию деятельности ПО НПА представлены Приказом Минздрава СССР от 03.05.63 №201 «Табель оборудования больниц и поликлиник», Приказом Минздрава СССР от 06.06.79 N600 "О штатных нормативах медицинского…в городах с населением свыше 25 тысяч человек", СНиП-69-78 «Нормы проектирования ЛПУ». Таким образом, законодательная база, регулирующая деятельность ПО не подвергалась изменению более 30 лет.

Значительный рост потребности населения в СМП, наблюдающийся с конца 80-х годов прошлого столетия и по настоящее время, потребовали изменения технологии оказания данного вида помощи и её обеспечения. 5 марта 2010 года Коллегия Минздравсоцразвития РФ приняла решение об апробации в реальном режиме времени новой модели функционирования ПО БСМП с учетом опыта накопленного СПб НИИ СП им. И.И. Джа-

нелидзе, а также некоторыми регионами РФ, такими как Татарстан, Омск и др. Результатом этой работы стал разработанный и утвержденный Минздравсоцразвития РФ Приказ от 02.08.2010 N 586н "О внесении изменений в Порядок оказания СМП, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития РФ от 1 ноября 2004 г. N 179". Данным приказом юридически закреплены такие принципиально новые понятия как «госпитальный этап СМП» и «ОЭМП ЛПУ», «СтОСМП ЛПУ», «врач СМП СтОСМП». Кроме того, определены порядок создания подразделения, его основные функции, рекомендуемые штатные нормативы, стандарт оснащения. В настоящее время госпитальный этап СМП закреплен на законодательном уровне статьей 35, Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" «2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме … в … стационарных условиях».

Заключение

Проведенное исследование, охватившее более чем 200-летний период истории отечественного здравоохранения, продемонстрировало динамичное изменение нормативной базы, регулирующей деятельность госпитального этапа СМП, в зависимости от концепции оказания СМП и внешних условий функционирования системы. В настоящее время созданы законодательные основы для дальнейшей модернизации госпитального этапа СМП в РФ при этом анализ результатов апробации технологии СтОСМП позволит заложить основу совершенствования и модернизации системы СМП и, в целом, оказания данного вида помощи. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" законодательно оформил существование госпитального этапа СМП, дальнейшее развитие которого требует подготовки и вступления в силу соответствующих подзаконных актов.

Сведения об авторах статьи

Багненко Сергей Федорович - и.о. ректора СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, (812) 234-16-46

Мирошниченко Александр Григорьевич д.м.н. профессор Заведующий кафедрой неотложной медицины Санкт – Петербургской медицинской академии последипломного образования, председатель Российского общества скорой медицинской помощи, зам. Директора НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе., тел. (812) 588-43-11

Стожаров Вадим Владимирович - доктор медицинских наук, профессор, и.о. директора ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе Тел: (812) 709-61-34, 313-46-34, E-mail: emergency-spb@mail.ru

Миннуллин Ильдар Пулатович д.м.н. профессор директор Института сестринского образования Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова,

Алимов Руслан Ряшидович, руководитель отделения скорой медицинской помощи, ГБУ СПб НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе, СПб, ул. Будапештская, д.3, arr0303@mail.ru

Барсукова Ирина Михайловна - к.м.н., руководитель НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, bim-64@mail.ru

Бумай Алексей Олегович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Корбут Дмитрий Леонидович - заведующий отделением экстренной медицинской помощи (краткосрочное пребывание) ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Зайцев Андрей Владимирович - к.м.н. научный сотрудник лаборатории новых организационных технологий, экономики и стандартизации здравоохранении ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Колочков Дмитрий Владимирович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Дмитриев Олег Владимирович - младший научный сотрудник отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Филиппов Андрей Владимирович – врач эксперт НМООСП ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

ЛИТЕРАТУРА

1.Аттенгофер Г. Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга. СПБ, 1820, С.432.

2. Георги И.Г. Описание столичного города Санкт-Петербурга. СПБ, 1794, С.757.

3.Нечаев А.Л. Очерки по истории Обуховской больницы. Л., ВММА, 1952, С.240.

4.Правила о приеме, отказе и размещении больных в больницах ведомства общественного призрения в С.-Петербурге. СПБ, 1844, С. 12.

5.Основы организации экстренной стационарной медицинской помощи / под ред. Б.Д.Комарова. – М.: Медицина, 1981, С.240.

УДК: 616.33/34-005.1-036.87

© В.М. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов, И.М. Уразбахтин, В.М. Сибаев,
Р.Р. Шарафутдинов, Ю.М. Исмагилова, Ш.В. Тимербулатов, Р.Р.Шарафутдинов, 2012

В.М. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов, И.М. Уразбахтин, В.М. Сибаев,
Р.Р. Шарафутдинов, Ю.М. Исмагилова, Ш.В. Тимербулатов, Р.Р.Шарафутдинов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
Минздравсоцразвития России

Ключевые слова: *кровотечение, желудочно-кишечный тракт*

V.M. Timerbulatov, R.B. Sagitov, I.M. Urazbahtin,V.M. Sibaev, R.R. Sharafutdinov,
U.M. Ismagiliva, Sh.V. Timerbulatov

THE SURGICAL TACTICS OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS' APPLYING IN ACUTE HAEMORRAGES FROM THE UPPER SECTIONS OF GASTROINTESTINAL TRACT.

Bashkir State Medical University Surgery chair with the course of endoscopy

Key words: *hemorrhage, gastrointestinal tract.*

Актуальность.

Желудочно-кишечные кровотечения являются одной из сложных клинических проблем в абдоминальной хирургии связанной с высокой частотой, летальностью, послеоперационными осложнениями и затратами на лечение данной группы больных. Только в США ежегодно госпитализируются около 300 тысяч больных с желудочно-кишечными кровотечениями [1], что составляет 1-2 процента всех госпитализаций [2]. Ежегодная стоимость консервативной терапии при гастродуоденальных кровотечениях оценивается в США более 900 млн. долларов [3] без учета стоимости эндоскопии, лучевой диагностики, амбулаторного лечения и без учета временной нетрудоспособности больных. По данным Longstreth GF (1995) [4], Rockall T, с соавторами (1995) [5], кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта составляют 100 случаев на 100 тысяч населения. По данным Van Dam J (1999) [6], Gilbert DA (1990) [7] гастродуоденальные язвы являются в 50-75% случаев причиной острого желудочно-кишечного кровотечения. По данным Чернеховской Н.Е. частота кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта со-

ставляет 30 случаев на 100 тыс. населения. Уровень смертности колеблется от 5 до 10% и в развитых странах имеет тенденцию к снижению. Летальность при рецидиве кровотечения остается высокой 30-40% [8]. Общая летальность после экстренных операций по поводу желудочно-кишечных кровотечений составляет 10-80% , в том числе 29% при рецидивах кровотечения [9,10]. На сегодняшний день с развитием эндоскопии диагностика острых желудочно-кишечных кровотечений не представляет затруднений. Современные эндоскопы позволяют установить источник, характер, интенсивность кровотечения, определить угрозу повторного кровотечения, провести эндоскопический гемостаз. Существует большое количество способов эндоскопического гемостаза от электрокоагуляции кровоточащего сосуда, клипирования его, до введения подслизистых инъекций, наложения эндолигатур, применения тепловых зондов, аргоноплазменной кагуляции и т.д. Однако в настоящее время нет четких указаний, обоснования когда, при каком источнике кровотечения, при какой его локализации, степени интенсивности кровотечения обосновано должны применяться эндоскопические методы гемостаза, а когда должна быть показана экстренная хирургическая операция. Кроме того, не решены окончательно вопросы какой именно метод эндоскопического гемостаза должен быть применен при конкретном в источнике кровотечения, или необходима комбинация методов. Таким образом, целью исследования явилось анатомо-клиническое обоснование существующих методов эндоскопического гемостаза при острых гастродуоденальных кровотечениях, улучшение результатов эндоскопического, хирургического лечения данной группы больных.

Материал и методы.

Нами проведен анализ результатов лечения 1768 больных с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, находившихся в клинике за 2000-2009 года. Большую часть составили кровотечения из гастродуоденальных язв (40,4%), на втором месте (32,8%) - пищеводные кровотечения при синдроме Мэллори-Вейсса. На третьем месте источником кровотечения явились эрозивные поражения слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (13,4%), далее кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (5,32%), далее опухоли пищевода, желудка (2,14%). В структуре кровотечений из гастродуоденальных язв наибольшее число эпизодов обусловлено острыми язвами - 64,57%. Кровотечения при острой язве желудка (34,17%) незначительно преобладают над дуоденальной локализацией (30,4%). Кровотечения, обусловленные хроническими дуоденальными язвами (20,87%) преобладают над кровотечением из хронических язв желудочной локализации (14,56%). Общепринято описывать источник кровотечения по Forrest, данная классификация позволяет определить основные лечебно-

диагностические мероприятия. В нашей клинике за последние три года разработана следующая хирургическая тактика:

1. При кровотечении F1a показана неотложная хирургическая операция;

2. При F1b выполняется временный эндоскопический гемостаз, окончательный гемостаз выполняется хирургическим путем;

3. При F2a, когда нет признаков активного кровотечения, но эндоскопически сохраняется угроза повторного кровотечения показано выполнение эндоскопического гемостаза. При невозможности или неэффективности эндоскопического гемостаза показано проведение гемостаза хирургическим путем;

4. При F2б проведение эндоскопического гемостаза возможно, но предпочтенье отдается эндоскопическому мониторированию и консервативной медикаментозной терапии;

5. При F2c эндоскопический гемостаз не показан, данная группа больных лечится консервативно.

Таким образом, эндоскопический гемостаз выполняется при кровотечениях уровня F1b-F2a-F2b. При этом кровотечение F2a является золотым стандартом для выполнения эндоскопического гемостаза.

Эндоскопический гемостаз– это эндоскопическая операция выполняемая при помощи гастроскопа и специальных инструментов проводимых через инструментальный канал с целью остановки острого гастродуоденального кровотечения.

Требования к эндоскопическому гемостазу:

1. Эффективность – полная остановка кровотечения;

2.надежность – риск рецидива кровотечения после гемостаза;

3.безопасность.

Условия для выполнения эндоскопического гемостаза.

1. Эндоскопически локализованный источник кровотечения;

2. Внутривенное обезболивание больного.

Эндоскопический гемостаз является сложной хирургической манипуляцией требующей четкой координации работы врачей нескольких специальностей (эндоскописта, хирурга, анестезиолога), а также соответствующей технической оснащенности. При отсутствии, какого либо фактора выполнение эндоскопического гемостаза может являться не безопасным для больного. Так отсутствие анестезиологической поддержки не позволит врачу-эндоскописту четко прицельно выполнить необходимый объем вмешательства. Помимо этого анестезиологическая бригада необходима для мониторирования показате-

лей центральной гемодинамики, проведения коррекции её нарушений. Роль хирурга в данном процессе заключается в координации всех мероприятий этой бригады, подготовке операционной в случае неэффективности эндоскопического гемостаза и необходимости экстренной хирургической операции. Уровень технической оснащенности должен обеспечить возможность применения минимум двух методов эндоскопического гемостаза, например электрохирургическую диатермокоагуляцию и инъекционный способ остановки кровотечения. Это позволяет подобрать наиболее эффективный в каждом конкретном случае способ остановки кровотечения. Сложность выполнения эндоскопического гемостаза обусловлена двумя факторами: технические причины – возможности гастроскопа и метода остановки кровотечения и исходя из анатомии полости пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки.

Технические причины:

1. Параметры современных гастроскопов:

Оптические гастроскопы поле зрения в среднем 100 градусов

Изгиб дистальной части вверх 180 гр

вниз 90 гр

вправо влево 100 гр

Поле зрения видеогастроскопов составляет от 120 до 145 градусов,

Изгиб дистальной части вверх 210 гр

вниз 90 гр

вправо влево 100 гр

2. вид метода эндоскопической остановки кровотечения (коагуляция, инъекция, клипирование).

Анатомические причины: локализация источника кровотечения.

Легкие локализации источников гастродуоденального кровотечения для эндоскопичекого гемостаза:

1. желудок антральный отдел в том числе наиболее удобная препилорическая область и привратник;
2. тело желудка – верхняя, нижняя и средняя треть большой кривизны и передней стенок;
3. нижняя треть пищевода и кардиальный жом.

Локализации средней степени сложности для проведения эндоскопического гемостаза:

1. угол желудка при инверсионном положении гастроскопа;
2. Задняя стенка тела желудка (верхняя, средняя и нижняя трети);

3. малая кривизна средней и верхней трети тела желудка;
4. дно желудка.

Трудные локализации для выполнения эндоскопического гемостаза:

1. субкардиальный отдел желудка;
2. луковица двенадцатиперстной кишки;
3. верхняя треть пищевода.

При легкой локализации источника кровотечения например в препилорическом отделе желудка – гастроскоп расположен строго напротив источника, при этом амплитуда движений аппарата вверх, вниз, вправо и влево остается самой максимальной в пределах 90-180 градусов и поле зрения составляет 100%. (рис.1)

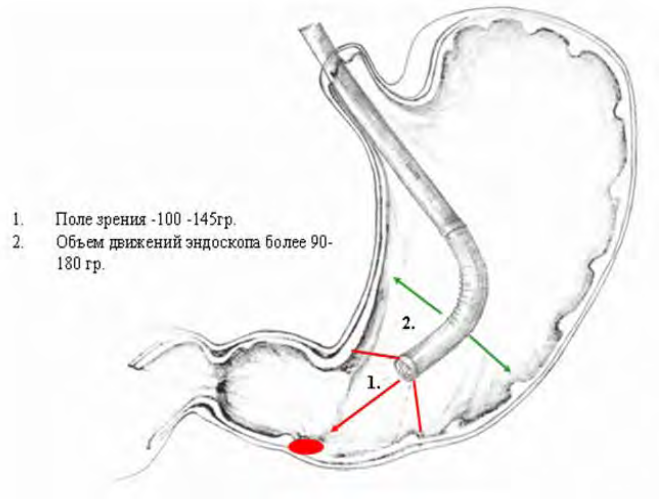


Рис.1 Легкая локализация источника кровотечения для эндоскопического гемостаза.

Легкая локализация источника кровотечения дает больше возможностей для визуализации, прицеливания и выполнения точной манипуляции (рис. 2).

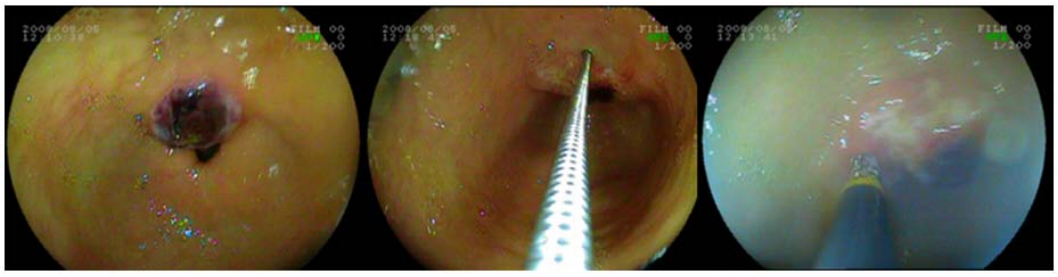


Рис.2 Язва препилорического отдела желудка Forrest 2b- эндогемостаз инъекционным способом с последующей коагуляцией культи.

При средней степени сложности расположения источника кровотечения, например на задней стенке средней трети тела желудка ограничивается движение аппарата вправо - из 90 градусов только до 5-10 градусов, влево, вверх и вниз объем движений сохраняется, поле зрения уменьшается на 50% таким образом по технические возможности уменьшаются на 30-40 % (рис. 3).

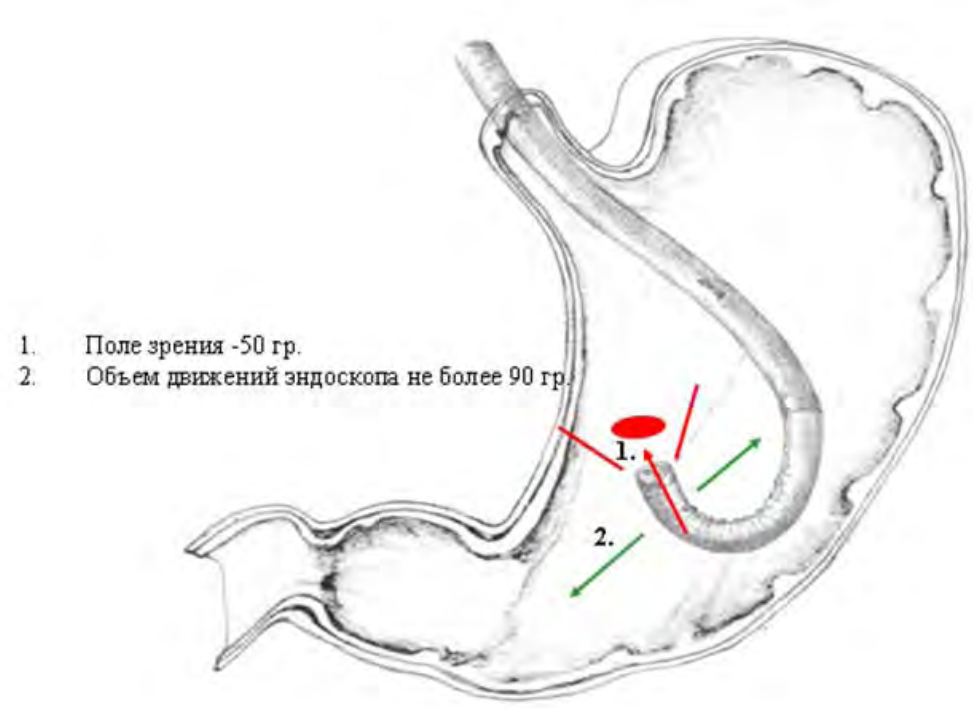


Рис.3 Средняя локализация источника кровотечения для эндоскопического гемостаза.

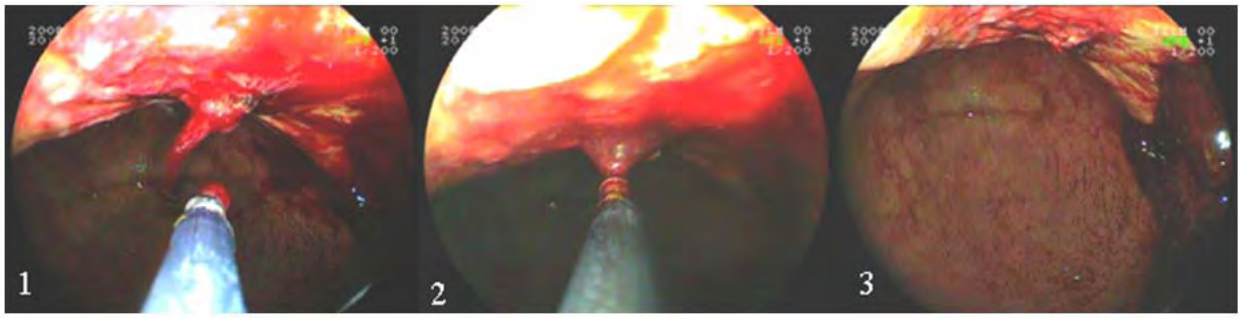


Рис.4 Язва малой кривизны средней трети тела желудка Forrest 1 а (1), электрокоагуляция язвы (2), временный гемостаз (3).

При трудной локализации язвы при субкардиальном расположении язвы для лучшей визуализации приходится вводить гастроскоп практически на всю длину и располагать аппарат в инверсионном положении, подвижность самого эндоскопа, амплитуда возможных движений – вверх, вниз, влево, вправо также ухудшены до 20 градусов, но удается улучшить поле зрения до 100 градусов (расположить источник кровотечения по центру объектива эндоскопа) и сопоставить ось инструментального канала с источником кровотечения. При трудной локализации источника кровотечения в луковице двенадцатиперстной кишки объем движений во все стороны уменьшается до 5 градусов, за счет ограничения подвижности эндоскопа в привратнике. Поле зрения сокращается на 70-80% - язва расположена не по центру объектива на периферии, визуализируется с трудом. Кроме того, направление хода инструментального канала эндоскопа не совпадает с полем зрения язвы, что вызывает крайние затруднения в проведении гемостаза (рис.5)

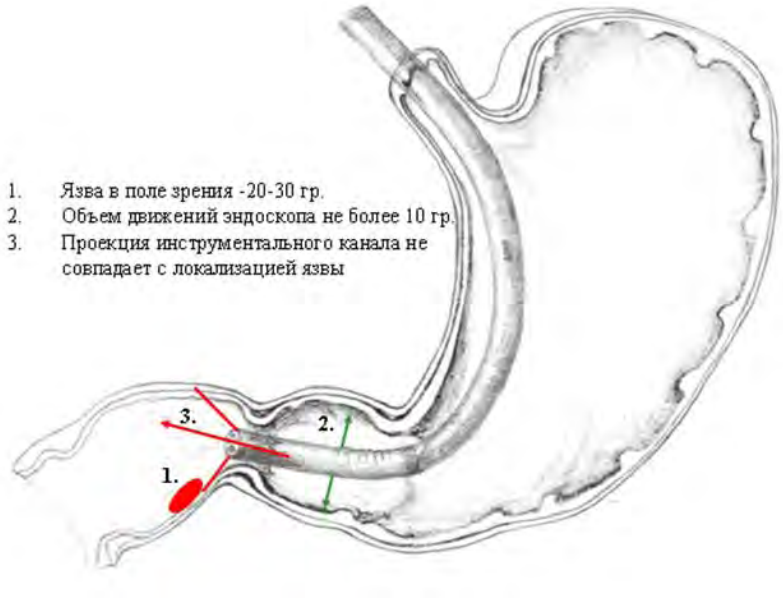


Рис.5 Трудные локализации для выполнения эндоскопического гемостаза.

Кроме того, относительно тонкая стенка пищевода и луковицы двенадцатиперстной кишки, по сравнению с желудком, ограничивают применение электрохирургических методов, как методов эндоскопического гемостаза в связи с опасностью последующей перфорации.

Узкий просвет пищевода и луковицы двенадцатиперстной кишки также ограничивает возможность проведения каких-либо манипуляций по остановке кровотечения за счет меньших углов поворота аппарата, невозможности инверсии, а также данные органы обладают малым объемом, что при кровотечении ухудшает визуализацию (рис.6).

Наиболее доступным для выполнения всех видов эндоскопического гемостаза является полость желудка. Большие размеры, достаточно толстая стенка позволяют безопасно применять как инъекционные, так и электрохирургические методы гемостаза. Кроме того, большая полость желудка позволяет выполнять эндоскопический гемостаз при кровотечениях уровня Forrest 1a-b, так как есть место для свободного скопления крови и сохранения визуализации непосредственно источника кровотечения.

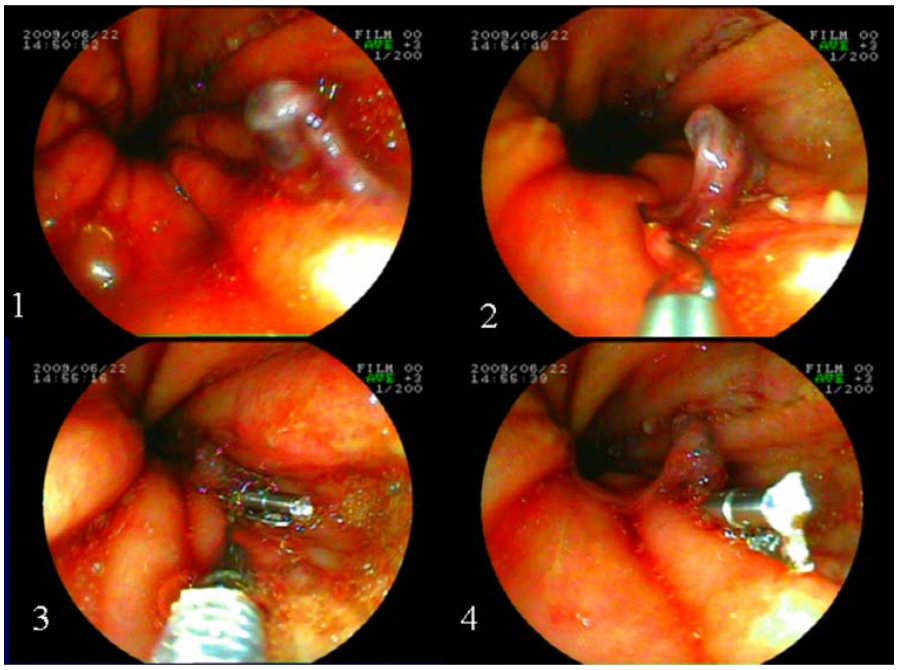


Рис. 6. Синдром Мэллори-Вейсса 2 ст. Forrest 2 а (1), наведение эндоклипера на сосудистую культю (2), клипирование сосуда (3), гемостаз (4).

Результаты.

За последние три года эндоскопический гемостаз был выполнен у 108 больных. Из них эндоскопический гемостаз при кровотечениях из острых язв желудка у 64 (59,3%) больных, из хронических язв желудка у 24 (22,2%), из острых дуоденальных язв у 12 (11,1%) и при синдроме Мэллори-Вейсса у 8 (7,4%). Из 108 случаев эндоскопический гемостаз был выполнен при кровотечении F1a-b у 4 (3,7%) больных с острыми язвами желудка – как временный гемостаз позволивший стабилизировать состояние (восполнить ОЦК). В последующем при повторной ФГДС трем из этой группы больных было решено выполнить окончательный гемостаз, больные были оперированы. При кровотечении уровня F2a эндоскопический гемостаз был выполнен у 96 (88,9%) больных. Из них 48 больных имели язвы антрального и препилорического отделов желудка и 8 больных с синдромом Мэллори-Вейсса – легкой локализации для эндоскопического гемостаза. При

данной локализации применяли электрокоагуляцию или комбинацию методов – электрокоагуляцию и клипирование сосуда. В данной группе рецидивов кровотечений за три года не наблюдали. Далее у 34 больных источник кровотечения был расположен на задней стенки тела желудка или малой кривизне тела желудка т.е средней степени сложности для выполнения эндоскопического гемостаза. В этом случае выполняли гемостаз коагуляцией или комбинации подслизистой инъекцией 20% раствором глюкозы от 100 до 150 мл с электрокоагуляцией. В данном случае ФГДС контроль проводили через 6 и 12 часов и при необходимости повторяли эндоскопический гемостаз подслизистой инъекцией глюкозы. В данной группе у 4 больных возникли сомнения в надежности эндоскопического гемостаза в виде сгустка крови на язве при повторной ФГДС, наличия жидкости типа «кофейной гущи», что явилось показанием к экстренной операции и окончательному гемостазу. У 12 больных была установлена трудная локализация источника кровотечения уровня F2a – субкардиальный отдел желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Эндоскопический гемостаз в луковице выполняли, как правило, клипирование сосудистой культи. Электрокоагуляция в данном отделе трудно выполнима и может привести к повреждению стенки органа и непосредственно эндоскопа. В субкардиальном отделе желудка гемостаз выполняли при инверсионном расположении эндоскопа с применением или комбинацией всех трех методов эндоскопического гемостаза в нашей клинике (предварительная подслизистая инъекция, коагуляция и клипирование сосуда). При трудной локализации из 12 больных 4 (30%) ввиду ненадежности гемостаза была выполнена хирургическая операция. При кровотечении уровня F2b эндоскопический гемостаз был выполнен 8 (7,4%) больным. Угрозы повторного кровотечения у данной группы больных после эндоскопического гемостаза не было. В целом выполненный эндоскопический гемостаз при кровотечении уровня F2a является эффективным и надежным. У 84 больных удалось достичь надежного окончательного гемостаза, у 8 (7,4%) больных после проведения манипуляции возникли сомнения в надежности из-за риска повторного кровотечения больные были оперированы. Рецидив кровотечения наступил у 6 больных с гастродуоденальными язвами. Из них у 4 больных с язвами луковицы двенадцатиперстной кишки. В целом частота рецидива кровотечения после выполнения эндоскопического гемостаза составила 5,5%.

Заключение

Эндоскопический гемостаз в 87,9% случаев эффективный метод остановки острых гастродуоденальных кровотечений при легкой и средней степени сложности локализации источника кровотечения. При трудной локализации источника кровотечения надежность эндоскопического гемостаза резко снижается и в трети случаев потребовалась хирургиче-

ская операция и окончательный гемостаз. Эндоскопический гемостаз не является альтернативой или заменой открытой хирургии а дополняющим методом лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями.

Таким образом, эндоскопическая оценка интенсивности кровотечения по Forrest, оценка источника кровотечения в зависимости от его анатомической локализации позволили выработать четкую последовательность всех действий, объективные показания к эндоскопическому гемостазу, хирургической операции, что позволило улучшить результаты эндоскопического и хирургического лечения данной группы больных. В результате чего за три года общая летальность за снизилась с 2,1 % до 1,0%/, а послеоперационная летальность с 29,4 % до 7,1%.

Сведения об авторах

Тимербулатов Виль Мамилович – д.м.н. профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ, член-корреспондент РАМН, Заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РБ, академик АН РБ, академик РАЕН «БГМУ» Минздравсоцразвития

Сагитов Равиль Борисович. к.м.н. ассистент кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ, заведующий эндоскопическим отделением БСМП.

Уразбахтин Ильдар Мидхатович д.м.н. профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ

Сибаев Вазир Мазгутович д.м.н. доцент кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ.

Тимербулатов Шамиль Вилевич к.м.н. ассистент кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ

Шарафутдинов Рашид Раисович – врач эндоскопического отделения БСМП №22 г. Уфы

Исмагилова Юлия Маратовна – врач эндоскопического отделения БСМП №22 г. Уфы

ЛИТЕРАТУРА.

1. Cutler JA, Mendeloff AI. Upper gastrointestinal bleeding. Nature and magnitude of the problem in the U.S. Dig Dis Sci 1981; 26: 90S–96S.
2. Zimmerman HM, Curfman K. Acute gastrointestinal bleeding. AACN Clin Issues 1997; 8: 449–458.
3. Quirk DM, Barry MJ, Aserkoff B, Podolsky DK. Physician specialty and variations in the cost of treating patients with acute upper gastrointestinal bleeding [see comments]. Gastroenterology 1997; 113: 1443–1448.

4. Longstreth GF. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study [see comments]. Am J Gastroenterol 1995; 90: 206–210.
5. Rockall T, Logan R, Devlin H, et al. Incidence and mortality of acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom. BMJ 1995; 311: 222–226.)
6. Van Dam J, Brugge WR. Endoscopy of the upper gastrointestinal tract. N Engl J Med 1999; 341: 1738–1748.
7. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc 1990; 36: S8–13.
8. Чернеховская Н.Е., В.Г. Андреев, Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. Лечебная эзофагогастродуоденоскопия. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 51-81.

УДК 616-001.17-08-031.84

© Е.М.Мохов, П.Ю. Карпенков, А.Е.Жуков, 2012

Е.М.Мохов, П.Ю.Карпенков, А.Е.Жуков

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИДРОГЕЛЕВЫХ ПОВЯЗОК ПРИ МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ

Тверская государственная медицинская академия

Путем изучения динамики раневого процесса у 30 больных с термическими ожогами I, II, IIIA и IIIБ степени выработаны рациональные подходы к лечению ожоговых ран с помощью современных формообразующих гидрогелевых раневых и показана высокая эффективность их использования.

Ключевые слова: Термические ожоги, местное лечение, гидрогелевые повязки.

E.M.Mokhov, P.Yu.Karpenkov, A.E.Zhukov

USE OF HYDROGEL BANDAGES IN LOCAL TREATMENT OF THERMAL BURNS

Tver state medical academy

By study of wound process dynamics in 30 patients with thermal burns of I, II, IIIA and IIIB of a level are worked out rational approaches to treatment of burn wounds by means of the modern form-building hydrogel wound coverings and high performance of it's use is shown.

Keywords: Thermal burns, local treatment, hydrogel bandages.

Актуальность.

Гидрогелевые повязки являются одними из наиболее перспективных современных раневых покрытий. Они представляют собой готовый сорбционный гель, фиксированный на прозрачной полупроницаемой мембране. Гель поддерживает рану во влажном состоянии и одновременно поглощает избыток жидкости, создавая оптимальные условия для заживления раны [1,2]. Благодаря многослойной структуре геля с наличием слоя с выраженными сорбционными свойствами и прилежащих слоев с высоким (до 80%) содержанием влаги, описываемые повязки могут длительное время поддерживать необходимые параметры раневой среды, находясь на раневой поверхности до 14 суток и более. Перечисленные свойства гидрогелевых повязок позволяют рассчитывать на успешное использование их при местной терапии ожоговых ран [3,4].

Цель работы

Оценка эффективности применения гидрогелевых повязок при лечении ожоговых ран.

Материалы и методы.

Нами изучен ход раневого процесса и проведен анализ результатов лечения у 30 больных (21 мужчины и 9 женщин в возрасте от 25 до 64 лет) с термической травмой II, IIIА и IIIБ степени площадью от 5 до 10% поверхности тела. Пациенты были разделены на 3 группы. В I (контрольную) группу вошли 10 больных. Местное лечение у них проводилось с использованием мази «Левомеколь», стерильных марлевых салфеток, сетчатых салфеток «Парапран с химотрипсином». II группу составили 11 больных. При лечении ожоговых ран у этих пациентов применялись гидрогелевые повязки «Silcofix GEL Ag». Лечение ожоговых ран у больных III группы, состоявшей из 9 человек, осуществлялось с помощью гидрогелевых повязок «Гелепран».

Клиническая эффективность лечения оценивалась по степени болевых ощущений в области раны, характеру и количеству гнойного отделяемого, скорости эпителизации раневой поверхности, по тому, насколько травматичными и болезненными были перевязки; учитывались также общее состояние больных, сроки их активизации и длительность нетрудоспособности.

Результаты и обсуждение.

Использование гидрогелевых повязок для лечения ожогов I, II, и IIIА степени давало хороший обезболивающий и охлаждающий эффекты, отмечена безболезненность и атравматичность перевязок. Применение гидрогелевых повязок при сформированном сосудистом раневом ложе обеспечивало регидратацию и отторжение плотного некротического струпа, стимулировало эпителизацию плоских гранулирующих (рис. 1). Повязки не приклеивались к раневой поверхности, не вызывали раздражения тканей. Прозрачная структура повязки позволяла визуально контролировать состояние раны в любое время без смены повязки.

Наибольшая клиническая эффективность достигнута в лечении пациентов II группы. Применение гидрогелевых покрытий с содержанием ионов серебра, позволяло предотвращать вторичное инфицирование ожоговой раны.

Сроки лечения в первой группе составили 16-19 дней, во второй группе они сократились на 5-7 дней, в третьей – на 4–5 дней.

При лечении ожогов IIIБ степени после проведенной некрэктомии очищение раны шло более эффективно в случае использования мази «Левомеколь» и салфеток «Парапран

с химотрипсином». Мы объясняем это относительно низкой сорбционной способностью гидрогелевых салфеток при выраженном экссудативном раневом процессе. В то же время после формирования грануляций на ожоговых ранах IIIБ степени лечение с применением повязок «Гелепран» и «Silcofix GEL Ag» было более эффективным. В случаях, когда гранулирующая рана была неровной, эти повязки имели большую площадь соприкосновения с ее поверхностью (рис. 2), что обеспечивало выраженный терапевтический эффект.

а б

Рис. 1. а – Вид гидрогелевого покрытия «Silcofix GEL Ag» у больного с ожогом IIIA степени в стадии сформированного некротического струпа.
б – ожоговая рана у того же больного после снятия повязки, выполненного через 2 суток после ее наложения

а б

Рис 2. а – Вид поверхности ожога IIIБ степени в стадии гранулирующей раны.
б – На рану наложена повязка «Silcofix GEL Ag»

Выводы

1. При лечении ожоговых ран I, II, и IIIA степени наиболее эффективна гидрогелевая повязка «Silcofix GEL Ag» (содержащая ионы серебра).

2. Эффективное лечение ожогов IIIБ степени с помощью современных раневых покрытий требует учета при выборе последних фазы раневого процесса.

Сведения об авторах

Мохов Е.М. профессор, д.м.н. заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития

Карпенков П.Ю. хирург ожогового отделения ГБУЗ «ОКБ» г. Тверь

Жуков А.Е. хирург ожогового отделения ГБУЗ «ОКБ» г. Тверь

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние структуры перевязочных материалов на регенерацию ран [Текст] / Т.Т.Даурова, С.Д.Андреев, В.Ю.Кассин, С.Б.Виноградова // Хирургия.-1980.№5.- С. 100-102

2. Еулай П. И. Биологические комплексы для заживления ожогов [Текст] / П. Елупай // Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств: Мат. междунар. конф.- М., - 1995.- С. 116-117.

3. Кузин М.И., Костюченок Б.М. Раны и раневая инфекция [Текст] / М.И. Кузин, Б.М. Костюченок // Москва. - 1990.

4. Monafo W., Freedman B. Topical therapy for burns [Text] / W. Monafo // Surg. Clin. N. Amer.- 1987.- Vol. 67(2).- P. 133-145.

УДК 616-001.17, 616.233-072.1

© С.Н. Хунафин, П.А. Ишмухаметов, Л.Г. Арсланова, О.В. Питюк, И.В. Филиппов, Е.Н. Бирюкова, Г.И. Ялалова, Р.М. Зиннатуллин, 2012

С.Н. Хунафин[1], П.А. Ишмухаметов[2], Л.Г. Арсланова[2], О.В. Питюк[2],
И.В. Филиппов[2], Е.Н. Бирюкова[2], Г.И. Ялалова[3], Р.М. Зиннатуллин[3]

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ ОЖОГАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.

[1]ГБО УВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ и СР РФ, [2]МБУЗ Городская клиническая больница №18 г. Уфы, [3]Республиканский ожоговый центр

В республиканском ожоговом центре проведено 429 бронхоскопии у пациентов с ожогами. Из них у 181 (42,19%) выявлено поражение дыхательных путей. Проведена сравнительная оценка клинической и эндоскопической картины у больных с ожогами дыхательных путей. Установлено, что клиническое течение термоингаляционной травмы утяжеляется с увеличением степени ожога дыхательных путей и сопоставимо с проявлениями клинических признаков тяжести ожоговой травмы.

Ключевые слова: ожоги, ожог дыхательных путей, бронхоскопия.

S.N. Khunafin, P.A. Ishmuhametov, L.G. Arslanova, O.V. Pityuk,
I.V. Filippov, E.N. Biryukova, G. I. Yalalova, R.M. Zinnatullin

THE COMPARATIVE EVALUATION OF ENDOSCOPIC AND CLINICAL PRESENTATION OF AIRWAYS BURNS.

The 429 bronchoscopy were performed in patients with burns in the republic burn center. The airways injury was diagnosed in 181 (42,19%) of them. The comparative evaluation of clinical and endoscopic presentation of patients with airways burns was made. It was found that the clinical course of thermoinhalation injury was aggravated with the increasing of degree of airways burn and was comparable with the manifestations of clinical signs of burn injuries severity.

Keywords: burns, airways burns, bronchoscopy.

Актуальность темы

Лечение пациентов с тяжелой ожоговой травмой остается одной из серьезных проблем клинической медицины [2, 11, 15, 18]. По данным отечественных и зарубежных ав-

торов, общая летальность среди обожженных колеблется от 3 до 8,4%. Значительно ухудшает прогноз и увеличивает смертность наличие у обожженных ингаляционных поражений дыхательных путей [2, 7, 8, 24]. Актуальность изучения термоингаляционной травмы связана с тяжестью клинического течения, частотой инфекционных осложнений и главное - высокой летальностью, составляющей 20-30% от общей летальности. Еще в 1962 г. Philips и Cope указывали на термоингаляционную травму, как на основную причину смерти обожженных.

Ожоги дыхательных путей (ОДП) чаще всего встречаются при нахождении пострадавших в закрытых помещениях в момент получения ожога или суицидальных попытках и они сочетаются действием высокой температуры, отравлением продуктами горения, баротравмой. В результате воздействия повреждающих факторов происходят значительные функциональные нарушения органов дыхания, основными задачами которых является газообмен и выполнение метаболических функций по обеспечению стабильного состава артериальной крови.

В клинической практике довольно часто имеется несоответствие проявлений ожога со степенью поражения слизистой дыхательных путей. Актуальность вопроса ранней диагностики термоингаляционного поражения связана с определением тяжести состояния пациента и с выбором тактики лечения, имеющего в данном случае свои особенности.

Наиболее объективным методом диагностики тяжести термоингаляционной травмы является фибробронхоскопия (ФБС), позволяющая обнаружить поражение не только верхних дыхательных путей, но и всего трахеобронхиального дерева, включая сегментарные и субсегментарные бронхи, получить материал для бактериологического исследования, а также осуществлять динамическую оценку состояния слизистой бронхов.

Цель исследования - проведение сравнительной оценки клинических показателей пострадавших с термоингаляционной травмой в зависимости от степени повреждения дыхательных путей.

В исследовании пользовались классификацией Л.И.Герасимовой (1996). По уровню распространения поражения при термоингаляционной травме[5, 19, 20]:

1. истинные ожоги верхних дыхательных путей (до уровня голосовых связок);
2. поражение дыхательных путей продуктами горения;
3. комбинацию ожога ВДП и поражения продуктами горения.

По форме поражения трахеобронхиального дерева (ТБД):

1. катаральную;
2. эрозивную;

3. язвенно-некротическую,

которые соответствуют легкой, средней и тяжелой степени тяжести термоингаляционной травмы или I, II, III степени поражения.

Материалы и методы исследования.

За период с 1997 по 2011 гг. было выполнено 429 бронхоскопии при подозрении на термическое поражение дыхательных путей. Исследования проводились в условиях реанимации фибробронхоскопами фирмы «Olympus» с наружным диаметром вводимой части 2,8-6,0мм с инструментальным каналом 1,2-2,8мм. В ожоговом отделении МБУЗ ГКБ №18 разработана и применяется методика активного выявления и лечения ожогов дыхательных путей. Всем обожженным с ожогами лица, шеи, грудной клетки, имеющим какие-либо признаки респираторных расстройств, в первые часы поступления в клинику проводилась экстренная бронхоскопия. При первичной бронхоскопии максимально быстро выполняли исследование из-за тяжести состояния больного. При выявлении ОДП сразу переходили к лечебной бронхоскопии.

Результаты и их обсуждение.

Ожог дыхательных путей был выявлен в 181(42,19%) случаях. При этом, катаральная форма ожога дыхательных путей встречалась у 83(45,86%) больных, эрозивный форма – 76(41,99%), язвенно-некротическая - у 22(12,15%) пациентов. Структура поражений представлена в таблице 1

Таблица 1.

Характеристика поражений дыхательных путей.

Форма (степень)	Количество	%
Катаральная Iст.	83	45,86
Эрозивная IIст	76	41,99
Язвенно-некротическая IIIст.	22	12,15
Всего:	181	100

У 24(13,26%) пациента, из 181 выявленных ОДП, были обширные ожоги свыше 30% кожных покровов. Ожоговая болезнь в этих случаях протекала в тяжелой степени. Подробно изучены жалобы данной группы больных, клиническая картина, гемодинамические показатели (частота дыхания и сердечных сокращений, уровень артериального давления, сатурация крови кислородом, гематокрит, уровень гемоглобина).

Сроки проведения первичной фибробронхоскопии представлены в таблице 2.

Проблема ранней диагностики и лечения ОДП является весьма важной. При ожоге дыхательных путей площадь термического поражения условно увеличивается еще на 20% от площади тела. Поэтому очевидна необходимость объективной оценки степени тяжести

поражения дыхательных путей и организация оказания неотложной медицинской помощи в первые часы получения травмы и поступления их в стационар.

Таблица 2

Сроки проведения диагностической бронхоскопии.

Сроки	Количество	%
до 6 часов	4	16,67
6-24 часа	11	45,83
24-72 часа	5	20,83
позже 72 часов	4	16,67
всего:	24	100

При осмотре пострадавших обращали внимание на локализацию ожогов на голове, лице, груди; опаление волос наружных носовых ходов, бровей, усов, волосистой части головы; наличие копоти в ротовой полости, глотке; при аускультации – на жесткое дыхание на верхушках легких, его ослабление в нижних отделах, наличие разнокалиберных хрипов. Жалобы пострадавших с термоингаляционной травмой: боли при глотании, чувство першения, боли за грудиной, затруднение дыхания, сухой кашель с отделением скудной мокроты с примесью копоти, изменение голоса, вплоть до афонии.

Во всех случаях термоингаляционной травмы проводилась рентгенография легких: отмечалось усиление бронхо-сосудистого рисунка, определялись сегментарные ателектазы, интерстициальный и альвеолярный отеки. В диагностике термоингаляционной травмы помогает ларингоскопия: позволяющая установить поражение слизистой оболочки верхних дыхательных путей, выявить гиперемию, отек, эрозивно-язвенные поражения полости рта, глотки, надгортанника, гортани, констатировать следы копоти, определить степень ожога подсвязочного пространства.

К ранним эндоскопическим признакам термоингаляционного поражения трахеобронхиального дерева относятся: разной степени выраженности отек и гиперемия слизистых, подслизистые кровоизлияния, десквамация эпителия носовых ходов и глотки, копоть на слизистых - при поражении продуктами горения. Поздними эндоскопическими признаками были: изменения слизистой оболочки дыхательных путей в виде фибринозного или гнойного эндобронхита на 3-4 сутки после получения травмы. Прослеживается отчетливая зависимость вида трахеобронхита от исходной степени тяжести ингаляционного поражения.

Бронхоскопические методы чрезвычайно важны в лечении обожженных с термоингаляционной травмой. Тактику эндоскопического лечения больного с ОДП определяли уже при первой, диагностической, фибробронхоскопии. Методы лечения зависели от

формы поражения. Основной задачей при санационной бронхоскопии являлось восстановление и сохранение проходимости дыхательных путей. Дыхательные пути очищали от вязкого бронхиального секрета при помощи растворов муколитиков. Своевременное удаление копоти со слизистой дыхательных путей позволяло предупредить развитие тяжелой пневмонии, образование ателектазов. Удалению патологического содержимого способствовала любая промывная жидкость, в большинстве случаев использовался физиологический раствор или фурацилин. Любые попытки насильственного удаления копоти приводили только к дополнительной травматизации слизистой оболочки, так как через 6 часов с момента травмы происходит инфильтрация копоти в слизистую бронхов. Хотя зарубежные исследователи считают, что кортикостероидные гормоны не показаны, поскольку они способствуют быстрому развитию инфекционных осложнений [25, 26, 27], при наличии выраженного отека слизистой оболочки трахеобронхиального дерева в первые часы ОДП применение кортикостероидов, по нашим данным, является весьма эффективным.

Во всех случаях ожоги дыхательных путей осложнялись развитием трахеобронхита, и во многих случаях – пневмонией, которая характеризуется быстрым развитием и затяжным течением, в некоторых случаях абсцедированием. При тяжелой степени ожога дыхательных путей пневмония может начаться молниеносно – в течение 2-3 часов. При этом эндоскопически выявлялись различной степени выраженности воспалительные изменения слизистой бронхов.

Проведена сравнительная оценка клинической и эндоскопической картины у больных с ожогами дыхательных путей, в зависимости от степени ОДП. Соотношение показателей представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Клинические и лабораторные показатели при ОДП.

степень	ЧД	ЧСС	АД	SpO2	Hb	Ht
I степень	18±4	90±10	90/60-130/90	95-99%	120±15	40±5
II степень	24±4	110±10	90/60-150/90	91-95	145±10	45±5
III степень	30±6	130±16	70/30-100/60	85-92	155±15	53±5

Аускультативно у всех больных в первые сутки определялось жесткое дыхание преимущественно на верхушках лёгких, в последующие дни - разнокалиберные хрипы по всем полям. На рентгенограммах органов грудной полости отмечалось усиление легочного рисунка у 40% обследованных. На 3-и сутки при рентгенологическом обследовании у 56% пациентов были выявлены инфильтративные изменения в легочной ткани. На 7-10 сутки в 68% случаях имелись рентгенологические изменения в виде усиления сосудистого рисунка, инфильтративных изменений.

В поздний период ожога дыхательных путей (3-4 суток от получения травмы) мы выявляли катаральный эндобронхит в 59,13% случаев, гнойный - 40,87%.

При эрозивных и некротических формах ожога дыхательных путей лечебные бронхоскопии проводились многократно. Во время фибробронхоскопии осуществлялся лаваж бронхиального дерева, удалялись остатки продуктов горения, эндобронхиально вводились ферменты (трипсин, химопсин), растворяющие фибрин, муколитики (ацетилцистеин, флегамин), кортикостероидные гормоны (преднизолон, дексаметазон). Следует отметить, у 24 больных с обширными ожогами кожных покровов, поступившего в первые часы получения ОДП и при проведении разработанной нами активной тактики лечения, летальность была более, чем в два раза ниже, чем в группе больных доставленных в ожоговое отделение в более поздние сроки (табл. 4).

Таблица 4.

Результаты лечения обожженных с обширными ожогами кожных покровов, сочетающихся с ОДП.

Сроки	Количество	Умерло	Летальность (%)
до 24 часов	15	2	13,33
позже 24 часов	9	3	30,33
всего:	24	5	20,83

Заключение

Проведенные нами исследования показывают, что у 181(42,19%) обожженных имелся ОДП, что значительно ухудшало состояние больных и требовало срочной коррекции. Наблюдается сопоставимость клинической и эндоскопической картины у больных с ожогами дыхательных путей. Клинические показатели у пострадавших с термоингаляционной травмой значительно изменяются в зависимости от степени повреждения дыхательных путей: ухудшаются гемодинамические показатели, нарастают гипоксические проявления, увеличивается гемоконцентрация. Клиническое течение термоингаляционной травмы утяжеляется с увеличением степени ожога дыхательных путей и сопоставимо с проявлениями клинических признаков тяжести ожоговой травмы.

Фибробронхоскопия остается ведущим методом санации ожога дыхательных путей в комплексном лечении обожженных.

При проведении ФБС в течение первых суток получения ожоговой травмы летальность более чем в два раза ниже, чем при проведении данного исследования в более поздние сроки.

Сведения об авторах статьи:

Хунафин Саубан Нурлыгаянович – д.м.н. профессор кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, академик РАЕМТА, заслуженный работник Высшей школы РФ, заслуженный медик РФ, РБ, 8(347)235-75-76, e-mail Khunafun@mail.ru

Ишмухаметов Петр Аликович- к.м.н., заведующий отделением эндоскопии МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы , р.т. 8(347) 2448366

Арсланова Лилия Гафиятовна – врач отделения эндоскопии МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы

Питюк Олег Владимирович - врач отделения эндоскопии МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы

Филиппов Игорь Василдьевич - врач отделения эндоскопии МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы

Бирюкова Екатерина Николаевна - к.м.н. врач отделения эндоскопии МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы

Ялалова Гузель Ишмухаметовна - к.м.н. заведующая Республиканским ожоговым центром РБ

Зиннатуллин Радик Медыхатович - к.м.н. доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, врач-ординатор Республиканского ожогового центра РБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атясов И.Н., Шабалин Н.Б. Лабораторно-клиническая оценка риска развития полиорганной недостаточности у тяжелообожженных. Материалы конгресса «Человек и Травма» 2001; 4.
2. Боенко С.К., Фисталь Э.Я., Нечипоренко В.П. и др. Термоингаляционные поражения у обожженных. Травма 2000; 1: 1: 85—88.
3. Боенко С.К., Фисталь Э.Я., Трофимова Е.Н. Патогенез нарушений дренажной функции трахеобронхиального дерева у обожженных с термоингаляционными поражениями. Сборник научных трудов 1 съезда комбустиологов России 2005; 15.
4. Волощенко К.А., Березенко Е.А., Акопян С.Р. Нарушение гомеостаза и его коррекция у тяжелообожженных. Скорая медицинская помощь 2006; 3: 49.
5. Герасимова Л.И., Назаренко Г.И. Термические и радиационные ожоги. М: Медицина; 2005; 384.
6. Климов А.Г., Шпаков И.Ф. Диагностика и лечение термических поражений дыхательных путей у тяжелообожженных. Анестезиология и реаниматология 1999; 2: 12—15.

7. Крылов К.М., Полушин Ю.С., Широков Д.М. и др. Диагностика и интенсивная терапия термоингаляционной травмы. Клиническая анестезиология и реаниматология 2002; 161: 6: 70—73.
8. Курбанов Ш.И., Устинова Т.С., Алексеев А.А. и др. Ранняя бронхоскопическая и морфологическая диагностика и прогноз при термоингаляционной травме. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины 1997; 124: 8: 221—225.
9. Курбанов Ш.И., Мороз В.Ю., Серегин Г.И., Алексеев А.А. О патогенезе термической ингаляционной травмы у обожженных. Клиническая медицина 1996; 1: 9—11.
10. Миминошвили О.И., Фисталь Э.Я., Гущин И.В. Эндоскопические методы в комплексном лечении термоингаляционных поражений у обожженных. Журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии 2003; 7: 3: 12.
11. Похабова Е.Ю., Старков Ю.Г., Крутиков М.Г. Бронхоскопия в диагностике и лечении трахеобронхитов у пациентов с тяжелыми ожогами. Хирургия 2009; 8: 52-55.
12. Синев Ю.В., Скрипаль А.Ю., Герасимова Л.И и др. Фибробронхоскопия при термоингаляционных поражениях дыхательных путей. Хирургия 1988; 8: 100—103.
13. Овчинников А.А. Диагностические и лечебные возможности современной бронхоскопии. РМЖ 1997; 6: 45—48.
14. Скуба Н.Д., Стрекаловский В.П., Устинова Т.С. и др. Термическая травма в сочетании с ожогом дыхательных путей. Хирургия 2000; 11: 37—40.
15. Смирнов С.В., Логинов Л.Ю. Ингаляционная травма. Медицинская газета 2004; 51.
16. Спиридонова Т.Г., Смирнов С.В. Системный воспалительный ответ и полиорганная недостаточность у обожженых. Сборник научных трудов 1 съезда комбустиологов России 2005; 98—99.
17. Стрекаловский В.П., Алексеев А.А., Курбанов С.А. Бронхоскопия при термоингаляционной травме. Хирургия 1997; 1: 9—12.
18. Турсунов Б.С., Мустафакулов И.Б., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р. Патоморфологические изменения в органах дыхания при термоингаляционной травме. Сборник научных трудов 1 съезда комбустиологов России 2005; 209.
19. Филимонов А.А., Алексеев А.А., Жегалов В.А. Особенности диагностики и лечения термоингаляционной травмы при массовом поступлении пострадавших с пожара в здании УВД Самарской области. Комбустиология, 2000; 04; www.burn.ru/rubrics/show/show/?id=3492.
20. Филимонов А.А, Братийчук А.Н., Рыжков С.В. О классификации термоингаляционной травмы. Комбустиология, 2001; 06; www.burn.ru/all/number/show/?id=3501.

21. Фисталь Э.Я., Нечипоренко В.П., Боенко С.К. и др. Термоингаляционные поражения у обожженных. Травма 2000; 1: 1: 85—88.
22. Чернеховская Н.Е. Современные технологии в эндоскопии. М.: Российская медицинская академия последипломного образования 2004; 180
23. Чернеховская Н.Е., Федченко Г.Г., Андреев В.Г., Поваляев А.В. Рентгеноэндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания. М.: Медпресс-информ 2007; 237.
24. Шпаков И.Ф., Веневитинов И.О., Иншаков Л.Н. и др. Бронхоскопические методы в комплексной диагностике и лечении обожженных с ингаляционными поражениями. Вестник хирургии 1999; 158: 334—337.
25. Demling R.H. Smoke inhalation injury. New horiz 1993; 1(3): 422—434.
26. Pruitt B.A. The burn patient. Later care and complication of thermal injury. Current problems in surgery 1983; 16: 5: 1—95.
27. Pruitt B.A. Jr., Cioffi W.G. Diagnosis and treatment of smoke inhalation. Journal of Intensive Care Medicine; 1995; 10: 3: 117—127.

УДК 616.33./342-002.44-005.1-07-089

© С.Н. Хунафин, Ю.В. Петров, А.Ф. Власов, А.Ш. Загретдинов, 2012

С.Н. Хунафин, Ю.В. Петров, А.Ф. Власов, А.Ш. Загретдинов

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития» РФ МБУЗ Городская клиническая больница №18, г.Уфа.

Нами проанализированы результаты лечения 353 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в ГКБ №18 г. Уфы в 2004-20011 годы. В качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях мы предлагаем вид кровотечения: артериальное и венозное. По виду кровотечения больные распределились: 58 (16,4%) имели артериальное кровотечение, а 295 (83,6%) венозное. Дифференциальную диагностику вида кровотечения мы предлагаем проводить по общедоступным клиническим, эндоскопическим и лабораторным данным. На основании полученных нами данных, по дифференциальной диагностике видов кровотечения, получен патент РФ на изобретение № 2407445 от 27 декабря 2010г. Использование предложенной нами комплекса дифференциально-диагностических признаков вида кровотечения и адекватной хирургической тактики позволило улучшить результаты лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением. Общая летальность снижена до 3,5% и послеоперационная до 2,1%.

Ключевые слова: язвенные гастродуоденальные кровотечения, язвенная болезнь.

S.N. Hunafin, Yu.V. Petrov, A.F. Vlasov, A.Sh. Zagretdinov

GASTRODUODENALINYE ULCEROUS BLEEDING

The Bashkir state medical university Minzdravsocrazvitiya, hospital №18, Ufa city.

Us analysed results of the treatment 353 sick with bleeding from chronic gastric ulcer and duodenum, which were found on treatment in GKB 18 Ufy in 2004-2011. As criterion for determination surgical tacticians under ulcerous gastro-duodenal bleedings we offer the type of the bleeding: arterial and venous. On type of the bleeding sick were distributed: 58 (16,4%) had an arterial bleeding, but 295 (83,6%) venous. The Differential diagnostics of the type of the bleeding we offer to hold at available(for all) clinical, endoscopic and laboratory data. On the grounds of got by us data, on differential diagnostics type bleedings, is received patent RF on

invention 2407445 from December 27 2010г. Use offered by us complex differential-diagnostic sign of the type of the bleeding and identical surgical tacticians have allowed to perfect the results of the treatment sick with ulcerous gastro-duodenal e by bleeding. The General lethality is mionectic before 3,5% and postoperative before 2,1%.

Keywords: the of ulcerous gastroduodenalinye bleeding, peptic ulcer.

Актуальность темы

У больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в 10-15% случаев возникают желудочно-кишечные кровотечения, из них 10-14% погибают в клинике [Айсханов С.К., Панцырев Ю.М.,1995], а при рецидиве кровотечения летальность возрастает до 30-40%, и не имеет тенденции к уменьшению [Шемякин И.С.,1990]. В настоящее время большинство авторов пользуются эндоскопической классификацией кровотечения J.A. Forrest [1974]. Для оценки степени тяжести кровотечения, используется классификация Горбашко А.И. [1989]. Каждая из них применяется в сугубо практических целях и отвечает на конкретные вопросы в выборе тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями. По мнению многих авторов, определение степени тяжести кровопотери, позволяет определить объем и интенсивность заместительной инфузионной терапии и выбрать оптимальный вариант оперативного вмешательства.

Цель

Улучшение результатов диагностики и лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями.

Задачи

1.Изучение факторов риска рецидива кровотечения.

2.Разработка дифференциально-диагностических признаков различных видов желудочно-кишечных кровотечений.

3.Уточнить возможности использования вида кровотечения в качестве критерия для определения хирургической тактики лечения.

Материалы и методы исследования

Нами анализированы результаты лечения 353 больных с кровотечением из хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки, которые находились на лечении в ГКБ №18 г. Уфы в 2004-2011 годы. Мужчин было - 261 (73,9%), женщин - 92 (26,1%). Средний возраст больных среди мужчин составил 48,0$\pm$0,67 (от 18 до 85 лет), женщин – 58,3$\pm$1,0 (от 17 до 93 лет). Больных старше 60 лет было 108 (30,8%). В первые 6 часов кровотечением поступили- (18,2%), 6-12 часов-(17,8%), 12-24 часов-(29,1%), позже 24 часов-(34,9%).

т.е. большинство больных доставляются в клинику позже 24 часов на фоне развившихся гемодинамических расстройств. Хроническая язва желудка была источником кровотечения в 36,9% случаев, язва двенадцатиперстной кишки – в 59,4%. Кровотечение из сочетанных хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдалось в 3,7%. Распределение больных по классификации J.A.Forrest: Тип I (FI) 51больной (14,4%), Тип II(FII) 190 больные (53,8%), Тип III(FIII) 112больные (31,8%). С легким степенем кровопотери в клинику поступили 160 (45,3%), средней 108 (30,6%), тяжелой степени – 85 (24,1%) пациентов. Для эндоскопической остановки кровотечения или усиления гемостаза использовали термокоагуляцию (установка термального зонда HPU, электрохирургический блок UES-10, Olympus, Япония) у 56(15,8%) больных, обкалыванием язвенного дефекта 0,01% раствором адреналина у 110(31,2%) больных, орошение источника кровотечения 96% раствором спирта у 168(47,6%) больных, и как самостоятельный способ остановки использовался у 19(5,4%).

Результаты исследования

В качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастрдуоденальных кровотечениях мы предлагаем использовать вид кровотечения: артериальное и венозное. По виду кровотечения больные распределились: 58 (16,4%) имели артериальное кровотечение и 295 (83,6%) венозное.

Дифференциальную диагностику вида кровотечения мы предлагаем проводить по общедоступным клиническим, эндоскопическим и лабораторным данным которые приведены в таблицах (1,2,3,4).

Таблица 1

Дифференциально-диагностические признаки желудочно-кишечных кровотечений на основании жалоб больных.

	Жалобы	**Вид кровотечения**	
		Артериальное (n=58)	Венозное (n=295)
1	Слабость	выраженная 60,3%	умеренная 45,1%
2	Головокружение	выраженное 41,4%	значительное 41,7%
3	Холодный пот	присутствует 13,8%	3,1%
4	Рвота со сгустками крови	41,4%	2,1%

Как видно из таблицы 1, пациенты, поступившие в стационар с гастродуоденальным кровотечением, жалобы предъявляли в основном на слабость, головокружение, холодный пот и рвоту. При артериальном виде кровотечения слабость была выраженной у

60,3%, при венозном виде умеренная слабость была у 45,1%. При артериальном кровотечении выраженное головокружение отмечено у 41,4%, и незначительное у 41,7% при венозном виде кровотечения. Холодный пот присутствовал при артериальном кровотечении у 13,8%, и у 3,1% при венозном. Рвота со сгустками крови была при артериальном кровотечении у 41,4% больных, при венозном у 2,1% больных.

Большое значение в дифференциальной диагностике желудочно-кишечных кровотечений имеет длительность кровотечения, которая делится на: короткую (до 6-12 часов); средней продолжительности (от 12-24 часов); длительную (более 24 часов). При артериальном виде кровотечения продолжительность кровотечения была короткой у 9,7% больных, при венозном кровотечении длительный анамнез имеется у 40,3% больных.

Среди объективных признаков общее состояние больных оценивалась на основании бледности кожных покровов и слизистых, частоты пульса, уровни артериального давления (Таблица 2).

Таблица 2

Клинические дифференциально-диагностические признаки вида кровотечений

№	Диагностические признаки	Вид кровотечения	
		Артериальное (n=58)	Венозное (n=295)
1	Общее состояние	тяжелое 44,9% критическое 24,1%	удовлетворительное 37,3% средней тяжести 33,9%
2	Бледность кожных покровов и слизистых	выраженная 48,3% «мраморный цвет» 20,7%	умеренная78,7%
3	Частота пульса	тахикардия выраженная (91 уд/мин и выше) 43,2%	тахикардия выраженная (91 уд/мин и выше) 47,8%
4	Уровень артериального давления (мм.рт.ст.)	гипотония выраженная (до 80/60) 36,2% гипотония критическая (до 40/0) 13,8%	гипотония умеренная (до 100/60) 67,1%
5	Кал (цвет, оформленность)	дегтеобразный 65,5% жидкий 46,5%	дегтеобразный 63,4%

При артериальном виде кровотечения общее состояние больных, как правило, было тяжелым и критическим, что отмечено у 69%. При венозном кровотечении средней тяжести было у 33,9% и удовлетворительное у 37,3% больных.

Несомненно, в оценке состояния больных существенное значение придавалось результом эндоскопических исследований (Таблица 3).

При венозном кровотечении в желудке выявлялась кофейная гуща у 72,5% больных. При артериальном же кровотечении у 55,2% кроме кофейной гущи выявлялось сгустки крови, т.к. при массивном артериальном кровотечении изменившаяся кровь не успевала вступить в реакцию с соляной кислотой и сворачивалась, формируя сгусток.

При артериальном кровотечении у 75,9% пациентов наблюдается струйное истечение крови, при венозном же кровь в 99,7% стекала с краев язвы. При артериальном кровотечении у 87,9% кровь была алого цвета, при венозном темного цвета (97,6%). При артериальном кровотечении видимый сосуд и фиксированный тромб наблюдался у 81% больных, при венозном у 95,9% было черное пятно и фиксированный тромб.

Таблица 3

Эндоскопические дифференциально-диагностические признаки вида гастродуоденальных кровотечений

№	Эндоскопическая семиотика	Вид кровотечения	
		Артериальное (n=58)	Венозное (n=295)
1	Содержимое Желудка	сгустки крови (55,2%)	кофейная гуща (72,5%)
2	Характер кровотечения	струйное (75,9%)	стекает с краев язвы (99,7%)
3	Цвет стекающей крови	кровь алого цвета (87,9%)	кровь темного цвета (97,6%)
4	Цвет тромба	тромб алого цвета (94,9%)	тромб темного цвета (97,3%)
5	Характер язвенного дефекта	видимый сосуд (53,4%) фиксированный тромб (27,6%)	черное пятно (54,9%) фиксированный тромб (41%)

Как видно из таблицы 4 при артериальном виде кровотечения у 74,2% больных наблюдается средняя и тяжелая степень кровопотери, при венозном - у 70,5%.

Как видно по таблице 5, из 353 больных рецидив кровотечения был у 44(12,4%) больных, из них артериальное кровотечение было у 42(72,4%), при венозном - у 2(0,7%), т.е. рецидив при артериальном кровотечении наблюдался в 103 раза чаще, чем при венозном кровотечении.

Таблица 4

Лабораторные дифференциально-диагностические признаки вида кровотечения

Степень тяжести кровопотери	Объем кровопотери в мл (% ОЦК)	Ht, %	Hb,г/л	Кровотечения	
				артериальное	венозное
Доклиническая	До 500мл (5-10%)	44-40	65-62	8,6%	21,4%
Умеренная	500-1000 (10-20%)	38-32	61-54	17,2%	41,0%
Средней тяжести	1000-1500 (20-30%)	30-22	53-48	36,2%	29,5%
Тяжелая	>1500 (свыше 30%)	<22	<48	38%	8,1%

Таблица 5

Рецидивы кровотечения

Артериальное (n=58)		Венозное (n=295)	
Число больных	%	Число больных	%
42	72,4	2	0,7

При артериальном кровотечении, как правило, с резким нарушением гомеостаза довольно быстро развивается кровотечение как правило рецедевирует и наступает геморрагический шок. При таких ситуациях гемостатическая терапия в том числе и эндоскопические методы остановки кровотечения дает лишь временный эффект. При венозном кровотечении продолжительность кровотечения длительная, нет признаков геморрагического шока, состоявшееся кровотечение меньше рецидивирует и гемостатическая терапия в большинстве случаев эффективна. На основании полученных нами данных, по дифференциальной диагностике видов кровотечения, получен патент РФ на изобретение № 2407445 от 27 декабря 2010г.

Выводы:

1. В качестве критерия для определения хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях обосновано определение вида кровотечения на основании клинических, эндоскопических и лабораторных данных.
2. При установлении диагноза «Артериальное кровотечение» показано оперативное лечение; «Венозное – кровотечение» –консервативная терапия.
3. Использование предложенного нами комплекса дифференциально-диагностических признаков вида кровотечений и проведение адекватной хирургической тактики позволило улучшить результаты лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением и снизить общую летальность до 3,5% и послеоперационную до 2,1%.

Сведения об авторах статьи:

Хунафин Саубан Нурлыгаянович – д.м.н. профессор кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, академик РАЕМТА, заслуженный работник Высшей школы РФ, заслуженный медик РФ, РБ, 8(347)235-75-76, e-mail Khunafun@mail.ru

Петров Юрий Владимирович - аспирант кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, 8919-1554711

Власов Анатолий Филиппович - к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

Загретдинов Амир Шарафутдинович – заведующий хирургическим отделением МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы (8347)235-31-11

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айсханов С.К. и савт., 1994; Панцырев Ю.М. и соавт., 1995; Курыгин А.А. и соавт., 1998.
2. Горбашко А.И. Патогенетическое обоснование активной тактики хирурга при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии // Вестн. хир.-1980.-№12.-С728-34.
3. Горбашко А.И. Пути улучшения результатов лечения острых желудочно-кишечных кровотечений // Вест. хирургии. - 1989. - т.142. - №6. - С.16-21.
4. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. М: Медгиз 1955; 264.

5. Петров В.П., Шемякин И.С. О хирургической тактике при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии//Вес. хирургии им.Грекова.- 1990.-№9.-С.120-122

6. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. Хирургия 1991; 9: 55—60.

7. Григорьев С.Г., Корытцев В.К. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях.-Хирургия.-1999.-№6.-С.20-22.

8. Панцырев Ю.М., Сидоренко В.И., Чернякевич С.А., Федоров Е.Д.Наш опыт хирургического лечения дуоденальной язвы // Тез.докл. 8 съезда хирургов России.-С.210-213.-Краснодар, 1995.

9. Сацукевич В.Н., Сацукевич Д.В. Факторы риска острых осложнений гастродуоденальных язв. М: Либерея 1999; 416.

10. Короткевич А.Г., Перкин Э.М. Сравнительная оценка способов эндоскопического гемостаза при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Вестн хир 1998; 157: 2: 26—28.

11. Forrest J.A.N., Finlaysen N.D.L., Shearman D.J.L. Tndoscopy in gastrointestinal bleending. Lancet 1974; 11: 395-397.

УДК 616.33.342-002.44-072.1-057:665.5

© А.И. Новиков,2012

А.И. Новиков

ЭКСТРЕННАЯ ЭНДОСКОПИЯ И ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

МБУ «Городская поликлиника», г. Нижневартовск

В статье изучена эффективность эндоскопических методов лечения ЯБДК и ее осложнений путем использования аргоноплазменной коагуляции (АПК) у 46 больных ЯБДК, осложненной гастродуоденальными кровотечениями, поступивших в экстренном порядке в приемный покой стационара. Использование аргоноплазменной коагуляции для остановки и профилактики ЯГДК показало эффективность и безопасность эндоскопического гемостаза. При невозможности остановки кровотечения эндоскопическими методами необходимо проводить оперативное лечение с резекцией желудка или прошиванием язвенного дефекта (в зависимости от общего состояния). На амбулаторном этапе наблюдались 35 больных, перенесших ГДК, которые были разделены на две группы:1-ая группа (15 чел), получавшие традиционную противоязвенную терапию, 2-ой группе (20 чел) наряду с традиционной противоязвенной терапией проводилось эндоскопическое орошение язвы гелевой формой эраконда (экстракта люцерны посевной).

Ключевые слова язвенная болезнь, эндоскопия, аргоноплазменная коагуляция, эраконд

.I. Novikov

EMERGENCY ENDOSCOPY AND TACTICS IN GASTRODUODENAL BLEEDING

MBU "City Clinic", Nizhnevartovsk

The paper studied the effectiveness of endoscopic treatment of PUD and its complications through the use argonoplazmennoy coagulation (APC) in 46 patients with DU, complicated gastroduodenal bleeding admitted on an emergency basis in a hospital emergency room. Use argonoplazmennoy coagulation to stop and prevent UGDH showed the efficacy and safety of endoscopic hemostasis. If it is impossible to stop bleeding endoscopic methods necessary to conduct surgery with resection of gastric ulcer or stitching (depending on the general condition). Of outpatient observed 35 patients undergoing GAD, who were divided into two groups :1-second group (15 people) who received conventional antiulcer therapy, the second group (20

people) as well as traditional anti-ulcer therapy underwent endoscopy irrigation ulcer gel form erakonda (alfalfa extract).

Keywords: ulcer, endoscopy, argon coagulation, erakond

Актуальность.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) остается актуальной проблемой современной гастроэнтерологии и хирургии. На сегодня достигнуты определенные успехи в диагностике и лечении этого заболевания. Во многом, это связано с открытием микроорганизма Helicobacter pylori (Marshall B., Warren S., 1988). Установлено, что применение антихеликобактерной терапии снизило частоту рецидивов язвенной болезни с 85% до 10%. Однако, широкое применение антихеликобактерной терапии и Н2-блокаторов гистаминовых рецепторов в сочетании с блокаторами протоновой помпы в лечении ЯБДК не решило полностью проблемы терапии. Кроме того, остается высокой частота рецидивов ЯБДК и гастродуоденальных кровотечений (ГДК), представляющих угрозу жизни данного контингента больных (С.Н. Хунафин с соавт. 1998, 2003). Особую актуальность приобретает это заболевание у работников нефтедобывающей промышленности в Тюменской области, подвергающихся одновременному воздействию нескольких неблагоприятных экологических факторов. Нарастающее количество искусственных пищевых агентов, нарушения режима питания, курение, злоупотребление алкоголем, ухудшение социального статуса населения-все это способствует развитию заболевания, увеличению частоты обострений и осложнений. Исходя из научной и практической значимости проблемы ЯБДК, представляется актуальным поиск новых эффективных методов лечения, позволяющих предотвратить обострения заболевания и осложнения.

Цель работы

Изучение эффективности эндоскопических методов лечения ЯБДК и ее осложнений путем использования аргоноплазменной коагуляции (АПК) и гелевой формы эраконда.

Материал и методы.

Проведена диагностическая и экстренная эндоскопия у 46 больных ЯБДК, осложненной гастродуоденальными кровотечениями, поступивших в экстренном порядке в приемный покой МУ «Городская больница №1» г. Нижневартовска. При определении эндоскопических признаков кровотечения из пептической язвы мы использовали классификацию Forrest. и соавт. (1987): IA - струйное артериальное кровотечение из язвы, IB - капельное (венозное) кровотечение из язвы IIA - тромбированные сосуды на язве, IIB - сгусток крови, закрывающий язву IC - язва без признаков кровотечения, III - источник крово-

течения не обнаружен. Эта классификация является базисной для дальнейшей тактики ведения больных с кровотечениями.

Для эндоскопической остановки и профилактики язвенного гастродуоденального кровотечения (ЯГДК) применялся метод аргоноплазменной коагуляции (АПК), который проводили с помощью зонда, введенного в биопсийный канал эндоскопа, соединенного с источником аргона и электрокоагулятором. На амбулаторном этапе осуществлялось эндоскопическое лечение язвенного дефекта гелевой формой эраконда, защищенной патентом.

Результаты и обсуждение.

При кровотечении по Forrest 1А-кровотечение остановлено в 4 случаях, в дальнейшем у одного развился рецидив, в связи с чем проведено прошивание кровоточащего сосуда на язве. При кровотечении по Forrest 1В кровотечение остановлено у 15 больных, у двоих наблюдался рецидив кровотечения, который был остановлен методом АПК. В целях предупреждения повторного кровотечения 9 пациентам с Forrest 2А и 2В проведено АПК. После остановки кровотечения больной получает курс противоязвенной, гемостатической терапии и выписывается под амбулаторное наблюдение хирурга и гастроэнтеролога.

На амбулаторном этапе наблюдались 35 больных, перенесших ГДК, которые были разделены на две группы:1-ая группа (15 чел), получавшие традиционную противоязвенную терапию, 2-ой группе (20 чел) наряду с традиционной противоязвенной терапией проводилось эндоскопическое орошение язвы 5 мл 10 % раствора эраконда (экстракта люцерны посевной). Выбор препарата был обусловлен тем, что экспериментальными и клиническими работами (Киреева Р.М., 1996; Чудинова Т.П. 1999, Новиков А.И., 2004) доказано, что эраконд обладает иммунотропной активностью, репаративным, анаболизирующим, противовоспалительным и противомикробными свойствами, а также мембраностабилизирующим, дезинтоксикационным и гепатопротекторным действиями. Нами была использована новая лекарственная форма эраконда, которая позволяет достичь более длительное воздействие на язвенный дефект. Данный способ защищен патентом на изобретение.

До лечения эракондом у большинства больных при эндоскопическом исследовании выявлялся язвенный дефект, имеющий овальную или округлую форму, дно которого было заполнено детритом и фибринозным налетом. Размеры язв колебались от 4 мм до 16 мм в диаметре различной локализации. Слизистая была отечной, гиперемированной. После лечения гелевой формой эраконда отмечено уменьшение сроков репарации язвенного дефекта до 12-15 дней по сравнению с контрольной группой (18-24 дня). Язвенный дефект у

больных, получавших эраконд, эндоскопически был представлен нежным линейным рубцом. Клинически у пациентов данной группы установлено исчезновение болевого синдрома, диспептических расстройств к 4-6 дню после начала лечения, в то время, как в группе больных, не получавших эраконд, эти явления исчезли к 7-10 дню. Нормализовалась нервно-психическая сфера отмечалась прибавка в весе от 1.5 до 3 кг.

Выводы.

Таким образом, полученные результаты позволяют считать целесообразным использовать метод аргоноплазменной коагуляции у больных ЯБДК, осложненной гастродуоденальным кровотечением. Использование аргоноплазменной коагуляции для остановки и профилактики ЯГДК показало эффективность и безопасность эндоскопического гемостаза.

При невозможности остановки кровотечения эндоскопическими методами необходимо проводить оперативное лечение с резекцией желудка или прошиванием язвенного дефекта (в зависимости от общего состояния).

На амбулаторном этапе, учитывая полиэтиологичность возникновения ЯБДК (инфекционный фактор, воспалительные изменения в луковице двенадц атиперстной кишки, снижение местного и общего иммунитета) патогенетически оправдано применение гелевой формы эраконда. В сравнении с контрольной группой установлена достоверная эффективность гелевой формы эраконда в комплексном лечении больных с ЯБДК.

Сведения об авторе статьи:

Новиков Альберт Игоревич – кандидат медицинских наук, врач- эндоскопист высшей категории МБУ «Городская поликлиника», г. Нижневартовск Сот.8-912-93-60-663

ЛИТЕРАТУРА:

1. Хунафин С.Н., Абубакиров Н.А. Совершенствование оказания скорой медицинской помощи больным хирургического профиля на догоспитальном этапе /Здравоохранение Башкортостана. Новые технологии в хирургии. Специальный выпуск №3, 2003,С.104-106.

2. Новиков А.И. Применение гелевой формы эраконда в эндоскопическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Автореф. Дисс. На соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Уфа,2000-22с.

3. Новиков А.И. Эраконд и патоморфологические изменения при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Морфологические, функциональные показатели систем организма в норме и при профилактике инфекционных, инвазивных болезней биологически активными препаратами. Москва, 1999. С.63-65.

УДК: 378.096: 614.88 (09)

© М.С. Кунафин, С.Н. Хунафин, А.Ф. Власов, Ф.С. Мусина, У.С. Султанбаев, Р.Т. Хамидуллин, Ф.Д. Тимербулатов, М.Ш. Чанышев, Р.М. Зинатуллин, З.Р. Саитова, Г.А. Батурина, 2012

М.С. Кунафин, С.Н. Хунафин, А.Ф. Власов, Ф.С. Мусина, У.С. Султанбаев, Р.Т. Хамидуллин, Ф.Д. Тимербулатов, М.Ш. Чанышев, Р.М. Зинатуллин, З.Р. Саитова, Г.А. Батурина

ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ С КУРСАМИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ И ТРАНСФУЗИОЛОГИИ ИПО БГМУ

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России

Приведены данные становления кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО БГМУ за 1989 – 2012гг.

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, повышение квалификации врачей.

M.S. Kunafin, S.N. Kunafin, A.F. Vlasov, F.S. Musina, U.S. Sultanbaev, R.T. Hamidullin, F.D. Timerbulatov, M.Sh. Chanyshev, R.M. Zinatullin, Z.R. Saitova, G.A. Baturina

HISTORY AND THE PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF THE AMBULANCE AND CATASTROPHE MEDICINE'S CHAIR WITH TERMAL TRAUMA AND TRANSFUSIOLOGY COURSES (AFTERGRADUATE TEACHING INSTITUTE OF THE BASHKIR STATE MEDICAL UNIVERSITY)

Bashkir State Medical University

There are the facts about the formation of the ambulance and catastrophe medicine's chair with termal trauma and transfusiology courses during 1989-2012.

Keywords: ambulance, raising the level of doctor's skill.

Кафедра скорой помощи и медицины катастроф организована в феврале 1989 года после печально известной Улу – Телякской катастрофы на железной дороге, когда стало очевидным необходимость специальной подготовки врачей для работы в чрезвычайных ситуациях. Организовал и возглавил кафедру доктор медицинских наук, член – корреспондент РАЕН, заслуженный врач РБ и РФ, профессор Саубан Нурлыгаянович Хунафин.

С 1989 по 1998 годы кафедра располагалась на базе многопрофильной ГКБ № 6 г. Уфы. Первыми преподавателями были доценты: Легос Александр Анатольевич, Галиуллин Фаниль Лутфуллович, Власов Анатолий Филипович, ассистент, к.м.н. Диденко Роза Гайнисламовна.

В обучении курсантов делают на освоение курсантами теоретических знаний и практических навыков: интерпретация электрокардиограмм, выполнение пункций плевральной полости при пневмотораксах, полости перикарда и тампонаде сердца, новокаиновых блокад при различных повреждениях, трахеостомии и коникотомии при асфиксии, проведению искусственной вентиляции легких, массажа сердца при проведении реанимационных мероприятий.

В период объединения кафедры с курсом токсикологии и профпатологии на кафедре работали профессора Терегулова Закия Сагадатовна, Булатова Фания Даригатовна, Мурзакаев Фарваз Гиниятович, ассистенты Акимова Людмила Александровна, Биктимирова Гузель Айратовна. Ими разработаны рабочие программы «Актуальные вопросы профессиональной патологии» и «Экологическая медицина». В программу подготовки курсантов были включены вопросы токсикологии, которые актуальные в условиях экологически неблагоприятной обстановки в стране.

Широкое распространение на территории республики ГЛПС, вирусного гепатита, а также появление СПИДа потребовало включения в программу подготовки врачей вопросов оказания неотложной помощи при этих заболеваниях. Неоценимую помощь в преподавании данного раздела оказали сотрудники кафедры инфекционных болезней профессор Дина Халимовна Хунафина, доцент Андрей Петрович Момон.

В первые годы работы клинической базой кафедры стала многопрофильная городская городская больница № 6 г. Уфы, где были созданы необходимые условия для обучения врачей. Руководство больницы главные врачи М.М. Кагарманов, В.А. Волгарев обеспечивали необходимым количеством учебной базы, чувствовали дружескую поддержку и внимание заведующих отделениями и врачебного персонала. Большую помощь коллективу кафедры оказывали заведующий кафедрой госпитальной хирургии, профессор, академик АН РБ Н.Г. Гатауллин, доценты Р.И. Титов, Г.П. Корнилаев, ассистенты Р.Ф. Мухаметрахимов и Ф.Ф. Мухаметрахимов. Все, что было наработано и внедрено в лечении больных и подготовке будущих врачей, нами были использованы в становлении кафедры и коллектива. Поэтому при научных спорах сотрудники кафедры высказывались о том, что кафедра скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии является филиалом кафедры госпитальной хирургии. Клиническими ба-

зами кафедры являются: Республиканский центр медицины катастроф (главный врач Р.Р. Юсупов), Станция скорой медицинской помощи г. Уфы (главный врач М.М. Зиганшин), Республиканская станция переливания крови (главный врач У.С. Султанбаев). С 1998г. кафедра переехала в МУ ГКБ №18 г. Уфы (главный врач А.М. Мухаметзянов), где созданы все условия для успешной работы.

Подготовка и реализация разделов рабочих программ осуществлялось с учетом особенности подготовки врачей скорой медицинской помощи, а именно с умением диагностировать и оказывать неотложную медицинскую помощь при многих заболеваниях и экстремальных ситуациях. Так, преподавание неотложных состояний в терапии проводили доценты Ф.А. Галиуллин, Г.А. Абдуллина, ассистент Р.Т. Диденко используя богатый опыт клинициста и педагога. В настоящее время эту традицию продолжают доцент Ф.С. Мусина и ассистент З.Р. Саитова. После открытия при кафедре курса термической травмы (1998г.) преподавание курсантам вопросов организации оказания обожженным неотложной и специализированной медицинской помощи занимались главные врачи больницы №18 г. Уфы д.м.н. Д.М. Дмитриев, к.м.н. А.М. Мухаметзянов. Врач-ординатор ожогового отделения продолжает успешно сочетать лечебную работу в отделении с педагогической и научной деятельностью. В последние годы к преподавательской работе привлечен энергичный, молодой ассистент, к.м.н. Т.Р. Гизатуллин, который освещает курсантам приемы коррекции психических нарушений у пострадавших с термической травмой.

Организация неотложной медицинской помощи при техногенных катастрофах всегда отличается непредсказуемостью степени проявления травмы и трудностью ликвидации медицинских последствий аварий, катастроф.

Подготовка врачей общей лечебной сети к работе в ЧС началось в 1990г., когда в РБ сформировалась служба медицины катастроф с активным участием министра здравоохранения РБ профессора А.Х. Турьянова.

Был создан Республиканский центр медицины катастроф (главный врач Р.Т. Зайнуллин), который оснащался современными средствами связи и аппаратурой. К педагогической деятельности привлекались заместитель министра Б.А. Сочилов, курирующий данный раздел МЗ РБ и главные врачи РЦ МК: Р.Т. Зайнуллин, Р.А. Гарипов, К.Х. Шакуров и заместитель главного врача, подполковник медицинской службы Р.Р. Еникеев.

В последние годы руководит РЦМК подполковник медицинской службы Р.Р. Юсупов и его заместителем является к.м.н. М.Ш. Чанышев. РЦМК является базой кафедры, где за последние 2 года проведен ремонт и создан учебный зал по освоению курсантами практических навыков по реанимации. Центр оснащен современными муляжами и мане-

кенами на средства выделенные Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Республики Башкортостан, что позволяет успешно провести практические занятия с курсантами ИПО.

Циклы по клинической трансфузиологии на кафедре начались с 1998 года. Первыми преподавателями были заместитель главного врача Р.В. Насырова, заведующие отделениями С.Р. Хамидуллин, А.В. Зорин, Г.А. Батурина. В последние 5 лет заметно увеличилось число врачей, нуждающихся в обучении по клинической трансфузиологии, обусловленное необходимостью реализации Федеральных программ «Здоровье» и «Модернизации здравоохранения» и Республиканской программы «Безопасная кровь». Поэтому в составе кафедры был организован курс на базе Республиканской станции переливания крови (главный врач У.С. Султанбаев), где имеются все необходимые условия подготовки трансфузиологов. Проводятся 72, 144, 288, 586 часовые циклы по клинической трансфузиологии, в том числе и выездные в города Республики Башкортостан. Занятия ведут главный врач РСПК У.С. Султанбаев, заведующим отделением Г.А. Батурина.

Повышение квалификации врачей скорой медицинской помощи начиналось с момента открытия кафедры на базе станции скорой медицинской помощи г. Уфы, когда главными врачами были Р.М. Исхаков, Д.Р. Чанышев и с 1999г. - М.М. Зиганшин.

Клинические разделы подготовки специалистов скорой медицинской помощи по неотложной хирургии проводят профессор М.С. Кунафин, профессор С.Н. Хунафин, доцент А.Ф. Власов.

По травматологии читали лекции и проводили занятия заместитель главного врача по хирургии ГКБ №18 г. Уфы, доцент П.В. Попов, заместитель главного врача станции скорой медицинской помощи доцент Ф.Д. Тимербулатов, неврологии — заведующая сосудистым отделением ГКБ №18, к.м.н. Г.И. Ижбульдина и заведующий ОРИТ, к.м.н. В.Б. Голубятников.

Преподавание анестезиологии и реаниматологии началось с первых дней открытия кафедры и связано с именем доцента А.А. Легоса, который создавал учебно-методические материалы. Он был прекрасным педагогом и клиницистом имел большой авторитет среди коллег. Проводились циклы тематического и общего усовершенствования, профессиональная переподготовка, чем в определенной степени снималась напряженная ситуация с обеспечением ЛПУ анестезиологами и реаниматологами. В начале 2000 года преподавательский состав кафедры пополнялся. По конкурсу на работу были приглашены: доцент Ю.А. Лаврентьев, ассистент Е.В. Лаврентьва, которые в последующие годы перевелись в другие ВУЗы страны. В 2005-2006гг. начали работать профессор П.И. Миронов, асси-

стент, к.м.н. Н.И. Пуцман, чем связано начало подготовки детских анестезиологов-реаниматологов и расширение проводимых циклов. Подобная практика подготовки врачей данной специальности продолжилась до открытия профильного курса, в дальнейшем и кафедры.

К.м.н. Л.Ф. Максютова преподавала вопросы коррекции иммунологических нарушений у хирургических больных и пострадавших с ожоговой травмой. С 2009 г. преподавателями работают к.м.н. З.Р. Саитова и Р.Т. Хамидуллин.

С июня месяца кафедрой заведуют д.м.н., профессор М.С. Кунафин, 27.10.2011г. избран по конкурсу на эту должность.

Подготовка специалистов на кафедре осуществляется на 10 циклах по скорой медицинской помощи, медицины катастроф, термической травме, клинической трансфузиологии и интенсивной терапии. Рабочие программы составлены на основе Федеральных программ: «Программа последипломного обучения врачей скорой и неотложной медицинской помощи» (1984г.), «Унифицированная программа последипломного обучения врачей (провизоров) по организации экстренной медицинской помощи в ЧС» (1990г.), «Дополнения к унифицированной программе последипломного обучения врачей (провизоров) по организации экстренной медицинской помощи в ЧС» (1992г.), а также «Унифицированная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей по мобилизационной подготовке и гражданской обороне здравоохранения РФ (2002г.). Подготовлены новые рабочие программы подготовки интернов и клинических ординаторов по специальности « скорая медицинская помощь».

Сотрудниками кафедры разработаны и изданы 38 учебных пособий, 42 методических рекомендации, 30 информационных писем, 40 лекций для курсантов и 23 методические разработки для преподавателей.

Все лекции читаются с использованием мультимедийного сопровождения.

За все годы работы кафедры обучение прошли 16300 врачей, 30 интернов, 26 клинических ординаторов и 15 аспирантов. Курсанты, успешно выдержавшие выпускные экзамены и тестирование получают сертификат. Кроме того, на кафедре проходят 12-часовые занятия по медицины катастроф курсанты клинических циклов ИПО с посещением ожогового отделения и Республиканского центра медицины катастроф МЗ РБ.

Основными направлениями научной деятельности кафедры являются:

1. Хирургия острых заболеваний органов брюшной полости.
2. Эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний пищеварительного тракта.

3. Организация неотложной и специализированной медицинской помощи пострадавшим в ЧС на этапах медицинской эвакуации.
4. Совершенствование методов лечения термической травмы.
5. Оптимизация неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Первые научные исследования сотрудников кафедры посвящены диагностике, хирургическому лечению и реабилитации больных спаечной болезнью брюшины, которые отражены в докторской диссертации профессора С.Н. Хунафина. Диссертационная работа А.Ф. Власова по изучению ошибок, опасностей и осложнений в абдоминальной хирургии, завершена изданием единственной в отечественной литературе монографии «Послеоперационные ятрогенные инородные тела».

Кандидатские диссертации Ю.В. Яценко, А.А. Нурмухаметова, И.Х. Гаттарова, С.С. Пашкова, В.Р. Булгакова, А.Р. Загитова, М.З. Ихсанова, Г.Т. Мустафиной, Р.С. Нургалина, Н.Р. Хуссамовой, Р.А. Хусаинова, Г.А. Мурзина, А.Х. Гибадуллина, Д.Р. Ахмерова, Н.Ж. Гайсина, А.З. Муллаяновой посвящены улучшению результатов хирургического лечения больных с заболеванием органов брюшной полости с применением современных технологий.

Докторская диссертация Д.М. Дмитриева была посвящена оптимизации эндоскопических методов диагностики хирургических заболеваний пищевода, желудка и 12-перстной кишки.

Видное место в научной и практической деятельности кафедры занимают вопросы лечения пострадавших с термической травмой, которое остается одной из наиболее сложных проблем в хирургии, травматологии и медицины критических состояний. Одной из последних достижений стала разработка и применение в клинике уникальной сетки-кровати для временного размещения пострадавших с термической травмой. Использование этих кроватей в хирургических отделениях ЛПУ Республики Башкортостан позволяет снизить степень инфицированности ожоговых ран, уменьшить осложнения и сократить сроки лечения обожженных. Совместно с институтом органической химии Уфимского научного центра РАН разработана и внедрена в клинику принципиально новое полимерное покрытие на основе хитозана. В комплекс лечения обожженных включены СПСА вакцина и церулоплазмин, чем достигнута активация иммунного статуса и снижение гнойно-септических осложнений у пострадавших с термической травмой. Научное сотрудничество осуществляется с НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Санкт-Петербург), НИИ хирургии им. А.В. Вишневского (г. Москва), НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (г. Москва), институтом органической химии УНЦ РАН (г. Уфа).

Кандидатские диссертации по комбустиологии защитили: Б.В. Вакеев, Г.Ш. Ялалова, С.С. Куватов, М.Ш. Чанышев, Л.Ф. Максютова, Р.М. Зинатуллин, Т.Р. Гизатуллин, Д.А. Тимербаева, А.И. Пуцман, А.М. Мухаметзянов, А.В. Лыков, А.Г. Сагманов

В ожоговом отделении ГКБ №1 г. Стерлитамака проводятся выездные циклы по термической травме, обучение врачей заведующая отделением д.м.н. О.В. Попова, врач В.О. Сорокина, которые являются совместителями кафедры.

Заведующий травматологическим отделением ГКБ №18 г. Уфы С.А. Холкин защитил кандидатскую диссертацию «Диагностика и хирургического лечение нестабильных повреждений проксимального отдела бедренной кости» (2002г.). Сотрудники кафедры и клинических баз принимали участие в реализации 3 грантов РАН, АН РБ и в работе Международных, Всероссийских, Республиканских конференциях по неотложной хирургии, комбустиологии, скорой медицинской помощи, интенсивной терапии, медицины катастроф. Опубликовано более 2000 публикаций, издано 10 монографий, 2 справочника по СМП, получено 60 патентов, 10 положительных решений на изобретение и полезную модель РФ.

Лечебная работа осуществляется на базе ГКБ №18 г. Уфы в 13 клинических отделениях, республиканском ожоговом отделении, РСПК, ССМП г. Уфы, РЦМК, где созданы все условия для реализации планов работы:

Сотрудниками клиники в повседневную практику внедрены новые методы и усовершенствованы способы диагностики и лечения: при трофических язвах – озонотерапия, пластика кожи с использованием фетальных клеток, гистероскопия, холедохоскопия, эхогидролокация, лапароскопическая гистерэктомия, гистерорезектоскопия, орошение озоном брюшной полости при перитонитах, внутриорганный электрофорез, пластика хряща при его дефектах в коленном суставе, артроскопические операции при патологиях коленного сустава, протезирование тазобедренного и коленного суставов, внутриорганный электрофорез при остром панкреатите, методы ранней некрэктомии и фасциотомии при критических ожогах, коррекция психических нарушений у пострадавших с термической травмой, коррекция водно-солевого дисбаланса при ожогах, оценка степени кровопотери у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Сотрудники кафедры проводят большую общественную работу.

Заведующий кафедрой профессор М.С. Кунафин – член проблемной комиссии по хирургии БГМУ, диссертационного совета при БГМУ, аттестационной комиссии МЗ РБ по скорой медицинской помощи, Председатель правления Башкирского регионального отделения Всероссийской общественной организации «Неотложная помощь», председа-

тель сертификационной комиссии по специальности «скорая медицинская помощь», «трансфузиология», «анестезиология и реаниматология». Он опытный хирург, имеет высшую квалификационную категорию.

Профессор С.Н. Хунафин – хирург с 52-летним опытом работы, имеет высшую квалификационную категорию по специальности «хирургия», внедрил в клиническую практику ряд новых методов диагностики и лечения хирургических больных и пострадавших с термической травмой. Он председатель правления Башкирского регионального отделения Всероссийского общественного объединения «Мир без ожогов», врачей скорой медицинской помощи, заслуженный врач РБ, РФ, отличник здравоохранения, заслуженный изобретатель СССР, заслуженный работник высшей школы РФ, академик РАЕН и медико-технической академии, почетный заведующий кафедрой БГМУ, награжден дипломом «За верность профессии» (2010г.), «Золотым скальпелем», утвержденным ассоциацией хирургов РБ, дипломом «Лучший заведующий кафедрой по инновационной деятельности» (2006, 2007, 2009гг.)

Доцент А.Ф. Власов – опытный хирург и педагог, эксперт медицинских страховых компаний, член сертификационной комиссии по скорой медицинской помощи.

Доцент Ф.С. Мусина – опытный терапевт, консультирует больных в отделении травматологии и ортопедии, член аттестационной и сертификационной комиссий по скорой медицинской помощи, завуч кафедры, начальник отдела клинической ординатуры и интернатуры БГМУ, активно выступает в радио и телевидении по медицинским вопросам, принимала участие в издании ряда методических материалов, имеющих гриф УМО Минздравсоцразвития России.

Ассистент Р.Т. Хамидуллин – опытный анестезиолог-реаниматолог, курирует реализацию раздела по этому направлению, читает лекции и проводит практические занятия. Он секретарь УМСС по хирургии и Башкирского регионального отделения Всероссийской общественной организации врачей скорой медицинской помощи.

Ассистент З.Р. Саитова – к.м.н., опытный кардиолог и терапевт, консультирует больных в хирургическом отделении. Читает лекции и проводит практические занятия с курсантами по разделу неотложная кардиология.

Результаты аттестации кафедры в 2011г. по учебно-методической работе 38917 баллов, средний бал на 1 сотрудника 6227, 1 место по ИПО. По НИР 17171 баллов, на 1 сотрудника 2748, 2 место по ИПО. По лечебной работе 26185 баллов, на 1 сотрудника 4190, 3 место по ИПО и 4 по БГМУ.

В последние годы кафедра неоднократно была награждена дипломами за высокие показатели и как лучшая кафедра ИПО.

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют о том, что было обоснованным и своевременным открытие в БГМУ кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО, что позволило целенаправленно подготовить врачей республики к работе в ЧС, успешно вести научные исследования по совершенствованию методов диагностики и оказания неотложной и специализированной медицинской помощи пострадавшим на этапах медицинской эвакуации. Кафедра стала одной из ведущих в системе последипломного образования университета.

Сведения об авторах:

Кунафин Марат Саубанович – д.м.н. профессор, заведующий кафедрой скорой помощи и медицины кататсроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ», 8(347)2357576

Хунафин Саубан Нурлыгаянович – д.м.н. профессор кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, академик РАЕМТА, заслуженный работник Высшей школы РФ, заслуженный медик РФ, РБ, 8(347)235-75-76, e-mail Khunafun@mail.ru

Власов Анатолий Филиппович - к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

Мусина Флариса Сабирьяновна - к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

Султанбаев Урал Сахиярович – ассистент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

Хамидуллин Роберт Тавкильевич– ассистент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

Тимербулатов Фарит Давлетгареевич- к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

Чанышев Марат Шамилевич – ассистент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

Зинатуллин Радик Медыхатович- к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

Саитова Зарема Ринатовна – к.м.н. ассистент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

Батурина Галина Александровна – ассистент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, (8347)2357576

УДК:616.381-008.718-06-07-08

© Р.Р. Губайдуллин, И.Н.Пасечник, 2012

Р.Р. Губайдуллин, И.Н.Пасечник

ВНУТРИБРЮШНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.

Клиника управления делами Президента РФ

В статье представлен современный взгляд на проблему внутрибрюшной гипертензии у хирургических больных. Описаны этиология, патогенез, клиника, методы диагностики, профилактики и лечения синдрома абдоминальной компрессии в хирургии.

Ключевые слова: абдоминальной компрессии в хирургии, синдром интраабдоминальной компрессии, полиорганная недостаточность.

R.R. Gubaydullin, I.N.Pasechnik

INTRAABDOMINAL HYPERTENSION, CLINICAL ASPECTS

President clinic (Russian Federation)

Considering the abdominal cavity represents the closed space, an increase of intra-abdominal pressure can lead to the negative influence on the function of vital organs and systems. This condition is determined as intra-abdominal hypertension (IAH) and without decompression can result in multiple organ dysfunctions. The broad spectrum of reasons (including postoperative complications) can be accompanied by IAH. The clinical signs and physical ways of inspection of the stomach are insufficient for accurate diagnosis of IAH. The measurement of the abdominal pressure by gauge in the bladder is the exact and simple method. Treatment of IAH includes a number of therapeutic methods and surgical decompression.

Key words: *abdominal compartment syndrome, intra-abdominal pressure, intra-abdominal hypertension, multiple organ dysfunction.*

Увеличение давления в брюшной полости в силу ограниченности пространства приводит к нарушению кровообращения и ишемии находящихся в этом пространстве органов и тканей с последующими расстройствами их функций. В настоящий момент остается предметом дискуссии величина ВБД, при котором наблюдаются изменения органов. Рассматриваются два состояния: внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) – повышение давления в брюшной полости и синдром абдоминальной компрессии (САК) – полиорганная недостаточность, обусловленная повышением внутрибрюшного давления. Синонимами

САК являются: абдоминальный компартмент-синдром, абдоминально-экстензионный синдром, синдром интраабдоминальной компрессии, синдром брюшной полости и т.д.

Повышение ВБД наблюдают при целом ряде заболеваний: травме живота, перитоните, панкреатите, кишечной непроходимости. Интерес к проблеме ВБГ резко возрос после широко внедрения лапароскопических операций, требующих нагнетания газа в брюшную полость.

Органная дисфункция при САК является следствием воздействия ВБГ на функционирование органов. Повышение давления в брюшной полости зависит от эластических свойств ее стенок и объема ее содержимого. При постепенном нарастании объема брюшной полости снижается растяжимость ее стенок. Однако линейной зависимости между объемом брюшной полости и ВБД не существует. Возможно непропорционально резкое возрастание ВБД при незначительном приросте объема.

Необходимо помнить, что ВБГ отрицательно отражается на работе практически всех органов и систем пациента. Рассмотрим основные патогенетические механизмы этого воздействия.

Влияние ВБГ на сердечно-сосудистую систему.

Рост ВБД вызывает снижение кровотока по нижней полой вене и уменьшение венозного возврата к правым отделам сердца. Кроме того, повышение ВБД сопровождается возрастанием внутригрудного давления, что приводит к увеличению сопротивления сосудов малого круга кровообращения. Производительность сердца уменьшается вследствие малой преднагрузки и высокого периферического сопротивления сосудов, несмотря на компенсаторную тахикардию. Общее периферическое сопротивление сосудов растет по мере увеличения ВБГ. Артериальное давление возрастает при формировании САК и снижается в терминальной стадии процесса. Гиповолемия и снижение сократительной способности миокарда на фоне САК быстро приводят к декомпенсации кровообращения. Необходимо помнить, что в условиях внутрибрюшной гипертензии давление в крупных сосудах и сердечных полостях (центральное венозное давление, давление заклинивания легочных капилляров, конечно-диастолическое давление и др.) не отражает реального состояния сердечно-сосудистой системы. Более точное представление о гемодинамике можно получить при измерении сердечных объемов.

Влияние ВБГ на систему дыхания.

Вследствие повышения ВБД купол диафрагмы оттесняется в грудную полость, внутригрудное давление возрастает и наблюдается снижение функциональной остаточной емкости легких (объем воздуха, который остается в легких после спокойного выдоха). Так как газообмен между альвеолами и кровью происходит во все фазы дыхательного цикла, то снижение объема легких во время выдоха неизбежно уменьшает поступление кислорода и выведение углекислоты. Кроме того, наблюдается ателектазирование альвеол, прилежащих к диафрагме. Все это ухудшает вентиляционно-перфузионные отношения и приводит к росту легочного шунта. Для поддержания минутной вентиляции легких и обеспечения адекватного газообмена, диафрагма развивает чрезмерные усилия против высокого ВБД. В конечном итоге усилий диафрагмы становится недостаточно для вдоха, в акт дыхания включаются межреберные мышцы и дополнительная дыхательная мускулатура. Цена дыхания возрастает: увеличивается потребление кислорода и выработка углекислого газа. Постепенно развивается гипоксемия, гиперкапния и дыхательный ацидоз. Нарастание дыхательной недостаточности уже на ранних этапах требует проведения респираторной поддержки.

Влияние ВБГ на органы брюшной полости.

При ВБГ отмечается ухудшение микроциркуляции и значительная редукция кровотока в печени, желудке и толстом кишечнике, происходит ишемизация спланхнической зоны. Эти нарушения манифестируют при ВБД большем или равном 15 мм рт.ст. Сокращение кровотока не пропорционально степени уменьшения сердечного выброса и проявляется до его снижения. При возникновении ВБГ кровообращение органов брюшной полости определяется разницей между средним артериальным давлением и ВБД. Возрастание ВБД до 25 мм рт.ст. сопровождается транслокацией бактерий из толстого кишечника в кровоток, что является одним из механизмов развития сепсиса у больных в критических состояниях. Кишечная недостаточность и нарушение барьерной функции способствуют развитию синдрома ишемического-реперфузионного повреждения, при котором ВБГ обусловливает ишемию, сменяющуюся реперфузионным повреждением после абдоминальной декомпрессии.

Артериальный печеночный кровоток уменьшается при достижении ВБД 10 мм рт.ст., а портальный – 20 мм рт.ст., что приводит к снижению синтетической и дезинтоксикационной функции печени.

Уменьшение сердечного выброса, массивная инфузионная терапия и олигоурия усугубляют секвестрацию жидкости в интерстициальном пространстве, отек кишечника и ВБГ, порочный круг замыкается.

Ухудшение кровоснабжения и развития гипоксических изменений в стенке кишечника способствуют выбросу биологически активных веществ, медиаторов воспаления и вазоактивных субстанций, в том числе интерлейкинов, серотонина, гистамина и др. Наблюдаемая «метаболическая анархия» способствует увеличению проницаемости эндотелия, отеку интерстиция и увеличивает ишемию, что неблагоприятно сказывается на результатах оперативного вмешательства. Медиаторные изменения предшествую клиническим проявлениям ВБГ.

Влияние ВБГ на систему мочеотделения.

На фоне возрастания ВБД уменьшается почечный кровоток и скорость клубочковой фильтрации. Олигурия развивается при ВБД > 10-15 мм рт. ст., анурия – при ВБД > 30 мм рт. ст. Развитие почечной недостаточности при ВБГ связывают с повышением почечного сосудистого сопротивления, компрессией почечных вен, возрастанием уровня антидиуретического гормона, ренина и альдостерона. Начальные явления почечной недостаточности у больных с ВБГ возникают еще при нормальном сердечном выбросе и артериальном давлении в результате сдавливания сосудов почечной паренхимы.

Влияние ВБГ на центральную нервную систему.

Острая ВБГ является одной из причин увеличения внутричерепного давления. Развитие внутричерепной гипертензии связывают с нарушением оттока крови по яремным венам вследствие повышенного внутригрудного давления и действия ВБГ на ликвор через эпидуральное венозное сплетение. Превышение уровня ВБД в 25 мм рт. ст. вызывает понижение перфузионного давления даже здорового мозга. Так как пневмоперитонеум во время лапароскопических операций влияет на внутричерепное давление, то у больных с патологией центральной нервной системы он должен использоваться с осторожностью.

Степени внутрибрюшной гипертензии:

В клинической практике внутрибрюшной гипертензией считают постоянный или повторяющийся патологический подъем ВБД $\geq$12 мм рт.ст. Выделяют четыре степени ВБГ (таблица1)

Таблица 1.

Степени ВБГ

Степень	ВБД
I	12-15 мм рт.ст.
II	16-25 мм рт.ст.
III	26-35 мм рт.ст.
IV	> 35 мм рт.ст.

У больных в критических состояниях «нормальным» считается ВБД 5-7 мм рт.ст. У пациентов после плановой лапаротомии давление в брюшной полости может достигать 12 мм рт. ст. без развития САК. При возрастании ВБД выше 35 мм рт. ст. САК развивается в 100 % случаев с высоким риском смертельного исхода.

По скорости повышения ВБД и продолжительности, ВБГ делится на 4 группы:

1. Хроническая ВБГ (ожирение, асцит)
2. Острая ВБГ (кишечная непроходимость)
3. Подострая ВБГ (гемиперитонеум)
4. Сверхострая ВБГ (физическая нагрузка)

Повышение ВБД – частый спутник абдоминального неблагополучия: ВБГ сопровождает кишечную непроходимость, перитонит, асцит, онкологические заболевания и др. Возникая вследствие несоответствия вместимости брюшной полости ее содержимому, ВБГ является неспецифическим проявлением различных хирургических заболеваний. Вместе с тем, высокое ВБД имеет самостоятельное значение. При неблагоприятных исходах повышение ВБД играет в развитии системных расстройств если не ведущую роль, то конкурирует с ключевыми патогенетическими факторами. Имеются данные, что ВБД повышено примерно у 30% больных в критическом состоянии.

Помимо хирургических заболеваний, причина развития ВБГ может заключаться в самой технологии операции, что имеет место, например, при лапароскопических манипуляциях, когда накладывается пневмоперитонеум. Малая травматичность лапароскопических вмешательств предполагает минимум хирургической агрессии, что делает эти операции весьма привлекательными. Однако иногда они сопровождаются выраженными функциональными сдвигами со стороны внешнего дыхания и кровообращения, обусловленными наполнением брюшной полости газом и повышением ВБД. В результате имеющиеся фоновые дыхательные расстройства и недостаточность кровообращения могут усугубляться и декомпенсироваться. Учитывая, что с совершенствованием хирургических тех-

нологий доля лапароскопических вмешательств прогрессивно увеличивается, острее обозначается проблема безопасности пациента при ятрогенной ВБГ.

Если последствия ВБГ очевидны, то декомпрессия брюшной полости может не представляться клинически значимой. Однако описаны ситуации, когда снижение ВБД инициировало критические нарушения гемодинамики. Нестабильность кровообращения, в частности, может отмечаться во время декомпрессионной лапаротомии, выполняемой по поводу кишечной непроходимости. ВБГ при этой патологии обусловлена переполненным газом и жидкостью кишечником.

Синдром абдоминальной компрессии.

Системные патологические сдвиги, возникающие при остром повышении ВБД, обозначаются как синдром абдоминальной компрессии. Например, развитие ВБГ может сочетаться с нарушениями сердечно-сосудистой системы, дыхания, мочевыделения, расстройствами перфузии внутренних органов и развитием ишемии кишечника. Ишемические нарушения спланхнической зоны чреваты усугублением воспалительной реакции, повышением транслокации бактерий из кишечника в кровоток, что может способствовать развитию синдрома системного воспалительного ответа и полиорганной недостаточности.

САК – это постоянное повышение ВБД $\geq$ 20 мм рт.ст., в сочетании или без уменьшения АПД (абдоминальное перфузионное давление)=$АД_{ср}$-ВБД ниже 60 мм рт.ст., которое сопровождается вторичной органной дисфункцией. Выделяют следующие виды САК:

1. Первичный САК - относится к патологическому состоянию, когда имеет место повреждение или заболевание органов живота или малого таза, что часто требует хирургического вмешательства.
2. Вторичный САК - относится к состояниям, изначально не имеющим отношения к повреждению или заболеваниям органов живота или малого таза (рис 1).
3. Рекуррентный САК - относится к состоянию, при котором САК вновь развивается вследствие предшествующего хирургического или медикаментозного лечения первичного или вторичного САК.

Этиологические факторы ВБГ и САК.

1. Грыжесечение с пластикой грыжевых ворот «натяжными методами».
2. Пневмоперитонеум во время лапароскопии.
3. Абдоминальный бандаж с тянущим поясом для профилактики образования вентральных грыж.
4. Острая кишечная непроходимость.
5. Перитонит или абсцесс брюшной полости.

6. Посттравматическое внутрибрюшное или забрюшинное кровотечение.
7. Разрыв аневризмы брюшной аорты.

Предрасполагающие факторы ВБГ и САК.

1. Ацидоз (pH артериальной крови менее 7.2).
2. Гипотермия с температурой тела ниже 33°С.
3. Политрансфузия, определяемая как трансфузия более чем 10 единиц эритроцитарной массы в течение 24 часов.
4. Коагулопатия (тробмоцитопения менее 55000/мм^3, удлинение АЧТВ более чем в 2 раза в сравнении с нормой, протромбиновое время ниже 50% или МНО больше 1,5).
5. Сепсис.

Критерии диагностики САК.

Диагноз САК вероятен при ВБД>15 мм рт.ст., ацидозе в сочетании с наличием одного или более следующих признаков:

1. Гипоксимия.
2. Повышение центрального венозного давления.
3. Гипотония.
4. Олигоурия.

Показания к мониторингу ВБД:

1. Тупая травма живота.
2. Проведение искусственной вентиляции легких у больных с прогрессирующей множественной органной дисфункцией.
3. Наличие у больных с напряженным животом симптомов, сопутствующих САК (олигоурия, гипоксия, артериальная гипотензия, необъяснимый ацидоз, мезентериальная ишемия).
4. Политравма.
5. Проведение массивной инфузионной терапии в контексте основного заболевания (панкреатит, септический шок, травма и т.д.) у больных без операции.

Измерение ВБД.

Диагностировать (или исключить) ВБГ легко, если знать и помнить о ней, однако осмотр и пальпация вздутого живота не даст врачу точных сведений о величине ВБГ.

Реальный способ – визуализация ВБД в динамике. В отделении ОРИТ целесообразно измерять ВБД у каждого пациента, которому показан мониторинг ВБД, в течение первых суток, чтобы вовремя диагностировать ВБГ и устранить ее. Всемирная ассоциация компартмент синдрома (WSACS) рекомендует измерять ВБД у пациентов в критическом состоянии каждые 4 часа.

В клинической практике живот рассматривают как жидкостный резервуар, подчиненный закону Паскаля. Согласно этому закону, давление на поверхности жидкости и во всех ее отделах одинаково. Следовательно, ВБД можно измерить в любом отделе живота – в самой полости, матке, нижней полой вене, прямой кишке, желудке или мочевом пузыре. Сделать это можно прямым и непрямым методами. Определение ВБД во время лапароскопии – пример прямого измерения.

К непрямым методам относятся измерения ВБД в системе нижней полой вены и органах брюшной полости. Например, с помощью назогастрального зонда для тонометрии можно измерять и внутрижелудочное давление. Результаты неплохо согласуются с прямыми измерениями.

Однако наибольшую популярность заслужило измерение ВБД в мочевом пузыре. Быстрое и простое измерение внутрипузырного давления в настоящее время является методом выбора для диагностики САК и мониторинга ВБГ. Хорошо растяжимая стенка мочевого пузыря служит пассивным проводником ВБД, если объем жидкости в пузыре не превышает 50-100 мл (при больших объемах на измерение влияет тонус пузырной мышцы). Для измерения необходим катетер Фолея, градуированная в мм рт.ст. закрытая система сбора мочи и измерения ВБД (Unometer Abdo-Pressure или аналогичная). Измерить ВБД с помощью данной системы может средний медицинский персонал, т.к. простейшая процедура не требует специальных навыков.

Методика измерения показана на рис. 1.

Закрытые системы для измерения ВБД дают возможность мониторинга ВБД в режиме реального времени в любое время до 7 суток у одного пациента.

Использование Унометера Абдо-Преше позволяет многократно производить манипуляцию измерения ВБД и соблюдать при этом требования СанПиНа 2.1.3.2630, поскольку:

- Изделие является одноразовым, упаковано индивидуально в стерильный блистер
- Система снабжена безыгольным портом для отбора проб мочи, что снижает вероятность контаминации медицинского персонала

- Система закрыта, что минимизирует риск развития восходящей урологической инфекции.

Существуют и другие способы измерения ВБД, используемые в практике, например с помощью капельной системы. В мочевой пузырь через катетер Фолея с раздутым баллоном вводится 20-50 мл физиологического раствора (обычно через дополнительный порт катетера). Затем система разгерметизируется (шаг 2 на рис. 1). За нулевую отметку принимается верхний край лонного сочленения.

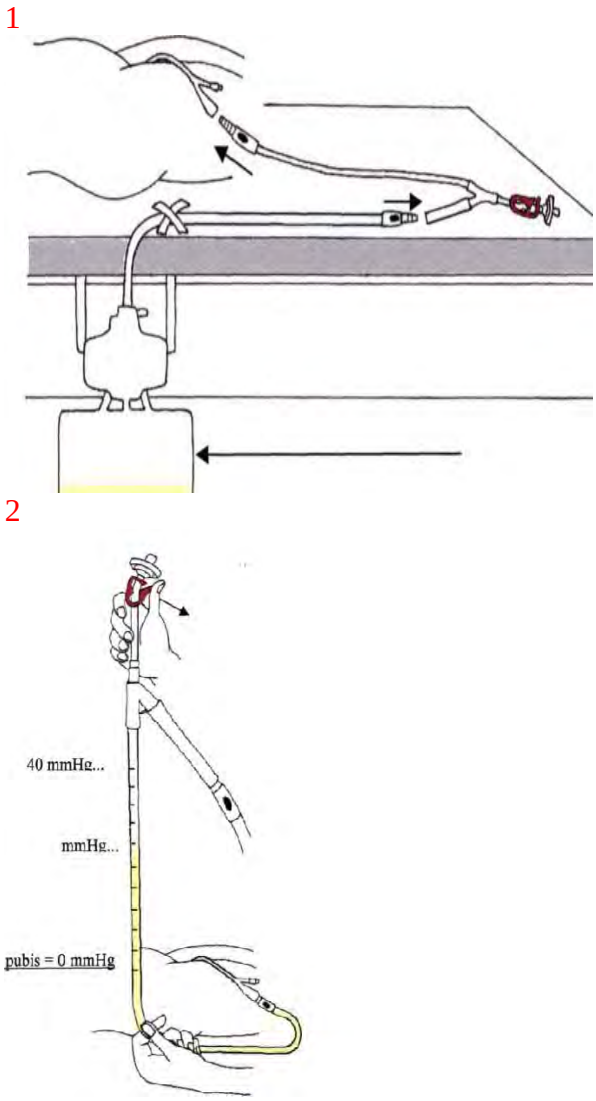


Рис.1 Измерение ВБД с использованием системы Abdo-Pressure.

Для манометрического измерения система собирается с трансдуцером (рис. 3), в этом случае калибровка по уровню необходима только один раз.

Измерение пузырного давления не производят, если существует повреждение мочевого пузыря или сдавление его тазовой гематомой. В этих случаях оценивают внутрижелудочное давление (рис. 2)

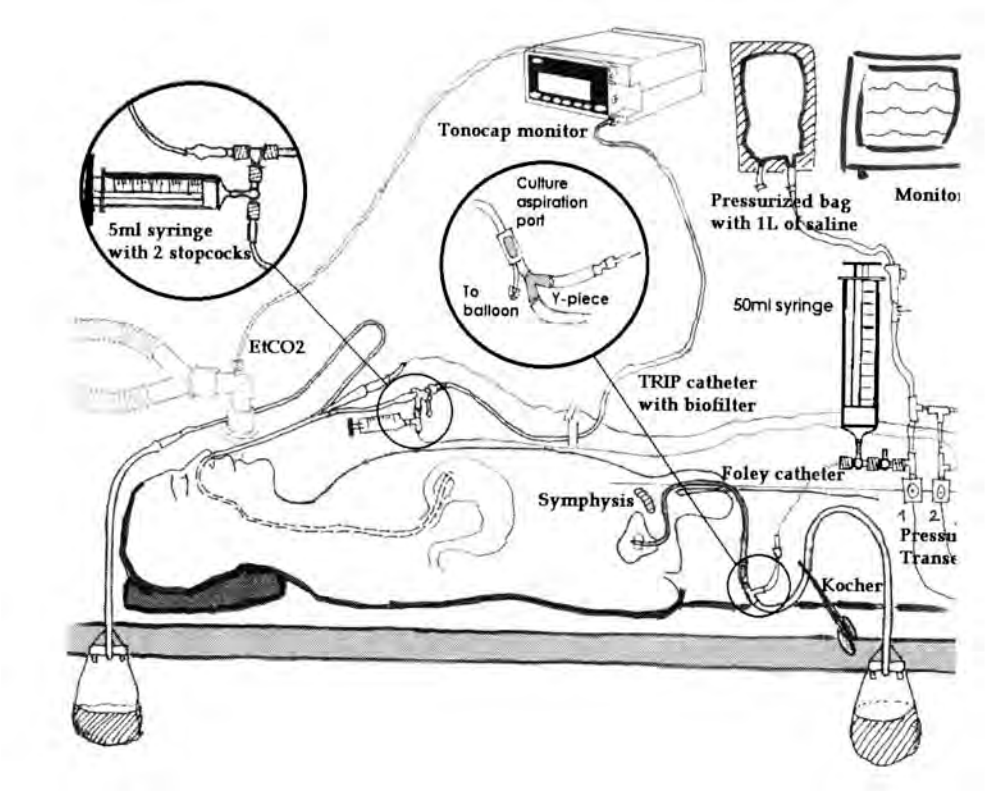


Рис. 2. Способы измерения ВБД (объяснения в тексте).

Профилактика и лечение САК

У хирургических больных с риском развития САК необходимо начинать профилактические и лечебные мероприятия еще до развития органных нарушений при первых явлениях ВБГ.

Первая степень ВБГ диагностируется достаточно часто после лапаротомий. Повышение интраабдоминального давления непродолжительно и в большинстве случаев не приводит к развитию САК. При второй степени ВБГ в стандарты лечения входит постоянный мониторинг ВБД, функций жизненно важных органов и интенсивные терапевтические мероприятия. При третьей и четвертой степенях ВБГ требуется хирургическая декомпрессия брюшной полости. Превышение ВБД 35 мм рт.ст. в течение нескольких часов, как правило, приводит к летальному исходу.

В послеоперационном периоде у больных с ВБГ необходимо проводить стимуляцию нарушенной моторики желудочно-кишечного тракта. Эффективным способом снижения ВБД является назогастроинтестинальная зондовая декомпрессия в сочетании с перидуральной анестезией.

При ВБГ третьей и четвертой степени единственным эффективным методом лечения является хирургическая декомпрессия. После проведения лапаротомной декомпрессии и сохраняющейся вероятности прогрессирования САК решается вопрос о типе уши-

вания брюшной полости: часто используется временная пластика специальными сетками или заплатами (Marlex, Prolene, Core-Tex и др.).

Своевременное выполнение хирургической декомпрессии в большинстве случаев приводит к нормализации нарушеной функции органов: стабилизации гемодинамики, уменьшению явлений дыхательной недостаточности, нормализации диуреза. Однако иногда развивается ряд осложнений. Гипотония связана с перераспределением объема циркулирующей крови в связи с уменьшением внутрибрюшного и внутригрудного давления. Остановка сердца происходит в связи с реперфузией и попаданием в кровоток большого количества недоокисленных субстратов и промежуточных продуктов метаболизма. Тромбоэмболические нарушения обусловлены сгущением крови, замедлением кровотока и повреждением эндотелия в условиях гипоксии.

Важным компонентом лечения САК является совокупность консервативных мероприятий: проведение искусственной вентиляции легких, адекватной инфузионной терапии, назначение гастрокинетиков.

При прогрессировании дыхательной недостаточности у больных с САК возникает потребность в проведении искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Респираторную поддержку необходимо осуществлять с учетом концепции протективной вентиляции для предотвращения вентиляторасоциированных повреждений легких. При развитии САК оптимально использование малых дыхательных объемов (6 мл/кг) с целью предотвращения баро- и волюмотравмы. Подбор оптимального положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) увеличивает количество функционально активных альвеол за счет предотвращения колабирования в базальных сегментах легких. Не правильно определенный уровень ПДКВ не предотвращает колабирование альвеол на выдохе при высоком стоянии купола диафрагмы и способствует развитию ателектотравмы. Высокий уровень ПДКВ увеличивает внутригрудное давление и способствует прогрессированию нарушений гемодинамики. Подбор ПДКВ необходимо проводить на основании графика «давление-объем» и мониторинга гемодинамики.

Особое внимание при САК уделяется инфузионной терапии. Введение растворов особенно актуально перед декомпрессией брюшной полости для устранения явлений гиповолемии. Преимущественно используются кристаллоидные растворы. Следует помнить, что инфузионная терапии для восполнения объема внутрисосудистой жидкости полезна и необходима только на первых этапах лечения САК перед подготовкой больного к операции. Если декомпрессия не выполняется, массивная инфузионная терапия усиливает отек ишемизированного кишечника и еще больше увеличивает ВБД.

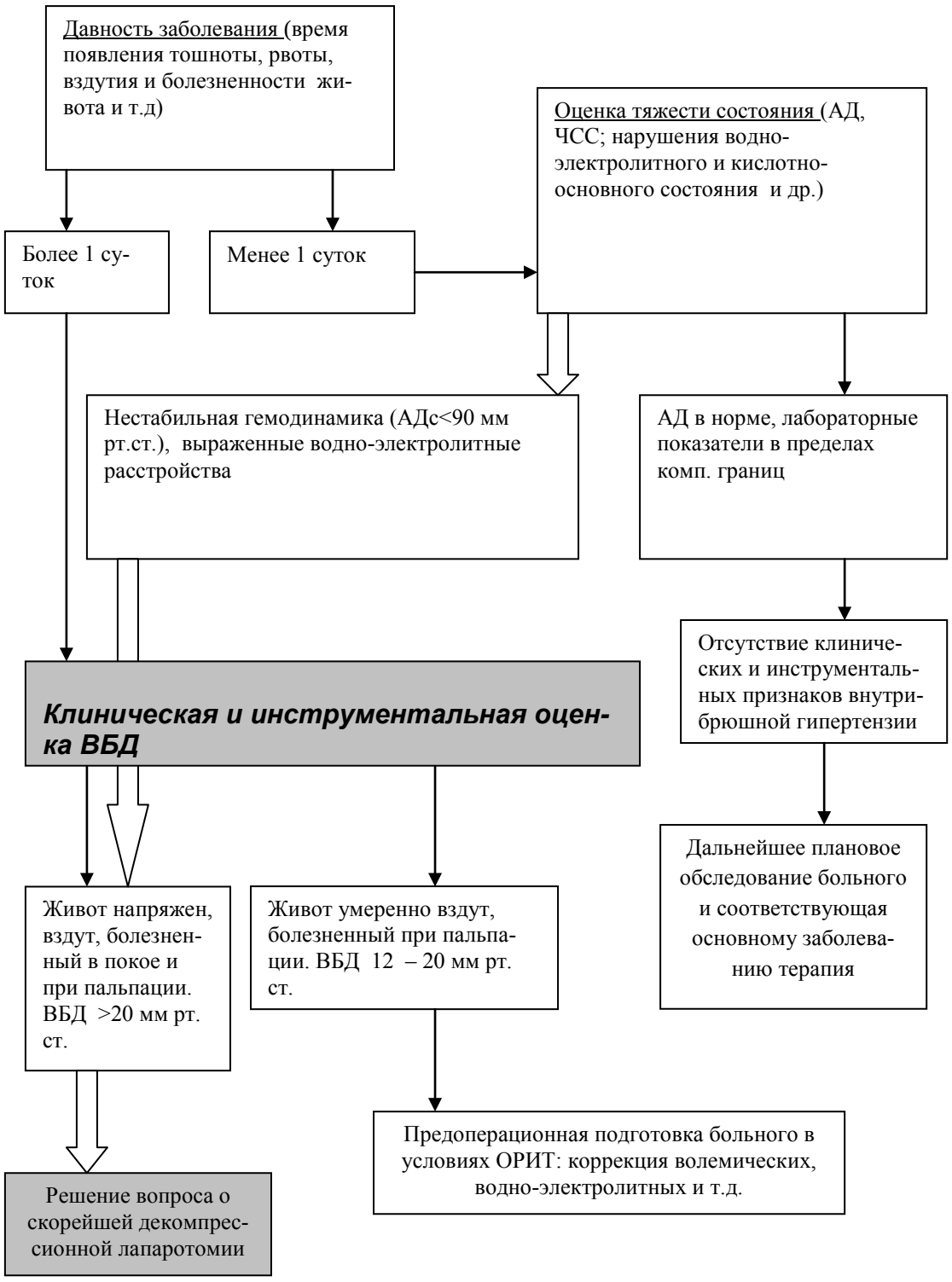


Рис.4. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий у хирургических больных при подозрении на развитие внутрибрюшной гипертензии

Врачам всех специальностей необходимо знать, что «синдром абдоминальной компрессии» - не надуманное понятие, а реально существующее состояние. При САК возможно развитие полиорганной недостаточности с летальным исходом. Мониторирование ВБД позволяет вовремя распознать возникновение САК и назначить адекватное лече-

ние для нивелирования органных нарушений. На рис. 4 приведен алгоритм диагностических и лечебных мероприятий у хирургических больных при подозрении на развитие внутрибрюшной гипертензии.

Практические рекомендации.

1. САК приводит к нарушению жизненно важных функций организма и является потенциально летальным состоянием.
2. ВБГ больше 12 мм рт.ст. регистрируется у 30% хирургических больных, находящихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии.
3. ВБД необходимо мониторировать у всех больных с подозрением на ВБГ. В подавляющем большинстве случаев ВБД измеряют в мочевом пузыре. Если это невыполнимо, то измеряют внутрижелудочное давление.
4. Единственным эффективным методом лечения САК является экстренная хирургическая декомпрессия. При достижении ВБД 35 мм рт. ст. декомпрессия должна выполняться всем больным.
5. Стандартные показатели гемодинамики искажаются внутрибрюшной гипертензией и должны с осторожностью использоваться для оценки состояния сердечно-сосудистой системы и волемического статуса больного. ВБД коррелирует с кровотоком внутренних органов и может применяться для оценки тяжести САК.
6. Инфузионная терапия эффективна только на этапе подготовки больного к хирургической декомпрессии. Избыточное переливание растворов для коррекции гиповолемии усугубляет отек кишечника и ВБГ.
7. Использование ПДКВ во время ИВЛ способствует нормализации газообмена в легких, вместе с тем высокий уровень ПДКВ может привести к нарастанию ВБГ.
8. Наиболее частые осложнения, возникающие при хирургической декомпрессии брюшной полости: гипотония, остановка кровообращения, тромбоэмболия легочной артерии.

Сведения об авторах статьи:

Губайдуллин Ренат Рамилевич – д.м.н. профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ФГУ УНМЦ, зав. отделением анестезиологии-реанимации Клиники УДПРФ.
Пасечник Игорь Николаевич – д.м.н. профессор, зав.каф.анестезиологии и реанимации Учебного научно-методического центра Управления Делами Президента РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Губайдуллин Р.Р. Нарушения в системе транспорта кислорода и пути их коррекции у больных с внутрибрюшной гипертензией в периоперационном периоде. Автореф. дис… док. мед. наук. – М., 2005 – 42 с.

2. Cheatham M, Malbrain M, Kirkpatric A, Sugrue M, Parr M et al (2007). Results from the international conference of experts on intr-aabdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. II Recommendations. Intensive Care Medicine. 33:951-962.

3. Davis P, Koottayi S, Taylor A, Butt W. (2005) Comparison of indirect methods of measuring intra-abdominal pressure in children. Intensive Care Medicine. 31:471-475

4. Ejike J, Bahjri K, Mathur M. (2008). What is the normal intra-abdominal pressure in critically ill children and how should we measure it? Critical Care Medicine. 36(7):2157-2162

5. Ejike J, Kadry J, Bahjri K, Mathur M. (2010). Semi recumbent position and body mass percentiles: effects on intra-abdominal pressure measurements in critically ill children.

6. Iberti TJ, Lieber CE, Benjamin E. (1989) Determination on intra-abdominal pressure using a transurethral bladder catheter: clinical validation of the technique. Anesthesiology, 70 (1): 47-50

7. LCP Rao, CR Chaudhry, LCS Kumar (2006) Abdominal Compartment Pressure Monitoring - a simple techniques. MJAFI,Vol. 62, No. 3.

8. Moore A, Hargest R, Martin M, Delicata R.J, (2004) Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. British Journal of Surgery, 91: 1102-10

9. Ravishankar N, Hunter J (2005) Measurement of Intra-abdominal hypertension in intensive care units in the United Kingdom. British Journal of Anaesthesia Volume 94, Number 6 Pp. 763-766.

10. Sugrue M, Intra-abdominal pressure: time for clinical practice guidelines?. Intensive Care Med 28: 389-91.

11. Balough Z, Jones B, Amours S, Parr M and Sugrue M Continuous intra-abdominal pressure measurement technique. The American Journal of Surgery Volume 188(6):679-684

УДК 616.9-07-039.11

©Д.А.Валишин, А.П. Мамон, Р.Т. Мурзабаева, М.А. Мамон,
Э.М. Мингазова, А.С. Свирина, 2012

Д.А.Валишин, А.П. Мамон, Р.Т. Мурзабаева, М.А. Мамон, Э.М. Мингазова, А.С. Свирина

ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» г. Уфа, Россия

Догоспитальная диагностика инфекционных болезней имеет свои особенности и трудности. Важность ее несомненна, так как ранняя диагностика способствует своевременному лечению и лучшим исходам. Используется синдромальный метод диагностики.

Ключевые слова: инфекционные болезни, диагностика внебольничная

D.A.Valishin, A.P. Mamon, R.T. Murzabaeva,M.A. Mamon, E.M.Mingazova, A.S. Svirina

THE PRINCIPLES OF EARLY DIAGNOSTIC OF INFECTION DISEASES DURING PREHOSPITAL PERIOD

The Bashkir State University of Medicine, Ufa, Russia

There are some peculiarities and difficulties in the differential diagnostic of infectious diseases. The importence of differential diagnostic in infectious diseases contribute to timely treatment and bitten out comes. The syndromic diagnostic method is one of the main tools in management of infectious diseases.

Key words: infectious diseases, diagnostic extramural.

Актуальность проблемы.

Инфекционные болезни занимают значительное место в структуре заболеваемости людей. Существует трехэтапная система помощи инфекционным больным, включающая догоспитальный этап (внебольничная помощь), госпитальный и диспансерный (последующих наблюдений).

Цель работы.

Показать важную роль догоспитального этапа оказания медицинской помощи инфекционным больным. В выявлении инфекционных больных принимают участие на догоспитальном этапе терапевты, педиатры, врачи скорой помощи. Это задача всех меди-

цинских работников. Данный этап наиболее важен в оказании помощи инфекционным больным, так как ранняя диагностика и своевременное лечение будут способствовать эпидемиологическому благополучию и лучшим исходам заболевания. Установление диагноза является трудным и ответственным процессом не только на догоспитальном этапе. Для того, чтобы распознать инфекционное заболевание, необходимо выявить основной признак – симптом или синдром и провести дифференциальную диагностику с неинфекционными болезнями.

Материалом исследования были клинические истории инфекционных больных, их анализ.

Результаты и обсуждение.

Клинические проявления инфекционных заболеваний очень разнообразны. Важно выявить ведущий синдром, основные критерии, по которым инфекционная болезнь отличается от неинфекционной патологии: эпидемиологический, клинический, этиологический. При этом субъективные жалобы и объективные данные должны анализироваться, правильная оценка клинических синдромов важна не только для установления диагноза, но и для определения степени тяжести заболевания, прогноза течения, исходов, развития неотложных состояний [2].

Для практики удобно использовать условное разделение заболеваний на группы по наличию ведущего синдрома: инфекции с общетоксическим синдромом, с поражением центральной нервной системы, диарейный синдром, с поражением кожи и слизистых, дыхательных путей и т.д.

Инфекционным болезням свойственна цикличность течения: инкубационный, продромальный, разгар болезни, реконвалесценция. При каждом заболевании имеются свои клинические особенности, характеристики.

Наиболее ярко клинические особенности проявляются в периоде разгара болезни. Для большинства инфекционных болезней характерны такие синдромы, как лихорадка, экзантемы, диарея, лимфаденопатия, гепатолиенальный синдром, тонзиллиты, желтуха, поражение ЦНС и др.[1, 3]. Основу клинической диагностики составляет знание патогенеза. Для постановки правильного диагноза инфекционного заболевания нужно уметь не только выявлять признаки болезни, но проанализировать, понять механизм их возникновения, т.е. дать им патогенетическое объяснение. Собрав тщательный анамнез, окончив объективное исследование, выделяют ряд симптомов, на основании которых ставится диагноз. Выделяют три группы симптомов: 1)абсолютные (патогномоничные); 2) опорные; 3) наводящие.

Абсолютные симптомы встречаются только при определенном заболевании. Так, тризм и опистотонус- при столбняке, пятна Бельского-Коплика-Филатова- при кори.

Опорные (факультативные) симптомы делают диагноз вероятным, но недостоверным: обложенный язык с отпечатками зубов - при брюшном тифе, сепсисе; слизисто-кровянистый стул - при дизентерии, амебиазе, язвенном колите.

Наводящие симптомы, например, головная боль бывает при гриппе, менингите, брюшном тифе и др.

Первичный диагноз, основанный на анализе анамнестических данных и объективном осмотре, определяет выбор методов лабораторного и инструментального исследования.

Врачу нужно знать методы лабораторных и инструментальных исследований, в какие сроки они могут быть проведены и как оценивать их результатов. Наиболее достоверным является бактериологический метод исследования. Клинические анализы крови и мочи являются вспомогательными методами диагностики, особенно при таких заболеваниях, как брюшной тиф, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, грипп, вирусный гепатит. Нужно помнить, что лабораторные и инструментальные методы должны рассматриваться как дополнение к клиническому обследованию. Большое значение для правильного диагноза имеет динамическое наблюдение за больными, повторные лабораторные исследования. Выявление инфекционного больного обязывает врача произвести регистрацию путем заполнения экстренного извещения или сообщения по телефону. Вслед за этим должна вестись изоляция больного, которая может быть осуществлена путем госпитализации или на дому при возможности соблюдения противоэпидемического режима. Существуют клинические и эпидемиологические показания для госпитализации в стационар. При ряде инфекций госпитализация обязательна (холера, бешенство, сибирская язва, чума и др.), при многих принимаются во внимание тяжесть состояния больного и возможность развития осложнений (инфекционно-токсический шок, кровотечения и т.д.).

Больные с не вполне ясным диагнозом, тяжелым течением подлежат обязательной госпитализации.

В практической деятельности любой специалист должен владеть навыками по диагностике инфекционной патологии, также как врачи- инфекционисты обязаны ориентироваться в клинике внутренних, хирургических, нервных и других болезней.

В целях повышения знаний по инфекционным болезням необходимо регулярное обучение терапевтов, врачей общей практики, скорой помощи, педиатров, хирургов на

тематических циклах, семинарах, конференциях, проводимых кафедрами Башгосмедуниверситета.

Анализ работы врачей по ранней диагностике инфекционных болезней свидетельствует, что диагностика на догоспитальном этапе представляет большие трудности, так как еще отсутствует динамика в развитии болезни и нет данных лабораторных и инструментальных исследований, что нередко приводит к диагностическим ошибкам. Недостаточное знакомство практических врачей с основными инфекционными заболеваниями, отсутствие практического навыка приводит к госпитализации инфекционных больных в стационары терапевтического профиля и, наоборот, неинфекционные больные лечатся в клинике инфекционных болезней.

Таким образом, во всех неясных случаях необходима консультация смежных специалистов: при тяжелой ангине - оториноларинголога; при неврологической симптоматике - невролога; при выделениях из половых путей - акушер-гинеколога; при болях в животе - хирурга. Наконец, необходимо советоваться с более опытными врачами, которые помогут выбрать правильную тактику диагностики и терапии в отдельном конкретном случае.

Сведения об авторах статьи:

Валишин Дамир Асхатович – заведующий кафедрой инфекционных болезней ИПО, профессор

Мамон Андрей Петрович - доцент курса инфекционных болезней ИПО

Мурзабаева Расима Тимеряровна - заведующий курсом инфекционных болезней ИПО, профессор

Мамон Марина Андреевна - доцент кафедры детских инфекций

Мингазова Эльвира Минаксановна - аспирант курса инфекционных болезней ИПО

Свирина Анастасия Сергеевна - аспирант курса инфекционных болезней ИПО

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М., 2009.
2. Маски инфекционных болезней / Ю.В. Лобзин, Ю.П. Финогеев, Винаклик Ю.А. и др. - СПб., 2003.
3. Соринсон С.Н. Инфекционные болезни в поликлинической практике. - М., 1994.

УДК 616.61-008.64-036.11-02:616-002.151:616.9

© Д.Х. Хунафина, А.Т. Галиева, А.Н. Бурганова, Л.Р. Шайхуллина, Г.Р. Сыртланова, 2012

Д.Х. Хунафина, А.Т. Галиева, А.Н. Бурганова, Л.Р. Шайхуллина, Г.Р. Сыртланова

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет »Министерства здравоохранения и социального развития Российской федерации

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, являясь краевой патологией нашей республики, сохраняет позиции инфекционного заболевания с наиболее возможными тяжелейшими осложнениями, требующими неотложной терапии. Патогенетические изменения в почках приводят к развитию тубулоинтерстициального нефрита с острой почечной недостаточностью, интенсивность которого напрямую зависит от тактики ведения больных и своевременного перевода на гемодиализ. В работе проведен анализ историй болезни больных ГЛПС, осложненных ОПН.

Ключевые слова: *геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, острая почечная недостаточность, неотложная терапия*

D.H. Khunafina, A.T. Galieva, A.N. Burganova, L.R. Shaihullina, G.R. Sirtlanova

ACUTE RENAL FAILURE DURING THE HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

Bashkir State medical university, Ufa

Hemorrhagic fever with renal syndrome, as regional pathology of our Republic, retains the position of an infectious disease with the most potential for severe complications that require emergency treatment. Pathogenic changes in the kidneys lead to the development of tubulointerstitial nephritis with acute renal failure, the intensity of which depends on the tactics and the timely transfer of patients on hemodialysis. The paper analyzed the records of patients with HFRS complicated by acute renal failure.

Key words: Hemorrhagic fever with renal syndrome, acute renal failure, emergency treatment

Актуальность

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) - один из актуальных природно-очаговых вирусных заболеваний Российской Федерации, и особенно нашего ре-

гиона – Республики Башкортостан (РБ). Наиболее значительная вспышка в РБ была в 1997 году, когда заболеваемость достигла 224,5 на 100 тыс. населения. Анализ течения ГЛПС с момента официальной регистрации в нашей республике (с 1957 года) определил довольно четкую цикличность подъема каждые 3-4 года.

Тяжелейшим осложнением ГЛПС является острая почечная недостаточность (ОПН), которая протекает с различной степенью тяжести и является самой частой причиной смерти больных. Патогенетической основой заболевания считается развитие системного капилляротоксикоза с инициацией синдрома диссеминированного свертывания крови (ДВС), гемодинамических нарушений на уровне микроциркуляции в жизненно-важных органах и системах, в том числе сосудах почек [1]. Известно, что при ДВС-синдроме любого генеза наблюдается патоморфологическая картина поражения почек, характеризующаяся секвестрацией кровотока, дистрофией и некрозом эпителия канальцев почек с развитием ОПН [3]. При ГЛПС механизм развития ОПН имеет смешанный характер: сочетание преренальной и ренальной форм. При несвоевременной коррекции преренальной ОПН возможна трансформация в ишемический острый канальцевый некроз. Основной причиной ренальной ОПН при ГЛПС является вирусный острый тубулоинтерстициальный нефрит, при котором почки увеличены в размерах, происходят кровоизлияния в межканальцевые пространства, надрывы и некрозы мозгового слоя, сосочков, лоханок. Выраженные некробиотические изменения канальцев сочетаются с минимальным вовлечением клубочков.

Цель работы

Целью работы: ретроспективный анализ осложненного течения геморрагической лихорадки с почечным синдромом, причины перевода на гемодиализ

Материалы и методы

Анализ 125 историй болезни больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом с развитием острой почечной недостаточности

Результаты и обсуждение

Нами проанализированы 125 историй болезни с диагнозом геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС), тяжелая форма, которые находились на стационарном лечении в МУ ИКБ №4 г. Уфы. Больные чаще поступали на 4-7й день болезни в тяжелом состоянии с признаками ИТШ. Из них 17 больных ГЛПС были переведены в отделение гемодиализа РКБ им. Куватова и ГКБ №21 г. Уфа из-за отсутствия эффекта от консервативного лечения острой почечной недостаточности. У 2 больных наблюдали спонтанный надрыв капсулы почек с переводом в хирургическое отделение для динамического

наблюдения. Синдром острой почечной недостаточности характеризовался олигоанурией (объем мочи менее 500 мл/сут), анурией (у 9 больных) - объем мочи менее 50 мл/сут. Жалобы предъявлялись на тошноту, рвоту, ухудшение остроты зрения, боли в животе, пояснице, у некоторых был жидкий стул (38%). Боль в животе и разлитая болезненность с признаками перитонизма были у 71% наблюдаемых больных. У 112 больных длительность олигоанурического периода составила 2-4 дня, у 13 больных - до 5 дней. Петехиальная линейная сыпь выявлялась у всех больных с тяжелой формой ГЛПС и сохранялась до 3 дней и более. Часто наблюдались кровоизлияния в местах инъекций. Отмечалась прямая коррелятивная связь между уровнем азотемии и тяжестью состояния больных. В общем анализе мочи протеинурия составляла максимально до 8,0 г/л, микро-макрогематурия, клетки Дунаевского, гиалиновая, зернистая цилиндрурия обнаруживались у большинства пациентов. По осадку мочи можно отдифференцировать причину почечной недостаточности: присутствие в осадке мочи эритроцитарных и белковых цилиндров указывает на поражение клубочков; обильный клеточный детрит и тубулярные цилиндры свидетельствуют об остром канальцевом некрозе; наличие полиморфноядерных лейкоцитов и эритроцитов характерно для тубулоинтерстициального нефрита; обнаружение миоглобиновых, гемоглобиновых или миеломных цилиндров типично для внутриканальцевой блокады. Со стороны периферической крови отмечались умеренное сгущение крови (гематокрит 45-53%), лейкоцитоз более 20,1*10/л, тромбоцитопения до 50*10/л, ускорение СОЭ до 33 мм/ч. У всех больных диагноз ГЛПС был подтвержден нарастанием титров антител в анализе МФА. У 16% больных тяжелой формой ГЛПС нарастание титров антител определяли только после 15-го дня, у 3-х больных после 20-го дня болезни, что, вероятно, объясняется отставанием иммунного ответа при тяжелейших формах ГЛПС.

Самым эффективным методом дезинтоксикационной терапии ОПН является гемодиализ. Перевод в отделение гемодиализа проводился при показаниях креатинина более 600 мкмоль/л, мочевины – более 27 ммоль/л, длительности анурии более суток, олигоанурии более 3-х дней и неэффективности консервативного лечения глюкозо-инсулиновой смесью, ингибиторами протеаз и стимуляции диуреза лазиксом на фоне ощелачивания крови 4% раствором бикарбоната натрия. У всех больных уровень калия не доходил до 6 ммоль/л, что согласуется с данными литературы, что при ГЛПС острая почечная недостаточность протекает чаще на фоне нормокалиемии [2].

Заключение

Таким образом, перевод в отделение гемодиализа осуществлялся при неэффективности консервативного лечения ОПН в условиях стационара, чаще на 8-9-й день болезни.

Вероятно, причина неэффективности консервативного лечения ОПН при ГЛПС объясняется не только поздней госпитализацией больных, отсроченным лечением последствий нарушения гемодинамики, в частности, почек, но и генетической предрасположенностью к тяжелому течению, сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости и сердечно-сосудистой системы, неадекватностью иммунной системы в ответ на вирусную циркуляцию, что требует дальнейшего изучения патогенеза данной хантавирусной инфекции.

Сведения об авторах

Хунафина Дина Халимовна – д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО ГБОУ ВПО «БГМУ» hunafina@mail.ru

Галиева Айгуль Тагировна – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО asadullina75@mail.ru

Бурганова Алина Наиповна – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО

Шайхуллина Лиана Робертовна – к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО

Сыртланова Гульнара Руслановна - ассистент кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО

ЛИТЕРАТУРА

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом: актуальные проблемы эпидемиологии, патогенеза, диагностики, лечения и профилактики. Под ред. Р.Ш. Магазова. Уфа: «Гилем»; 2006; 238с.

2. Фазлыева Р.М., Хунафина Д.Х., Камилов Ф.Х. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Республике Башкортостан. Уфа, 1995. с. 242.

3. Ермоленко В.М., Николаев А.Ю. Острая почечная недостаточность. «ГЭОТАР-Медиа», 2010; с. 150-152.

4. Корячкина В.А., Страшнова В.И. Интенсивная терапия угрожающих состояний. СПб, 2002; с.163-173.

УДК 616.9-036.11-08-039.35-039.74

©Д.А. Валишин, Д.Х. Хунафина, Л.Р. Шайхуллина, А.Н. Бурганова, А.Т. Галиева
2012

Д.А. Валишин, Д.Х. Хунафина, Л.Р. Шайхуллина,
А.Н. Бурганова, А.Т. Галиева

ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет »Министерства здравоохранения и социального развития Российской федерации

В статье освещены основные принципы неотложной терапии критических состояний инфекционного генеза, имеющих место в работе врача скорой помощи. Систематизирована тактика действий при оказании доврачебной помощи, основные моменты требующие отдельного подхода при возникновении осложнений инфекционных заболеваний.

Ключевые слова: *Инфекционные заболевания, неотложные состояния, интенсивная терапия*

D.A. Valishin, D.H. Khunafina, L.R. Shaihullina, A.T. Galieva, A.N. Burganova

THE PRINCIPLES OF EMERGENCY TREATMENT OF CRITICAL CONDITIONS OF INFECTIOUS DISEASES

Bashkir State medical university, Ufa

The article deals with the basic principles of emergency treatment of critical conditions of infectious origin, occurring in the emergency doctor. Systematized tactics in providing prehospital care, the main points requiring a separate approach to the occurrence of complications of infectious diseases.

Key words: *infectious diseases, critical conditions, emergency treatment* .

Актуальность

Несмотря на снижение удельного веса инфекционных заболеваний в общей структуре заболеваемости и смертности населения вследствие социально-экономических преобразований и развития науки, на высоком уровне остается распространенность кишечных инфекций, вирусных гепатитов, острых респираторных вирусных инфекций, гриппа и др. Актуальность биотерроризма, мутация циркулирующих возбудителей инфекционных

заболеваний, появление лекарственной устойчивости оставляет открытым вопрос организации своевременной, качественной, рациональной и доступной неотложной помощи больным на различных этапах. В последние годы отмечается тенденция к росту летальности при дизентерии и других кишечных инфекциях, активизировались такие заболевания как тяжелая дифтерия, менингококковая инфекция, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, лептоспироз. Представляют большие сложности ранняя диагностика и неотложная терапия ботулизма, столбняка, малярии Возможность тяжелого течения болезни с развитием неотложных опасных для жизни состояний требует оказания немедленной помощи больным, эффективность которой в значительной степени определяется ранней нозологической диагностикой [1, 5].

В общемедицинском аспекте под критическим состоянием понимается наиболее тяжелый период заболевания, когда возможности саморегуляции организма исчерпаны, а сохранение жизни больного без применения современных реанимационных мероприятий невозможно [4]. Инфекционные заболевания, при их неблагоприятном течении, при формировании фульминантных (молниеносных) форм заболевания, часто сопровождаются развитием угрожающих жизни неотложных состояний, требующих экстренных интенсивных мероприятий как на догоспитальном этапе, так и в стационаре. Неотложная терапия таким больным представляет собой комплекс мероприятий, направленных на коррекцию патогенетических механизмов, явившихся причиной развития осложнения. Эта терапия помимо основных средств, действующих на звенья патогенеза, включает также и этиотропные препараты, воздействующие на инфекционный агент, вызвавший патологический каскад в организме человека [2, 8].

Результаты и обсуждение

Основными особенностями неотложной терапии при инфекционных заболеваниях являются:

- необходимость экстренной постановки предполагаемого диагноза, с целью оказания адекватной терапии. В настоящее время постановка диагноза осуществляется эмпирически, и, таким образом зависит от знаний, опыта, квалификации врача, и, все равно, не защищена от возможных ошибок. Однако в мировой практике существуют экспресс – диагностические тесты для определения предполагаемых инфекций (в частности – ГЛПС, ВИЧ и др.). Их внедрение на более ранние этапы оказания медицинской помощи существенно бы повысило ее эффективность.
- необходимость постановки основного синдрома неотложного состояния. Это важно для адекватной, в том числе неотложной, этиотропной и специфической терапии. Так, имеют-

ся существенные различия в неотложной этиотропной терапии больных с инфекционно-токсическим шоком, развивающимся при менингококковой инфекции и при брюшном тифе, равно как и в лечении ОДН при ботулизме, столбняке, дифтерии. Ввиду этого целесообразно уже на догоспитальном этапе устанавливать нозологический диагноз и синдром, требующий неотложной помощи, например, "менингококковая инфекция", "инфекционно-токсический шок", его стадия; "ботулизм", острая дыхательная недостаточность (ОДН) и т. п.

Врач скорой помощи должен выделить 3 группы тяжело-больных с инфекционными заболеваниями [3, 9]:

1. больные, успех лечения которых определяется реанимационными мероприятиями догоспитального этапа (инфекционно-токсический шок при менингококковой инфекции, гиповолемический шок при холере и пищевых токсикоинфекциях);
2. больные с критическими состояниями, нуждающиеся в немедленной госпитализации в отделение реанимации инфекционного стационара; неотложную помощь на месте при этом нужно проводить в случае задержки госпитализации или при чрезмерно выраженных нарушениях функций (при ботулизме, осложненных формах гриппа и др.);
3. больные с угрозой развития критических состояний; больные этой группы также нуждаются в срочной госпитализации.

Дальнейшая тактика врача скорой помощи зависит от предполагаемого диагноза. Врач решает вопрос о дальнейшей тактике ведения такого больного - необходимости срочной госпитализации или лечения в условиях амбулаторной поликлиники. Первые две группы больных нуждаются в немедленной госпитализации в реанимационное отделение инфекционного стационара. Третья группа больных с пометкой об угрозе развития неотложного состояния может доставляться в приемное отделение. Одновременно врач решает вопрос об объеме лечебных мероприятий, которые необходимо проводить на догоспитальном этапе по жизненным показаниям [6].

Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях могут возникать вследствие развития инфекционно-токсического и гиповолемического шока, ДВС - синдрома, острой печеночной недостаточности или ОПН. Следует иметь в виду вероятность наличия при одной и той же нозологической форме различных неотложных состояний. Например, при ГЛПС поводом к реанимационному пособию могут явиться инфекционно-токсический шок, и ДВС, эти же состояния одновременно могут наблюдаться при менингококковой инфекции и т. п. Необходимо учитывать, что при инфекционных заболеваниях, как и при любых других, возможно последовательное развитие у одного и того же

больного таких состояний, как инфекционно-токсический шок и далее - ОПН. Острая печеночная недостаточность может завершиться геморрагическим или инфекционно-токсическим шоком [7]. Поэтому врач скорой помощи должен установить диагноз в момент осмотра и прогнозировать его возможные последствия.

Хотелось бы еще раз обратить внимание врачей на особенности и быструю динамику синдромов, требующих неотложной догоспитальной терапии у больных с инфекционными заболеваниями. Эти особенности обусловлены прежде всего присущими каждой нозологической форме клинико-патогенетическими проявлениями, а также возрастными и преморбидными деталями, учет которых может определять успех врачебной тактики. Необходимо напомнить, что этиологический фактор (возбудитель болезни) всегда имеет ведущее значение, как для развития неотложного состояния, так и для его последующего прогрессирования вплоть до смертельного исхода. Это обязывает к нозологической диагностике с выделением синдрома, угрожающего жизни больного, и проведению этиологической и патогенетической неотложной терапии.

Заключение

Основные принципы терапии критических состояний включают:

1. этиотропная терапия инфекционного заболевания;
2. устранение явлений эндотоксикоза и проведение дезинтоксикационной терапии;
3. ликвидацию метаболических нарушений (гипоксии, ацидоза, гипо- и авитаминоза);
4. коррекцию водно-электролитных нарушений;
5. устранение гемодинамических нарушений;
6. предупреждение и устранение отека легких, предупреждение и устранение отека и гипоксии мозга;
7. нормализацию дыхания;
8. ликвидация гипертермии;
9. предупреждение и ликвидацию нарушений функции печени и почек;
10. лечение сопутствующей соматической патологии.

Необходимость срочной, немедленной комплексной терапии при установлении болезни и синдрома, требующего реанимационного пособия, аргументируется возможностями развития гипертоксических и молниеносных форм инфекций, при которых догоспитальная тактика ведения больного определяет возможность выздоровления. Материальное обеспечение неотложной догоспитальной терапии должно быть предусмотрено не только в период эпидемий, но и в межэпидемическое время, при спорадической заболеваемости.

Сведения об авторах

Хунафина Дина Халимовна – д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО ГБОУ ВПО «БГМУ» hunafina@mail.ru

Галиева Айгуль Тагировна – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО asadullina75@mail.ru

Бурганова Алина Наиповна – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО

Шайхуллина Лиана Робертовна – к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО

Сыртланова Гульнара Руслановна - ассистент кафедры инфекционных болезней с курсом ИПО

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жидков Ю.Б., Колотилов Л.В. Инфузионно-трансфузионная терапия при инфекционных болезнях у детей и взрослых. — М., 2005.
2. *Жуков А.Е., Петровский П.Д.* Ранняя диагностика итактические особенности ведения детей с менингококковой инфекцией на догоспитальном этапе, влияющие на исход заболевания // "Неотложная терапия". – 2005. - №1. – С35-37.
3. Парк Г., Роу П. Инфузионная терапия. — М.: Бином, 2005. — 134 с.
4. Рябов Г.А. Синдромы критических состояний. — М.: Медицина, 1994. — С. 368.
5. Савченко В.П., Савченко Т.В. Терапия критических состояний. Стратегия и тактика. — М., 2004.
6. Baron J.F. A new Hydroxyethyl Starch: HES 130/0.4, Voluven // Tranfusion alternatives in transfusion medicine. — 2000. — 2(2). — 13-21.
7. Le Gall J-R, Klar J, Lemeshow S, et al. The Logistic Organ Dysfunction System. JAMA 1996;276:802-10.
8. Ragaller M.J.R., Theilen H., Koch T. Volume replace ment in critically ill patients with acute renal failure // J. Amer. Soc. Nephrol. — 2001. —12. — 33-39.
9. Stainbsy D., MacLennan C., Hamillton P.J. // British Journal of Anaesthesia. — 2000. — Vol. 85, № 3. — P. 487-491.

УДК: 616. 12-0008

©Л.Т. Гильмутдинова, Д.Р. Исеева, Э.М. Назарова, Г.Т. Ямилова, А.А. Цыглин, Х.М. Мустафин, Р.Р. Ахмадуллин, А.А. Исмагилова, Л.Р. Боговазова ,2012

Л.Т. Гильмутдинова, Д.Р. Исеева, Э.М. Назарова, Г.Т. Ямилова, А.А. Цыглин,
Х.М. Мустафин, Р.Р. Ахмадуллин, А.А. Исмагилова, Л.Р. Боговазова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОЧАСТОТНОЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

ГБО УВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития, НИИ восстановительной медицины и курортологии, Уфа
Уфа, Россия, РБ

В статье представлен новый подход к лечению больных с дисциркуляторной энцефалопатии на фоне атеросклероза и гипертонической болезни, основанной на применении «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей, которые способствуют улучшению клинического состояния больных с нормализацией когнитивных функций, психофизического состояния и вегетативного тонуса

Ключевые слова: бегущие и вращающиеся импульсные магнитные поля, дисциркуляторная энцефалопатия, когнитивные и психовегетативные нарушения.

LT Gil'mutdinova, DR Iseeva, EM Nazarova, GT Yamilova, AA Tsyglin,
HM Mustafin, RR Akhmadullin, AA Ismagilova, LR Bogovazova

EFFECTIVENESS OF LOW FREQUENCY MAGNETIC THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

HBOU VPO Bashkir State Medical University,
Institute of Rehabilitation Medicine and Health Resort, Ufa
Ufa, Russia, Republic of Bashkortostan

The paper presents a new approach to the treatment of patients with dyscirculatory encephalopathy against atherosclerosis and hypertension, based on the use of "traveling" and "spin" pulsed magnetic fields that improve the clinical status of patients with normalization of cognitive function, mental and physical state and vegetative tone

Key words: "traveling" and "rotating" magnetic field pulse, dyscirculatory encephalopathy, cognitive and psycho-vegetative disorders.

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) составляет до 67% в структуре сосудистых заболеваний головного мозга. Ядром клинической картины ДЭ является наличие когнитивных и психовегетативных нарушений. Наряду с прогрессированием неврологической симптоматики по мере развития ДЭ происходит и нарастание расстройств высших мозговых функций. У 60-80% пациентов с умеренными когнитивными нарушениями в течение 5 лет развивается деменция. Актуальным является оценка степени когнитивных нарушений, что следует учитывать в тактике ведения больных с ДЭ [1,2,3,4,5,6]. В коррекции когнитивных нарушений методы физической терапии приобретают все большую актуальность, одним из которых является общая магнитотерапия с применением бегущих и вращающихся импульсных магнитных полей [1,2,3].

Целью исследования: Оценка влияния комплексного лечения с применением «бегущих» и «вращающихся» импульсных магнитных полей на когнитивные и психовегетативные нарушения у больных ДЭ.

Материалы и методы. Проведено обследование110 больных, находившихся на лечении в санатории «Зеленая роща» Республики Башкортостан в возрасте от 47 до 69 лет с ДЭ I-II стадии на фоне церебрального атеросклероза и артериальной гипертензии.

Оценка когнитивных расстройств, зрительно-пространственных нарушений, психофизического состояния, вегетативного тонуса проводилась с использованием тестов Mini-Mental State Examination (2005), САН (самочувствие, активность, настроение), пробы «часы», индекса Кердо.

Статистическая обработка проводилась м использованием стандартных статистических программ «Statistika 6,0 for Windows». Сравнение групп проводилось с применением t-критерия Стьюдента.

По проводимой терапии пациенты были разделены на 2 группы: основную (56 чел.) и контрольную (54 чел.). В основной группе на фоне базовой терапии применяли общую магнитотерапию с использованием бегущих и вращающихся импульсных магнитных полей от аппарата магнитотерапии «Колибри-Эксперт» с частотой 100 Гц, величиной магнитной индукции 3,5-32 мТл, в течение 10-15 минут. На курс 10-12 ежедневных процедур (Патент РФ №2440833, 27.01.2012). В контрольной группе применялась только базовое лечение. Базовая терапия включала: диетотерапию, климатотерапию, прием минеральных вод «Нурлы», фитотерапию, массаж, ЛФК, медикаментозное лечение по показаниям.

Результаты и обсуждение

У всех больных выявлены преимущественно общемозговые, когнитивные и психоэмоциональные нарушения. У больных с ДЭ I-II стадии (81,8%) превалировали расстройства в виде головных болей, нарушения концентрации внимания, восприятия, способности воспроизведения новой информации (76,4%), пониженного настроения, раздражительности, тревожности (73,6%), повышенной утомляемости (71,8%), головокружения, нарушения сна (65,5%), снижения памяти (57,3%).

При анализе вегетативного тонуса отмечалось достоверное увеличение вегетативного индекса Кердо от нулевого значения с состоянием симпатокотонии до 13,1±0,04, ваготонии– до 12,5±0,03 и эйтонии – до 9,0±0,05. По данным теста MMSE у 52,1% больных с ДЭ сумма балов до лечения составила в среднем 25,9±0,05 баллов, что соответствовало умеренным когнитивным расстройством. У 80,9% больных с ДЭ II стадии наиболее сниженными были показатели «внимание» и «счет». Нарушение памяти отмечалось у 15,1% больных с ДЭ I стадии и у 51,1% с ДЭ II стадии. У 80,8% больных с ДЭ отмечалось достоверное снижение всех показателей психофизического состояния: «настроения» до 3,6±0,03, «самочувствия» до 4,1±0,02, «активности» до 4,1±0,02. Средний балл показателей теста САН у больных с ДЭ стадии составил 4,23±0,04, с ДЭ II стадии – 3,91±0,04 ($p<0,05$) балла (против 5,0±0,05 баллов у здоровых).

После проведенного курса лечения у 95,4% больных основной группы достоверно отмечался регресс клинических симптомов. Уменьшились головные боли, головокружение, ощущение тяжести в голове (86,4%), улучшение памяти и внимания (80,1%), повышение работоспособности (86,4%), снижение раздражительности (84,5%), нормализовался сон (85,5%). В группе сравнения существенных изменений неврологических синдромов не наблюдалось.

Курс лечения способствовал улучшению показателей когнитивных функций: внимания, счета на 14,1% ($p<0,05$), памяти на 13,1% ($p<0,05$). Улучшение показателей зрительно-пространственных функций по результатам пробы «часы» на 19,5% ($p<0,05$) в основной группе, что свидетельствует об улучшении кровоснабжения мозга, активация обменных процессов и повышении устойчивость мозга к гипоксии. В группе сравнения достоверных уменьшений проявлений когнитивных нарушений и зрительно-пространственных функций не выявлено. На фоне применения лечебного комплекса у пациентов основной группы отмечено нормализация вегетативного тонуса с переходом на состояние эйтонии с 9,0±0,03 до 12,4±0,03. О высокой терапевтической эффективности

бегущих и вращающихся импульсных магнитных полей свидетельствует улучшение показателей психофизического состояния по данным тестирования САН. Выявлено достоверное увеличение показателя «самочувствия» у 85,5% больных основной группы на 29,8% ($p<0,05$), «активности» на 24,0% ($p<0,05$), «настроения» на 32,0% ($p<0,05$).

Выводы

Общая магнитотерапия у больных по предложенной методике, оказывая действие системного характера, является эффективным методом в комплексном лечении больных с ДЭ I-II стадии.

Предлагаемый лечебный комплекс с применением бегущих и вращающихся импульсных магнитных полей способствует более быстрому регрессу неврологической симптоматики, улучшает когнитивные и психофизические функции головного мозга, уменьшают проявления вегетативной дисфункции у больных с хронической ишемией мозга.

Пространственная неоднородность бегущих и вращающихся импульсных магнитных полей, комбинированное их использование, предложенная модуляция амплитуды индукции магнитного поля, частота повышают адаптацию, сокращают сроки лечения, повышают терапевтическую эффективность и хорошо переносятся больными.

Сведения об авторах статьи:

Гильмутдинова Лира Талгатовна – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, директор НИИ восстановительной медицины и курортологии; адрес: РБ, г. Уфа, 450000, ул. Ленина, 3, тел/факс. 8 (347) 228-43-78, 228-76-80, vmk-ufa@mail.ru.

Цыглин Александр Александрович – проректор по учебной работе ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, доцент, кандидат медицинских наук, адрес: РФ, РБ, г. Уфа, 450000, ул. Ленина, 3

Исеева Диляра Рауфовна - ассистент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, адрес: РБ, г. Уфа, 450000, ул. Ленина, 3, сот. тел. 89177760982

Назарова Эльмира Муратовна – ассистент кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, адрес: РФ, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3, сот. тел. 896593806849, egevan@list.ru

Ямилова Гульнара Тимербаевна – соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, заведующий физиотерапевтическим отделением Городского госпиталя ветеранов войны, адрес: РФ, РБ, г. Уфа, 450000, ул. Ленина, 3, сот. тел. 89173573061

Исмагилова Альфия Анваровна – соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, врач-физиотерапевт Городского госпиталя ветеранов войны, адрес: РФ, РБ, г. Уфа, 450000, ул. Ленина, 3, сот. тел. 89603920044.

Мустафин Халил Мужавирович – главный врач Городского госпиталя ветеранов войны, соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, адрес: РБ, г. Уфа, 450000, ул. Ленина, 3, тел. 228-43-78, 228-76-80.

Ахмадуллин Руслан Робертович – соискатель кафедры медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России, адрес: РБ, г. Уфа, 450000, ул. Ленина, 3, тел. 228-43-78, 228-76-80.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголюбов В.М. Физиотерапия и курортология. – М., 2010. - Т.1. – С. 276 – 291.
2. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия. - М., 2005. – С. 272 - 277.
3. Улащик В.С. Теоретические и практические аспекты общей магнитотерапии / В.С. Улащик // Вопросы курортологии физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2001. - № 5. - С. 3 - 7.
4. Яхно Н.Н. Дисциркуляторная энцефалопатия. // Методические рекомендации. – М., 2004. – 29 с.
5. Яхно Н.Н. Сосудистые когнитивные нарушения: клинические проявления, диагностика, лечение. // Неврологический журнал. – 2007. – № 5. – С. 45 – 50.
6. Tariska P., Paksy A. Cognitive enhancement effect of piracetam in patients with mild cognitive impairment and dementia. OrvHetil 2000; 141:1189 — 1193.

УДК 614.212-053.2-08-039.74(1-21)

© С.В. Шагарова, А.Г. Муталов, Г.П. Ширяева, Т.А. Титова, Н.А. Дружинина, Р.А. Ахметова, Э.З. Бикметова, Л.К. Петрова, 2012

С.В. Шагарова, А.Г. Муталов, Г.П. Ширяева, Т.А. Титова,
Н.А. Дружинина, Р.А. Ахметова, Э.З. Бикметова, Л.К. Петрова

АНАЛИЗ РАБОТЫ СЛУЖБЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ МБУЗ ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 2

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Уфа,
МБУЗ Детская поликлиника № 2, г. Уфа

Пункты неотложной помощи были организованы в Республике Башкортостан по Программе госгарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (Постановление Правительства РФ №1256 от 15.05.2007 г.)

Ключевые слова: пункты неотложной помощи, скорая помощь.

S.V. Shagarova, A.G. Mutalov, G.P. Shiryaeva, T.A. Titova,
N.A. Druzhinina, R.A. Achmetova, E.Z. Bikmetova, L.K. Petrova

ANALISIS OF WORKING EMERGENCE SERVICE IN CHILD CLINIC

HBOU VPO Bashkir State Medical University, Ufa, Russia, Republic of Bashkortostan
2nd Chilren's polyclinic, Ufa

Items of emergency help, were organized in Republic by State Guarantees of referring for citizens of Russian Federation free emergency help (Government regulation №1256 15.05.2007).

Keywords: Items of emergency help, ambulance

Пункт неотложной помощи при детской поликлинике № 2 г. Уфы был открыт в марте 1992 года на основании приказов:

- МЗ СССР от 20.05.1988 г. № 404 «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению»
- МЗ РБ от 05.11.1988 г. № 531 «О пункте неотложной медицинской помощи на дому»

Таблица 1

Штатное расписание

Должность	Выделено	Занято	Физ. лиц	Укомплектованность
Врач - педиатр	3,0	3,0	2	66 %
Санитарка	1,0	1,0	1	100 %

Кроме того за отделением закреплено отдельно 2,0 ставки водителя и 2,0 ставки мед. регистратора.

До 2009 года пункт работал с 8.00 до 22.00 часов с приемом вызовов до 21.00 часа ежедневно.

Таблица 2

Основные показатели

	2009 г.	2010 г.	2011 г.
План посещений по неотложной помощи	18 376	19 225	15 127
Выполнено посещений	19 225	19 467	17 933
%	104,6	101,2 %	118,5
В том числе на дому выполнено	4 396 - 359 % от плана	3 820 - 312 % от плана	4 049 - 329,5% от плана
Активные посещения к больным	2 021 - 45,97 %	1 681 - 44,0%	942 - 23,2 %
Патронажи новорожденных	81 - 1,9 %	16 - 0,6 %	36 - 0,8 %
Выдано листов нетрудоспособности	8	26	41
Выполнено перевозок в стационары	108	94	148
Распределение больных по возрастам:			
- до 1 года	796 - 18 %	624 - 16,3 %	325 - 8 %
- с 1 года до 3-х лет	1 200 - 27,2 %	926 - 24,2%	738 - 18,2 %
- с 4 до 7 лет	1 294 - 29,4%	1 188 - 31,1 %	1 104 - 27,2 %
- с 8 до 18 лет	1 106 - 25,1 %	1 082 - 28,3 %	1 882 - 46,5 %
Нагрузка на бригаду в час	1,23	1,18	1,19

Врачами- педиатрами пункта обслуживаются:

- неотложные вызова, поступившие от населения;
- неотложные вызова, поступившие из ССМП;
- активные вызова, переданные педиатрическими отделениями к детям, родители которых отказались от госпитализации, а также:
- проводится очный прием новорожденных в родильных домах и осмотр выписанных новорожденных на дому в праздничные дни;
- проводиться госпитализация больных в стационар.

По времени поступления вызова.

Основная часть приходится на вызова с 14.00 до 18.00 час – 60 и более %

Основные проблемы при оказании неотложной помощи:

1.Необоснованные вызова составляют- 4 - 6 %. Неоднократно наблюдаются случаи, когда родители одновременно делают вызов бригады ССМП, врача неотложки и участкового врача- педиатра.

2.В сезон подъема заболеваемости нагрузка на пункт неотложной помощи доходит до 100 и более вызовов. Поэтому, приходится привлекать 2-ю бригаду и дополнительно участковых врачей - педиатров, работа которых, согласно ТК, оплачивается в 2-ом размере.

3.Учитывая, что основная часть вызовов приходится на 2 половину дня, а так же большую протяженность района (пос. Аэропорт, пос. Лесное, дер. Атаевка, Старая мельница, Искино, Фомичева, Локотки, Королева, Мокроусова, Демское лесничество, пос.Мелькомбинат, пос. Цветы Башкирии, Элеваторная, Ясная поляна, Цыганская поляна, микрорайон «Кооперативная поляна», Поляна, Уршак, Мечта, верхняя Чесноковка, Сады (от пос. Аэропорт до дер. Искино), Камышлинский мелькомбинат, врач пункта неотложной помощи не всегда укладывается в отведенное время до 20.00 часов.

Приказы МЗ РБ № 531 от 1988 г. и МЗ СССР № 404 выполнены частично. Постановление Правительства Российской Федерации № 1256 от 15.05.2007г. « Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам в РФ» обозначено необходимость создания пунктов неотложной помощи при поликлиниках для обслуживания прикрепленного населения. В постановлении определены нормативы неотложной помощи 0,6 посещений, на 1 человека 183 руб.; стоимость посещения в пункт неотложной помощи 840 руб. на дому.

В 2008 году пункты неотложной помощи организованы при детской поликлинике № 5, № 4 г. Уфы, г. Салавата, в городе Стерлитамаке.

Рекомендовано обслуживание следующих вызовов пунктами неотложной помощи при детских поликлиниках: боли в животе, однократная рвота, жидкий стул, головная боль, катаральные явления.

Пункт неотложной помощи при детской поликлинике № 2 имеет самый большой опыт работы в Республике Башкортостан.

Эффективность работы неотложной помощи была бы выше, если бы пункт неотложной помощи работал в праздничные и выходные дни, как было до 2010 года.

Сведения об авторах статьи:

Шагарова Сания Валеевна – д.м.н., профессор кафедры педиатрии ИПО БГМУ

Муталов Айрат Гайнетдинович – д.м.н., зав. кафедрой, профессор кафедры педиатрии ИПО БГМУ

Ширяева Галина Павловна – д.м.н., профессор кафедры педиатрии ИПО БГМУ

Дружинина Наталья Анатольевна – д.м.н., профессор кафедры педиатрии ИПО БГМУ

Ахметова Руза Ангамовна – д.м.н., профессор кафедры педиатрии ИПО БГМУ

Титова Татьяна Александровна – к.м.н., доцент кафедры педиатрии ИПО БГМУ

Бикметова Эльвира Забировна – главный врач МБУЗ «Детская поликлиника № 2»

Петрова Лариса Крисановна – заместитель главного врача МБУЗ «Детская поликлиника № 2»

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков. – М., 2010.
2. Зубков М.Н. Неотложная помощь практическому врачу. – М., 2009.
3. Геппе Н.А Педиатрия. – М., 2009.
4. Постановление Правительства Российской Федерации № 1256 от 15.05.2007 г. «Программа госгарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

УДК 618. 514. / 714- 005.1

© В.А. Кулавский, В.В. Архипов, С.Ф. Насырова, Ф.Л. Хайруллина, В.Н. Радутный, Е.В. Кулавский, Ф.Ф. Бадретдинова, 2012

В.А. Кулавский, В.В. Архипов, С.Ф. Насырова, Ф.Л. Хайруллина, В.Н. Радутный, Е.В. Кулавский, Ф.Ф. Бадретдинова

КРОВОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет »Министерства здравоохранения и социального развития Российской федерации

Профилактика и лечение кровотечений одна из ведущих проблем акушерства. Акушерские кровотечения имеют ряд особенностей, осложняющих их лечение. Применение традиционных методов лечения – хирургический гемостаз, использование препаратов крови, инфузионная, антитромболитическая терапия в современных условиях должны дополняться новыми кровесберегающими технологиями – интраоперационные системы сбережения крови Cell Saver, использование гемостатика Novo Seven, что позволит улучшить исходы терапии массивных кровотечений.

Ключевые слова: Акушерские кровотечения. Кровесберегающие технологии.

V.A. Kulavskiy, V.V. Arhipov, S.F. Nasyirova, F.L. Hairullina, V.N. Radutnyi, E.V. Kulavskiy, F.F. Badretdinova

BLOOD-SAVING TECHNOLOGIES IN OBSTETRIC HAEMORRHAGES

Bashkir State Medical University

Prophylaxis and treatment of haemorrhage is one of the major problems of obstetrics. The haemorrage in obstetrics has a number of peculiarities which make its treatment more complex and complicated. Traditional methods of its treatment such as surgical haemostasis, the use of blood medication, antithrombosis therapy in modern conditions should be accompanied by new bloodsaving technologies- intrasergical system of bloodsaving Cell Saver, the haemostatic Novo Seven. It will allow us to make the massive haemorrhage outcome much better.

key words: Haemorrhage in obstetrics Bloodsaving technologies

Актуальность

Профилактика и лечение кровотечений являются одной из ведущих проблем акушерства и гинекологии. Одним из основных факторов, увеличивающих частоту акушерских

кровотечений, является повышение частоты абдоминального родоразрешения [1,3]. Акушерские кровотечения имеют ряд особенностей, в первую очередь внезапность и массивность, во вторых всегда страдает плод, что требует срочного родоразрешения [2]. Массивные кровотечения могут быть обусловлены целым рядом причин. В последнее время отмечается отчетливая тенденция к снижению числа кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах на фоне увеличения числа кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и развития ДВС- синдрома [1].

Материал и методы.

В работе приведены данные о 23-х женщинах, которым во время оперативного родоразрешения применялся «спаситель клеток» - Cell Saver, и 5-ти женщинах, которым в родах и раннем послеродовом периоде назначался VII рекомбинантный фактор свертывания «Novoseven". Данные методики применялись совместно с традиционными: переливание препаратов крови, антифибринолитические и антипротеазные препараты, глюкокортикоиды, инфузионная терапия.

Результаты и обсуждение.

Проведение рациональной инфузионно - трансфузионной терапии при кровотечениях является первым решением проблемы. На современном этапе в 80% случаев кровопотеря замещается растворами, не содержащими факторов свертывания крови (препараты крахмала, солевые растворы). Лечение акушерских кровотечений проводится по следующим принципам: восстановление системы гемодинамики путем введения растворов с высокой молекулярной массой - оксиэтилированного крахмала из расчета 10-20 мг на кг/час, использование ингибиторов протеаз (контрикал, гордокс в дозе не менее 10 мг/кг/час), раннее и быстрое введение свежезамороженной донорской плазмы, стимуляция сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза, использование транексамовой кислоты [1,3].

Интенсивная терапия при острой кровопотере в акушерстве предполагает адекватное восполнение ОЦК, поддержание тканевой перфузии, нормализацию системы гемостаза, сохранение и улучшение клеточного метаболизма. Для нормализации объема потерянной крови применяют коллоидные растворы, не содержащие эритроциты, компоненты крови - эритроцитарная масса, плазма, кристаллоиды. На современном этапе гемотрансфузия остается одним из основных методов терапии кровотечений, так как это единственная трансфузионная среда, содержащая гемоглобин. Опасность заражения вирусным гепатитом, ВИЧ - инфекцией, а также возможность гемотрансфузионных осложнений диктуют строжайшее соблюдение показаний к переливанию компонентов крови. В последние годы интенсивно внедряются в медицинскую практику кровесберегающие технологии как

аппаратная реинфузия аутоэритроцитов, аутодонорство, гемодилюция, современные плазмозаменители, гемостатические средства для остановки кровотечения и коррекции нарушений свертывания крови. В настоящее время усиленно применяется реинфузия собственной излившейся крови. Данный метод является методом выбора у пациенток с редкой группой крови, отягощенным аллергологическим и гемотрансфузионным анамнезом. Система восстановления крови Cell Saver («спаситель клеток») предназначена для восстановления крови, потерянной во время операции или травмы. Показания к применению системы восстановления крови: ожидаемая потеря крови более 15% ОЦК, кровь пациентки требует индивидуального подбора донора. Преимущества реинфузии: нет риска переноса заболеваний, гемотрансфузионных осложнений, зависимости от запаса крови, быстрый возврат эритроцитов пациентке, расширение возможностей проведения оперативных вмешательств (кесарево сечение с консервативной миомэктомией). Аппаратная реинфузия крови является безопасным и простым способом компенсации кровопотери. Противопоказания: сепсис, злокачественные новообразования, повреждение полых органов, наличие в брюшной полости кишечного содержимого. Высокая эффективность, простота выполнения, отсутствие осложнений открывают методу интраоперационной аппаратной реинфузии крови большие перспективы для использования при кесаревом сечении, внематочной беременности и других оперативных вмешательствах, где предполагается значительная кровопотеря. В родильном отделении РКБ им. Г. Г. Куватова с 2009 года внедрена система интраоперационной реинфузии аутоэритроцитов аппаратом Haemonetics Cell Saver- 5+. Проведено 23 процедур во время операции кесарева сечения при кровопотере от 700 мл до 1200 мл. В 11 случаях имело место множественная миома матки, произведена консервативная миомэктомия, в остальных случаях причиной кровотечения явился крупный плод, многоплодная беременность, повторное кесарево сечение на фоне исходной тяжелой железодефицитной анемии. Все большее признание в акушерской практике получает использование предоперационной заготовки крови и ее компонентов - аутодонорство. За 2 недели до плановых операций необходимо прекратить прием средств, повышающих кровоточивость. Если предполагается кровопотеря > 1000 мл, забор 2-4 порций крови проводится за 5 нед. до операции.

Для лечения анемии применяются эритропоэтин 10000 Ед в сутки в\в в сочетании с препаратами железа. Заготовка плазмы у беременных проводится дважды с перерывом не менее 48 час. Заготовленная свежезамороженная плазма сохраняет все качества, используется в полном объеме во время оперативного вмешательства и раннем послеоперационном периоде. При этом не снижается гемокоагуляционный потенциал, общий белок, гемо-

глобин, гематокрит, нет отрицательного влияния на плод и новорожденного, исключается риск посттрансфузионных, инфекционных, метаболических осложнений. В настоящее время приобретает особую актуальность поиск консервативных методов профилактики и остановки кровотечения. Можно избежать тяжелых осложнений в виде полиорганной и полисистемной недостаточности при широком проведении профилактических мер у женщин группы высокого риска по кровотечениям: беременные с хроническим ДВС - синдромом, у которых имеется гиперкоагуляция и гиперагрегация тромбоцитов, гиперкоагуляция и гипоагрегация тромбоцитов, умеренная гипокоагуляция и гиперкоагуляция тромбоцитов. Нарушения гемостаза при последних двух вариантах вероятность кровотечений резко возрастает в связи с возможностью перехода хронической формы. ДВС - синдром в подострую и острую у беременных с гестозом, с антифосфолипидным синдромом, с множественными миоматозными узлами, с антенатальной гибелью плода, со стертыми формами наследственных и врожденных дефектов системы гемостаза - тромбоцитопатией, болезнью Виллебранда, с повышенной кровоточивостью неясного генеза. Целесообразно в группе риска использование транексамовой кислоты, которая является мощным ингибитором фибринолиза, подавляет активность плазмина, стабилизирует коагуляционные факторы и фибрин, снижает проницаемость сосудов и вызывает эффект, что предотвращает деградацию фибриногена. Широко используется транексамовая кислота в дозе 500 - 750 мг на физиологическом растворе в\в. Применение этого препарата в терапевтических дозах наряду с другими методами остановки кровотечения позволяет предотвратить развитие ДВС- синдрома, сократить объем кровопотери, снизить потребность в трансфузии донорских компонентов крови. Внедрение в широкую акушерскую практику достижений реаниматологии с учетом особенностей гиповолемических состояний у рожениц и родильниц является одним из ведущих факторов в снижении материнской смертности от кровотечений. Решающими элементами интенсивной терапии геморрагического шока являются срочный местный гемостаз и быстрое возмещение кровопотери. Сложным является вопрос радикальной остановки кровотечения у молодых женщин путем ампутации или экстирпации матки. В связи с этим приобретает важное значение поиск консервативных методов остановки массивных кровотечений в родах и послеродовом периоде.

Несмотря на современные достижения трансфузиологии, переливание компонентов крови остается опасным в связи с возможной передачей вирусных и бактериальных инфекций. Массивная трансфузионная терапия, в том числе с применением препаратов крови может привести к развитию полиорганной недостаточности в послеродовом и послеоперационном периодах, непосредственно влияет на повышение летальности. В настоя-

щее время основное внимание исследователей направлено на поиск новых гемостатических средств, позволяющих успешно восполнять массивные кровопотери при минимальном применении препаратов крови. Новый гемостатик «Новосэвен» (рекомбинантный активированный фактор свертывания) был разработан на основе методов генной инженерии фирмой «Ново Нордикс» (Дания), используется в клинической практике с 1996 года для снижения кровоточивости при выраженных геморрагиях различного генеза. Препарат использован нами в 2-х случаях при родоразрешении через естественные родовые пути, в 3 случаях - при операции кесарева сечения по акушерским показаниям. Имело место кровопотеря до 2 и более литров во всех случаях. Проводилась инфузионно - трансфузионная терапия, переливались препараты крови (эритроцитарная масса, свежемороженая плазма), кровопотеря возмещалась препаратами гидроксиэтилированного крахмала (стабизол). Применялись ингибиторы протеаз (гордокс). У 2 женщин с исходной тромбоцитопенией проводилась трансфузия тромбоконцентрата, у обеих было отсроченное кровотечение, в одном случае через 12 часов после родов, в другом - на 6 сутки после самопроизвольных родов. Кровотечение после абдоминального родоразрешения возникло в промежутке от 2 до 8 часов. Во всех случаях использовался препарат Новосэвен 50-90 мкг/'кг внутривенно. Кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями с применением препарата Новосэвен. Таким образом, применение гемостатика «Новосэвен» в комплексе консервативных мероприятий терапии послеродовых кровотечений позволило отказаться от оперативных методов остановки кровотечения и уменьшить количество препаратов донорской крови.

Выводы

Все представленные методы кровосберегающих технологий не противоречат друг другу. К каждому из них есть свои четкие показания и противопоказания, рациональное их использование в сочетании с обоснованной инфузионно - трансфузионной терапией позволяет в значительном большинстве случаев существенно уменьшить использование компонентов донорской крови, избежать опасности заражения инфекциями, снизить частоту массивных кровотечений. Соответственно улучшить ближайшие и отдаленные последствия кровотечений для здоровья женщин.

Сведения об авторах

Кулавский Василий Агеевич – д.м.н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии ИПО БГМУ

Насырова Светлана Фаниловна – к.м.н., доцент каф. акушерства и гинекологии ИПО БГМУ

Архипов Владимир Викторович– к.м.н., доцент каф. акушерства и гинекологии ИПО БГМУ, г.Уфа, ул.Союзная, 23, тел 89174174872, drarchipov@mail.ru

Хайруллина Фания Лутафиевна - к.м.н., ассистент каф. акушерства и гинекологии ИПО БГМУ

Радутный Владимир Николаевич - к.м.н., ассистент каф. акушерства и гинекологии ИПО БГМУ

Кулавский Е.В.- к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО БГМУ

Бадретдинова Ф.Ф.- к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ИПО БГМУ

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство. Национальное руководство / под редакцией Э.К.Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1197 С.

2. Очерки по производственной и клинической трансфузиологией / под общей редакцией А.И. Воробьева - М.: Ньюдиамед, 2006. - 632 С.

3. Шифман Е.М., Тиканадзе А.Д., Вортанов В.Я. Инфузионно- трансфузионная терапия в акушерстве. – Петрозаводск, 2001. - 301 С.

УДК: 618.19-073.75

© Н. П. Соколова, В. П. Кулешова,2012.

Н. П. Соколова, В. П. Кулешова

МАММОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

МБУЗ Городская клиническая больница №18 г. Уфы,

рентгенологическое отделение

В статье представлен анализ результатов скринингового обследования молочных желёз женщин в ходе ежегодной акции « Месячник по борьбе с раком молочной железы» за 2011 г. в условиях поликлинической сети на аппарате Маммо-4-МТ» в разных возрастных группах. Выявлена зависимость эффективности маммографического скрининга от возраста обследуемых женщин.

Ключевые слова: маммография, скрининг.

N.P. Sokolova, V.P. Kuleshova

MAMMOGRAPHY IN MAMMARY GLAND'S DISEASES' DIAGNOSTICS.

18th City Clinical Hospital,Ufa, radiological department

In article the analysis of results of skriningovy inspection of mammary glands of women is presented during an annual action «the Month on fight against a cancer of a mammary gland» for 2011 in the conditions of a polyclinic network on the device of Mammo - 4-MT» in different age groups. Dependence of efficiency of mammograficheskу screening on age of surveyed women is revealed.

Keywords: *Mammografiya, screening.*

Актуальность

Рак молочной железы (РМЖ) в настоящее время является наиболее часто встречающимся злокачественным новообразованием у женщин(1). Число новых случаев рака молочной железы, ежегодно выявляемых в разных странахмира, в настоящее время превысило 1млн. и составляет 10% всех злокачественных опухолей различных локализаций. В Российской Федерации рак молочной железы занимает первое место по показателю заболевамости(19,8%) и смертности(17,4%) среди всех злокачественных новообразований у женщин в возрасте 15-69 лет(2). При локализованных стадиях 5-летняя выживаемость

достигает 90%, при вовлечении подмышечных лимфоузлов-68%, а при наличии отдалённых метастазов-18%. На поздних стадиях рак неизлечим, хотя в ряде случаев удаётся довольно долго контролировать заболевание. К сожалению, доля запущенных форм составляет около 57,0%, а общая выживаемость при данной форме опухоли в России-менее 50,0%(3). Наиболле реальным напрвлением борьбы с раком молочной железы является разработка и внедрение эффективных форм и методов массовых профилактических обследований населения. Одной из таких форм профилактических обследований женщин является скрининговая маммография.

Цель работы

Целью нашего исследования явилось изучение результатов маммографического исследования при скрининговом обследовании женщин от40 лет и выше в условиях поликлиники специалистами МБУЗ ГКБ№18 г. Уфы.

Материал и методы

Общепринятым стандартом обследования пациенток с заболеваниями молочных желёз являются: клинический осмотр; рентгеновская маммография в сочетании со специальными методиками, ультразвуковое исследование молочных желёз, особенно в возрастной группе до 35 лет; в случае необходимости-диагностическая пункция. Одним из методов массовых профилактических обследований женщин является скрининговая маммография.

Эффективность маммографического скрининга существенно зависит от возраста обследуемых женщин. Большинство скрининговых исследований и программ показали заметное снижение эффективности маммографического скрининга в возрастной группе моложе 40 лет. Главная причина-это хорошо развитый железистый компонент в структуре молочных желёз у женщин молодого возраста.

В нашей республике, начиная с 2008 года, ежегодно проводится «Месячник по борьбе с раком молочной железы». В ходе этой акции в 2011году нами было обследовано 915 женщин. Для удобства анализа обследуемые были разделены на три возрастные категории. Первую группу составили женщины в возрасте до 40 лет включительно. Численность их составила 115 человек (12,6%). Вторую группу составили женщины в возрасте от41 до 50лет включительно. Их количество составило 463 человек(50,6%), третью группу-женщины старше 51года, в количестве 337 женщин(36,8%).

Маммография проводилась на специальном рентгеновском аппарате Маммо-4-МТ» с использованием двух стандартных проекций, прямой и косой, с захватом ретромаммарного пространства.

В результате было выявлено 9 случаев рака молочной железы, 36доброкачественных образований, 318-дисгармональных дисплазий(различные формы мастопатии).

Как видно из таблицы 1, у женщин до 40 лет включительно ни одного случая РМЖ, в 1.7% случаев выявлялись доброкачественные опухоли, в 32,2%- мастопатии. У женщин второй возрастной группы диагностировано: 3 РМЖ (0,7%), 12доброкачественных образований (2,6%), 168 мастопатий (36,3%), у женщин старше 50 лет-6 РМЖ (1,9%), 22 доброкачественных образований (6,5%), 113 мастопатий (33,5%).

Таблица 1.

Распределение патологии молочной железы по возрасту больных.

Возраст в годах	**До 40 лет**		**41-50 лет**		**Старше 50 лет**		**Всего**	
Заболевание	абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%
Рак молочной железы	0	0	3	0,7	6	1,9	9	0,98
Доброкачественные опухоли	2	1,7	12	2,6	22	6,5	36	3,93
Дисгормональные дисплазии	37	32,2	168	36,3	113	33,5	318	34,7
Без патологии	76	66,1	280	60,4	196	58,1	552	60,3
Всего	115	12,6	46,3	50,6	337	36,8	915	100

Заключение

Из приведённых данных видно, что количество РМЖ возрастает в третьей группе в 2,6 раза по сравнению со второй; доброкачественных опухолей возрастает в 2,5раза чем во второй и в 3,8 раза по сравнению с первой возрастной группой. Дисгармональные дисплазии (мастопатии) встречаются примерно с одинаковой частотой во всех возрастных группах: в 1-й группе-32,2%, во 2-й группе-36,3%, в 3-й группе-33,5%.

Таким образом, маммологический скрининг показал его безусловную необходимость и эффективность. Полученные результаты позволили прийти к заключению, что скрининг рака молочных желёз у женщин, учитывая его диагностическую и явную экономическую рентабельность, необходимо проводить на уровне обычной поликлинической сети.

Сведения об авторах

Соколова Надежда Петровна-врач-рентгенолог высшей категории МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы; 8-927-356-40-41; e-mail:nadsok@bk.ru

Кулешова Валентина Петровна - врач-рентгенолог высшей категории, заведующий рентгенологическим отделением МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы;
8-906-375-04-88

ЛИТЕРАТУРА

1.Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России странах СНГ в 2004. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН.-2006. Т. 17, №3, С.132.

2.Терновой С. К., Абдураимов А. Б. Лучевая маммология. М. ГЭОТАР-Медиа. 2007. С. 128.

3.Byrd B., Hhartmann W.//Semin/Surg. Onkol. 1988. Vol. №4.P.221-225.

УДК 616.36-008.64-06:616.367-008.331.1

© Ю.С. Винник, М.И. Гульман, Р.А. Пахомова, Л.В. Кочетова, Н.С.Соловьева, О.И.Ширякова, 2012

Ю.С. Винник, М.И. Гульман, Р.А. Пахомова, Л.В. Кочетова,
Н.С.Соловьева, О.И.Ширякова

ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, кафедра общей хирургии

Вероятность развития печеночной недостаточности возрастает при билирубинемии свыше 200 мкмоль/л. После оперативной декомпрессии желчных путей печеночная недостаточность развивается в 17,9% случаев. Активная предоперационная подготовка с применением методов детоксикации и активной инфузионной терапии снижают риск развития печеночной недостаточности у больных механической желтухой.

Ключевые слова: печеночная недостаточность, обтурационная желтуха, инфузионная терапия.

J.S.Vinnik, M.I.Gulman, R.A.Pahomova, L.V.Kochetova, N.S.Soloveva, O.I.Shiriakova

HEPATIC INSUFFICIENCY AT PATIENTS WITH THE OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Krasnoyarsk state medical university of a name of the professor V.F.Vojno-Jasenetsky, Chair of the general surgery

The probability of development of hepatic insufficiency increases at bilirubinemii over 200 mkmol/l. After an operative decompression of bilious ways of cases to 17,9 % hepatic insufficiency develops. Active preoperative preparation with application of methods of a detoxication and active infysion therapies reduce risk of development of hepatic insufficiency at sick of a mechanical jaundice.

Keywords: hepatic insufficiency, obstructive jaundice, infysion therapy.

Введение

По мнению Э.И. Гальперина под печеночной недостаточностью следует понимать, такое «состояние, при котором имеется несоответствие между потребностями организма

и возможностью печени удовлетворить эти потребности». Желчная гипертензия является одной из наиболее частых причин печеночной недостаточности [1, 3].

Оперативное вмешательство, кровопотеря, быстрая разгрузка желчных путей сопровождается временной депрессией функций печени, а у больных с уже имеющейся печеночной недостаточностью — к ее углублению [2, 4].

В настоящее время при лечении печеночной недостаточности используют метод гемодилюции с форсированным диурезом, внутрипортальное введение лекарственных препаратов, лимфосорбцию и гемосорбцию, обменное переливание крови, плазмаферез, обменное замещение крови в условиях гипотермии и искусственного кровообращения, гемодиализ и перитонеальный диализ, экстракорпоральное подключение гомо- и гетеропечени, ксеноселезенки [5,6].

Цель работы

Повысить эффективность лечения печеночной недостаточности.

Материал и методы

Клинические исследования основаны на анализе результатов обследования и хирургического лечения 84 больных с патологией билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), осложненной механической желтухой (МЖ).

В структуре доброкачественных заболеваний БПДЗ, обусловивших развитие МЖ, превалировала желчнокаменная болезнь (ЖКБ), осложненная холедохолитиазом (41; 48,8±5,5%). У 25 больных (29,8±5,0%) диагностировали дистальные стриктуры внепеченочных желчных протоков. Хронический индуративный панкреатит имел место у 2 (2,4±1,7%) больных. Среди больных со злокачественными новообразованиями БПДЗ чаще выявляли опухоль поджелудочной железы (12; 14,3±3,8%) и значительно реже – опухоль билиарной системы (4; 4,7±2,3%). Возраст больных был в пределах от 15 до 93 лет.

Математическую обработку результатов исследований проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0» на персональном компьютере. Различия во всех случаях оценивали, как статистически значимые при $p<0,005$.

Результаты и обсуждение

Основным критерием печеночной недостаточности является билирубинемия. У 44 (52,4 ±5,5%) больных билирубинемия достигала 100 мкмоль/л. У них были отмечены "малые печеночные признаки" в виде желтушности кожи и склер, слабости, снижения аппетита, кожного зуда, чувства "распирания" в правом подреберье, увеличения печени. У 30 (35,7 ±5,3%) больных билирубинемия находилась в пределах 101-200 мкмоль/л. У них клиническая картина характеризовалась присоединением гепатоцеребральных проявле-

ний: нарушением сна, повышенной раздражительностью, эйфорией или заторможенностью, тошнотой и рвотой, неадекватной оценкой собственного состояния. У 10 (11,9 ±3,5%) больных билирубинемия превышала 200 мкмоль/л. При этом вышеописанная клиническая картина «дополнялась» симптомами полиорганных гепатогенных расстройств.

Для оценки эффективности профилактики развития печеночной недостаточности были сформированы две клинические группы больных. В группу клинического сравнения (ГКС) вошли 49 больных, которым в предоперационном периоде проводили традиционную инфузионную терапию. Основную группу (ОГ) составили 35 больных, которым в предоперационном периоде применяли управляемую гемодилюцию с форсированным диурезом. У больных с билирубином выше 200 мкмоль/л 2-3 раза проводили гемо- или лимфосорбцию(табл. 1.).

Таблица 1.

Соотношение некоторых параметров у больных ОГ и ГКС при поступлении

Показатель	**Группы больных**						**p**
	ГКС (n=49)			**ОГ (n=35)**			
	Медиана	**25%**	**75%**	**Медиана**	**25%**	**75%**	
Билирубин	79,4	49,3	120,3	83,8	57,1	131,7	p=0,3
АЛТ	93,3	54,6	150,7	88,7	51,6	142,4	p=0,2
АСТ	62,3	37,8	90,5	59,8	35,1	79,2	p=0,7

Клинические проявления печеночной недостаточности определены у 21,6 % пациентов из ГКС. Изучение показателей крови выявило у больных с клиникой печеночной недостаточности по сравнению с теми, у кого она отсутствовала, более грубые изменения, причем различия оказались статистически значимыми ($p < 0,05$).

Послеоперационная печеночная недостаточность, как прогрессирующая дооперационная, так и развившаяся после вмешательства наблюдалась у 17,9% больных из ОГ.

Эффективность дооперационной подготовки подтверждают непосредственные результаты в ОГ и ГКС, которые представлены в таблице 3.

Летальный исход от печеночной недостаточности наступил у 6 (12,2 ±4,7%) из 49 больных ГКС. В ОГ летальных исходов не было.

Заключение:

Печеночная недостаточность осложняет механические желтухи в 12,6% до операции и в 17,9% — в послеоперационном периоде. В профилактике и лечении этого осложнения важную роль имеет активная дооперационная подготовка с применением всех дос-

тупных методов детоксикации и активная инфузионная терапия в послеоперационном периоде.

Таблица 3.

Послеоперационные осложнения и летальность в ОГ и ГКС

Группы больных / Летальность, осложнения	ОГ (n=35)	ГКС (n=49)	ВСЕГО (n = 84)
	Абс. (%±S%)	Абс. (%±S%)	Абс. (% ±S%)
Послеоперационная летальность	0 (0)	6 (12,2 ±4,7)	6 (7,1 ±2,8)
	p=0,03		

Сведения об авторах статьи:

Винник Юрий Семенович - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии

Гульман Маркс Израильевич- д.м.н., профессор кафедры общей хирургии

Пахомова Регина Александровна - к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии - ответственная за переписку: 660118, г. Красноярск, ул. Алексеева 24-20, тел. сот. 89029423912, e-mail: PRA5555@mail.ru.

Кочетова Людмила Викторовна - к.м.н., профессор кафедры общей хирургии.

Соловьева Наталия Сергеевна - клинический ординатор кафедры общей хирургии.

Ширякова Олеся Игоревна - клинический ординатор кафедры общей хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмазов В. А. и др. Клиническая патофизиология – М.: ВУНМЦ, 1999.-С.260 - 303
2. Блюгер А.Ф. Основы гепатологии. – Рига: Звайгзне, 1975 – 470с.
3. Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей/ Под ред.В.Т.Ивашкина.- М: ООО «Издательский дом М-Вести», 2002.- 416с.
4. Вишневский В.А., Шадрин И.М., Бруслик В.Г. Профилактика и лечение печеночной недостаточности у больных механической желтухой // 1 Московский международный конгресс хирургов: Тез.докл. _ М., 1995. – С.250-251.
5. Гальперин Э.И., Семендяева М.И., Неклюдова Е.А. Недостаточность печени. – М., 1978. – 215с.
6. Clark R.A. Percutaneous catheter biliary decompression // AJR. – 2001.- P.503-509.

УДК: 616.71-001.5-089.84-06-002.1-07

© С.Н. Хунафин, М.С. Кунафин, Р.А. Крючков, 2012

С.Н. Хунафин, М.С. Кунафин, Р.А. Крючков

ДИНАМИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАЛЛОСТЕОСИНТЕЗОМ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАЗВИТИЕМ ОСТЕОМИЕЛИТА.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет »Министерства здравоохранения и социального развития Российской федерации

При анализе лабораторных показателей у больных с хроническим остеомиелитом выявлено повышение Ig G, 1β и α-фно. В некоторых случаях уровень показателей превышает норму в несколько раз. С целью разработки методов ранней диагностики, прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита мы проверили показатели у больных после металлостеосинтеза, на ранних сроках. Выявлены изменения лабораторных показательней у 5 больных, из которых у 2 развился послеоперационный остеомиелит.

Ключевые слова: остеомиелит, послеоперационное осложнение, изменение лабораторных показателей при остеомиелите.

S.N. Khunafin, M.S. Kunafin, R.A. Kryuchkov.

DYNAMICS OF LABORATORY PARAMETERS IN PATIENTS UNDERGOING OSTEOSYNTHESIS WITH THE USE OF METAL STRUCTURES TUBULAR BONES, COMPLICATED BY THE DEVELOPMENT OF OSTEOMYELITIS.

Bashkir State medical university, Ufa

In the analysis of laboratory parameters in patients with chronic osteomyelitis found increased Ig G, 1β and α-TNF. In some cases, the performance level exceeding the norm in several times. With the purpose of development of methods of early diagnostics, forecasting the development of postoperative osteomyelitis we checked indicators in patients after undergoing osteosynthesis with the use of metal structures, at an early stage. The changes of laboratory parameters in 5 patients, of which have 2 developed postoperative osteomyelitis.

Key words: osteomyelitis, postoperative complication, change the laboratory factors at osteomyelitis.

В последнее время применение металлоконструкций при лечении закрытых переломов длинных костей становится все более распространенным. Совершенствование, разработка и внедрение новых материалов, не привело к снижению количества послеоперационных осложнений в целом. [1,6,7,8]

Для диагностики послеоперационного остеомиелита используется основным методом остается – рентгенологический, однако, клинико-рентгенологические признаки остеомиелитического процесса нивелируются на поздних стадия развития заболевания. [2,3,4,5]

С целью разработки методов ранней диагностики, прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита мы исследовали лабораторные показатели (иммуноглобулины классов A,M,G, фактор некроза опухолей – альфа(α-фно) и интерлейкин 1β).

Произведено изучение показателей крови 4 больных, с послеоперационным остеомиелитом в период обострения, из них была 1 женщина и 3 мужчин в возрасте от 36 до 56 лет (рис. 1).

Все больные оперированы по поводу перелома костей голени с применением металлоконструкций.

При анализе лабораторных показателей выявлено повышение Ig G, 1β и α-фно. В некоторых случаях уровень показателей превышает норму в несколько раз.

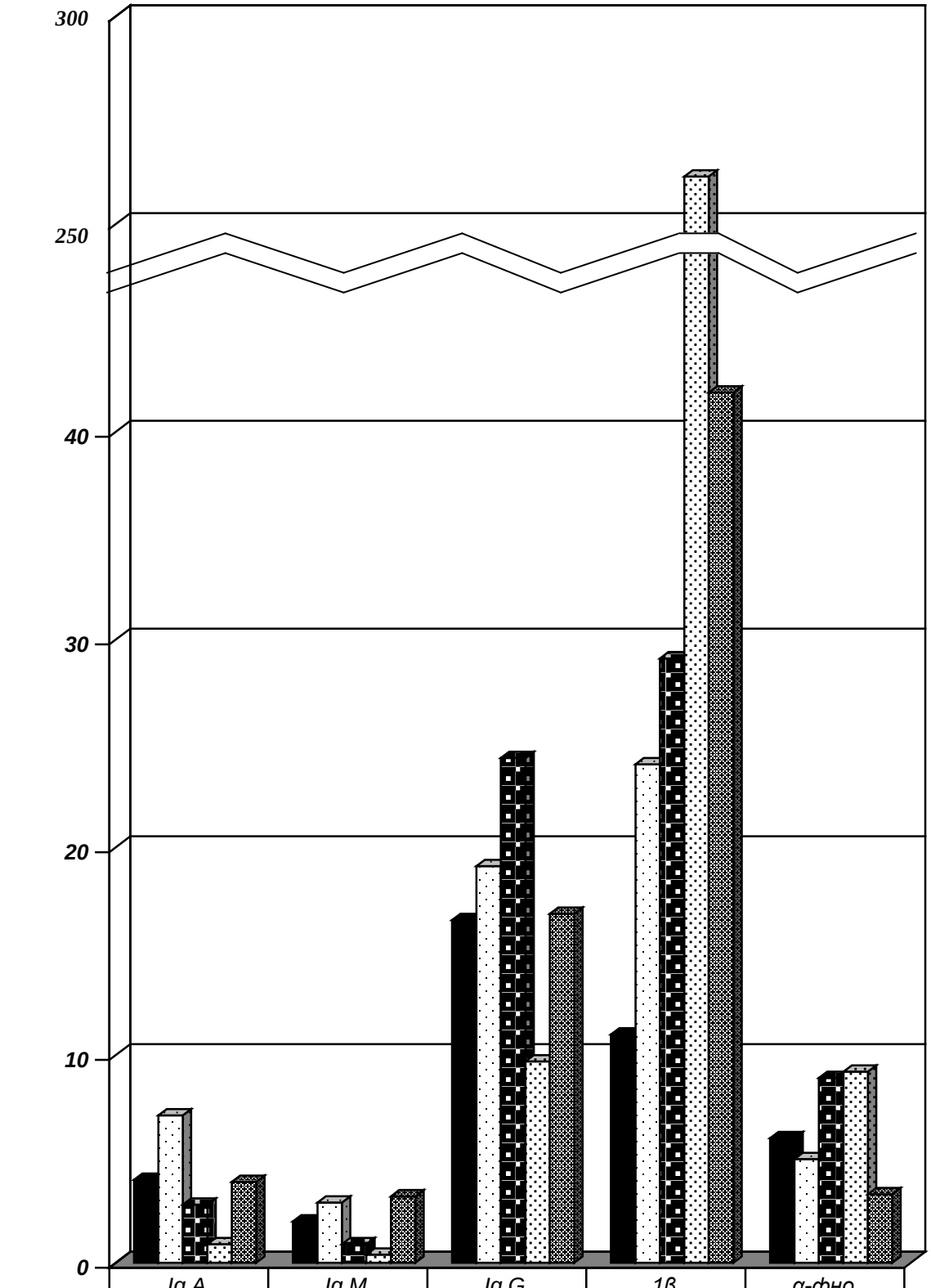
В связи, с выявленными изменениями показателей у больных хроническим остеомиелитом, с целью прогнозирования развития послеоперационного остеомиелита, нами проведено исследование показателей на ранних сроках после металлостеосинтеза.

Мы производили забор анализируемого материала у больных перед операцией, с целью определения начального уровня, на 10 и 45 сутки с момента операции.

Группа из 27 человек из них 15 (56%) женщин и 12 (44%) мужчин. По возрасту: от 15 до 30 лет – 6(22%), 30-45 лет – 3(11%), 45-60 лет – 8(30%), 60 лет и выше – 10(37%).

По локализации: Бедро – 7 (26%), голень – 8 (30%), плечо 7 (26%), ключица 3 (11%), тотальное эндопротезирование тазобедренных суставов – 2 (7%).

Выявлены изменения лабораторных показательней у 5(19%) больных, в остальных случаях показатели были в пределах нормы.



	Ig A	Ig M	Ig G	1β	α-фно
Норма	4	2	16,5	11	6
1	7,1	2,9	19,1	24	5
2	2,8	0,9	24,3	29,1	8,9
3	0,9	0,4	9,7	252,3	9,2
4	3,9	3,2	16,8	41,9	3,3

Рис. 1 Показатели у больных хроническим остеомиелитом

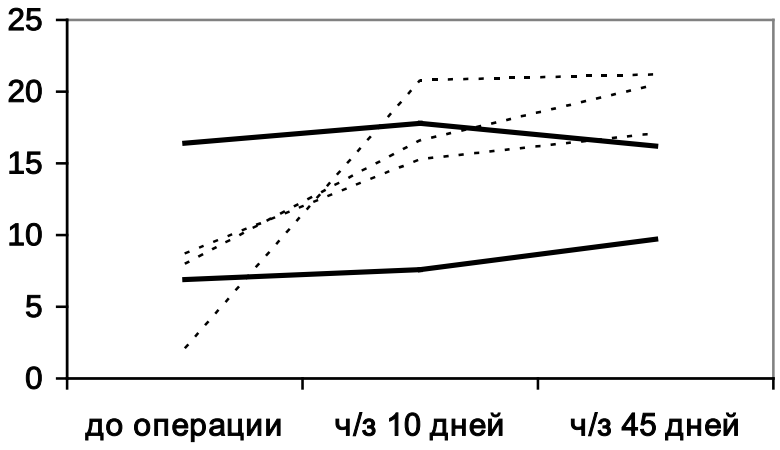


Рис. 2. Изменения Ig G.

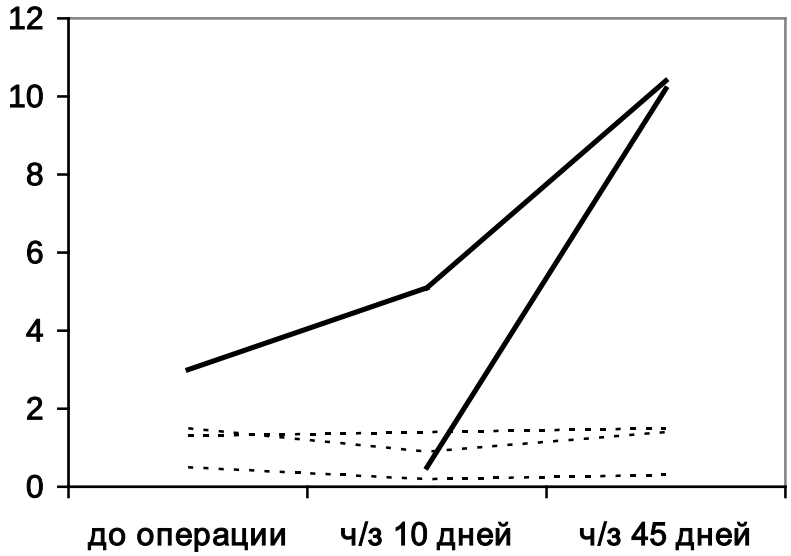


Рис. 3. Изменения 1β.

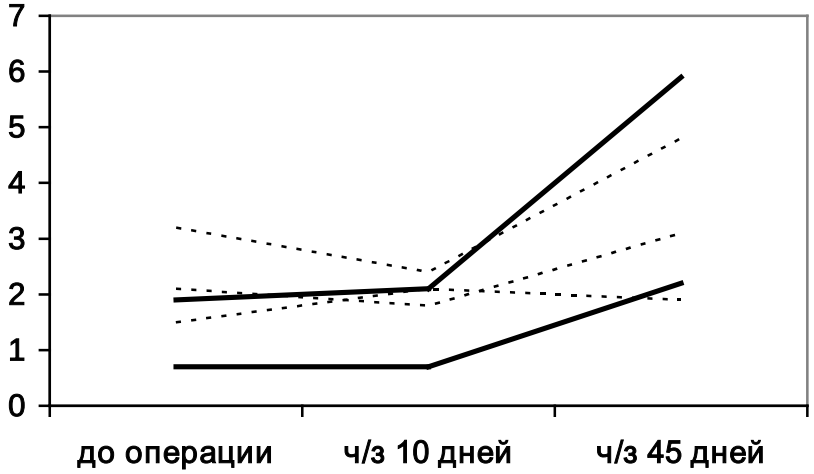


Рис. 4. Изменения α-фно.

На рисунках 2-4 пунктирной линией показаны изменения показателей больных у которых было нагноение раны, без остеомиелита и жирной линей выделены у которых в последующем развился остеомиелит.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде в виде нагноения ран, были у 5(19%) больных. У всех больных повышен уровень IgG.

У 4 больных был произведен накостный остеосинтез плечевой кости, в одном случае накостный остеосинтез большеберцовой кости.

В дальнейшем послеоперационный остеомиелит развился у 2 больных, перенесших накостный остеосинтез плечевой кости, у которых уровень 1β и α-фно повысился от дооперационного уровня в 3 раза. Им пришлось раньше срока производить удаление металлоконструкции.

Удаление производилось в связи с сохраняющимися признаками воспаления, наличия свищей с гнойным отделяемым в области послеоперационного рубца.

Клинический пример К.Ш.Н., 70л. № 6482-11 Поступил в ОТО ГКБ №18 06.11., с диагнозом закрыты перелом хирургической шейки левой плечевой кости со смещением отломков. 08.06.11 оперирован – накостный остеосинтез пластиной с угловой стабильностью (рис. 1). Уровни Ig G, 1β и α-фно были повышены.

Рис.1: Слева до операции, справа – после остеосинтеза с применением металлоконструкции.

Рис. 2: слева до операции, справа – после удаления металлоконструкции.

В августе 2011 г. находился в х\о ГКБ №8 с флегмоной правого плеча, произведено вскрытие, дренирование. 07.12.11. поступил в хирургическое отделение ГКБ №18 с жалобами на наличие раны с гнойным отделяемым в области послеоперационного рубца правого плеча. 09.12.11 произведено удаление металлоконструкции (рис 2.).

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная противовоспалительная терапия, физиотерапия, перевязки. Заживление раны до дренажа первичным натяжением.

Признаки воспалительного процесса купировались, выписан на амбулаторное долечивание.

Вывод

Повышение уровней Ig G, 1β и α -фно до остеосинтеза с применением металлоконструкций и на 45 сутки после операции, выявляет развитие послеоперационного остеомиелита, и требует проведения мер профилактики и лечения.

Сведения об авторах статьи

Кунафин Марат Саубанович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии» БГМУ. 2357576

Хунафин Саубан Нурлыгаянович – д.м. н., профессор. Академик РАЕН. Заслуженный работник высшей школы РФ. Заслуженный врач РБ, РФ., 8(347) 2357576

Крючков Роман Александрович - заочный аспирант кафедры «Скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии».
450057, г.Уфа, ул. Салавата д. 15/1, кв. 50; 8-917-79-07-689, rkryuchkov@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян, В.П. Применение закрытого антероградного интрамедуллярного остеосинтеза при диафизарных переломах бедренной и большеберцовой костей / В.П. Айвазян, А.Г. Чарчян, Г.А. Тумян // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1991. - № 10. – С. 44-46.

2. Виноградов, В.Г. Резекция кости изнутри в комплексном лечении хронического остеомиелита костей конечностей / В.Г. Виноградов. - Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 2000. – 188 с.

3. Житницкий, Р.Е. Хронический травматический остеомиелит длинных костей / Р.Е. Житницкий, В.Г. Виноградов, Д.Г. Шапурма. - Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1989. – 108 с.

4. Стручков, В.И. Хирургическая инфекция / В.И. Стручков, В.К. Гостищев, Ю.В. Стручков. - М.: Медицина, 1991. – 560 с.

5. A different perspective for radiological evaluation of experimental osteomyelitis / C.N. Aktekin, A.M. Ozturk, A.Y. Tabak [et al.] // Skeletal Radiology. – 2007. – Vol. 36, N 10. – P. 945-50.

6. Al-Mudhaffar, M. Wound complications following operative fixation of calcaneal fractures / M. Al-Mudhaffar, C.V. Prasad, A. Mpfidi // Injury. – 2000. – Vol. 31, N 6. – P. 461-464.

7. Stewart, G.J. Treatment of Femoral Fractures by a Fluted Medullary Rod / G.J. Stewart, F.G. Phillips // Injury. – 1986. – N 2. – P. 81-90.

8. Subtalar arthrodesis for complications of intra-articular calcaneal fractures / A.S. Flemister Jr., A.F. Infante, R.W. Sanders, A.K. Walling // Foot Ankle Int. – 2000. – Vol. 21, N 5. – P. 392-399.

УДК: 618.1-07-035.7
© И.А.Круглова, С.Н. Хунафин, Р.Н. Гилязева, Д.Р. Алакаева, 2012

И.А.Круглова, С.Н. Хунафин, Р.Н. Гилязева, Д.Р. Алакаева

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ГИНЕКОЛОГИИ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет »Министерства здравоохранения и социального развития Российской федерации,
МБУЗ Городская клиническая больница № 18 г. Уфы

Цель работы – анализ часто встречающихся диагностических ошибок в гинекологической практике на догоспитальном этапе.

Ключевые слова: Диагностические ошибки в гинекологии, постановка правильного диагноза.

I.A.Kruglova, S.N.Hunafin, R.N.Gilyazeva, D.R.Alakaeva

DIAGNOSTIC ERRORS IN GYNECOLOGY

GBOU VPO "Bashkir State Medical University" of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, MBUZ City Clinical Hospital №18 in Ufa

The work purpose – analy often meeting diagnostic mistakes in dynecologic practice on to a hospital stage.

Keywords – diagnostic mistakes, statement of the correct diagnosis.

Актуальность.

Проблема диагностических ошибок в гинекологической практике по-прежнему актуальна, несмотря на высокий уровень оснащения женских консультации, стационаров, постоянное повышение уровня квалификации специалистов. Наиболее часто диагностические ошибки допускаются бригадами скорой помощи в виду обилия нозологических форм заболеваний и их клинических вариантов, а так же отсутствием возможности применения дополнительных методов исследования. В случаях, требующих оказания неотложной медицинской помощи, исход заболевания напрямую зависит от точности диагностики и своевременности госпитализации в стационар.

Материалы и методы.

Нами проведён анализ истории болезни больных госпитализированных в гинекологическое отделение № 2 МБУЗ ГКБ №18 за 2009-2011гг. Всего было госпитализировано 6724 пациенток, из них 3880 больных было госпитализировано по экстренным показаниям. На этапе приёмно-диагностического отделения было отказано в госпитализации 33,3%, из них 52,3% обратившихся были доставлены ССМП, 13,6% из прикреплённых женских консультации. Причинами отказа в госпитализации были отсутствие показаний в экстренной госпитализации, отказ больной от госпитализации, перевод в профильное отделение. Из госпитализированных больных в 9 (0,25%) случаях были допущены диагностические ошибки в постановке правильного диагноза не повлиявшие на исход заболевания, все эти больные выписаны с выздоровлением.

Результаты и обсуждение.

При правильной организации оказания неотложной медицинской помощи на госпитальном этапе больным с гинекологической патологией, возможно, добиться минимальных диагностических ошибок путём последовательных диагностических мероприятии начиная с методичного и скрупулёзного осмотра пациенток, обязательного лабораторного и УЗ – обследования, динамического наблюдения за больными, в сомнительных случаях использовать возможности лапароскопической техники.

Диагностический процесс многообразен. Диагностика – это процесс познания объективной истины, в которой взаимодействуют две стороны – объект и субъект. Это не просто сбор, передача, хранение и переработка информации с целью идентификации отдельных или набора симптомов, относящихся к тому или иному заболеванию. Как бы ни росла роль новейших методов диагностик, как бы ни уменьшался в будущем субъективный момент в деятельности врача у постели больного, он всегда достаточно велик и никогда не исчезнет полностью.

Выводы

1. Наиболее частыми диагностическими ошибками при оказании неотложной медицинской помощи являются: под диагнозом воспалительных заболеваний половых органов скрывались внематочная беременность и апоплексия яичника, цистит, пиелонефрит и мочекаменная болезнь, ОРВИ, аппендицит. У женщин с дисфункциональным маточным кровотечением встречались различные формы внебольничного аборта, злокачественные новообразования половых органов и мочевого пузыря, внематочная беременность и аппендицит. При диагнозе «Угроза прерывания беременности» были выявлены внематочная беременность.

2. Дальнейшее улучшение результатов лечения женщин с гинекологическими заболеваниями связано с повышением профессионального уровня врача первичного звена, взаимодействия их деятельности со службой скорой медицинской помощи и гинекологических стационаров.

Сведения об авторах статьи:

Круглова Ирина Александровна – заведующая гинекологическим отделением №2 МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы

Хунафин Саубан Нурлыгаянович – д.м. н., профессор. Академик РАЕН. Заслуженный работник высшей школы РФ. Заслуженный врач РБ, РФ, 8(347) 2357576

Гилязева Римма Нуримановна – врач высшей категории гинекологического отделения №2 МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы

Алакаева Диана Рильевна – врач первой категории гинекологического отделения №2 МБУЗ ГКБ №18 г. Уфы

ЛИТЕРАТУРА

1. В.А.Кулавский, Р.И.Минкин и др. Диагностические и тактические ошибки в гинекологической практике на до госпитальном этапе. – Материалы региональной научно-практической конференции с участием ведущих специалистов Российской Федерации, посвящённая 70-летию профессора Хунафина С.Н., 2007, с. 167-168.
2. А.Н.Дигинау, Р.Ф.Зареева. Преемственность в работе МУ ССМП г.Уфы со стационарами города. - Материалы региональной научно-практической конференции с участием ведущих специалистов Российской Федерации, посвящённая 70-летию профессора Хунафина С.Н., 2007, с. 104-105
3. В.И.Краснопольский, С.Н.Буянова, Н.А.Щукина. Гнойная гинекология. – М.: «МЕД-пресс», 2001, с. 141-147.
4. И.Л.Ротков. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. – М.: Медицина, 1988, с. 86-125

УДК 614.86/88 (1-21)

© М.С. Кунафин, С.Н.Хунафин, Ф.Д. Тимербулатов, Ф.С.Мусина, М.Ш.Чанышев,2012

М.С. Кунафин, С.Н. Хунафин, Ф.Д. Тимербулатов, Ф.С.Мусина, М.Ш. Чанышев

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет »Министерства здравоохранения и социального развития Российской федерации, МУ «Станция скорой медицинской помощи» ГО г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия

Ключевые слова: дорожно-транспортный травматизм, информационно-аналитическая система, бригады скорой медицинской помощи.

M.S.Kounafin, S.N.Khounafin, F.D.Timerbulatov, F.S.Mousina, M.Sh.Chanishev

ACTUAL ISSUES OF EMERGENCY MEDICAL HELP RENDERING AT PRE-HOSPITAL STAGE TO ROAD-AND-TRANSPORT ACCIDENTS VICTIMS IN A CITY

Bashkir State Medical University,
Medical ambulance service station, Ufa, Russia

Modern road traffic injuries are characterized by the increase of their severity and associated injures. The analysis showed that linear crews as well as specialized ones to help the victims. Intensive care ambulance provides prehospital medical care to all heavy casualties with combined and multiple trauma. The following errors have been identified: diagnostic, ones little amount of infusion and immobilization.

Keywords: road and traffic injures, information and analyzing system, ambulance crew.

Актуальность исследования

Дорожно-транспортный травматизм за последние десятилетия стал крупнейшей социальной проблемой. Многие экономически развитые страны переживают настоящую эпидемию автомобильных катастроф, число жертв постоянно растет. Пострадавшие в результате ДТП составляют около 6% от всех госпитализированных вследствие травм [1,2].

Современный дорожно-транспортный травматизм характеризуется двумя чертами - нарастанием тяжести травм (до 20,8%) и сочетанных (до 63,5%) повреждений, а также от-

далением от крупных городских медицинских центров, когда дорожно-транспортные происшествия «выходят» за пределы крупных городов, что осложняет своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи [3].

Ежегодно в результате дорожно-транспортных происшествий в мире погибает 1,2 млн. человек, получают травмы до 50 млн. человек, а экономический ущерб составляет до 64-100 млрд. долларов.

По показателям смертности лиц до 40 лет - травматизм стоит на первом месте, превышает смертность от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Около трети пострадавших – это молодые люди в возрасте 15-29 лет. Дорожно-транспортный травматизм является ведущей причиной смертности и госпитализации среди людей моложе 50 лет.

Цель исследования

Целью настоящей работы явилось изучение организации медицинской помощи пострадавшим с сочетанной и множественной травмой при ДТП и разработка основных принципов ее совершенствования.

Материалы и методы

Для проведения исследования использовалась информационно-аналитическая система оценки оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП. Суть системы заключается в создании персонифицированной базы данных, в которую включена информация о клинических данных, диагностических, лечебных и организационных мероприятиях, проводимых у пострадавших при ДТП. Основным источником сведений о вызовах СМП к пострадавшим в ДТП является карта вызова скорой медицинской помощи (форма 110 у), которая заполняется выездными врачами и фельдшерами. Материалом исследования были карты вызовов скорой медицинской помощи 1406 пострадавших за 2011 год.

Результаты и обсуждение

В настоящее время догоспитальная медицинская помощь пострадавшим в ДТП оказывается врачами, обладающими неодинаковыми знаниями и квалификацией в реаниматологии, травматологии и нейрохирургии. Кроме того, для оказания догоспитальной медицинской помощи таким пострадавшим выезжают и фельдшерские бригады. При анализе оказания догоспитальной медицинской помощи МУ ССМП г. Уфы установлено, что в 69,2 % выезжали специализированные и в 30,8% линейные бригады. Из специализированных бригад в 85,1% случаев выезжали реанимационные, в 12,2% кардиологические и 2,7% неврологические бригады. Организационно в МУ ССМП г. Уфы

на ДТП выезжают в основном реанимационные бригады и только в случае отсутствия замены другой специализированной, выезжают линейные бригады. За изучаемый год бригады СМП выезжали на 1406 ДТП. Анализ тяжести пострадавших показал, что в 30,5 % была сочетанная травма, в 5,2 % множественная травма, в 4,4 % были трупы до приезда бригады и в остальных (59,9 %) были пострадавшие с изолированной травмой. Необходимо отметить, что в 14,4 % пострадавшие находились в состоянии алкогольного опьянения. На ДТП бригады выезжали в течение 2-3 минут после поступления вызова и доезжали к пострадавшим в течение 10-12 минут. Всем тяжелым пострадавшим с сочетанной и множественной травмой догоспитальная медицинская помощь оказывалась реанимационными бригадами. И.А.Ерюхин (1991) [4] указывает на необходимость раннего начала лечения на догоспитальном этапе. При крупных ДТП всегда выезжали реанимационная и линейная бригады и далее в зависимости от обстановки и другие бригады СМП. В ходе анализа оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим, особенно с сочетанной и множественной травмой, выявлены следующие ошибки: диагностические (трудности диагностики нейрохирургической, травматологической патологий), недостаточный объем восполнения ОЦК и соблюдение принципов иммобилизации. Отчасти уменьшение объема оказания медицинской помощи пострадавшим связана с принципом минимального оказания помощи на догоспитальном этапе и быстрейшей транспортировки в стационар.

Выводы

1.Пострадавшие на догоспитальном этапе при ДТП должны получить своевременную и достаточную медицинскую помощь, и должна быть пересмотрена концепция оказания помощи при ДТП.

2.Пересмотреть показания для направления бригад на ДТП в сторону увеличения направления специализированных бригад.

3.Пересмотреть оснащение бригад, направляемых для оказания помощи при ДТП, оснастив их современными средствами транспортной иммобилизации

Сведения об авторах статьи:

Кунафин Марат Саубанович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой «Скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии» БГМУ. 2357576

Хунафин Саубан Нурлыгаянович – д.м. н., профессор. Академик РАЕН. Заслуженный работник высшей школы РФ. Заслуженный врач РБ, РФ, 8(347) 2357576

Тимербулатов Фарит Давлетгареевич – к.м.н. доцент кафедры «Скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии» БГМУ, заместитель главного врача МБУЗ ССМП г. Уфы

Мусина Флариса Сабирьяновна – к.м.н. доцент кафедры «Скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии» БГМУ, начальник отдела клинической ординатуры и интернатуры ГБО УВПО «БГМУ»

Чанышев Марат Шамильевич – к.м.н. ассистент кафедры «Скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии» БГМУ, заместитель главного врача по медицинской части ГКУЗ Медицина катастроф РБ

ЛИТЕРАТУРА

1.Марунов Д.В. Роль учебно-тренировочного центра неотложных состояний в реализации региональной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения» / Д.В.Марунов,В.А.Марунова // Медицина катастроф, скорая и неотложная помощь и экстремальная медицина: материалы Международ. научно-практ. конф., 18-19 апреля 2000.- М., 2000-С. 67-69.

2.Мыльникова Л.А.. Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения / Л.А.Мыльникова// Скорая мед. помощь.- 2003-№1-С.5-9.

3.В.В.Викторов, А.С Кунафин. Вопросы организации оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в лечебно-профилактических учреждениях городского округа г. Уфа. Материалы городской межведомственной научно-практической конференции. Уфа-2008.- С 6-12.

4.Ерюхин И.А.. Принципы диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы // Военно-медицинский журнал.- 1996.- № 11. с.26-30.

УДК 614.88:004

© М.М. Зиганшин, Ф.Д. Тимербулатов, Р.В.Бикбулатов,2012

М.М. Зиганшин, Ф.Д. Тимербулатов, Р.В.Бикбулатов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» ГО г. Уфа, Россия

Ключевые слова: информатизация, бригада скорой медицинской помощи, контроль работы бригады скорой помощи.

M.M.Ziganshin, F.D.Timerbulatov, P.B.Bikbulatov

THE USE OF MODERN IN FORMATION TECHNOLOGIES IN THE WORK OF MEDICAL AMBULANCE SERVICE

Medical ambulance service station, Ufa, Russia

Introduction of information technologies in the work of ambulance crews reduced the time crews arrived to the patient, helped to objectively evaluate the work of ambulance crews, and it ultimately allowed to render help the sick and injured in time.

Keywords: informatization, ambulance crew, ambulance crew work control.

Актуальность

Прогресс в охране здоровья населения основан, прежде всего, на внедрении в практику здравоохранения России современных научных разработок, обеспечивающих снижение заболеваемости, инвалидности и смертности. Существенное место в решении этих вопросов занимают информационные технологии, ориентированные на мониторинг социально значимых хронических заболеваний и консультативную поддержку лечебно-диагностического процесса.

Сегодняшнее состояние информатизации здравоохранения России позволяет перейти от автоматизации отдельных процессов учета медицинских услуг к созданию интегрированных систем, обеспечивающих возможность непрерывной автоматизированной обработки информации.

С первых лет применения информационных технологий в здравоохранении одним из ведущих направлений являлись системы поддержки процесса принятия клинических решений. За несколько десятилетий они прошли путь от использования статистических и

детерминистских методов до технологии интеллектуальных систем. Применение этих разработок в практике способствует оптимизации дифференциально-диагностического процесса, позволяет повысить качество диагностики и эффективность лечения.

Материалы

Система автоматизированного управления ресурсами скорой помощи в г.Уфе ведёт своё начало с 2001 года, когда были запущены в эксплуатацию первые рабочие места диспетчеров «03». На протяжении последующих лет система интенсивно развивалась и совершенствовалась, была создана корпоративная сеть передачи данных обеспечивающая мгновенную передачу вызовов с оперативного отдела на территориально удалённые подстанции с автоматизированным учётом территории обслуживания.

А в 2009 году на ССМП г.Уфы была запущена система Глонасс/GPS-навигации на 110 автомобилях скорой помощи.

Система автоматизации диспетчерской службы скорой помощи города Уфы реализует все основные (стандартные) процессы обработки вызовов скорой помощи:

- приём и передача вызова диспетчерам подстанций,
- выбор бригады скорой помощи в соответствии со срочностью повода и профиля обращения,
- распечатка карты вызова,
- заполнение результатов вызова,
- статистическая обработка вызовов.

Для приёма вызовов функционирует современный колл-центр – оперативный отдел, имеющий 10 вводов «03», гарантированное и резервное электропитание, современные средства связи, оптоволоконный кабель. Диспетчерами «03» принимаются звонки от населения согласно утверждённым алгоритмам приёма вызова, при этом производится определение номера абонента, запись и хранение всего разговора

Ключевой характеристикой системы в целом является высокий уровень автоматизации всех основных процессов. Особое внимание в системе уделено удобству и наглядности информации о вызовах и бригадах, учтён фактор ночного и круглосуточного режимов работы диспетчера. Звуковое оповещение о поступлении вызовов избавляет диспетчера от необходимости постоянно смотреть на экран компьютера в ожидании вызова, а цветовая кодировка-подсветка приоритетов направления, профилей вызовов, возраста пациентов и территориального деления по подстанциям позволяет действовать мгновенно, инстинктивно определяя тактику действий при поступлении вызова.

Несколько лет назад мы начали изучать возможности использования спутникового контроля за перемещением санитарных автомобилей. Начиная с 2007 года, нами было апробировано несколько разных по своим возможностям вариантов спутникового контроля в условиях реальной эксплуатации на санитарных автомобилях. В результате были сформулированы основные требования к системе Глонасс/GPS-навигации. Одно из важных условий, которое было поставлено изначально - это возможность интеграции спутниковой системы с уже функционирующей на станции системой автоматизированного управления! На основе конкурса был выбран поставщик системы навигации, способный выполнить эту сложнейшую задачу.

В результате были успешно решены основные задачи по интеграции двух систем, среди которых просмотр местоположения бригад в реальном времени как на карте города с отображением маршрута, направления, скорости и других параметров, так и в виде списка бригад с указанием ближайших адресов местонахождения бригад, что в свою очередь позволило автоматизировать функции отметки доезда бригады скорой помощи на вызов – и уже, благодаря «онлайн»-контролю реально уменьшить время ожидания больными и пострадавшими скорой медицинской помощи и оперативно направлять освободившиеся бригады на другие вызова, контролировать прибытие и убытие бригад в ЛПУ – что привело к реальному уменьшению времени пребывания бригад скорой помощи в ЛПУ. В основе успеха лежит тот факт, что управляющей программе диспетчера была предоставлена дополнительная возможность полной автоматической фиксации основных событий при одновременном перемещении всех бригад скорой помощи по территории обслуживания. Только при таком подходе отпадает необходимость постоянно визуально отслеживать перемещение бригад на карте, снижается нагрузка на диспетчера!

Таким образом, были реализованы функции автоматической фиксации всех временных параметров всех вызовов без участия диспетчера:

- выезд бригады на вызов,
- прибытие к адресу вызова,
- отъезд от адреса вызова,
- прибытие в лечебно-профилактические учреждения при доставке больного,
- отъезд от лечебно-профилактических учреждений.

Для обеспечения работы в часы наибольшей нагрузки, были разработаны и внедрены функции подбора ближайшей бригады для вновь поступающих вызовов с учётом расстояния до вызова и соответствия профиля бригады скорой помощи поводу вызова.

При этом возможна автоматическая прокладка маршрута бригады к вызову**.**

Не оставлен без внимания вопрос безопасности медицинского персонала на вызове. В дополнение к функциям контроля, существовавшим в автоматизированной системе скорой помощи, были интегрированы функции «тревожной кнопки водителя», расположенной в салоне санитарного автомобиля и «тревожной кнопки врача», выполненной в виде миниатюрного брелка, позволяющего

Система Глонасс/GPS-навигации предоставляет широкий спектр функций контроля пробега, топлива, моточасов и других параметров в виде стандартных отчётов системы.

Особое внимание нами было уделено вопросу преемственности с приемными покоями стационаров. Разработана и внедрена система превентивного интернет-оповещения стационаров о доставке больного бригадой скорой помощи. Как только ответственный медицинский работник бригады скорой помощи принимает решение о госпитализации больного в тот или иной стационар и сообщает об этом диспетчеру своей подстанции данная информация автоматически появляется в приёмном отделении выбранного стационара. Сотрудники дежурной смены больницы имеют возможность за то время, пока «скорая» едет в ЛПУ, подготовиться к приёму больного. За счёт того, что бригада скорой не ждёт выхода врача к больному уменьшается время пребывания скорой помощи в стационаре, а значит - бригада быстрее будет готова к выполнению следующих вызовов. В компьютер приемного покоя заблаговременно передаётся информация:

- о местоположении бригад «скорой»,
- о расстоянии бригады и больного до приёмного отделения,
- об ожидаемом расчётном времени прибытия ожидаемой бригады,
- о характере заболевания больного или пострадавшего,
- о тяжести состояния достовляемого больного,
- о профиле бригады «скорой», доставляющей больного.

Особенно актуальна данная функция при доставке больных в тяжелом состоянии, при массовом поступлении больных

Организация в г.Уфе работы отделений неотложной помощи в 2009 году позволила нам заметно снизить показатель Программы Госгарантий и на сегодняшний день неотложные вызова составляют в работе наших бригад лишь 4-5 процентов. Прием неотложных вызовов осуществляется централизованно по 03 с последующей передачей их на исполнение в поликлиники. Особое внимание при этом было уделено автоматизации передачи вызовов категории «неотложной помощи» в поликлиники, что позволило исключить передачу неотложных вызовов путём диктовки по телефону, что соответственно уменьшило время от обращения пациента до передачи его заявки врачу поликлиники. Данная

система так же позволяет передавать неотложные вызова непосредственно на телефон врача неотложной помощи в виде СМС, когда врач находится на участке. Это упрощает работу по обработке неотложных вызовов в поликлиниках, а в условиях сельских районов и больших расстояний позволяет экономить значительные средства.

Наличие функций ведения очередности бригад при возвращении на подстанцию, чёткая градация поводов к направлению бригад по профилям и приоритетам направления, позволяет при необходимости полностью исключить участие человека в принятии решении о направлении бригады и даже автоматизировать сам процесс направления бригады на вызов, оставив за диспетчером роль наблюдателя и координатора, а не оператора выполняющего ряд рутинных однотипных операций.

Результаты и обсуждение

Таким образом, на станции скорой медицинской помощи разработан и внедрён полный жизненный цикл обработки обращений граждан за экстренной медицинской помощью с обеспечением преемственности со стационарным и поликлиническим звеном. Данный подход с успехом может быть масштабирован на уровень района, районного центра, региона.

Отличительной особенностью системы является высокий уровень автоматизации контроля за перемещением бригад и временными показателями движения бригад, что позволяет практически исключить человеческий фактор в оценке эффективности перемещения транспорта скорой помощи.

Перспективными направлениями в настоящее время представляются доработка системы для соответствия международным медицинским стандартам хранения медицинской информации, интеграция с системами бухгалтерского и экономического учёта (автоматический расчет надбавок за интенсивность с учетом всех объективных данных), стратегия перевода системы в веб – сервис, за счёт чего может быть достигнута значительная масштабируемость, интеграция и взаимодействие с службами скорой помощи региона, отдалённых районов РБ. На сегодняшний день кроме Уфы уже около ста санитарных автомобилей районов и городов Республики Башкортостан оснащены оборудованием спутникового контроля (как скорой так и неотложной помощи). Это в перспективе позволит обеспечить координацию, гарантированный уровень оказания скорой медицинской помощи, онлайн-мониторинг оперативной обстановки, своевременное принятие решений при эпидемиях, массовых поражениях и других ЧС в том числе и на федеральных трассах.

Сведения об авторах статьи

Зиганшин Марат Медыхатович – к.м.н., главный врач МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» ГО г. Уфа

Тимербулатов Фарит Давлетгареевич – к.м.н. заместитель главного врача МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» ГО г. Уфа

Бикбулатов Руслан Владимирович - начальник медицинский информационно-аналитического отдела Управления здравоохранения Администрации городского округа г. Уфа РБ (347) 248-72-82, bik-ruslan@mail.ru

УДК 616.12-005.4-036.11-08-039.74

© А.Н. Закирова, И.Е. Николаева, Е.Н. Ермолаев, Р.Х. Сабитов, И.Г. Валеев, Д.Р.Зайнуллина, 2012

А.Н. Закирова, И.Е. Николаева, Е.Н. Ермолаев, Р.Х. Сабитов,
И.Г. Валеев, Д.Р. Зайнуллина

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития Кафедра клинической кардиологии, Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Предложены методы оптимизации оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом.

Цель. Оценить соответствие оказания догоспитальной помощи больным с ОКС в г Уфе существующим национальным стандартам и рекомендациям.

Материалы и методы**.** Проведен анализ качества оказания неотложной помощи 50 больным с ОКС, поступившим в Республиканский кардиологический диспансер г Уфы с 1.04.12 по 1.09.12 г.

Результаты. Выявлено запоздалое обращение больных с острым коронарным синдромом за медицинской помощью. Для обезболивания при ОКС без показаний использовались нестероидные противовоспалительные препараты. Недостаточно частое проведение догоспитального тромболизиса , назначение клопидогреля, бета –адреноблокаторов .

Ключевые слова: острый коронарный синдром, догоспитальная помощь.

A.N. Zakirova, I.E. Nikolayeva, E.N. Ermolaev, R.KH. Sabitov, I.G. Valeev, D.R.Zaynullina.

PREHOSPITAL AID FOR PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME.

The Clinical cardiology department GBOU VPO BGMU Post-degree institute The Republican cardiological prophylactic centre, Ufa

We propose methods of first aid optimization for patiens with ACS.

Main purpose: to appreciate the correspondence of prehospital aid rendering for patients with ACS in Ufa to the actual national standards and recommendations .

Materials and methods. We analysed first aid quality performed to 50 patients with ACS hospitalized to The Republican cardiological prophylactic centre in Ufa from 01/04/12/ to 01/09/12.

Results. We revealed late appeal for medical aid among patients with ACS. To reduce pain non-steroid anti-inflammatory preparations were used with no prescription. Not ehough prehospital trombolysis was performed, few klopidogrel and beta-adrenoblocker were prescribed.

Keywords: acute coronary syndrome, prehospital aid.

Актуальность

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей причиной смертности в мире. Острые ее формы, объединенные термином «острый коронарный синдром» (ОКС), имеют общий патогенез и сходные подходы к диагностике и лечению. Максимальная стандартизация лечения ОКС на догоспитальном этапе позволяет добиться улучшения клинических исходов при данной патологии, уменьшить показатели заболеваемости и смертности [1].

К основным патогенетическим механизмам формирования ОКС относится повреждение атеросклеротической бляшки с последующим интракоронарным тромбозом. В связи с этим, крайне важно экстренное восстановление кровотока в коронарной артерии с использованием чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики и/или тромболитической терапией (ТЛТ).Разрушение тромба и восстановление перфузии приводят к уменьшению повреждения миокарда и в конечном итоге к улучшению ближайшего и отдаленного прогноза [1,2].

Важным параметром, определяющим эффективность клинических мероприятий, является укорочение времени от момента появления первых симптомов до восстановления коронарного кровотока ,которое складывается из трех показателей : временем обращения от возникновения болевого синдрома до звонка в СМП, до первого контакта с медицинскими персоналом, до прибытия в приемный покой [3,4].

Важную роль в улучшении прогноза больных ОКС играет медицинская помощь на догоспитальном этапе, которая включает экстренную диагностику, назначение препаратов ,улучшающих и восстанавливающих коронарный кровоток, профилактику осложнений [4].

У большинства больных ОКС помощь должна начинаться с приема короткодействующих нитратов и ацетилсалициловой кислоты *(АСК) в дозе* 160 -325 мг под язык [3,5]**.**

При недостаточной эффективности нитратов для купирования болевого синдрома показано дробное введение морфина гидрохлорида [3]. Если болевой синдром сопровождается высокой артериальной гипертонией – рекомендуется внутривенная инфузия нитратов [2].

Реперфузионная терапия при ОКС с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе позволяет снизить летальность больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Для оценки значимости раннего начала реперфузионной терапии введено понятие < золотого часа >- ее проведение 2-4 ч способна полностью восстановить кровоток в зоне ишемии и привести к развитию так называемого < прерванного > инфаркта [1, 3].

Положительную роль играет респираторная поддержка. С целью снижения потребности миокарда в кислороде и профилактики фибрилляции желудочков при ОКС показано назначения *бета - адреноблокаторов* (БАБ)[5]. *На* догоспитальном этапе целесообразно применение короткодействущих внутривенных БАБ для быстрого наступления клинического эффекта и уменьшения побочных эффектов. Добавление клопидогрела (в нагрузочной дозе 300 мг) к АСК на догоспитальном этапе значимо улучшает клинические исходы, уменьшает заболеваемость и смертность пациентов с ОКС [4,6].

Гепарины являются стандартным звеном антикоагулянтной терапии у пациентов с ОКС. Введение нефракционированного гепарина рекомендуется начинать с внутривенного болюсного введения (4000 ЕД при ОКС с подъемом сегмента ST) с дальнейшим переходом на внутривенную инфузию со скоростью 1000 ЕД/ч [3,7].

Цель работы

Оценить соответствие оказания догоспитальной помощи больным ОКС в г Уфе существующим национальным стандартам и рекомендациям, с целью дальнейшего снижения летальности.

Материалы и методы

Проведен анализ качества оказания неотложной помощи больным с ОКС поступившим в Республиканский кардиологический диспансер г Уфы с 1.04.12 по 1.09.12 г. Было включено случайным образом 50 пациентов с типичной клиникой ОКС (интенсивная боль за грудиной более 20 мин), у которых на ЭКГ определялись ишемические изменения в виде элевации или депрессии сегмента ST. У 78% больных ОКС наблюдался подъем сегмента ST , а у 22%-без подъема ST.Дальнейшее верификация диагноза осуществлялась при помощи регистрации маркеров некроза миокарда, эхокардиографии. Мужчины - 82 %, женщины – 18%. Средний возраст больных – 56,0 ±11,5 лет .

Результаты

Время оказания медицинской помощи.

1. Время обращения от возникновения болевого синдрома до звонка в СМП составило от 40 минут до 1 месяца ,в среднем- 5,0 часов.

2. Время от момента звонка до прибытия бригады СМП составило от 8 минут до 20 минут, в среднем 12,0 минут.

3. Время от момента прибытия СМП до прибытия в приемный покой составило от 10 до 20 минут, в среднем 15,0 минут.

Медикаментозная терапия больным с ОКС.

Нитраты на догоспитальном этапе короткого действия (нитроглицерин, нитросорбид) были назначены у 86 % больных. В 82 % случаев для купирования болевого синдрома внутривенно вводился морфин. А в 32 % обезболивание проводилось с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). В качестве антитиагрегантной терапии у 92 % больных была назначена АСК, а у 38 % -клопидогрель . БАБ применялись в 20 %. Оксигенотерапию получали все больные , которые были доставлены машиной скорой помощи. ТЛТ проведена только у 6 % больных на догоспитальном этапе.

Обсуждение

Эффективность лечения ОКС у больных во многом определяется временем обращения больных от момента возникновения первых симптомов до обращения за медицинской помощью. Поэтому многочасовая задержка может рассматриваться как недостаточно эффективная пропаганда медицинских знаний среди населения.

14 % больных не получали на догоспитальном уровне нитраты ,по видимому , из-за низкого уровня артериального давления.

Обезболивание при ОКС рекомендуется проводить при отсутствии противопоказаний только с использованием морфина гидрохлорида[1,2,3]. Использование НПВП для купирования болевого синдрома у больных ОКС можно рассматривать как неэффективный подход к лечению,в некоторых случаях . Показано назначение клопидогреля и БАБ при отсутствии противопоказаний,однако в нашем исследовании было назначено только в 20 % БАБ и в 38 %,что является недостаточным.

В нашем исследовании ТЛТ проведена только у 6 % больных на догоспитальном этапе, что указывает на позднюю обращаемость пациентов, отсутствие ТЛТ препаратов у бригад СМП и отсутствием соответствующего опыта у врачей, выполняющих ТЛТ терапию.

Выводы

1. Запоздалую обращаемость больных за медицинской помощью можно обьяснить недостаточным уровнем информированности граждан о тактике медицинской помощи больным с ОКС. Для улучшения ситуации необходимо пропаганда медицинских знаний с использованием средств массовой информации.

2.Обезболивание при ОКС рекомендуется проводить при отсутствии противопоказаний только с использованием морфина гидрохлорида .Ограничить назначение НПВП для обезболивания больных с ОКС. Необходимо регламентировать догоспитальную помощь бригад СМП, согласно клиническим рекомендациям.

3.Повышение квалификации врачей линейных бригад позволит сократить время оказания помощи и уменьшить количество осложнений.

4.Необходимо обеспечение бригад СМП тромболитическими препаратами .

5.Увеличить назначение адекватных доз клопидогреля и АСК.

Сведения об авторах статьи:

Закирова Аляра Нурмухаметовна – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической кардиологии ГБОУ ВПО БГМУ .

Николаева Ирина Евгеньевна - главный врач Республиканского кардиологического диспансера, к.м.н.

Ермолаев Евгений Николаевич - заместитель главного врача по лечебной работе Республиканского кардиологического диспансера.

Сабитов Риф Хаернасович – заведующей отделением реанимации и интенсивной терапии Республиканского кардиологического диспансера.

Валеев Ильдар Галиахметович – доцент кафедры клинической кардиологии ГБОУ ВПО БГМУ.

Зайнуллина Динара Раилевна – клинический ординатор кафедры клинической кардиологии ГБОУ ВПО БГМУ (89279590185).

ЛИТЕРАТУРА

1. Закирова А.Н.,Руденко В.Г. Диагностика и лечение острого коронарного синдрома// Уфа 2006.,76 С.
2. Закирова А.Н.,Хамидуллина Р.М.,Закирова Н.Э. Диагностика и лечение Острого инфаркта миокарда с подьемом ST.// Уфа 2008 .98 С.

3. Терещенко С.Н., Жиров И.В. Основы лечения острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе // Consilium medicum ,2012 .Т.13.,№ 5,С.20-23.
4. Рекомендации по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST.Рабочая группа Европейского общества кардиологов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2012. Приложение № 2 .С.15-47
5. Гиляревский С.Р. Роль нитратов в лечении сердечно- сосудистых заболеваний :научные доказательства и клиническая практика // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. 6.№ 3.С.116-122.
6. Российские рекомендации. Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарды с подъемом сегмента ST ЭКГ. 2007.
7. ESC Guidelines Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. // Eur HJ 2008; 29; 2909-46/
8. Antonucci D, De Luca G, Duder D et al. Acute MI: confusion with new trials or clear data? // Eur HJ 2008; 10 (Suppl.) J 1 – 25.
9. Чазов Е.И. Инфаркт миокарда – прошлое, настоящее и некоторые проблемы будущего // Сердце. 2009. – Т.1. - N1 (1). – С.6. – 8.

УДК 616.12-001.4-089
© Д.А. Борисенко, А.П. Борисенко, А.И. Маслов, Н.А.Шапошников,2012

Д.А. Борисенко, А.П. Борисенко, А.И. Маслов, Н.А.Шапошников

СЛУЧАЙ УДАЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ НОЖЕВОГО РАНЕНИЯ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

МБУЗ ЦРБ Кагальницкого района, Ростовская область

В статье приводится случай успешного лечения ранения сердца в условиях сельской больницы.

Ключевые слова: сердце, ножевое ранение, летальность.

D.A. Borisenko, A.P. Borisenko, A.I. Maslov, N.A. Shaposhnikov

THE CASE OF HEART'S KNIFE WOUND'S SUCCESSFUL TREATMENT IN THE CONDITIONS OF REGIONAL HOSPITAL

The Central Regional Hospital, district Kagalnicky, Rostov Region

The case of heart's knife wound's successful treatment in regional hospital is described in this article.

Keywords: heart, knife wound, mortality.

Актуальность

Актуальность темы обусловлена высокой послеоперационной летальностью. В последние годы отмечается повышение летальности, что в первую очередь, обусловлено тяжестью повреждений сердца. По данным М.М.Абакумова и соавт. (2004) летальность после операций на сердце составляет 20,3%.

В настоящее время по данным ряда авторов [1,2] ранения сердца составляют от 5 до 7% от числа всех проникающих ранений груди, в том числе среди огнестрельных ранений - не более 0,5-1%. При ножевых ранениях сердца и перикарда изолированные повреждения перикарда составляют 10-20%. Сами по себе ранения перикарда не представляют опасности для жизни пострадавшего, однако кровотечение из пересеченных перикардиальных сосудов может привести к тампонаде сердца.

Летальность при ранениях сердца связана с характером, размерами, локализацией раны сердца, а также сопутствующими повреждениями и продолжительностью времени от момента ранения до начала реанимации и лечения. По данным литературы, в диагностике ранений сердца определяющим является локализация раны груди в проекции сердца

и степень кровопотери. Важный и достоверный признак ранения сердца – локализация наружной раны в проекции сердца, что по наблюдениям многих авторов встречается в подавляющем большинстве случаев.

Цель работы.

Показать возможность оказания эффективной хирургической помощи больным с ранением сердца в условиях сельской больницы.

Материал.

Мы приводим случай удачного лечения ножевого ранения сердца в условиях сельской больницы Кагальницкого района (население района 32 тыс. чел.), где данная патология встречается крайне редко.

18.10.2011 в 11.40 Бригадой СП доставлен больной Топчиёв К, 1979 г.р. При поступлении - общее состояние ближе к тяжелому, в сознании, агрессивен, неадекватен. Обстоятельства травмы скрывает. Кожные покровы на лице гиперемированы, речь невнятная, изо рта резкий запах алкоголя. Со слов сопровождающих выпивал спиртные напитки на протяжении последних 2-х недель. Зрачки OD=OS, очаговой, менингеальной симптоматики нет. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. По передней поверхности грудной клетки в 5-том межреберье по левой парастернальной линии колото-резаное ранение из которого торчит рукоятка кухонного ножа. Сердце - тоны резко приглушены, ритмичны. Перкуторно границы сердца определить не представляется возможным ввиду беспокойного поведения больного. ЧСС 118 в 1 мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Аускультативно: слева дыхание ослаблено в нижних отделах, справа везикулярное. Притупление перкуторного звука слева. Язык суховат. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует.

Учитывая возможность повреждения сердца и магистальных сосудов, нестабильность гемодинамики, невозможность ожидания приезда сердечно-сосудистых хирургов из ГУЗ Ростовской областной больницы №1 больной с машины скорой помощи немедленно поднят в операционную.

Под эндотрахеальным наркозом в положении больного на боку в 6-том межреберье слева разрезом 25 см. выполнена передне-боковая торакотомия. При ревизии: в плевральной полости около 300 мл. жидкой крови. Через перикард просвечивается кровь. Последний напряжен, сокращения сердца слабые. АД на момент осмотра перикарда- 60/40 мм рт ст. перикард прошит, взят на держалки, продольно рассечен, кровь эвакуирована. Установлено ранение миокарда правого желудочка по его передней нижнебоковой поверхности 0,5 х 0,2 х 0,3см., обильное кровотечение. В этот момент ассистентом кухон-

ный нож извлечен. Поврежденный участок прошит П-образным швом проленом 3-0, кровотечение остановлено. При дальнейшей ревизии иных повреждений не выявлено. Во время операции больному переливалась одногруппная свежезамороженная нативная плазма (СЗНП) в количестве до 600,0 мл, внутривенно - антибиотики широкого спектра действия (цефтриаксон, амоксиклав). Раневой канал обильно обработан антисептиками, ушит с оставлением резинового выпускника. Плевральная полость дренирована трубчатыми дренажами через 2-ое межреберье по средней ключичной линии и в 8-ом межреберье по задней подмышечной линии. Контроль гемостаза. Ребра сведены 3-мя капроновыми швами с последующим послойным ушиванием торакотомной раны. Налажено дренирование, фиксация дренажей, повязки.

Во время оперативного вмешательства больной консультирован по линии санитарной авиации директором Ростовского кардиохирургического центра (РКХЦ) доктором медицинских наук, профессором Дюжиковым А.А. Согласована дальнейшая тактика лечения и ведения больного.

В послеоперационном периоде у больного имело место выраженное психомоторное возбуждение (что можно расценить как проявление алкогольной интоксикации). Проводилась интенсивная седативная терапия. Через двое суток лечения в палате интенсивной терапии явления купированы полностью.

Больной консультирован психиатром, неврологом - патологии не выявлено, наркологом, диагноз: хронический алкоголизм, запойная форма. Рекомендовано проведение дезинтоксикационной терапии с последующим лечением в профильном отделении Азовского наркологического диспансера. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Верхний дренаж убран после рентгенконтроля на 2-е сутки, нижний - на 4 сутки.

Выписан на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга, терапевта и нарколога поликлиники на 12 сутки.

Заключение.

Больной осмотрен через 9 месяцев: Состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Послеоперационный рубец окрепший, дыхание везикулярное, прослушивается во всех отделах, хрипов нет. На выполненной ЭКГ- признаки рубцовых изменений в области правого желудочка, незначительные нарушения процессов реполяризации в околорубцовой области. На момент осмотра больной вернулся к трудовой деятельности, работает механизатором.

Данный случай доложен на заседании хирургического общества.

Сведения об авторах

Борисенко Дмитрий Александрович, зав. хирургическим отделением Кагальницкой ЦРБ Ростовской области.

Борисенко Александр Петрович, ординатор Зерноградской ЦРБ Ростовской обл.

Маслов Александр Иванович, доц. кафедры общей хирургии РостГМУ, к.м.н., моб. тел. 8 903 471 7710.

Шапошников Николай Алексеевич, зав. хирургическим отделением Пролетарской ЦРБ Ростовской обл., засл. врач РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М. Ранения сердца: методическое пособие для постдипломного образования врачей / М.М.Абакумов. Л.Н.Костюченко, Ю.А.Радченко. – М., 2004. - 28 с.
2. Булынин В.И., Косоногов Л.Ф., Вульф В.Н. Ранения сердца // Изд-во ВГУ, 1989.- 128 с.

УДК 616.33-007.271-02:616.33-002.44-089
©И.И. Таранов, А.И.Маслов, А.А. Колесниченко,2012

И.И. Таранов, А.И.Маслов, А.А. Колесниченко

К ПРОБЛЕМЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ВОЗНИКШИМ НА ФОНЕ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Ростовский государственный медицинский университет, Городская больница скорой медицинской помощи № 2, г. Ростов-на-Дону

От выбора адекватной предоперационной подготовки во многом зависят результаты лечения больных с язвенным кровотечением, возникшем на фоне пилородуодельного стеноза. Применение двухканального питательно-декомпрессионного зонда у данной группы больных, с применением соответствующей инфузионной терапии позволяет ускорить ликвидацию метаболических нарушений и более адекватно подготовить пациентов к операции.

Ключевые слова: язвенное кровотечение, пилородуоденостеноз, декомпрессионный зонд.

I.I. Taranov, A.I. Maslov, A.A. Kolesnichenko

ABOUT A PROBLEM OF PREOPERATIVE TRAINING OF THE PATIENTS WITH ULCEROUS HAEMORRHAGE AGAINST A BACKGROUND OF PYLORIC-DUODENAL STENOSIS

Rostov State Medical University, 2nd City Ambulance Hospital, Rostov

The results of treatment of the patients with ulcerous haemorrhage in many respects depends on adequeate preoperative training. Using of two-channel nourishing-decompression probe and suitable infusion therapy in this group of patients allows to speed up the liquidation of metabolic violations and more sufficiently train the patients to operation.

Keywords: ulcerous haemorrhage, pyloric-duodenal stenosis, decompression probe.

Как известно, у небольшой группы пациентов язвенное кровотечение возникает на фоне развившегося пилородуоденального стеноза. Вместе с тем, лечение данной категории больных представляется весьма сложным в связи с наличием до кровотечения разной степени выраженности водно-электролитных и метаболических нарушений [1,2]. Язвен-

ное кровотечение усугубляет эти нарушения. В связи с этим в предоперационном периоде компенсации этих нарушений необходимо уделять особое значение.

Под нашим наблюдением находилось 76 больных с язвенным кровотечением, возникшим на фоне пилородуоденального стеноза. Тяжесть состояния пациентов определялась явления гиповолемии в связи с язвенным кровотечением и имевшим место эксикозом по соледефицитному типу (снижение уровня в крови ионной калия, натрия хлора, кальция), сдвигами кислотно-щелочного состояния в сторону декомпенсированного метаболического ацидоза (у 12 чел.) или в сторону метаболического алкалоза (у 16 чел,) и явлениями азотэмии у лиц с субкомпенсированным и декомпенсированным пилородуоденальным стенозом. В 4 наблюдениях имели место явления гастральной тетании в результате многократной рвоты. Язвенное кровотечение у этих пациентов было незначительным, но оно еще более усугубляло их состояние. У 13 больных с субкомпенсированным пилородуоденальным стенозом в клинической картине превалировали явления гиповолемии, вызванные язвенным кровотечением. Водно-электролитные сдвиги и изменения кислотно-щелочного состояния были выражены умеренно.

Состав предоперационной подготовки больных определяли превалированием в клинических проявлениях водно-электролитных нарушений или язвенного кровотечения. Обязательно выполняли эндоскопическую виуализацию зоны пилородуоденального стеноза и по возможности язвы. Больным с превалированием признаков кровотечения назначали гемостатическую и стандартную инфузионную терапию в соответствие с величиной кровопотери. Особое внимание уделяли лицам с превалированием в клинической картине явлений эксикоза. Кроме инфузий электролитных растворов и средств, влияющих на кислотно-щелочное состояние, гемодинамических и гемостатических препаратов, обязательно старались в определенной мере восстановить пассаж химуса из желудка или вводить питательные смеси в двенадцатиперстную кишку через зонд. Для этого лицам с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом устанавливали постоянный назогастральный зонд и осуществляли многократные промывания желудка раствором питьевой соды, а спустя 3 суток, по снижению воспалительных явлений слизистой оболочки в зоне стеноза, пациентам устанавливали двухканальный питательно-декомпрессионный зонд (свидетельство на полезную модель № 6510). Канал для питания проводили через зону стеноза в двенадцатиперстную кишку, а канал для декомпрессии располагали в просвете желудка. Больным разрешали прием жидкости через рот, которая, промывая желудок, вытекала наружу через канал для декомпрессии. По каналу для питания осуществляли капельное (по 20-30 капель в 1 минуту) введение вначале солевых растворов, а в последую-

щем жидких питательных смесей из натуральных продуктов в объеме 1,5-1,8 л в сутки. Дополнительно вводили солевые растворы внутривенно. Состояние пациентов при таком лечении быстро улучшалось, метаболические нарушения убывали.

Лицам с субкомпенсированным стенозом также устанавливали назогастральный зонд и осуществляли промывание желудка. В 4 случаях в желудок и двенадцатиперстную кишку был сразу установлен двухканальный питательно-декомпрессионный зонд и проводилось питание по указанному выше методу. Явления воспаления слизистой оболочки желудка быстро уменьшились. Двухканальный питательно-декомпрессионный зонд был удален и больных перевели на пероральное питание жидкой пищей. Такая предоперационная подготовка позволила к 8-16 дню подготовить пациентов с субкомпенсированным и декомпенсированным пилородуоденальным стенозом к операции.

Таким образом, предоперационная подготовка больных с язвенным кровотечением, возникшем на фоне пилородуоденального стеноза зависит от выраженности проявлений пилородуоденального стеноза или кровотечения. Применение двухканального питательно-декомпрессионного зонда у лиц с декомпенсированным и субкомпенсированным пилородуоденальным стенозом позволяет ускорить ликвидацию метаболических нарушений и более адекватно подготовить пациентов к операции.

Сведения об авторах

Таранов Иван Ильич, проф., зав. кафедрой военно-полевой хирургии РостГМУ, моб. тел. 8 918 50 74 557.

Маслов Александр Иванович к.м.н., доц. кафедры общей хирургии РостГМУ, моб. тел. 8 903 471 7710.

Колесниченко Александр Александрович, аспирант кафедры военно-полевой хирургии РостГМУ

ЛИТЕРАТУРА

1. Демко А.Е., Зайцев М.Г. Хирургическая тактика у больных стенозирующими язвами ДПК, сочетающимися с язвенным кровотечением // Военно-медицинская академия, СПБ. Статья опубликована на сайте http: // www.gastroscan.ru
2. Нечипоренко Е.И. Особенности диагностики и лечения больных со стенозирующими кровоточащими пилородуоденальными язвами // Диссерт. на соискание учёной степени к.м.н. – Москва. – 2009. – 127 с.
3. Панцырев Ю.М, Чернякевич С.А., Михалёв А.И. Клиническое лечение язвенного пилородуоденостеноза // Журнал им. Н.И.Пирогова, 2003.-№2.-С.16-18.

УДК 617-089.061.3

©Д.В.Кучер, В.Г. Рындин, Л.А. Рындина, А.И. Маслов, 2012

Д.В. Кучер, В.Г. Рындин, Л.А. Рындина, А.И.Маслов

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

Ростовская область г. Белая Калитва,
МБУЗ ЦРБ Белокалитвинского района

Лечение кровотечений из верхнего отдела желудочно – кишечного тракта является одной из сложных проблем в абдоминальной хирургии. Повсеместно отмечается тенденция к росту числа пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями (ОГДЯК), в первую очередь, связана с неуклонным увеличением заболеваемости пациентов свыше 60 лет

Ключевые слова: гастродуоденальные кровотечения, методы диагностики кровотечения

D.V. Kucher, V.G. Ryindin, L.A. Ryindina, A.I. Maslov

OUR EXPERIENCE IN TREATING OF ACUTE EROSIVE-ULCEROUS GASTRO-DUODENAL HAEMORRHAGES IN THE CONDITIONS OF CENTRAL REGIONAL HOSPITAL

Belaya Kalitva, Rostov Region
Belokalitvinsky district's Central Regional Hospital

Treating of the haemorrhages from the upper section of gastrointestinal tract is one of the complicated problems of abdominal surgery. There is the tendency of increase of the number of patients with gastroduodenal haemorrhages which is connected with extension of over 60 years old patients' morbidity.

Keywords: gastroduodenal haemorrhages, haemorrhages' diagnostics methods

Актуальность проблемы.

Лечение кровотечений из верхнего отдела желудочно – кишечного тракта является одной из сложных проблем в абдоминальной хирургии. Повсеместно отмечается тенденция к росту числа пациентов с острыми гастродуоденальными кровотечениями (ОГДЯК),

в первую очередь, связана с неуклонным увеличением заболеваемости пациентов свыше 60 лет [1,2,3,4,5].

Цель работы.

Целью настоящей публикации является изложение нашей концепции лечения острых эрозивно – язвенных гастродуоденальных кровотечений в условиях ЦРБ, основанной на собственном опыте.

Материалы и методы.

В нашем отделении проведен анализ результатов лечения 768 пациентов с гастродуоденальным язвенным кровотечением с 2006 по 2011г. Основную группу составили мужчины работоспособного возраста 53%, больных с локализацией язвы двенадцатиперстной кишки было в 2,5 раза больше, чем в желудке, мужчин было 88,7%, женщин -11,3%.

В настоящее время одной из самых сложных проблем в абдоминальной хирургии является лечение кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. В нашем отделении проведен анализ результатов лечения 768 пациентов с гастродуоденальным язвенным кровотечением с 2006 по 2011 г. Основную группу составили мужчины работоспособного возраста 53%, больных с локализацией язвы двенадцатиперстной кишки было в 2,5 раза больше, чем в желудке, мужчин было 88,7%, женщин – 11,3%.

Основным методом диагностики источника кровотечения была экстренная эзофагогастродуоденоскопия, которая выполнялась при поступлении больного в приемное отделение, при нестабильных показателях гемодинамики больной переводился в отделение реанимации, где наряду с лечением проводился эндоскопический гемостаз кровотечения у большинства больных. Эндоскопический гемостаз включает инфильтрационный метод: 70-градусный спирт с раствором адреналина, так как он не требует специального оборудования. Наш опыт в лечении данных больных позволяет осуществлять надежный эндоскопический гемостаз при обязательной внутривенной медикаментозной язвенной болезни квамателом у больных с гигантскими пенетрирующими язвами. Лечение проводилось с учетом данных эндоскопии и внутрижелудочной РН-метрии. Комплекс противоязвенной включал:

- Лосек 80 мг – 5 суток внутривенные инфузии, затем в таблетированнм виде 40 мг. 3 раза в сутки,
- антацидные гели 4 раза в сутки,
- вентер 1 г. 3 раза в сутки
- актовегин 4 мл. 1 раз в сутки в виде инфузии

У больных с низким уровнем желудочной секреции в комплекс терапии добавляли церукал 2 мл. 3 раза виде внутримышечных инъекций. Наш опыт свидетельствует о положительной роли раннего парентерального питания у реанимационных больных с желудочно-кишечным кровотечением начиная со 2-х суток пребывания в стационаре. В большинстве случаев комплекс консервативных мероприятий в сочетании с эндоскопическим гемостазом был эффективным. После остановки кровотечения или профилактических мероприятий пациенты получали антисекреторную, гемостатическую и заместительную терапию. У 7 пациентов в течение нескольких часов после первой эзофагогастродуоденоскопии наблюдался рецидив желудочно-кишечного кровотечения. Пятеро из них прооперированы, двое умерли без операции. У них был неадекватный эндоскопический гемостаз, ограниченный техническими возможностями и тяжестью состояния пациента.

В результате выработанной на клиническом опыте тактики лечения гастродуоденальных кровотечений у тяжелых больных, нам удалось улучшить результаты лечения этих больных, так как за последние 4 года гастро-дуоденальные кровотечения не явились непосредственной причиной ни у одного из больных в критическом состоянии.

Таким образом, при гастро-дуоденальных кровотечениях активный эндоскопический гемостаз позволяет уменьшить оперативную активность в 5 раз.

Эндохирургическая тактика с динамической эндоскопией позволила снизить общую летальность до 1,5% и избежать послеоперационную летальность. Эндогастродуоденоскопию проводили при необходимости ежедневно, при остановившемся кровотечении 1 раз в 5 дней с целью контроля за динамикой эпителизации слизистой оболочки и двенадцатиперстной кишки.

Выводы:

- Анализ непосредственных результатов лечения больных с кровоточащими язвами убедили нас в необходимости перехода на активно-индивидуальную тактику лечения язвенных кровотечений.
- Экстренную операцию считаем показанной у больных с продолжающимися кровотечениями и с рецидивным кровотечением, возникшим на фоне начатого консервативного лечения.
- При удачном эндоскопическом гемостазе следует оценивать его качество и ставить показания к превентивной операции или к динамической эндоскопии.
- Основной методом ранней диагностики источника кровотечения является экстренная эндоскопия, которая выявляет локализацию, характер источника кровотечения, активность кровотечения, его степень тяжести и угрозу возобновления.

- Экстренные хирургические вмешательства при гастро-дуоденальных кровотечениях должны проводиться только при неэффективности консервативных мероприятий.

Сведения об авторах статьи:

Кучер Денис Валерьевич, к.м.н., заведующий хирургическим отделением Белокалитвенской ЦРБ, сл. Тел. 8(863)8320106

Рындин Вячеслав Григорьевич, к.м.н. ординатор хирургического отделения Белокалитвенской ЦРБ, моб. Тел. 89281448200

Рындина Любовь Алексеевна, врач- ординатор Белокалитвенской ЦРБ

Маслов Александр Иванович, к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Рост ГМУ моб тел. 8-9034717710

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасенко В.П. принципы тактики и хирургического лечения больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями/ Афанасенко В.П.- Обзорная информация по проблеме «Неотложная хирургия» НИИ им. Н.В.Склифосовского.- М., 2001.- Вып.7-с.43-44
2. Вербицкий В.Г. Желудочно –кишечные кровотечения язвенной этиологии/ В.Г.Вербицкий, С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин.- Спб.- Политехника, 2004.- 152с.
3. Гостищев В.К. Обоснование выбора хирургической тактики при острых гастродуоденальтных язвенных кровотечениях/ В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов// Материалы Первого Съезда хирургов Южного Федерального Округа, 27-28 сентября 2007г.-Ростов –на –дону-с. 108
4. Евсеев М.А., Ивахов Г.Б. Особенности хирургической тактики при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии у больных старших возрастных групп// Материалы V Всероссийской научной конференции общих хирургов объединенной с пленумом проблемных комиссий РАМН «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» Межведомственного научного совта по хирургии. Москва –Ростов –на Дону, 2008.- с.44-46
5. Мизиев И.А. Роль эндоскопической оценки язвенных кровотечений в комплексе прогнозирования рецидива геморрагий// И.А.Мизиев, М.М. Мисроков, О.Ю. Дабагов// Эндоскопическая хирургия.-2005.-№1-с.85-86

УДК 614.86./88

©А.М. Давлетшин, С.Н.Хунафин,2012

А.М.Давлетшин, С.Н.Хунафин

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП В ЗАТОНСКОМ РАЙОНЕ Г. УФЫ

МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» ГО г. Уфа,

ГБО ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвити Россия

В статье приведены резулдьтаты организации оказания скорой медицинской помощи пострадавшим при дорожно – транспортных происшествиях ДТП в районе Затона г. Уфы.

Ключевые слова: Скорая медицинская помощь, дорожно-транспортное происшествие

A.M. Davletshin, S.N. Hunafin

THE ORGANIZATION FEATURES OF THE FIRST AID ON PREHOSPITAL STAGE TO THE TRAFFIC ACCIDENT VICTIMS IN ZATON DISTRICT OF UFA

Ambulance station, Ufa, Bashkir State Medical University

The results of the first aid’s organization to the traffic accident victims in Zaton district of Ufa are adducted in this article.

Keywords: ambulance, traffic accident.

Целью исследования явился анализ результатов оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при дорожно – транспортных происшествиях (ДТП) в районе Затона г. Уфы.

Актульность

Актуальность темы обусловлена тем, что ежегодно происходит увеличение количества ДТП на дорогах страны. Одним из интенсивных участков движения автотраспорта является район Затона, где проходят Федеральная трасса М5 и республиканские дороги. Оказанием неотложной медицинской помощи занимаются сотрудники Ленинской подстанции станции скорой медицинской помощи г. Уфы.

В результате интенсивности движения автотранспорта возникают большие пробки и в этих ситуациях бригадам скорой медицинской помощи не всегда удается во время

доехать до места ДТП. Водители транспортных средств не уступают дорогу санитарному транспорту, тем самым нарушаются Правила дорожного движения. Отсутствует реальная помощь со стороны сотрудников ДПС в налаживании порядка на дорогах страны. Согласно существующих нормативных документов по медицине кататсроф в Российской Федерации для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП определен 1 час времени, который обозначен как «Золотой час» и пострадавший в течении часа должен доставляться в операционную.

Материалы и методы.

Изучены карты вызовов Ленинкой подстанции бригадами СМП обслуживающие район Затона в 2010-2011 годы.

Результаты и их обсуждение.

В последние 2 года увеличилось количество ДТП с 46 до 69 и тем самым возросла нагрузка на выездные бригады Затонского филиала Ленинкой подстанции. Так, если в 2010г. нагрузка на 1 врачебную бригаду составила 1,6. в 2011г.-1,8. В Ленинской подстанции эти показатели составили 1,2 и 1,4 соотвественно. следовательно, с целью улучшения оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в ДТП в районе Затона очевидна необходимость базирования на территории Затонского филиала специализированной травматологической бригады.

Сведения об авторах статьи

Давлетшин Алик Марсович – выездной врач Затонского филиала Ленинской подстанции станции скорой медицинской помощи г. Уфы 8-917-78-25-230

Хунафин Саубан Нурлыгаянович – д.м.н. профессор кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО ГБО УВПО «БГМУ» МЗ и Соцразвития РФ, академик РАЕМТА, заслуженный работник Высшей школы РФ, заслуженный медик РФ, РБ, 8(347)235-75-76, e-mail Khunafun@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в РФ/ под редакцией А.Г.мирошниченко и В.А. Михайловича СПб СПб МАПО 2001-185с.
2. Неотложные состояния: Перевод с английского по редакцией А.И. Мартынова –М. 2003г.
3. Алгоритмы диагностики и лечения пострадавших при ДТП./под ред. И.Г. Абраменко –Иваново-2010-97с.

УДК 614.86/88 (1-21)

©С.Н. Хунафин, М.С. Кунафин, Р.Р. Юсупов, М.Ш. Чанышев, А.Ф. Власов, Ф.С. Мусина, Г.Р. Чанышева, Ф.Д. Тимербулатов, Л.Ф. Максютова, Р.Т. Хамидуллин, 2012

С.Н. Хунафин, М.С. Кунафин, Р.Р. Юсупов, М.Ш. Чанышев, А.Ф. Власов, Ф.С. Мусина, Г.Р. Чанышева, Ф.Д. Тимербулатов, Л.Ф. Максютова, Р.Т. Хамидуллин

ПОДГОТОВКА ВРАЧЕБНОГО СОСТАВА ДЛЯ РАБОТЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Республиканский центр медицины катастроф МЗ РБ, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» РФ, г. Уфа, Россия

Характеристика ЧС на территории РБ, формирования службы медицины катастроф участвующие в ликвидации последствий ЧС, статистическая информация, обучение медицинских кадров, населения РБ.

Ключевые слова: Служба медицины катастроф РБ (СМК РБ), Формирования СМК РБ, скорая помощь, чрезвычайные происшествия (ЧС), дорожно-транспортные пришествия (ДТП), Федеральная целевая программа.

S.N.Khounafin, M.S.Kounafin, R.R.Yusoupov, M.Sh.Chanishev,A.F Vlasov, F.S.Mousina, G.R. Chanisheva, F.D.Timerbulatov, L.F.Maksyutova, R.T.Khamidoullin

MEDICAL DOCTORS TRAINIG FOR PRE-HOSPITAL WORK IN CASE OF EMERGENCY IN REPUBLIC BASHKORTOSTAN

Republic Bashkortostan Emergency Disaster Services Center,
Ministry of Public Health Republic Bashkortostan,
State Educational Institution of Higher Professional Training "Bashkortostan State Medical University". Russia, Republic Bashkortostan, Ufa.

Emergency event characteristics on Republic Bashkortostan territory, EDS Formations taking part in emergency event consequences liquidation, statistics information, health care manpower and Republic Bashkortostan population education.

Keywords: Emergency Disaster Services Republic Bashkortostan (EDS RB), EDS Formation of Republic Bashkortostan, ambulance, emergency event, road traffic accident (RTI), Federal Target Program.

Республика Башкортостан (РБ) является крупным промышленно развитым регионом Российской Федерации, где сосредоточены ведущие комплексы нефтехимической, химической, машиностроительной отрасли с развитой инфраструктурой, дорожной и транспортной сети, где довольно высок риск возникновения крупных техногенных катастроф.

На территории РБ в последние года наметилась тенденция к увеличению количества чрезвычайных ситуаций (ЧС) (табл. 1).

Таблица 1

Уровень и структура происшедших чрезвычайных ситуаций за 2009 - 2011 годы

№ п/п	Наименование ЧС	2009 год		2010 год		2011 год		Показатель наглядности в % к 2010 г.
		абс. кол.	%	абс. кол.	%	абс. кол.	%	
1.	Техногенные	119	99,2	108	99,1	188	96,9	+42,6
2.	Природные							
3.	Биолого-социальные			1	0,9	4	2,1	+75,0
4.	Социальные	1	0,8			2	1,0	-
В С Е Г О :		120	100	109	100	194	100	+43,8

Все они являются локальными с количеством пострадавших, не превышающих 10-20 человек. От 92 до 99 % от общего числа составляют техногенные ЧС, большей частью, связанные с дорожно-транспортными происшествиями (ДТП). При этом отмечался рост доли пожаров и взрывов, в 2005 г пожары и взрывы составляли 34,1 %, в 2007 - 34% в 2008 - 51%, в 2009г. - 42%. 2010г – 47,2%, в 2011году снизилось до 21,8%, что связано по всей вероятности с профилактическими мероприятиями проводимые в республике.

Таблица 2

Структура формирований службы медицины катастроф

№ п/п	Наименование формирований	Абсолютное количество	Удельный вес в %
1.	Бригады скорой медицинской помощи	305	38,9
2.	Бригады специализированной медицинской помощи	132	16,9
	из них постоянной готовности	*55*	*41.6*
3	Бригады первой врачебной помощи (врачебно-сестринские бригады)	164	20,9
4	Бригады доврачебной медицинской помощи	182	23,3
	Всего:	**783**	**100.0**

Служба медицины катастроф РБ (СМК РБ) на сегодняшний день представлена следующими формированиями (табл.2).

В структуре формирований медицины катастроф удельный вес бригад скорой медицинской помощи составляет 40,8%; бригады доврачебной и первой врачебной помощи – 43,7%; бригад специализированной медицинской помощи 15,5%.

Таблица 3

Состав бригад скорой медицинской помощи в СМК РБ

Бригады скорой медицинской помощи		**305**
- фельдшерские		197
- врачебные (лечебно-эвакуационные)		72
- специализированные		36
из них:	- травматологические	1
	- кардиологические	9
	- интенсивной терапии	1
	- психиатрические	4
	- реанимационные	6
	- педиатрические	15

В 2011 году для ликвидации медико-санитарных последствий возникших ЧС привлечено 233 (2009 г. - 120; 2010 г.- 130) формирований службы медицины катастроф, по сравнению с 2010 годом на 113 формирования больше, что связано напрямую с показателем количества ЧС.

В структуре привлеченных для ликвидации медико-санитарных последствий возникших ЧС формирований службы медицины катастроф удельный вес бригад скорой медицинской помощи в 2011 году составил – 92,7 (2009 г. – 95,0%: 2010 г.- 93,8); бригад специализированной помощи – 6,4% (2009 г. – 5,0 %; 2010 г.- 6,2%), что обусловлено качеством работы бригад скорой медицинской помощи и достаточностью количества бригад.

В структуре чрезвычайных ситуаций основное место занимают чрезвычайные ситуации техногенного характера. Удельный вес чрезвычайных ситуаций техногенного характера за 2011 год составляет 96,9% (2009 г - 99,2%, 2010 г. – 99,1%;), а в абсолютном количестве, по сравнению с 2010 годом, увеличилось на 80 случаев. Удельный вес чрезвычайных ситуаций биолого-социального остаются на уровне от 0,9% до 2,1%.

В структуре чрезвычайных ситуаций техногенные ЧС составляют до 99 %. ДТП соответственно составляют от 65 до 57 % от общего числа техногенных ЧС.

Общее количество ДТП по РБ составляет свыше 5 тыс. в год, в которых до 7 тыс. граждан получали травмы, в том числе свыше 700 – погибли.

Ситуация на автомобильных дорогах республики остается напряженной, что связано с несоответствием темпов развития дорожно-транспортной системы и автомобилизации уровню правосознания и подготовки участников дорожного движения.

Согласно Федеральной программе по ДТП прикрытие автомобильных трасс возложены в основном на службу скорой медицинской помощи в пределах административных границ региональных, городских и муниципальных образований. Количество бригад скорой медицинской помощи (СМП) определяется из расчета 1 бригада на 10 тысяч населения обслуживаемой территории. При этом не учитываются количество проезжающих автомобилей и количество ДТП.

Сроки прибытия бригады СМП в среднем по Республики колеблется от 6 до 18 минут. Но имеют места факты прибытия скорой помощи в районах на место ДТП до 1 часа, что связано с большими расстояниями и недостаточным количеством бригад.

К сожалению в Республиканской целевой программе «Безопасность дорожного движения» на 2010 – 2012 годы из общей суммы 1 млд. 787 млн. 948 тыс. руб. на систему здравоохранения выделено 105 тыс. руб. в основном на обучение сотрудников ГИБДД МВД по РБ приемам оказания первой помощи при ДТП.

В соответствии с Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» ГКУЗ Центр медицины катастроф РБ оснащен учебный центр по обучению сотрудников служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП, приемам оказания первой м помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП на 2 млн.700 тыс рублей. Сюда входит компьютерный класс на 12 мест, манекены – имитаторы различных травм от ребенка 6 мес до взрослого пациента, манекен-симулятор различных состояний взрослого, всего 12 шт., учебные пособия.

Таблица 4

Показатели работы учебного центра ГКУЗ ЦМК РБ

	Курсанты ИПО БГМУ	**Сотрудники силовых ведомств**	**Курсанты красного креста**	**Водители**	**Население**
2010	395	41	50	235	50
2011	208	-	112	306	-

В рамках подготовки медицинского персонала для работы в ЧС курсанты ИПО БГМУ проходят обучение по 12-ти часовой программе по медицине катастроф. За время существования кафедры скорой помощи, медицины катастроф с курсом термической травмы ИПО БГМУ по этой программе прошли подготовку более 16300 врачей, 30 врачей-интернов, 30 клинических ординаторов, организованы 144 часовые циклы для работников ГИБДД РБ по первой помощи, выездные циклы по термической травме.

В 2009 – 2010 г.г. в рамках реализации федеральной целевой программы "Повышение безопасности дорожного движения на 2006-2012 годы", на федеральной трассе М-7 «Волга» М-5 «Урал» организованы: Региональный травматологический центр по оказанию специализированный медицинской помощи при ДТП расположенный в г.Уфе, и районные травматологический центр расположенный в г.Дюртюли, г. Октябрьский. Центры оснащены современным медицинским оборудованием, средствами видео конференц-связи, медицинским специализированным автотранспортом. В 2011 – 2012гг. мероприятия проводятся по федеральной трассе Уфа - Оренбург. Это значительно сократит время оказания пострадавшим специализированной медицинской помощи в ЛПУ.

На сегодняшний момент усилия федеральных и республиканских властей в части безопасности дорожного движения позволили снизить количество ДТП на дорогах:

Таблица 5

Частота ДТП на федеральных и республиканских дорогах РБ

№	Наименование показателя	М5 «Урал»			М7 «Волга»			Всего по РБ		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1	Общее кол-во ДТП	163	157	182	85	76	85	5280	5163	5160
2	Кол-во пострадавших, из них:	255	251	301	144	136	143	7150	7101	7147
3	Погибшие, из них:	38	41	62	27	17	28	663	658	724

Дальнейшая работа по реализации Федеральной и Республиканских программ направленные на безопасность дорожного движения позволит сохранить тенденцию снижения количества пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях на территории РБ.

Выводы

1. На территории Республики Башкортостан в последний год наблюдается увеличение количества техногенных катастроф, среди которых ДТП составляют 57 %.

2. В ликвидации медицинских последствий ЧС ведущее место (92,7%) занимает бригады скорой медицинской помощи, что обусловлено высокой мобильностью этих структур к выезду в течение 5-10 минут.
3. Дальнейшее совершенствование организации медицинской помощи на догоспитальном этапе при ЧС во многом зависит от уровня оснащения выездных бригад современным оборудованием, медикаментами, подготовки медицинского персонала РБ целенаправленно к оказанию неотложной медицинской помощи в ЧС.

Сведения об авторах статьи

Хунафин Саубан Нурлыгаянович д.м.н., профессор кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО БГМУ, г. Уфа тел. 235-75-76

Кунафин Марата Саубанович д.м.н., профессор, зав. кафедрой скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО БГМУ, г. Уфа тел. 235-75-76

Юсупов Ришат Рафаилович главный врач Республиканского центра медицины катастроф тел. 256-14-40 medkat@mail.ru.

Тимербулатов Фарит Давлетгареевич – к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО, зам. Гл. врача МБУЗ ССМП г. Уфы

Максютова Лена Фавзиевна, к.м.н. зав. отделением МУ ГКБ №18 тел. 233-39-20. lena.maks@mail.ru.

Чанышев Марат Шамилевич, к.м.н. зам. главного врача по медицинской части тел. 256-10-21 medkat@mail.ru

Мусина Флариса Сабирьяновна, к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО БГМУ, зам. директора ИПО БГМУ по интернатуре и клинической ординатуре, г. Уфа тел. 273-58-97, interord@mail.ru.

Власов Анатолий Филипович к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО БГМУ, г. Уфа тел. 235-75-76.

Чанышева Гульнара Рафаиловна врач кабинета КТ ГКУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г.Куватов

ЛИТЕРАТУРА

Аналитический обзор службы медицины катастроф РБ за 2009- 2011гг.

УДК: 614.86/88 (1-21)

© С.Н. Хунафин, Р.Р. Юсупов, М.Ш. Чанышев, Ф.Д. Тимербулатов, Л.Ф. Максютова, 2012

С.Н. Хунафин, Р.Р. Юсупов, М.Ш. Чанышев, Ф.Д. Тимербулатов,Л.Ф. Максютова

МЕЖРАЙОННЫЕ ЦЕНТРЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ КАК ЭТАП ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДТП.

Республиканский центр медицины катастроф МЗ РБ, ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» РФ, г. Уфа, Россия

Возможности МЦМК, показатели работы, характеристики ЧС, предложения и выводы.

Ключевые слова: Межрайонные центры медицины катастроф РБ (МЦМК)**,** структура службы медицины катастроф РБ (СМК РБ), ЧС.

Republic Bashkortostan Interdistrict Emergency Disaster Services Centers as an emergency medical treatment stage for people injured in road traffic incident.

S.N.Khounafin, M.S.Kounafin, R.R.Yusoupov, M.Sh.Chanishev, G.R. Chanisheva, F.D.Timerbulatov, L.F.Maksyutova.

Keywords: Republic Bashkortostan Interdistrict Emergency Disaster Services Center, Republic Bashkortostan Emergency Disaster Services structure, emergency event.

Актуальность

За последние десятилетия защита населения и территорий от ЧС, обусловленных не только силами природы, но и деятельностью человека (техногенные катастрофы), стала одной из актуальных направлений государственной политики.

Межрайонные центры медицины катастроф (МЦМК) на территории Республики Башкортостан созданы в 1993году приказом министерства здравоохранения РБ. Основанием организации МЦМК стал опыт работы подразделений министерства здравоохранения при ликвидации последствий Улу-Телякской катастрофы.

Сегодня в РБ функционируют 11 МЦМК, каждый, из которых, функционально объединяет силы и средства экстренной медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений зоны ответственности (5-7 районов и городов).

В каждом МЦМК, исходя из прогнозируемой медико-тактической обстановки при возможных ЧС в зоне ответственности, создан неснижаемый запас (зональный оперативный резерв) на 100 пораженных.

На 1.01.2012 г. в лечебно-профилактических учреждениях 11 МЦМК функционируют 747 формирований медицины катастроф.

В структуре формирований медицины катастроф удельный вес бригад скорой медицинской помощи составляет 40,8%; бригады экстренной до врачебной и первой врачебной помощи – 43,7%; бригад специализированной медицинской помощи 15,5%,.

При возникновении ЧС на ликвидацию медико-санитарных последствий в первые минуты направляются 28,9% формирований (I эшелон), 38,1% - в течение трех часов (II эшелон), далее привлекаются, по необходимости, формирования со сроками готовности свыше трех часов (III эшелон) – 33,0%.

Основные силы службы медицины катастроф сосредоточены в тех межрайонных центрах, центры которых являются крупными промышленными городами республики. В таких межрайонных центрах, как Белебеевский, Стерлитамакский, Нефтекамский, Сибайский, Кумертауский, Туймазинский удельный вес бригад скорой медицинской помощи выше от общего показателя по республике. По Уфимскому, Белорецкому, Бирскому, Салаватскому центрам данный показатель значительно ниже, что объясняется высоким удельным весом доврачебных и врачебных бригад от 37,7% до 63,6%, отсутствием в ЛПУ прикрепленных районов вторых бригад скорой медицинской помощи, особенно по Бирскому и Салаватскому (с. Малояз) центрам, а по Уфимскому центру - высоким удельным весом бригад специализированной медицинской помощи.

В структуре чрезвычайных ситуаций основное место занимают чрезвычайные ситуации техногенного характера. Удельный вес чрезвычайных ситуаций техногенного характера составляет 96,9. Увеличение количества ЧС соответствует тенденции роста техногенных ЧС по среднегодовым показателями. Удельный вес чрезвычайных ситуаций биолого-социального составляет 2,1%.

В структуре чрезвычайных ситуаций техногенного характера основное место занимают автодорожные аварии, пожары. Удельный вес автотранспортных аварий составляет 78,2%. Удельный вес пожаров (взрывов) составляет– 21,8%.

Эффективность МЦМК при оказании медицинской помощи пострадавшим при ЧС выражается в снижении фазы изоляции при техногенных ЧС с 22 минут в 1993 году до 15 минут в 2011 году.

В организационно-методических указаниях по подготовке службы медицины катастроф Минздравсоцразвития РФ напрямую указывается на необходимость создания МЦМК в субъектах РФ, приводя в пример, в том числе и Республику Башкортостан.

На сегодняшний день основную нагрузку по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС несут на себе внештатные формирования СМК РБ ЛПУ муниципальных и районных образований Республики Башкортостан.

Успех же, в области предупреждения, снижения уровня угрозы или ликвидаций последствий ЧС, в целом, возможен лишь при согласованном действий органов управления, как на республиканском, так и на местном уровне, также, постоянного внимания к этому со стороны руководителей объектов экономики.

С целью решения этой проблемы необходимо:

1. Функции МЦМК возложены на муниципальные структуры здравоохранения районного или городского уровня. Нет специально выделенных ставок и физических лиц, решение задач МЦМК сотрудники учреждений выполняют, совмещая с должностными обязанностями, что сказывается на качестве и скорости исполнения;
2. Отсутствие штатных формирований в составе МЦМК не позволяет оперативно реагировать на угрозу ЧС, привлечение бригад скорой медицинской помощи муниципального учреждения лишь частично решает эту задачу. Бригада скорой помощи вынуждена простаивать несколько часов, при этом, что особенно актуально в районах Республики, страдают пациенты, дожидаясь прибытия бригады СМП;
3. В структурах муниципальных учреждений здравоохранения, на которые возложены функции МЦМК, непредусмотрено помещения для хранения зонального оперативного резерва. Так же не продуманы источники финансирования этого резерва.

Выводы

С целью улучшения оказания медицинской помощи пострадавшим при ЧС необходимо:

1. Выделить МЦМК в самостоятельную структуру, со штатными единицами, в составе Центра медицины катастроф РБ;
2. Создать на базе МЦМК штатные формирования Службы медицины катастроф
3. В составе МЦМК создать складскую базу для накопления и хранения зонального оперативного резерва.

Сведения об авторах статьи:

Хунафин Саубан Нурлыгаянович д.м.н., профессор кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО БГМУ, г. Уфа тел. 235-75-76

Юсупов Ришат Рафаилович главный врач Республиканского центра медицины катастроф тел. 256-14-40 medkat@mail.ru.

Чанышев Марат Шамилевич, к.м.н. зам. главного врача по медицинской части тел. 256-10-21 medkat@mail.ru

Тимербулатов Фарит Давлетгареевич – к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ИПО, зам. Гл. врача МБУЗ ССМП г. Уфы

Максютова Лена Фавзиевна, к.м.н. зав. отделением МУ ГКБ №18 тел. 233-39-20. lena.maks@mail.ru.