

ШОШИЛИНЧ ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ

ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

2019, том 12, №3

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2008 г. Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0292 от 15.08.2007

Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан
для публикации основных научных результатов докторских диссертаций
Включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ (Ташкент):

Главный редактор: ХАДЖИБАЕВ АБДУХАКИМ МУМИНОВИЧ, д.м.н., профессор

Р.Н. АКАЛАЕВ, Х.А. АКИЛОВ, Д.А. АЛИМОВ, Б.К. АЛТЫЕВ, Ш.И. КАРИМОВ, К.Э. МАХКАМОВ,
Ф.Г. НАЗЫРОВ, К.С. РИЗАЕВ, ДЖ.М. САБИРОВ, Ф.А. ХАДЖИБАЕВ, А.А. ХУДАЯРОВ, В.Х. ШАРИПОВА,
Б.И.ШУКУРОВ (ответственный секретарь)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

М.Ж. Азизов (Ташкент)	А.И. Икрамов (Ташкент)	Ю.С. Полушин (Санкт - Петербург)
М.М. Акбаров (Ташкент)	С.А. Кабанова (Москва)	Д.А. Сапаев (Ургенч)
Ф.Б. Алиджанов (Ташкент)	Г.М. Кариев (Ташкент)	А.Б. Тиляков (Самарканд)
Х.П. Алимова (Ташкент)	М.Л. Кенжаев (Бухара)	Д.Б. Туляганов (Джизак)
А.Л. Аляви (Ташкент)	Р.Д. Курбанов (Ташкент)	Р.П. Туляков (Карши)
С.Ф. Багненко (Санкт-Петербург)	Б.А. Магруппов (Ташкент)	А.Д. Фаязов (Ташкент)
С.М. Бегалиев (Нукус)	И.П. Миннулин (Санкт-Петербург)	А.Ф. Черноусов (Москва)
Е.М. Борисова (Ташкент)	А.Г. Мирошниченко (С.-Петербург)	А.М. Шарипов (Ташкент)
Д.Г. Бурибаев (Андижан)	В.В. Мороз (Москва)	А.Т. Эрметов (Наманган)
Э.Ю. Валиев (Ташкент)	Г.Ф. Муслимов (Баку)	Б.А. Янгиев (Термез)
Б.Г. Гафуров (Ташкент)	З.М. Низамходжаев (Ташкент)	Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)
Б.Т. Даминов (Ташкент)	В.Е. Парфенов (Санкт-Петербург)	

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

Адрес редакции:
100115, Узбекистан, Ташкент, Кичик халка йули, 2.
Тел.: (99871) 1504600, 1504601. E-mail: shta@minzdrav.uz
Индекс подписки 1204

Тираж 2800 . Формат 60 x 84 1/8. Бумага мелованая. Усл. печ. л. 26,04. Уч. изд. 24,31. Заказ № 19-342.
Отпечатано в издательско-полиграфическом творческом доме «Узбекистан».

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Ассоциация врачей экстренной
медицинской помощи Узбекистана



THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE

Vol.12 3'2019

SCIENTIFIC PRACTICAL JOURNAL UNDER REVIEW

Included the list of scientific publications recommended by the advanced attestation commission of the Republic of Uzbekistan for publication of the main scientific results of doctoral dissertations
Journal is indexed in Russian Science Citation Index (RSCI)

EDITORIAL BOARD (Tashkent):

Editor-in-Chief: ABDUKHAKIM MUMINOVICH KHADJIBAEV, Doctor of science, professor

R.N. AKALAEV, H.A. AKILOV, D.A. ALIMOV, B.K. ALTYEV, SH.I. KARIMOV, K.E. MAHKAMOV, F.G. NAZYROV, K.S. RIZAEV, Dj.M. SABIROV, F.A. KHADJIBAEV, A.A. HUDAYAROV, V.H. SHARIPOVA, B.I.SHUKUROV (executive editor)

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL

M.J. Azizov (Tashkent)	A.I. Ikramov (Tashkent)	Yu.S. Polushin (Saint Petersburg)
M.M. Akbarov (Tashkent)	S.A. Kabanova (Moscow)	D.A. Sapaev (Urgench)
F.B. Alidjanov (Tashkent)	G.M. Kariev (Tashkent)	A.B. Tilyakov (Samarkand)
H.P. Alimova (Tashkent)	M.L. Kenzhaev (Bukhara)	D.B. Tulyaganov (Dzhizak)
A.L. Alyavi (Tashkent)	R.D. Kurbanov (Tashkent)	R.P. Tulyakov (Karshi)
S.F. Bagnenko (Saint Petersburg)	B.A. Magrupov (Tashkent)	A.D. Fayazov (Tashkent)
S.M. Begaliev (Nukus)	I.P. Minnulin (Saint Petersburg)	A.F. Chernousov (Moscow)
E.M. Borisova (Tashkent)	A.G. Miroshnichenko (Saint Petersburg)	A.M. Sharipov (Tashkent)
D.G. Buribaev (Andijan)	V.V. Moroz (Moscow)	A.T. Ermetov (Namangan)
E.Yu. Valiev (Tashkent)	G.F. Muslimov (Baku)	B.A. Yangiev (Termez)
B.G. Gafurov (Tashkent)	Z.M. Nizamhodzhaev (Tashkent)	Juha Hernesniemi (Helsinki, Finland)
B.T. Daminov (Tashkent)	V.E. Parfenov (Saint Petersburg)	

**The editors do not always share the point of view of the authors of the published materials
Responsibility for the content of advertising is borne by advertisers**

Address of the editorial office:
100115, Tashkent, Uzbekistan, str. Kichik halka yuli, 2.
Tel: (99871) 1504600, 1504601
E-mail: shta@minzdrav.uz; uzmedicine@mail.ru

The Ministry of Health of Republic of Uzbekistan
Emergency Medicine Physicians Association of Uzbekistan



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ЎЗБЕКИСТОН ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЗБЕКИСТАНА**

**«Шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари:
ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМНИНГ ШИФОХОНАГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧНИНГ
ЗАМОНАВИЙ ТАМОИЛЛАРИ ВА РИВОЖЛАНИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ»**

15-Республика илмий-амалиянжуманнинг

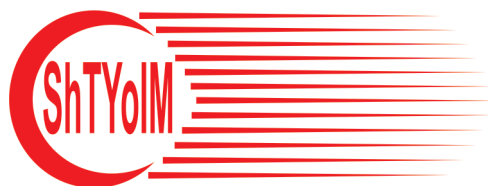
МАТЕРИАЛЛАРИ

(Фарғона, 2019 й. 17 май)

МАТЕРИАЛЫ

**15-й Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской
помощи:СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЗВЕНА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**

(Фергана, 17 мая 2019 г.)



ТАШКЕНТ – 2019

1. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ. КООРДИНАЦИЯ РАБОТЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И ГОСПИТАЛЬНОГО ЗВЕНА ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

СЛУЖБА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*Хаджибаев А.М., Шарипов А.М., Султонов Д.Т.,
Хамзаев К.А., Арслонов И.Н.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В Республике Узбекистан создана единая система по оказанию бесплатной экстренной высококвалифицированной медицинской помощи населению, которая включает Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, его региональные филиалы и отделения районных медицинских объединений, отвечающая самым высоким требованиям и международным стандартам службы скорой медицинской помощи (СМП).

В республике создана и функционирует система оказания населению скорой медицинской помощи с развитой инфраструктурой. Указом Президента Республики Узбекистан УП №2107 (1998 г.) и постановлением ПП №1114 (2009 г.) осуществлена организационная структуризация и модернизация системы экстренной медицинской помощи, в составе которой функционирует служба СМП. В настоящее время в результате значительных государственных инвестиций в службе СМП имеется 2404 единицы санитарного автотранспорта. Более 2300 выездных бригад оказывают медицинские услуги населению республики на месте вызова, в условиях автотранспорта и госпитализируют в стационарные отделения.

С целью дальнейшего совершенствования организации и оказания скорой медицинской помощи населению республики, формирования отвечающей современным требованиям организационной структуры службы СМП, обеспечения оснащения специализированным автотранспортом и оборудованием, повышения уровня обеспеченности выездных бригад лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, а также укомплектования квалифицированными медицинскими кадрами были приняты Указ (№УП-4985 от 16.03.2017г.) и постановления (№ПП-2838 от 16.03.2017 г., №ПП-3494 от 25.01.2018 г. и № ПП-3973 от 16.10.2018 г.) Президента Республики Узбекистан.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства на догоспитальном этапе, и является дорогостоящим видом помощи. Указом Президента Республики Узбекистан №4985 от 16 марта 2018 г. за последние 2 года нормативы финансовых затрат на единицу объема медицин-

ской помощи повышались в 4 раза. В 2018 г. на службу скорой медицинской помощи 103 Республики Узбекистан израсходовано более 19,2 млрд сум. Средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи в 2018 г. составила 4085 сум (в 2016 г. – 816 сум).

В 2018 г. бригадами СМП было обслужено более 9,8 млн вызовов. Проведенный анализ частоты и структуры причин выездов СМП в 2017 г. показал, что 166 выездов на 1000 всего населения были связаны с внезапными заболеваниями и патологическими состояниями; 4,6 – с несчастными случаями; 9,8 – с перевозкой больных, рожениц и родильниц и 4,5 – с родами и патологией беременности. Безрезультатные выезды СМП в структуре выполненных выездов бригадами составили 1,01%. Безрезультатные выезды – это случаи, когда больного не оказалось на месте, вызов был ложным (по данному адресу скорую медицинскую помощь не вызывали), не найден адрес, указанный при вызове, пациент оказался практически здоровым и не нуждался в помощи, вызов отменён.

В 2017 г. в Узбекистане бригадами скорой медицинской помощи было выполнено 5542 выезда для медицинского обслуживания спортивных и культурно-массовых, общественных мероприятий, в затраченное общее время данных обслуг этими бригадами выполнилось бы в среднем около 50 тыс. вызовов к населению.

За 2017-2018 гг. число госпитализированных больных, доставленных бригадами СМП, увеличилось с 27,9 до 35,1 на 1000 населения и составило почти 95% от общего числа госпитализированных в больничные учреждения. Проведен анализ основных показателей деятельности выездных бригад СМП, оснащение станций автотранспортом. На станциях скорой медицинской помощи в 2017 г. работало 2125 бригад (в 2016 г. – 1937, в 2018 г. – 2305). В структуре бригад СМП 19% составили фельдшерские (2017 г. – 25%). За 2017-2018 гг. обеспеченность выездными бригадами СМП всех профилей составила 0,72 на 10 тыс. населения.

В 2018 г. на станциях (отделениях) скорой медицинской помощи республики работают 2305 бригад СМП, из них 9,4% (231) реанимационные. При реализации приоритетного национального проекта служба скорой медицинской помощи оснащается новым санитарным автотранспортом, в рамках проекта Здоровье-3 в 2018 г. был получен 231 автомобиль СМП. В 2018 г. 74,2% автомобилей СМП имели срок эксплуатации до 8 лет, 25,8% – свыше 8 лет.

Немаловажным фактором эффективности работы службы СМП является формирование кадрового состава службы СМП. В службе скорой медицинской помощи Республики Узбекистан работают около 21 тыс. человек, в том числе 9 тыс. врачей, 12 тыс. средних ме-

1. Перспективы развития скорой медицинской помощи в современных условиях

дицинских работников. За 2017-2018 гг. численность врачей, работающих на СМП, увеличилась на 30%. В республике 85% врачей СМП являются врачами общего профиля (ВОП), остальные 15% – специалисты (кардиологи, педиатры и др.). Соотношение числа врачей и среднего медицинского персонала СМП по занятым должностям составило 1:1,25 (в 2015 г. – 1:2,1). За изучаемый период показатель обеспеченности персоналом, работающим на СМП, увеличился с 4,4 до 6,7 на 10 тыс. населения, в том числе врачами СМП – с 1,3 до 2,8. На квалификационные категории были аттестованы 25% врачей СМП, 35% имели сертификат специалиста (в 1997 г. – 14,1%).

Важным элементом оперативной работы скорой медицинской помощи является оснащение станций СМП автоматизированной системой управления (АСУ) приема и обработки вызовов. С 1 апреля 2019 г. в городе Ташкенте пилотным проектом ожидается внедрение АСУ приема и обработки вызовов СМП. Приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №131 от 31 марта 2017 г. определено, что время доезда не должно превышать 25 минут. В 2018 г. с временем доезда до 20 минут было выполнено 97,2% выездов. В службе СМП разработаны и применяются стандарты оказания скорой медицинской помощи.

Вместе с тем, в службе скорой медицинской помощи остаются не решенными многие вопросы, связанные с повышением уровня обеспеченности квалифицированными медицинскими кадрами, специализированным автотранспортом, несоответствием материально-технического состояния объектов СМП современным требованиям.

В соответствии с международными требованиями основными показателями эффективности работы службы СМП являются доступность, своевременность и рациональность ее деятельности. В мире развитие данной службы в целом характеризуется реформированием всех классических моделей с целью достижения своевременного реагирования на экстренный звонок, немедленной медицинской помощи пациентам и эффективного взаимодействия между выездными бригадами СМП и больницами.

Индикатор своевременности или реагирования службы СМП по международным требованиям должен соответствовать принципам «золотого часа», когда время до приезда выездной бригады к пациенту или потерпевшему должно быть меньше 20 минут. В США это время составляет 8-12 мин, во Франции – до 15 мин, в Великобритании – до 19 мин. С этой целью на дорогах мира законодательно в первую очередь определяется приоритет движению транспорта красного цвета (машины СМП при ЧС и пожарные машины), затем машин желтого цвета (реанимобили и другие специализированные автомобили), меньший приоритет предоставляется машинам белого цвета (общепрофильные амбулансы).

В нашей республике развернуто более 1500 станций и подстанций СМП на 32 млн населения (в сред-

нем 53 тыс. населения на единицу), во Франции эффективно работают 100 станций СМП (в среднем на 600 тыс. населения), а в США этот показатель составляет 750 тыс. населения на 1 станцию обслуживания СМП. Уменьшение числа станций достигается автоматизацией и навигацией машин СМП, которые равномерно дислоцируются в населенном пункте в наиболее ближайшей точке приезда к вызову. Это позволяет сократить расходы на обеспечение функционирования станций и сфокусировать финансирование на затраты по медицинской помощи населению. Программное обеспечение автоматизации должно предусматривать рациональное местоположение машин СМП в зависимости от площади обслуживаемой территории, дислокации медицинских учреждений, плотности населения и кадровых ресурсов службы СМП.

Догоспитальная экстренная медицинская помощь (ДЭМП) в соответствии с международными требованиями разделяется на экстренную (чрезвычайную ЭМП – цвет амбулансов красный), скорую (СМП – цвет амбулансов желтый) и неотложную помощь (НМП – белый). Существует две классические системы ДЭМП: служба парамедиков и врачебные бригады СМП. В различных странах используются первая или вторая системы ДЭМП, но в большинстве стран применяется смешанная система (в странах ОЭСЭ, за исключением США).

Но во всех странах в настоящее время внедрена система унифицированного единого номера дозвола, например, 911 (США), 112 (Европа), 110 (Япония) и т.д. В Республике Узбекистан функционируют отдельные короткие номера вызова экстренных служб: пожарной службы – 101, скорой помощи – 103, бригады МЧС – 1050, газовой службы – 104 и милиции – 102. Преимуществом этой системы является радикальное сокращение времени реагирования, жесткие стандарты деятельности служб, отлаженная и унифицированная работа диспетчеров и эффективное использование всех современных видов связи (радио, GPS, телефонная и др.). Диспетчерские пункты единой координационной системы экстренной помощи на современном этапе организуются государственными агентствами связи и коммуникаций, а сотрудники, осуществляющие протокольную диспетчеризацию звонков, получают образование в соответствующих службах экстренного реагирования (полный курс обучения в США и Европе 24 мес.).

В большинстве стран процесс диспетчеризации и сортировки должен занимать не более 3 мин, после чего амбуланс должен выехать по адресу вызова. Время доезда до адресата вызова зависит от его характера, который обусловлен жесткими стандартами. При вызове по чрезвычайным ситуациям амбулансы красного цвета должны быть на месте в течение 10 мин, скорая помощь – до 20 мин, а неотложная помощь – в течение 40 мин после звонка вызывающего. Поэтому диспетчерский протокол в обязательном порядке должен дифференцировать вызов, а с юридической сторо-

ны при даче ложных сведений по протоколу расценивается как ложный вызов.

Таким образом, население предупреждается протоколом об ответственности за предоставление неверной информации. В структурном реформировании отрасли здравоохранения важнейшее значение имеет совершенствование службы скорой медицинской помощи.

Анализ международного опыта работы службы скорой помощи показывает, что в мире исторически сложилось три модели оказания выездной медицинской помощи, в том числе доврачебная (англо-американская –парамедики), врачебная (советская – врачи СМП) и смешанная (современная франко-германская поэтапная догоспитальная помощь).

В США функционируют более 48 тыс. амбулансов 3-х классов автотранспорта (А, В и С), с помощью которых в 80% случаев экстренную догоспитальную помощь оказывают парамедики в составе пожарной или полицейской службы и частной медицинской системы AMP (американский медицинский респондент), а в 20% случаев помощь оказывает квалифицированная бригада чрезвычайных ситуаций. Ежегодно более чем в 60 млн случаев американцы вызывают службу 911 по экстренным медицинским вопросам, из которых в 40 млн случаев выезжает бригада догоспитальной СМП (парамедики).

Следующим индикатором является показатель рациональности работы СМП, который согласно международному опыту должен стремиться к следующей пропорциональности. Во Франции из 10 млн звонков в экстренную службу в 30% случаев ограничиваются консультациями пациента по телефону с отклонением отправки выездной бригады и рекомендацией обратиться в амбулаторную службу, в 30% отправляется общепрофильная врачебная бригада (амбуланс белого цвета, время в пути 15-20 мин) для оказания врачебной помощи на дому, в 30% – реанимобиль для оказания помощи с последующей госпитализацией (амбуланс желтого цвета, время в пути – 10-15 мин) и в 10% случаев – мобильная госпитальная бригада (машина Н-MICU, красного цвета, время в пути – до 10 мин). Поэтому показатель рациональности строго регламентируется обязательными протоколами сортировки вызовов, стандартами оказания скорой медицинской помощи выездными бригадами и автоматизацией процесса госпитализации. Это позволяет значительно уменьшить количество непрофильного обслуживания вызовов, которые относятся к поликлинико-амбулаторной службе.

Во Франции только 40% врачебного состава службы СМП являются ВОП, остальные имеют специальность «врач экстренной медицинской помощи» или другую (педиатр, кардиолог и др.). Поэтому в странах Европы, в США, Японии, Корее и многих других создана строго регламентируемая система подготовки специалистов экстренной медицины, начиная от первого респондента (первая медицинская помощь) до врача экстренной медицины.

В среднем по миру коэффициент вызовов в год составляет 0,13 на 1 жителя (во Франции около 7 млн обслуживания – выездов к пациенту на 65 млн населения). В Республике Узбекистан этот коэффициент составляет 0,27 (ежегодно из 32 млн человек в 2017 г. было обслужено 8,6 млн вызовов), или почти в два раза выше мирового показателя, что отрицательно сказывается на своевременности оказания помощи населению при развитии угрожаемого жизни состояния. Поэтому полная автоматизация рабочего процесса службы СМП с приведением протоколов диспетчера и сортировщика вызовов к международным стандартам позволит своевременно реагировать на экстренный вызов (до 20 мин), уменьшить количество непрофильных (не экстренных) вызовов, повысить качество медицинского обслуживания и более эффективно использовать материально-техническую базу службы.

Важным направлением приоритетных национальных проектов являются совершенствование первичного звена здравоохранения. На недостаточном уровне организована преемственность в работе СМП и амбулаторно-поликлинического звена, что приводит к необоснованному увеличению нагрузки на службу СМП. В связи с этим скорая медицинская помощь подменяет функции амбулаторно-поликлинической службы по оказанию медицинской помощи на дому хроническим больным, а выезды к больным, нуждающимся в экстренной помощи, выполняются несвоевременно.

Опыт зарубежных стран убеждает нас в том, что оптимальным вариантом организации приема экстренных больных в стационаре является создание на госпитальном этапе стационарного отделения скорой медицинской помощи (emergencydepartment), в котором осуществляется оказание скорой медицинской помощи в стационарных условиях. Подобные отделения (emergencydepartment) широко распространены в США и странах Евросоюза и ОЭСР, при этом они имеют схожую структуру, одинаковые принципы работы, стандартное оснащение.

Еще одним перспективным направлением развития скорой медицинской помощи должна стать разработка клинических рекомендаций (протоколов) оказания скорой медицинской помощи. Клинические протоколы представляют собой документы рекомендательного характера, содержащие сжатую и структурированную информацию по диагностике и лечению определенных заболеваний. Разработка клинических рекомендаций (протоколов) оказания скорой медицинской помощи необходима для создания единых требований и подходов к оказанию скорой медицинской помощи.

Постановление Президента Республики Узбекистан ПП-3973 от 16.10.2018 г. «О мерах по совершенствованию службы скорой медицинской помощи в Республике Узбекистан» стало основным документом, определяющим переход службы скорой медицинской помощи в Республике Узбекистан на новый современ-

ный уровень, успешная реализация которого сможет поднять службу СМП на мировой уровень.

Таким образом, приведенные данные отражают мощный потенциал службы скорой медицинской помощи. Однако чрезмерная нагрузка, особенно несвоевременное СМП службе медицинское обслуживание непрофильных вызовов на фоне несовершенной системы диспетчеризации и сортировки вызовов, которые не отвечают международным стандартам, становится серьезным барьером на пути качественного преобразования службы СМП республики.

На основании вышеизложенного предлагается:

Осуществление модернизации структуры догоспитального этапа скорой медицинской помощи путем безотлагательного внедрения современных информационных технологий и единой системы диспетчерской и сортировочной службы с целью оптимизации организации функционирования и повышения эффективности рационального использования ресурсов службы СНМ.

Внедрение в практику деятельности службы СНМ основополагающих индикаторов ее работы, включая своевременность, рациональность и информативность.

Подготовка квалифицированного специалиста по специальности СМП должна начинаться в период обучения в медицинском вузе, где должны активно сочетаться вопросы теоретической и практической подготовки и отработка навыков в симуляционных центрах. В программу изучения таких дисциплин, как хирургия, терапия, педиатрия должны включаться неотложные состояния и методы оказания помощи начиная с догоспитального этапа.

К ВОПРОСАМ ОРГАНИЗАЦИИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Агзамов М.К., Узakov Б.М.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Сосудистые заболевания мозга – актуальная медицинская и социальная проблема. Основное место среди них занимают инсульты. В структуре общей смертности инсульт занимает второе место после кардиоваскулярных заболеваний и первое место как причина стойкой утраты трудоспособности. В последние годы отмечается изменение соотношения частоты ишемических и геморрагических инсультов (ГИ) в сторону увеличения кровоизлияний в мозг, что во многом связано с увеличением числа больных артериальной гипертензией.

Первостепенное значение для снижения смертности и инвалидизации у больных с ГИ имеет организация догоспитальной этапной помощи. Одним из наиболее важных звеньев в системе этапной помощи больным с кровоизлиянием в головной мозг, по мнению многих авторов, должно быть создание кардио-неврологиче-

ских (нейрореанимационных) бригад скорой помощи. Специальная подготовка врачей специализированных бригад позволяет правильно диагностировать тип инсульта в 85-90% случаев, в то время как врачами линейных бригад скорой помощи – лишь в 30-35%.

Как показывает практика, в большинстве случаев больным с острой сосудистой патологией на догоспитальном этапе оказывается неспециализированная медицинская помощь врачами поликлиник и линейных бригад скорой помощи. Это приводит не только к неправильной постановке диагноза, но и госпитализации больного с ГИ в непрофильные отделения, что является одной из грубых ошибок догоспитального этапа. Отсутствие представления о нейрохирургических возможностях в лечении ГИ довольно часто способствует неоправданным задержкам специального обследования и оперативного вмешательства, что также отрицательно сказывается на исходах лечения. Большое значение имеет время с момента кровоизлияния до поступления в стационар. ГИ является очень тяжелой патологией и проведение неотложных мероприятий и начала лечения в максимально короткие сроки является основополагающим. Позднее обращение за помощью часто обусловлено неосведомленностью населения относительно серьезности острых сосудистых заболеваний головного мозга и опасности для жизни.

Следует отметить, что остается очень много проблем в организации медицинской помощи больным с ГИ в сельской местности. Из-за больших расстояний больного часто оставляют дома, что оказывает неблагоприятное влияние на исход заболевания. Как известно, летальность в стационарах при геморрагическом инсульте составляет 30-60%, тогда как у лечившихся в домашних условиях – до 90%, что является убедительным доказательством бесперспективности создания «стационаров на дому».

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Аббосхонов Г.Х., Давлатеров М.Р

Ферганский филиал РНЦЭМП

Среди всех причин смертности сочетанная травма занимает третье, а в группе лиц моложе 45 лет – первое место. В последнее время существенно изменилась структура травматических повреждений. Доминирующее значение приобрели тяжелые множественные и сочетанные травмы в связи с увеличением случаев производственного, бытового и дорожного травматизма. Вследствие крайней степени тяжести состояния пациенты с сочетанной травмой с места происшествия госпитализируются в ближайшие лечебно-профилактические учреждения. В подавляющем большинстве случаев – в неспециализированные. Известные сложности, такие как отсутствие современных лечебно-диагностических возможностей и квалифицированных

кадров обуславливают высокий уровень летальных исходов – до 60%, что почти в три раза выше, чем в многопрофильных специализированных учреждениях – 21-22%.

В настоящее время доказано, что для больных с сочетанной травмой наиболее оптимальным является их максимально быстрая доставка в специализированные многопрофильные центры с началом проведения интенсивной противошоковой терапии уже во время транспортировки.

Транспортировка больных в критических состояниях – сложная процедура, которая все чаще используется в клинической практике и в настоящее время трансформируется из простой «перевозки» в высокотехнологичный процесс, позволяющий приблизить специализированную реанимационную помощь к пациенту. Транспортировка таких больных должна быть научно продуманной и обоснованной, с учетом передовых теоретических и практических знаний, включая новые инновационные технологии. Решение о транспортировке пациента в критическом состоянии следует принимать на основе изучения положительных факторов и потенциально опасного риска этого мероприятия.

Цель исследования. Оптимизация комплекса интенсивной терапии при проведении транспортировки пациентов с политравмой в остром периоде для повышения эффективности коррекции травматического шока и снижения риска развития органных осложнений.

Материалы и методы. В исследование было включено 45 пациентов в возрасте от 20 до 61 года, средний возраст $41,5 \pm 1,7$ лет.

Все пациенты были разделены на две сопоставимые группы. Исследуемая группа – 20, контрольная группа – 25 пациентов. С целью определения тяжести травматического шока использовался шоковый индекс Альговера. Все пострадавшие были транспортированы из других неспециализированных лечебных учреждений Ферганской области в первые сутки с момента травмы. Среднее время транспортировки составляло 70 ± 10 мин.

Нами был разработан способ транспортировки пациентов с политравмой с использованием в качестве основного компонента инфузионной терапии гидроксиэтилкрахмала. Пациентам исследуемой группы инфузионная терапия проводилась по разработанной методике. Доза гидроксиэтилкрахмала составляла от 10 мл/кг до 35 мл/кг массы тела и зависела от степени выраженности травматического шока. В контрольной группе инфузионная терапия проводилась по традиционной методике (кристаллоиды, декстраны). С целью иммобилизации поврежденных сегментов нижних конечностей и таза мы использовали противошоковый пневматический шины. Всем пациентам перед укладкой в пневматические шины проводилось обезболивание наркотическими анальгетиками (промедол 2% – 1 мл в/м или морфин 1% – 1 мл в/м). При необходимости

во время транспортировки мы проводили дополнительное обезболивание наркотическими анальгетиками. Интенсивная терапия начиналась с этапа подготовки пациента к транспортировке и продолжалась весь период транспортировки. Во время транспортировки всем пациентам проводился мониторинг АД, ЧСС, ЧД, сатурация O₂, ЭКГ, контроль диуреза.

Результаты исследования. Перед проведением транспортировки достоверных различий по исследуемым показателям центральной гемодинамики не было. В контрольной группе во время 2-го часа транспортировки и после транспортировки показатели АД были достоверно ниже по сравнению с исследуемой группой. Показатели дыхания, гемодинамики на фоне проводимой терапии увеличились в обеих группах, и хотя достоверных различий по данным показателям получено не было, в исследуемой группе весь период транспортировки они были выше, чем в контрольной. Показатели сатурации O₂ в исследуемой группе были достоверно выше уже с первого часа, данная динамика сохранялась до конца транспортировки. Достоверное различие между группами по показателю ЧСС наблюдалось весь период транспортировки, причем в исследуемой группе этот показатель был ниже. Анализ гемодинамических показателей пациентов обеих групп выявил более быструю их нормализацию в исследуемой группе по сравнению с контрольной группой. Летальных исходов во время транспортировки не было.

Выводы. Таким образом, применение данного комплекса интенсивной терапии при транспортировке, включающего в себя инфузионную терапию, адекватное обезболивание и иммобилизацию, делает ее более безопасной и снижает риск развития полиорганной недостаточности при дальнейшем лечении на этапе стационара.

ВОПРОСЫ СОЗДАНИЯ БЛАГОПРИЯТНЫХ УСЛОВИЙ ДЛЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЗБЕКИСТАНА, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ И УЛУЧШЕНИЯ ЕЕ КАЧЕСТВА В РАМКАХ ИНВЕСТИЦИОННОГО ПРОЕКТА ВСЕМИРНОГО БАНКА

Хаджибаев А.М., Мирварисова Л.Т., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И.

Стратегия Действий Республики Узбекистан на 2017-2021 гг. предусматривает реализацию мер по дальнейшей реформе сектора здравоохранения, направленных на повышение доступности и качества медицинских и социально-медицинских услуг, развитие здорового образа жизни населения и улучшение материально-технической базы медицинских учреждений. В частности, активно реализуется инвестиционный проект Всемирного банка «Совершенствование служб экстренной медицинской помощи

Узбекистана», который направлен на коренное улучшение качества и повышение эффективности системы ЭМП в Узбекистане. Одним из важных направлений проекта является «Компонент 1: Создание благоприятных условий для работы службы ЭМП, управления системой и улучшения качества ЭМП», который поддерживает ряд взаимосвязанных мероприятий, необходимых для переориентации системы ЭМП на обеспечение высококачественной экстренной и срочной медицинской помощи. Этот компонент включает 4 подкомпонента:

Подкомпонент 1.1: Регулирование, управление и оперативное управление.

Для реализации концепции ЭМП, управления внедрением и функционированием системы необходима продуманная нормативно-правовая база. Подкомпонент будет содействовать наращиванию потенциала в области оперативного управления на всех уровнях системы ЭМП, в том числе в сфере управления кадровыми ресурсами, управления бюджетом и принятия решений на основе данных. Будет также оказана поддержка в области разработки и/или обновления протоколов как для диспетчеров, так и оперативных бригад, чтобы направить их деятельность в соответствии с установленной концепцией развития системы ЭМП, а также в области развития как догоспитального, так и внутривосприимчивого триажа и системы оценки степени тяжести состояния для обеспечения ориентированности системы ЭМП, главным образом, на экстренные и срочные случаи.

Подкомпонент 1.2: Распространение информации для содействия изменению в поведении (РИСИП) по эффективному использованию системы ЭМП.

Этот подкомпонент будет направлен на конкретные меры по распространению и обмену информацией и обучение, направленные на информирование общественности об использовании системы ЭМП, в первую очередь, для оказания экстренной и срочной медицинской помощи и об использовании альтернативных амбулаторных возможностей (центры ПМСП и поликлиники) для неэкстренных случаев. Эти меры будут включать как разъяснение необходимости резервирования системы ЭМП для более серьезных случаев, так и информирование о том, что менее срочные случаи будут быстрее пролечены в альтернативных медицинских учреждениях. Обратная связь с населением по улучшению и эффективности услуг ЭМП будет осуществляться на постоянной основе, а результаты дадут информацию о сферах деятельности, которые функционируют хорошо, а также сферах деятельности, требующих дальнейших улучшений.

Подкомпонент 1.3: Контроль качества и аналитика.

Новые диспетчерские системы, оперативные системы и информационные системы управления будут генерировать большие объемы данных в режиме реального времени. Этот подкомпонент будет направлен на конкретные инструменты по наращиванию потенциала и аналитические инструменты, чтобы в полном

объеме использовать данные, связанные с ЭМП, и обеспечить их доступность как для оперативного, так и для старшего руководства. Конкретные области анализа будут, помимо прочего, включать: (а) время реагирования по типам вызовов; (б) распределение вызовов по степени тяжести состояния; (в) показатели заболеваемости и смертности по основному диагнозу (включая географические различия); (г) коэффициенты использования с разбивкой по возрасту, полу и диагнозу; (д) эффективность работы бригад скорой помощи; и (е) наличие и использование транспортных средств и оборудования. Последний тип анализа будет важен для разработки стратегии замены транспортных средств и оборудования, которая обеспечит текущую устойчивость системы.

Подкомпонент 1.4: Финансирование системы ЭМП.

В рамках этого подкомпонента будет осуществляться мониторинг текущего финансирования системы ЭМП в целях обеспечения устойчивого и эффективного режима финансирования. В дополнение к текущему мониторингу доходов и расходов системы ЭМП, будут изучены альтернативные источники финансирования и/или подходы, включая выявление дополнительных источников доходов и разработку схем экспериментального финансирования (например, доплата за не срочные случаи), связанных с использованием системы ЭМП. В этом отношении будут опираться на данные о затратах и операционные данные, полученные из информационных систем, и наращивать потенциал по проведению анализа затрат доклинической и внутривосприимчивой деятельности.

Таким образом, данные направления полностью соответствуют важнейшим направлениями реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан, закрепленных в Указах Президента Республики Узбекистан от 16 марта 2017 года № УП-4985 «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи», а также от 7 декабря 2018 г. № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 07.12.2018 года.

К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМАХ ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Абдуллаев Д.А., Карабаев О.В.

ТОФРНЦЭМП

Ввиду интенсивного развития инфраструктуры и скоростных транспортных магистралей на территории Республики Узбекистан в последнее время регистрируется увеличение общего количества дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и, в частности, массовых травм (4 и более пострадавших), что относится к чрезвычайным ситуациям (ЧС). В разрезе 2017/2018 годов, количество ДТП- ЧС выросло на 4,8%

1. Перспективы развития скорой медицинской помощи в современных условиях

Общее количество ДТП- ЧС в Ташкентской области в 2018 году достигло 101 случая, в которых пострадало 655 человек. Из общего количества пострадавших, с различными травмами, госпитализирован 481 (73,5%) пациент. Таким образом, ДТП- ЧС выходят на первое место среди других распространенных ЧС, таких как отравления газом и продуктами горения – 59 и пищевые отравления – 55 пострадавших. Наибольшее количество пострадавших приходится на лиц, находившихся в автотранспорте – 590 (90%). На месте происшествия скончалось 47 (7,2%) пострадавших. Наибольшее количество пострадавших в ДТП ЧС в Ташкентской области приходится на районы, по территории которых проходят высокоскоростные автомобильные трассы, связывающие области и регионы Республики Узбекистан, курортные зоны и центры отдыха. Причем, количество ЧС на транспорте имеет четкую зависимость от времени года и увеличивается в весенне-летний и зимний периоды.

При чрезвычайных ситуациях в очагах массового поражения населению оказываются следующие виды медицинской помощи:

Первая медицинская помощь, доврачебная помощь, первая врачебная помощь, квалифицированная медицинская помощь, специализированная медицинская помощь.

Каждому этапу медицинской эвакуации устанавливается определенный объем медицинской помощи (перечень лечебно-профилактических мероприятий).

Вид медицинской помощи	Кем оказывается	Сроки оказания
Первая медицинская помощь	само и взаимопомощь санитар, спасатель	до 30 минут
Доврачебная помощь	фельдшер, медсестра	30 мин- 1 час
Первая врачебная помощь	врач общей квалификации	3- 6 часов
Квалифицированная помощь	хирург, терапевт, педиатр	8- 12 часов
Специализированная помощь	«узкие» специалисты	любой

Первостепенной задачей при наличии нескольких пострадавших является их первичная медицинская сортировка с учетом тяжести повреждения, а значит, срочности и очередности доставки в стационар. Для этого необходимо воспользоваться довольно простой классификацией:

1 группа – погибшие. Оставляют на месте до прибытия сотрудников внутренних дел и судебно-медицинских экспертов.

2 группа – пострадавшие, с признаками шока, выраженной кровопотерей, распространенными глубокими ожогами, расстройствами дыхания и кровообращения,

продолжающимся интенсивным кровотечением, открытыми повреждениями груди и живота, признаками тяжелой черепно-мозговой травмы – нуждаются в экстренной госпитализации.

3 группа – пострадавшие в сознании, с сохраненным дыханием, стабильной гемодинамикой, помощь которым может быть отсрочена (закрытые переломы костей, не кровоточащие раны различных локализаций, поверхностные локальные ожоги), госпитализация во вторую очередь.

4 группа – пострадавшие с неосложненными травмами (переломы мелких костей, повреждения сухожилий, ушибы мягких тканей, мелкие раны, ссадины). Пострадавшие данной группы также нуждаются в проведении диагностических мероприятий в условиях стационара, но могут быть доставлены в больницу в отсроченном порядке, в том числе и попутным транспортом.

Особого внимания заслуживают пострадавшие 2-й и, отчасти, 3-й групп: несвоевременное или неадекватное оказание им медицинской помощи может иметь фатальные последствия. Реанимационные мероприятия в этих случаях должны начинаться как можно раньше и не прекращаться во время транспортировки.

Предлагаем использовать в очаге массовой травмы следующие критерии, основывающиеся на оценке состояния пострадавших:

- оценка по шкале Глазго менее 13 баллов;
- систолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст.;
- частота дыхания менее 10 или более 29 дыхательных движений в минуту;
- возраст пациента менее 5 или более 55 лет;
- наличие известных факторов риска со стороны сердечно-сосудистой или дыхательной систем;
- пенетрирующие повреждения грудной клетки, живота, черепа, паха;
- перелом двух и более длинных трубчатых костей;
- ожоги более 15 % тела или дыхательных путей;
- флотирующие переломы ребер;
- падение с высоты более 5 метров;
- столкновение со скоростью более 30 км/час;
- выброс пациента из салона;
- признаки грубых неврологических нарушений;
- ампутации конечностей проксимальнее запястья или голеностопного сустава.

При наличии хотя бы одного из этих признаков оптимальным решением является немедленная транспортировка пострадавшего в стационар с соблюдением всех требований к оказанию помощи на этапах медицинской эвакуации. Также необходимо проведение регулярных тренингов для персонала СМП по оказанию помощи в очагах массового поражения. Имеется насущная необходимость в создании тренинговых центров, для бригад СМП и парамедиков.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТКРЫТЫХ ТРАВМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ШОКОМ

Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.
(Хорезмский филиал РНЦЭМП)

Догоспитальной помощи при тяжелой травме в последние годы уделяется повышенное внимание как к резерву улучшения исходов лечения пострадавших. При открытых травмах конечностей одной из основных причин тяжелого состояния больных является острая кровопотеря. Причиной ее в условиях мирного времени чаще всего бывают колото-резаные ранения с повреждением магистральных сосудов.

Наиболее сложными в плане большой кровопотери являются одновременные повреждения как артерии, так и крупной магистральной вены. К сожалению, на этапах доврачебной или даже первичной врачебной помощи далеко не всегда правильно выполняются мероприятия по временной остановке кровотечения. Исключительно редко поступают больные с грамотно и по показаниям наложенным кровоостанавливающим жгутом Эсмарха. В большинстве случаев при ранениях пальцев, кисти, 1/3 предплечья, где для остановки любого кровотечения вполне достаточно хорошей давящей повязки, применяются так называемые закрутки, сделанные из проволоки, поясов и т.д., «наложенные для увеличения эффективности» на нескольких уровнях. Это или бесполезно, или, особенно при венозных повреждениях, лишь усиливает кровотечение. Некоторые врачи-хирурги первичного звена лигируют сосуды, как правило, производят с захватом периферического нерва, что приводит к сильнейшему болевому синдрому и усугублению шокового состояния.

С 2017 года по 2018 года в отделение II экстренной хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП поступило в экстренном порядке 52 больных с повреждениями магистральных сосудов конечностей. Из них 20 (38,4%) были в состоянии геморрагического шока различной степени, вызванного в большинстве случаев несвоевременно или неэффективно оказанной догоспитальной медицинской помощью. У 38(73%) больных произведены реконструктивно-восстановительные операции, а у остальных 14(27%) больных было выполнено только лигирование подкожных вен.

Выводы:

– Диагностика и догоспитальная помощь, до сих пор еще остается не на должном уровне.

– Мероприятия по временной остановке кровотечения выполняются или неэффективно, или неправильно.

– Необходимо проводить разъяснительную работу среди врачей первичного звена и населения по оказанию первой помощи пострадавшим, что, несомненно, будет положительно влиять на результаты лечения больных с травматическими повреждениями.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ (ДТП)

Абдуллаев Д.Д., Мирзакулов М., Ёкубов Б. У.
Язъяванский субфилиал ФФРНЦЭМП

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

Эффективность оказания медицинской помощи зависит от следующих факторов:

- Наличия специально обученного и подготовленного персонала.
- Наличия необходимого оборудования и транспорта.
- Сроков оказания своевременной помощи.

Язъяванским субфилиалом ФФРНЦЭМП проведен анализ оказания помощи больным с ДТП на догоспитальном этапе. В течение 2017-2018 гг. всего госпитализировано с ДТП 181 пострадавший, из них 73 (40%) больных с множественными и сочетанными повреждениями. Из них по возрасту: дети до 14 лет – 23 (12%), подростки 15-17 лет – 9 (5%), 18-35 лет – 71 (40%), 36–60 лет 66 (36%), свыше 60 лет – 10 (5%)

Все больные доставлены машиной скорой помощи, с оказанием первой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

С апреля месяца 2018 года организована реанимационная бригада, которая обеспечена необходимым оборудованием и специальным транспортом «NISSAN». В ней работают подготовленные специалисты реаниматологи и кардиологи. После чего заметно улучшилось качество оказания установленного объема медицинской помощи в первые «золотые часы».

Вывод. Своевременная догоспитальная помощь пострадавшим при ДТП существенно влияет на качество последующих лечебных процедур.

КУПИРОВАНИЕ ОСТРОЙ БОЛИ ПРИ КОРЕШКОВОМ СИНДРОМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.

Абдуллаева У.А., Матхаликова У.А., Махмудов Н.И., Туйчиева М.Г.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Корешковый синдром, сопровождающийся острой болью, является частой причиной вызова бригады СМП и приводит к временной потере трудоспособности.

При выборе анальгетика на догоспитальном этапе необходимо ориентироваться на его эффективность, безопасность и удобство применения. Нами был выбран ненаркотический анальгетик декскетопрофен

(роталфен), обладающий сравнимым с опиоидами мощным болеутоляющим эффектом и успешно применяемый для послеоперационного обезбоживания и при лечении травматических повреждений на догоспитальном этапе. Обезболивающий эффект декскетопрофена состоит как из периферического – ЦОГ, так и центрального компонентов.

С целью купирования острой боли при остром корешковом синдроме в условиях ПДО мы применили декскетопрофен (роталфен) у 35 пациентов (возраст от 25 до 79). В 51% случаев болевой синдром сопровождался остеохондрозом различной локализации.

Исходная интенсивность болевого синдрома составляла от 3,0 до 9,0 см по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – от умеренной до сильнейшей боли. Начало болеутоляющего эффекта отмечалось через 7,5±0,5 мин после в/м, через 3,0±4,5 мин после в/в введения 2 мл (100 мг) декскетопрофена. Уменьшение выраженности боли по ВАШ составило 5,8±3,1 см. У всех больных через 15-20 мин после введения декскетопрофена интенсивность боли характеризовалась как «слабая» или «нет» боли, отмечалась тенденция к нормализации гемодинамических и вегетативных показателей, уменьшилось или исчезло вынужденное ограничение двигательной активности.

Побочных эффектов при использовании декскетопрофена выявлено не было.

Таким образом, применение декскетопрофена (роталфен) на догоспитальном этапе позволило полноценно купировать острую боль при корешковом синдроме.

Учитывая скорость развития и силу болеутоляющего эффекта, а также безопасность применения декскетопрофена, можно рекомендовать введение его в оснащение бригад СМП и стационаров.

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Абдуллаева У.А., Каримов А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования проанализировать состояние оказания скорой помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Отделение экстренной неврологии рассчитано на 20 коек. В основе схемы оказания помощи лежит принцип раннего поэтапного начала лечения: приемный покой, реанимационное отделение, палаты интенсивной терапии, неврологические койки.

В 2018 г. в ФФРНЦЭМП госпитализировано 1402 больных с ОНМК. В структуре ОНМК ишемический инсульт являлся преобладающим (до 80%). Соотношение церебральных инфарктов и кровоизлияний составляло 4:1. Больные с транзиторными ишемическими атаками не учитывались. Возрастного ценза при госпитализа-

ции больных с цереброваскулярной патологией нет. Противопоказанием является только агонирующее состояние. Больные доставляются, как правило, в течение первых 45 мин. В течение первых 6 часов госпитализируются 18-31% всех больных. В первые сутки госпитализируются – 67,2% больных.

Таким образом, в настоящее время можно условно выделить 3 первоочередные экономически мало затратные задачи для уменьшения последствий инсульта: с целью раннего обращения за помощью – распространение знаний о первых симптомах инсульта среди жителей города; для ранней диагностики – проведение школ-семинаров для врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи; для раннего проведения дифференцированной терапии – организация круглосуточной работы КТ.

ОЦЕНКА ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ И ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗУБЦА Q

*Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Рофеев М.Ш.,
Исмаилов Ж.А., Шодиева Г.Р.*

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Самаркандский филиал

Цель. Оценить ближайший и отдаленный прогноз инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от наличия или отсутствия патологического зубца Q на ЭКГ, а также от времени возникновения этого зубца.

Материал и методы. В исследование включены 205 пациентов (90 женщины, 115 мужчины) в возрасте от 30 до 82 лет (средний возраст 62,1±11,9 лет), госпитализированных в отделение терапевтической реанимации Самаркандского филиала РНЦЭМП по поводу первичного ИМ с подъемом сегмента ST.

Критерии включения: ИМ с подъемом сегмента ST не позднее 24 часов от начала ангинозного приступа; лабораторное подтверждение некроза миокарда (положительный тест тропонина Т и/или повышение уровня МВ-КФК); возраст от 20 до 82 лет.

Критерии исключения: ИМ в анамнезе; наличие на ЭКГ полной блокады левой ножки пучка Гиса.

Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование: электрокардиография, биохимическое исследование крови (включавшее анализ уровня тропонина Т, МВ-КФК), общий анализ крови, эхокардиография. Для проведения тромболитической терапии (ТЛТ) у всех больных использовался препарат стрептокиназа.

Все больные были распределены на 3 группы в зависимости от динамики ЭКГ-признаков ИМ. В 1-ю группу вошли 54 больных ИМ без зубца Q (не Q-ИМ), 2-я группа состояла из 73 больных ИМ с поздним (6-24 часа от начала ИМ) возникновением зубца Q (поздний Q-ИМ), 3-ю группу составили 78 больных с ранним (до 6 часов от начала ИМ) возникновением патологического зубца Q (ранний Q-ИМ).

Результаты. Исходно наиболее тяжелой была группа больных с ранним Q-ИМ. Обращает на себя внимание высокая частота нестабильной стенокардии, предшествующей возникновению ИМ, среди больных, у которых развился так называемый поздний Q-ИМ.

Лечение больных ИМ в госпитальный период проводилось следующее: стрептокиназа, антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, в-блокаторы, ингибиторы АПФ и статины. Показаны достоверные различия между группами при проведении ТЛТ ($p < 0,01$). Реже всего эта терапия назначалась больным не Q-ИМ. Достоверных различий при проведении других видов медикаментозной терапии в рассматриваемых группах больных обнаружено не было. Статистически достоверного снижения госпитальной летальности после проведения ТЛТ в рассматриваемых группах больных ИМ не наблюдалось ($p > 0,5$). Однако частота развития острой сердечной недостаточности после проведения ТЛТ во всех рассматриваемых группах больных была достоверно ниже по сравнению с больными ИМ без ТЛТ ($p < 0,01$).

Госпитальная летальность больных с не Q-ИМ (1 группа) составила $2,2\% > 0,05$, летальность больных с поздним Q-ИМ (2-я группа) – $4,2\% < 0,001$, летальность больных с ранним Q-ИМ (3-я группа) – $15,1\% < 0,05$. Как видно из приведенных данных, госпитальная летальность больных с ранним Q-ИМ существенно превосходила летальность не только больных с не Q-ИМ, но и пациентов с поздним Q-ИМ. В то же время, летальность больных с поздним Q-ИМ достоверно не отличалась от летальности больных с не Q-ИМ.

Наиболее частыми причинами госпитальной летальности были кардиогенный шок и наружные разрывы миокарда. Кардиогенный шок как причина смерти имел место у 1 (0,5%) пациента с не Q-ИМ (1 группа), 2 (1,7%) пациентов с поздним Q-ИМ (2-я группа) и 16 (5,2%) больных с ранним Q-ИМ (3-я группа), $p < 0,02$. Наружный разрыв миокарда как причина смерти нами зафиксирован у 1 (0,5% $p < 0,02$) пациента с не Q-ИМ (1 группа), 1 (0,8% $p < 0,001$) больного с поздним Q-ИМ (2-я группа) и 15 (4,8% $p < 0,05$) пациентов с ранним Q-ИМ (3-я группа).

Нами был проанализирован ближайший и отдаленный прогноз больных ИМ в зависимости от возраста. Среди больных моложе 60 лет госпитальная летальность в рассматриваемых группах больных достоверно не различалась из-за относительно малого количества летальных исходов в госпитальный период во всех группах. Суммарная 2-годичная летальность у больных с не Q-ИМ моложе 60 лет оказалась достоверно меньшей как по сравнению с поздним Q-ИМ, так и по сравнению с ранним Q-ИМ. Как госпитальная, так и суммарная 2-годичная летальность больных 60 лет и старше оказалась достоверно большей в группе больных с ранним Q-ИМ по сравнению с больными поздним Q-ИМ и не Q-ИМ. В то же время, частота леталь-

ных исходов в группах больных с поздним Q-ИМ и с не Q-ИМ достоверно не различалась ни в одном из выделенных временных периодов.

Заключение. Таким образом, раннее (до 6 часов от начала ИМ) возникновение патологического зубца Q ассоциировано с наихудшим прогнозом как в ближайший (госпитальный), так и в отдаленный период после ИМ. Позднее возникновение патологического зубца Q, а также случаи не Q-ИМ прогностически более благоприятны.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПРОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НИЖНИМ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Азизов Ж.Х., Сайдалиев С.С., Мирзорахимов Р.Р.

Центральная станция скорой медицинской помощи
ФФРНЦЭМП

Введение. Несмотря на большой вклад узбекских врачей и исследователей в создание рекомендательных документов по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда, ведение больных с осложнениями, такими как нарушения ритма и проводимости, нельзя считать решенным вопросом. Не теряет своей актуальности выбор тактики ведения больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) нижней локализации и нарушениями атриовентрикулярного (АВ) проведения. Одной из проблем является неоднородность гемодинамических нарушений при поражении правой коронарной артерии, обусловленная разной площадью миокарда правого и левого желудочков, включенных в зону ишемического поражения.

Цель исследования – проанализировать связь между автоматической активностью синусового узла и АВ-проведением у больных нижним ОИМ и АВ блокадами II-III степени, на фоне инфузионной терапии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ карт вызовов, тактики ведения больных нижним ОИМ с нарушениями АВ-проведения II-III степени. Исследовано влияние объем-восполняющей терапии у больных с поражением правой коронарной артерии, признаками правожелудочковой недостаточности и нарушениями АВ-проведения в дебюте нижнего ОИМ.

Результаты исследования. Анализ 25 карт вызовов показал, что в 100% случаев для коррекции нарушений АВ-проведения II-III степени у больных нижним ОИМ применяется учащающая терапия атропином. Проведение инфузионной терапии у больных ОИМ нижней локализации, нарушениями АВ проведения II-III степени и признаками правожелудочковой недостаточности привело к коррекции гемодинамических и дромотропных нарушений. После введения 400 мл систолическое артериальное давление (САД) увеличилось до 100,4 мм рт. ст. (9,9) по сравнению с САД после введения 200 мл ($p = 0,003$), диастолическое артериальное давление (ДАД) – до 58,7 мм рт. ст. (6,8) по сравнению

с ДАД после введения 200 мл ($p=0,011$), частота желудочкового ритма (ЧЖР) – до 85,0 уд/мин. (70,0; 90,0) по сравнению с ЧЖР после введения 200 мл ($p=0,037$), центральное венозное давление (ЦВД) снизилось до 12,2 см вод. ст. (3,7) по сравнению с ЦВД после введения 200 мл ($p=0,03$), частота синусовой активности (ЧСА) – до 88,0 импульсов/мин. (12,0) по сравнению с ЧСА после введения 200 мл ($p=0,010$). Мода показателя степени АВ блокады изменилась до (0;0) ($p=0,010$).

Заключение. Для коррекции правожелудочковой недостаточности и нарушений АВ проведения (I-III ст.) с высокой активностью синусового узла у данной группы больных в отсутствие левожелудочковой недостаточности следует применять объем-восполняющую терапию.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО БУХАРСКОМУ РЕГИОНУ

Азимов Б.К., Каюмова Г.К., Пулатова Ш.Х.
Бухарский филиал РНЦЭМП

В решении гипертонического криза большое значение придается экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе, и прежде всего службе скорой медицинской помощи (СМП), так как большая часть больных обращается сюда за первой медицинской помощью и, кроме этого, данный вид медицинской помощи самый мобильный и прочный.

Цель. Статистические данные догоспитальной скорой медицинской помощи по г. Бухаре за 2018 г.

Материалы и методы. Изучена обращаемость населения за СМП по поводу «высокого артериального давления», а также соответствие повода и диагноза. Исследование проводилось в г. Бухаре, материалом служили карты вызовов бригад скорой медицинской помощи за 2018 год. В 2018 году за СМП обратилось 33 950 человек (125 на 1000 взрослого населения), из них по поводу «высокого артериального давления» – 18 270 (62 на 1000 взрослого населения), или 17,5% от всех взрослых обращений. Необходимо отметить, что до 60% и более этих обращений поступает на скорую помощь. В структуре обращений больных по поводу «высокого артериального давления» преобладают обращения в сочетании с головной болью и головокружением (31,6%), болью в области сердца (22,6%), отсутствием эффекта от приема лекарств (15,6%), рвотой (6,7%), с жалобой «плохо с сердцем» (3,1%); реже – с онемением языка (2,4%), слабостью или онемением в конечностях (2%), другими признаками (3%), без указания ведущего признака (13%). При изучении структуры повода «высокое артериальное давление» по характеру вызовов обнаружено, что на долю внезапных заболеваний системы кровообращения приходится 43%, неотложной помощи разного профиля – 39%, реже (другие внезапные заболевания) – 16,5% и прочие – 1,5%. Гипертонический криз выявлялся в 41% случаев

среди больных, обратившихся за скорой медицинской помощью по поводу «высокого артериального давления». Из них в 85% случаев диагностировался неосложненный ГК и в 15% – осложненный. Среди всех осложнений в 48,2% случаев встречается острое нарушение мозгового кровообращения, в 17,9% – нестабильная стенокардия, в 13,1% – острый инфаркт миокарда, в 17,9% – острая гипертоническая энцефалопатия и в 2,9% – острая левожелудочковая недостаточность. Установлена зависимость частоты гипертонического криза и его осложненных форм от повода «высокого артериального давления» с его ведущим признаком. Так, частота ГК, осложненного нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда, максимальна при сочетании повода с жалобами «плохо сердцем» (3,89 и 2,69%) и «боль в сердце» (1,77 и 1,38%), осложненного острой сердечной недостаточностью – максимальна при сочетании повода с жалобами «боль в сердце, задыхается» (0,25%); острой гипертонической энцефалопатией – «рвота» (1,7%); острым нарушением мозгового кровообращения – «отнялась рука, нога» (27%) соответственно.

Таким образом, четкое выявление диспетчерами оперативного отдела ведущего клинического признака при различных поводах можно рассматривать как прогностический показатель в плане выявления внезапных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Учитывая, что среди лиц, обратившихся за скорой медицинской помощью по поводу «высокого артериального давления», доля неотложной помощи разного профиля составляет 42%, гипертонического криза – 41% (из них только в 15% случаев выявляется осложненный криз), большинство этих вызовов могут быть выполнены силами отделений неотложной помощи поликлиник при надлежащей координации служб скорой и неотложной медицинской помощи.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРИНЦИПЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Ширинбаева Ш.Ш., Ишбаев Н.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По данным отдела токсикологии РНЦЭМП в 2005 году в РНЦЭМП поступило 46 детей возрастом 2-5 и 12-18 лет с отравлениями психофармакологическими препаратами (ПФС), а в 2018 уже 122. Таким образом, прирост составляет свыше 300%.

У пациентов раннего детского возраста отравления ПФС чаще всего являются случайными, вследствие несоблюдения правил безопасного хранения. Подростки применяют ПФС с суицидальной целью.

Интересно отметить, что за прошедшие годы структура отравлений ПФС неоднократно значительно менялась. К 2011 году в нозологическом разрезе из 109 пациентов с данной группой отравлений преобладали антигистаминные препараты (димедрол) – 35,5%, трициклические антидепрессанты (амитриптиллин) – 33,8%, противосудорожные средства (карбамазепин, бензонал) – 17,8%, нейролептики (азалептол, аминазин) – 12,9% от общего числа поступивших детей.

В 2018 году из общего количества юных пациентов с отравлениями ПФС, 51 (41,2%) больных были госпитализированы отравлениями карбамазепином и бензоналом, 36 (29,5%) с отравлениями амитриптилином, 20 (16,3%) с нейролептиками и только 10 (8,1) детей в результате злоупотребления димедролом, 5 (4%) вследствие отравлений лирикой и трамадолом. Такое различие в нозологической структуре пациентов связано с запретом безрецептурной продажи препарата димедрол с 2012 года и распространение токсикомании среди подростков, с широким использованием дешевого препарата карбамазепин, который при малейшей передозировке вызывает серьезную интоксикацию.

У пациентов детского возраста нередко отсутствуют четкие данные о приеме препаратов. В связи с этим врач скорой помощи необходимо заподозрить острое отравление ПФС при наличии следующих клинических признаков: 1. внезапное, на фоне полного здоровья, угнетение сознания или психомоторное возбуждение при отсутствии очаговой симптоматики и патологических рефлексов; 2. развитие тонических судорог. 3. для отравлений димедролом и амитриптилином характерно расширение зрачков, а при передозировке нейролептиками и карбамазепином сужение зрачков. 4. появление резкой бледности и цианоза кожных покровов, снижение температуры тела, пенистых выделений изо рта, брадипноэ или аритмии дыхания, снижение артериального давления, тахикардии, экстрасистолии. При развитии данных симптомов врач первичного звена обязан целенаправленно выяснить наличие в домашней аптечке ПФС, количество пропавших таблеток, их дозировку, обязательно снять ЭКГ.

Принципы оказания первой помощи включают, прежде всего, меры, направленные на стабилизацию состояния ребенка, обеспечение адекватного дыхания, профилактику судорожного синдрома путем введения транквилизаторов или гаммаоксипиридата натрия. При наличии нарушений ритма и проводимости методом выбора является сочетанное введение комплекса мембранопротекторов – 10% или 30% раствор альфа-токоферола ацетата и гидрокортизона.

При стабильном состоянии пациента проводится удаление яда из организма: промывание желудка через зонд, энтеросорбция, очистительная клизма. Для нейтрализации действия ПФС необходимо как можно раньше начать ощелачивание крови пациента путем введения 4% раствора бикарбоната натрия в дозе 6-8

мл на кг массы тела. В дальнейшем, все поступившие раннего детского возраста с подозрением на отравление ПФС госпитализируются в специализированный токсикологический центр.

Вывод. 1. Острые отравления ПФС являются одной из наиболее опасных и сложных в диагностическом аспекте патологий среди пациентов детского возраста.

2. Острые отравления ПФС требуют проведения интенсивной терапии, направленной на профилактику и лечение жизнеопасных осложнений уже на догоспитальном этапе.

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Алиджанов Ф.Б., Махаматаминов А.Г., Набиев А.А.
(ТашиУВ и РНЦЭМП)*

В связи с сохраняющимися высокими показателями летальности вопросы своевременной диагностики и лечения гастроинтестинальных кровотечений до настоящего времени сохраняет свою актуальность. Совершенно очевидно, что конечные результаты лечения подобных больных во многом зависят от быстроты и адекватности проведения им экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

При этом от врачей скорой помощи требуется быстрая диагностика наличия гастроинтестинальных кровотечений, оценка общего состояния больных и осуществление необходимого объема неотложных лечебных вмешательств. Именно поэтому организация неотложной помощи на догоспитальном этапе имеет очень большое практическое значение.

Наличие гастроинтестинальных кровотечений врачами скорой помощи устанавливается на основании выявления местных, общих и специфических клинических симптомов, подробный анализ которых позволяют им определить природу, характер, особенности клинического течения имеющихся кровотечений в каждом конкретном случае.

Наряду с установлением наличия гастроинтестинального кровотечения важной задачей сотрудников скорой медицинской помощи является оценка общего состояния больных. В практическом отношении выполнение данной задачи при гастроинтестинальном кровотечении отождествляется установлением степени и выраженности имеющихся у подобных больных геморрагического шока или синдрома гипоперфузии.

Для установления степени выраженности синдрома гипоперфузии у больных с гастроинтестинальными кровотечениями врачам скорой помощи настоятельно рекомендуется использовать представленную нами, шкалу, которая наряду с общепринятыми показателями как: АД, частота пульса, уровень нарушения сознания, дополнительно включает в себя показатели Альговера, частоты дыхания в минуту, времени вос-

становления микроциркуляции, состояния кожных покровов, психического состояния пациентов. При этом сознание пациентов по данной шкале оценивается на основании данных шкалы ком Глазго.

При установлении наличия гастроинтестинального кровотечения с признаками геморрагического шока врачи скорой помощи немедленно приступают к оказанию экстренной медицинской помощи. Стандарты экстренной медицинской помощи при этом включают в себя проведение следующих мероприятий: зондирование желудка с ее промыванием, гемостатическая терапия, инфузионная терапия (гемодинамическими, коллоидными и кристаллоидными препаратами), оксигенация (проведение ИВЛ с кислородом при неадекватном дыхании пациента или при адекватном дыхании подача кислорода), приведение пациента в горизонтальное положение, холод в область эпигастрия, приподнятие нижних конечностей на 30-40 градусов вверх, терморегуляция (укутывание пациента одеялами).

Пациентов с гастроинтестинальными кровотечениями и геморрагическим шоком врачи скорой помощи, проводя экстренные лечебные мероприятия, должны незамедлительно госпитализировать в хирургическое отделение стационаров.

Таким образом, организация и проведение неотложной медицинской помощи больным с гастроинтестинальными кровотечениями на догоспитальном этапе имеет большое значение в улучшения результатов их лечения. Соблюдение при этом вышеперечисленных принципов оказания достационарной скорой помощи позволяет максимально оптимизировать лечебно-диагностический процесс при данной патологии.

ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ СОҲАСИГА ХАЛҚАРО СИМУЛЯЦИОН ТЕХНОЛОГИЯЛАР ОРҚАЛИ ЯНГИ НАЗАР

Ш. К. Аллабергенов, Б.А. Дусчанов

ТТА Урганч филиали. “Жамоат саломатлиги ва умумий гигиена” кафедраси.

Ривожланаётган давлатлар тиббиёт йўналишига доир долзарб муаммолари қаторасида шифохонагача бўлган тез тиббий ёрдам иш фаолияти тизими қандай халқаро симуляцион технологиялар киритилиши давлат дастури сифатида алоҳида аҳамият касб этмоқда.

Дунё стандартлари ичида шифохонагача бўлган тез тиббий ёрдам соҳасида қандай симулятив технологияларни миллий дастурга мақбул дейиш мумкин. Бу ҳақида бирон бир фикрни илгари суриш учун аввало бутунжаҳон халқаро шифохонагача бўлган тиббиёт ходимлари ёки парамедиклар учун биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш услуги ва уни ўргатиш бўйича ташкил қилинган тренинглари ҳақида маълумотга эга бўлиш керак.

Дунёда ҳозирги кунда етук, тиббий ходимлар ва парамедиклар орасида шифохонагача бўлган тиббий

ёрдам тайёрлов курси тренинглари қуйидаги тиббиёт йўналишларида ташкил қилинган:

- Европа реабилитация кенгаши консуллиги (ERC-Europa Resuscitation Council)

- Австралия реанимация-жонлантурув консуллиги (ARC – Avstraliya Resuscitation Council) ALS –(Advanced Life Support)

- Америка юрак патологияси ассоциацияси (AHA – American heart Association) ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) йўналиши

- Буюк Британия ALS- (Advanced Life Support) ва e-ALS

Булар ичида диққатга молик жаҳон ҳамжамияти миқёсида тиббиёт ходимлари ва парамедиклар учун ўрганишга қулай ҳар томонлама кенг қамровли BLS (Basic Life Support), ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support), PALS (Pediatric Advanced Life Support), PHTLS (Prehospital Trauma Life Support), NRP (Neonatal Resuscitation Program), TTLS (Tactical Trauma Life support) каби йўналишлар ҳисобланади.

BLS – Асосий ҳаёт хавфсизлигини таъминловчи йўналиши (АХХ) – бу ёрдам касалхонагача бўлган тиббий ёрдам кўникмаларини ўз ичига олиб, уни малакали кузатувчилар, тез тиббий ёрдам техник ходимлари, шунингдек махсус тайёргарликдан ўтган тиббий ходимлар томонидан кўрсатилади.

ACLS – илғор кардиоваскуляр ҳаёт хавфсизлигини таъминловчи йўналиш (ИКХХ) – Америка Кардиология Ассоциацияси томонидан ишлаб чиқилган ва назорат қилинадиган нафас олиш тизими кескинлашуви, юрак патологияси ҳамда қон айланиши спонтан бузилишида тиббий курашишни ўргатувчи йўналиш ҳисобланади.

PALS – Илғор педиатрик ҳаёт хавфсизлигини таъминловчи йўналиш (ИПХХ) чақалоқлар ва турли ёшдаги болалар шошилини тез тиббий ёрдам турини ўргатиш учун мўлжалланган Америка педиатрия академияси ва Кардиология ассоциацияси билан ҳамкорликдаги мувофиқлашган тренинг тури ҳисобланади.

TTLS – Травматологик тактик ҳаёт хавфсизлигини таъминловчи (ТТХХ) йўналиш тури, бу фавқулудда вазиятларда тиббий ходимларга ёрдам тариқасида ҳарбий йўналиш, шунингдек парамедиклар учун мўлжалланган тиббий ўқув тайёрлаш курси саналади (кўпроқ Норвегия ва Португалия давлатларида қўлланилади).

PHTLS – прегоспитал травматологик ҳаёт хавфсизлиги (ПГТХХ) йўналиши Америка травматология шифохонаси кўмитаси ва ШМТМА томонидан ташкил қилинган бўлиб (ШМТМА – шошилинич малакали тиббий миллий ассоциацияси инг. NAEMT) халқаро миқёсга эга бўлган касалхонада жойлаштирилган шошилинич жарроҳлик ёрдами учун етакчи таълим дастуридир. PHTLS нинг миссияси шошилинич тиббий ёрдамни етказиб бериш билан шуғулланадиган барча провайдерлар томонидан травматологик беморларни бошқариш бўйича мукамалликни рағбатлантиришдан иборат.

NRP – неонатал реанимацион дастур (НРД) курси чақалоқларнинг туғилишида ғамхўрлик қилиш учун далилларга асосланган ёшдашувни тақдим этади. НРД

онлайн тажриба, онлайн вазиятга асосланган симуляциялар шунингдек танқидий алоқа етакчилиги ва жамоавий иш қобилиятларига эътибор қаратадиган дастур ҳисобланади (Америка педиатрия академияси).

Хулоса: Албатта миллат келажаги соғлом авлод бўлишини таъминлаш ҳар қандай тиббиёт ходимининг бош мавзуси десак, қолаверса фуқаролар ўртача умр кўриш кўрсаткичи бугунги қўйилган тўғри қадам ва узоқни кўзланган тиббиёт технологияларини қўллашдан бошланади десак муболаға бўлмайди.

ДОВРАЧЕБНАЯ НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ У БОЛЬНЫХ С ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКОЙ

Аллазов С.А., Аллазов Х.С., Гафаров Р.Р.

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самаркандская городская больница №1

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

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

На догоспитальном этапе диагностические методы включают общий анализ крови, определение времени свертывания крови и длительности кровотечения, группы крови, резус-фактора, уровня креатинина крови, общий анализ мочи; а также проведение АД, ЭКГ, УЗС почек и мочевого пузыря.

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

Состояние экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе у больных с обструктивными симптомами нижних мочевых путей при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) было изучено на материале районных и городских поликлиник Самаркандской области за 2009 год.

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

В условиях амбулаторно-поликлинической сети Самаркандской области больным с острой задержкой

мочи диагностические стандарты выполнялись в полном объеме, лечебные мероприятия – лишь в части интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря с назначением α -блокаторов; при невозможности катетеризации врачи-урологи ограничивались капиллярной пункцией мочевого пузыря. Повторные задержки мочеиспускания наступили у 146 (13,1%) больных, которые для дальнейшего лечения направлялись в специализированные отделения.

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

ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА

Аминов А.А., Одилова Б.Т., Хасанов Ш.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии», г. Ташкент

Регистр острого коронарного синдрома (ОКС) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) позволяет оценить основные мероприятия, проведенные на различных этапах терапии, а также вклад отдельных результатов конкретных мероприятий по ведению данной патологии.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния проведенной тромболитической терапии (ТЛТ) у больных ОКС/ОИМ на показатели летальности от данной патологии.

Материал и методы. Материалом для изучения явились данные ЛПУ областей Ферганской долины по ежемесячному мониторингу ОКС\ОИМ в течение 5 месяцев 2018 года. Проанализировано соотношение некоторых показателей мониторинга во взаимосвязи с проведенной ТЛТ. Использовались математические, статистические, популяционные методы анализа.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведен среди 752 больных ОКС/ОИМ в возрасте 62,4+10,5 лет, госпитализированных в стационары Ферганской долины в течение 5 месяцев (май-сентябрь) 2018 года. Мужчин было – 509 (68%), женщин – 243 (32%). Соотношение мужчин и женщин (68% : 32%), что соответствовало нашим данным двух предыдущих регистров ОКС/ОИМ (2010,2015 гг.). По уровню систолического артериального давления (САД) среди мужчин и женщин достоверной разницы не наблюдалось: САД – 125,8+25,7 мм рт ст и 128,0+30,0 мм рт. ст. соответственно у мужчин и женщин ($p>0,05$). По диастолическому артериальному давлению также не было значимой гендерной разницы: 78,4+14,2 и 77,9+16,2 мм. рт. ст., соответственно у

мужчин и женщин ($p > 0,05$). Средний уровень стационарной летальности от ОИМ составил 15,8 %, 17,2% и 16,4 % соответственно в Ферганской, Андижанской и Наманганской областях и не наблюдалось достоверной разницы между областями. Однако при раздельном изучении летальности среди больных с использованием ТЛТ и без неё наблюдалась достоверная разница показателя летальности (с ТЛТ – 13,9 %, без ТЛТ 17,1 %, $p < 0,05$) в Ферганской и высокодостоверная разница в Андижанской областях (с ТЛТ -8,3 %, без ТЛТ – 20,5 %, $p < 0,03$). По Наманганской области подобной разницы не отмечалось, показатель летальности составил: среди больных с ТЛТ – 16,2% и без ТЛТ 16,5%, ($p > 0,05$).

Заключение. Результаты данного фрагмента исследования подтверждают ранее высказанные тезисы о том, что использование ТЛТ при ОКС/ОИМ оказывает существенное влияние в снижении летальности при данной патологии. Отсутствие в отдельных областях высокой эффективности ТЛТ возможно связано с недостаточным соблюдением стандартов терапии ОКС/ОИМ после проведенной ТЛТ, что требует дальнейшего углубленного анализа.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА

Аминов А.А., Нагаева Г.А., Мирзолимова М. А.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии», г. Ташкент

Проведение регистра острого коронарного синдрома (ОКС) и острого инфаркта миокарда (ОИМ) дает основание сравнить основные параметры и различные особенности в данной патологии, а также разработать необходимые мероприятия, улучшающие ситуацию в целом.

Целью настоящего исследования явилось изучение гендерных особенностей проведения тромболитической терапии (ТЛТ) и частоты различных локализаций поражения миокарда у больных ОКС/ОИМ.

Материал и методы. Материалом для изучения явились данные областей Ферганской долины по ежемесячному мониторингу в течение 5 месяцев 2018 года. Проанализировано соотношение некоторых показателей мониторинга во взаимосвязи с проведенной ТЛТ. Использовались математические, статистические, популяционные методы анализа.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведен среди 752 больных ОКС/ОИМ в возрасте 62,4+10,5 лет, госпитализированных в стационары Ферганской долины в течение 5 месяцев (май-сентябрь) 2018 года. Мужчин было – 509 (68%), женщин – 243 (32%). Соотношение мужчин и женщин составило 68% и 32% соответственно. ТЛТ терапия проведена у 166 из 509 мужчин (процент охвата ТЛТ – 33 %) и у 46 из 243 женщин (процент охвата ТЛТ – 19 %, разница достоверна

($p < 0,03$). Среди общего числа больных (752) поражение миокарда с зубцом Q (60%) встречалось чаще, чем поражение без зубца Q (40%) Среди мужчин данный параметр отличался почти двукратным превышением передней локализация поражения миокарда с зубцом Q (64%), чем случаи с поражением без зубца Q (36%) ($p < 0,04$). Среди женщин также преобладало поражение с зубцом Q (52%), чем поражение миокарда без зубца Q (39%), однако разница была менее значимой ($p < 0,05$). По частоте встречаемости разных локализаций поражения миокарда достоверной гендерной разницы не наблюдалось. Так, среди мужчин в 40 % случаях встречалась передняя локализация, в 35 % – задняя и в 25% – другие локализации; среди женской популяции у 39% передняя локализация, у 33 % задняя и у 28 % – другие локализации поражения миокарда. С целью изучения влияния ТЛТ на количество умерших раздельно анализировался процент использования данной терапии среди выписанных (626 больных) и умерших (126 больных). Так, если среди выписанных больных ТЛТ проведена была у 30 % пациентов, а среди умерших она использовалась лишь у 19 % пациентов, что еще раз доказывает эффективность данной терапии при ОКС/ОИМ.

Заключение. Результаты анализа свидетельствуют о достоверно большем использовании ТЛТ среди пациентов-мужчин, возможно связанном с их ранним поступлением в стационары, что является задачей дальнейших исследований. Преобладание количества пациентов, получивших ТЛТ, среди выписанных, еще раз свидетельствует об эффективности данной терапии.

ВЛИЯНИЕ ПУТЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ИСХОДЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Аминов А.А., Мамутов Р.Ш. Азимов Б.Х.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии», г. Ташкент

Актуальность. Выявление эффективных мер лечения больных с острым инфарктом миокарда путем изучения данных регистра позволяет улучшить качество оказания медицинской помощи данной категории больных. Регистр больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), поступивших в стационары двух областей Ферганской долины выявил ряд особенностей оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Ретроспективно были проанализированы данные 409 больных ОИМ и поступивших в стационары двух областей Ферганской долины в рамках регистра данной категории больных. В исследование были включены лица мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 85 лет, средний возраст 62,4+8,2 лет. Проводилась выкопировка основных параметров больных из историй болезни. Диагноз ОИМ выставял-

ся согласно определению ВНОК (2009). Сравнивались показатели двух областей (Наманган, Фергана). Использовались математические, популяционные и статистические методы.

Результаты. Из всех 409 больных – 314 (77%) поступили в стационар по скорой медицинской помощи (СМП), остальные 95 (23%) в стационар поступали самоотком (СТ). Если в Ферганской области соотношение путей поступления в стационар (СМП/СТ) составило 85/15 процентов, то в Наманганской области оно составило 70/30 процентов ($p > 0.04$). По этому показателю двух сравниваемых областей гендерных различий не было выявлено. По охвату тромболитической терапией (ТЛТ) также отмечался перевес в Ферганской области. Так охват ТЛТ больных с ОИМ составил 42 % и 30 % соответственно по Ферганской и Наманганской области. Результаты летальности больных составили 16,9 % и 14,8 %, ($p > 0.05$) соответственно по Ферганской и Наманганской областям. Возрастно-гендерные показатели больных двух областей почти не отличались между собой.

Заключение. При преимущественном поступлении больных с ОИМ в стационар по СМП и эффективном использовании ТЛТ заметно улучшаются показатели летальности от данной патологии.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, СОЧЕТАННОЙ С ТРАВМОЙ ПОЗВОНОЧНИКА В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.

*Арзикулов Т.Н., Расулов А.Э., Мухаммадиев А.Г.,
Ибрагимов Б.Х. Равуфов Х.А.
Джизакский филиал РНЦЭМП*

В последние десятилетия все больше внимания уделяется сочетанным повреждениям, среди которых ведущее место занимает сочетанная черепно-мозговая травма. При дорожно-транспортных происшествиях удельный вес множественных и сочетанных повреждений составляет 50-70 %.

По данным ряда авторов, больные с сочетанной травмой составляют 15,6% от числа всех травм с черепно-мозговыми повреждениями. Из нашего собственного наблюдения среди сочетанной черепно-мозговой травмы часто наблюдается сочетание ЧМТ с травмой спинного мозга и позвоночника.

За 2005-2018 г. в нейрохирургическое отделение Джизакского филиала РНЦЭМП с сочетанной ЧМТ и травмой позвоночника поступило 237 больных, 210 мужчин, 27 женщин. Возраст больных составлял в среднем 34 года. В связи с тяжестью травмы и шокового состояния все поступившие больные были госпитализированы в реанимационное отделение. В ночное время суток поступил 181 больной. Из общего числа больных с алкогольным опьянением составили 46 человек. Летальность по поводу сочетанной травмы в результате ДТП составила 22,6%.

В ходе анализа историй болезни больных, поступивших с ЧМТ в сочетании с травмой позвоночника разделили на 4 группы:

1. Тяжелая черепно-мозговая травма (ушиб головного мозга средней и тяжелой степени, сдавление мозга при вдавленных переломах, внутримозговых гематомах, гидроме, пневмоцефалии, отек – набухание мозга и др.) и тяжелая травма позвоночника – 35 больных.
2. Тяжелая черепно-мозговая травма и легкая позвоночно-спинномозговая травма – 48 больных.
3. Легкая черепно-мозговая и тяжелая позвоночно-спинномозговая травма 24 больных
4. Легкая черепно-мозговая и легкая позвоночно-спинномозговая травма – 80 больных.

Среди этих больных в 23 случаях проведена операция по поводу позвоночно-спинномозговых травм, а у 102 больных по поводу черепно-мозговых травм. В первой группе, несмотря на оказанную экстренную помощь, летальность составила 77% (27 больных), а во второй группе летальность составила 54% (926 больных), в третьей группе у 2 (83%) больных отмечалась смерть из-за осложненной травмы, в четвертой группе летальности нет. При анализе причин травм при ДТП (совместно с сотрудниками ДПС) выявили, что в первой и второй группе политравмы получили пациенты, сидевшие рядом с водителем, скорость транспортного средства превышала 120 км/ч. Расхождения судебно-медицинского и клинического диагнозов не наблюдалось.

В результате анализа было установлено, что причиной летальности при сочетанной ЧМТ с травмой позвоночника является:

1. Травматический шок тяжелой степени.
2. Нарушение сознания до уровня комы 2-3 степени.
3. В 90% случаев зарегистрирована травма, несовместимая с жизнью.

Летальность вследствие сочетанной черепно-мозговой травмы с травмой позвоночника в результате ДТП составляет большую долю от общего числа смертельных случаев.

Анализ исследования также показал, что фактором сочетанной ЧМТ в результате ДТП является:

1. Усталость водителя в результате длительного управления автомобилем.
2. Алкогольное опьянение водителя.
3. Вождение автомобиля в ночное время суток.
4. Превышение скорости и несоблюдение правил дорожного движения (по данным управления ДПС, скорость автомобилей причастных к ДТП во время аварии была 120 км/ч и более).

Это требует своевременного и совместного проведения профилактических и просветительских работ среди водителей и пешеходов совместно с сотрудниками ДПС.

А исход травмы зависит от своевременного оказания противошоковой терапии с врачом бригады скорой медицинской помощи.

РШТЁИМ СУРХОНДАРЁ ФИЛИАЛИ ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ ХИЗМАТИ ФАОЛИЯТИДАГИ АЙРИМ МУАММОЛАР ВА УЛАРНИНГ АЙНИ ВАҚТДАГИ ЕЧИМЛАРИ ТЎҒРИСИДА

Арипова М.Н., Нурова З.Р., Искандаров Э.Р.

РШТЁИМ Сурхондарё филиали

Ўзбекистон Республикасида Шошилинч тез тиббий ёрдам хизматини янада такомиллаштириш ва ривожлантириш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги ПФ-4985 “Шошилинч тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида” фармони, 2017 йил 16 мартдаги ПҚ-2838 “Шошилинч тиббий хизматининг фаолиятини ташкил этишни янада такомиллаштириш ва моддий-техника базасини мустаҳкамлаш чора-тадбирлари тўғрисида” қарори, 2018 йил 25 январь ПҚ-3494 “Шошилинч тиббий ёрдам тизимини жадал такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида” ва 2018 йил 16 октябрь ПҚ-3793 “Шошилинч тиббий ёрдам хизматини такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида” қарорларнинг қабул қилиниши шошилинч ва тез тиббий ёрдам хизмати салоҳиятининг ошишига олиб келди.

Шуни қайд этиб ўтиш лозимки, кейинги 3-йил (2016-2018 йиллар) ичида тез тиббий ёрдам (ТТЁ) хизмати фаолияти таҳлил қилинганда аҳолининг мурожаатлари сони кўпайиши кузатилган, жумладан 2016 йилда жами чақириқлар сони – 522 224 бўлган бўлса, 2018 йилда ушбу кўрсаткич 727120 тани ташкил қилган.

Ушбу ҳолат ТТЁ хизматининг моддий – техник базасинининг мустаҳкамланишидан, тиббий хизмат самарадорлигининг ошиши, тиббий асбоб-ускуналарни ва дори-дармонлар билан етарли даражада таъминланиши натижасида аҳолининг бу хизматга нисбатан ишончи ошишидан далолат беради.

ТТЁ хизматига келиб тушган чақириқларни таҳлил қилганимизда, кейинги 3-йилда сурункали касалликлар билан мурожаат, натижасиз ва асоссиз чақириқлар, амбулатор мурожаат ижобий томонга ўзгараётганлиги кузатиляпти. Сурункали касалликлар билан мурожаат қилган беморларни ҳисобга олиб, уларни режа асосида тиббий муассасаларга бориши тавсия қилиниб, оилавий поликлиникалар, тиббиёт бирлашмалари стационарлари билан узвий ҳамкорликни йўлга қўйиш натижасида тиббий хизмат сифати яхшиланмоқда.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, куз-қиш мавсумида ўткир респиратор касалликлар билан, ёз мавсумида эса ўткир ичак касалликлари билан мурожаатлар сони кўпайиши муносабати билан келиб чиқаётган баъзи муаммолар ечимини қуйидаги йўл билан ҳал этмоқдамиз, яъни ТТЁ бригадаларини Термиз шаҳри (аҳолиси 144 минг 768 нафар) бўйича 10 та секторга ажратиб жойлаштириш натижасида беморларга ТТЁ бригадаси етиб бориш вақти қисқарди ва хизмат кўрсатиш сифати яхшиланди. ТТЁ хизмати сифати яхшиланиши сабабларидан яна бири санитар автотранспорт воситаларининг янгилиниши, уларни замонавий тиббий асбоб-ускуналар

билан таъминланиши, динамикада 2016 йилда 9 дона автотранспорт воситасидан 8 таси “Дамас” русумли ва 1 дона “Хундай” бўлган бўлса, 2018 йилга келиб эса 11 дона автотранспортдан 5 та “Хундай”, 5 та “Дамас” ва 1 дона “Тойота” русумли автотранспортлардир. Бундан ташқари, 2016 йилда санитар автотранспортлар рациялар билан таъминланмаган эди, бу эса чақириқларни узатиш кечикишига олиб келарди. 2018 йилга келиб барча санитар автотранспорт воситалари рация билан таъминланди ва бунинг натижасида чақириқларга етиб бориш вақти қисқарди ва беморларга ўз вақтида тез тиббий хизмат кўрсатиш сифати яхшиланди. Маълумки, 3-йил муқаддам ТТЁ хизматида фельдшерлар бригадалари улуши кўпроқ, яъни 5та эди, 2018 йилда 2 та фельдшерлар бригадаси бўлиб, динамикада 3 тага камайди. Бу ислохотлар натижасида ТТЁ хизматининг малакали кадрлар билан таъминлашининг яхшиланишига олиб келди, яъни Термиз шаҳар ТТЁ бўлимида қозирги вақтда жами 12 та бригада фаолият кўрсатмоқда, шулардан: 5 та махсус бригада, 5 та умумтармоқ ва 2 та фельдшерлик бригадасидир.

Хулоса қилиб айтганда, ТТЁ хизматини ва беморларга тез тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилаш учун қуйидаги таклифларни берамиз:

1. Меъёрий талаблар асосида юқори малакага ва тоифага эга бўлган мутахассислар билан таъминланиш;

2. Тиббий муассасалар билан ҳамкорликни ва узвий боғланишни янада такомиллаштириш;

3. ТТЁ хизматида фаолият кўрсатаётган тиббий ходимларни мутахассислиги бўйича мунтазам малака оширишни (Тошкент шаҳри ва МДХ давлатларида) назоратга олишини йўлга қўйиш лозим.

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ И ОБЩЕСТВЕННО ДОСТУПНАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ

Ахмадалиев Б.К., Нишонбоева С.М., Мамадиев Р.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Внезапная сердечная смерть, являясь одной из главных причин смертности, ежегодно уносит сотни тысяч жизней во всём мире. Реальные цифры статистики, связанной с внезапной сердечной смертью, неутешительны: уровень выписки из больниц пациентов после внезапной остановки сердца составляет около 1,5-2% в Узбекистане и 5-7% в США. 30% свидетелей внезапной остановки сердца говорили, что предпринимали меры по оказанию первой помощи, и только 5% действительно оказывали её. Помимо этого, весьма сомнительна и эффективность действий этих свидетелей, оказывавших первую помощь, равно как и качество помощи, оказываемой медперсоналом прибывшей на место происшествия бригады скорой помощи. Отчасти это явилось предпосылкой оснащения всех бригад экстренной помощи автоматическими наружными дефибрилляторами, однако вскоре стало ясно, что хотя это и играет важную роль, но не является единственным критическим фактором, определяющим выжива-

емость пациентов после внезапной остановки сердца. Стало очевидно, что необходимо сокращать время до оказания первой помощи на месте происшествия.

В качестве возможных вариантов решения этой проблемы были предложены две модели реагирования:

1. Традиционная одноуровневая система: помощь пациентам после внезапной остановки сердца оказывается одной из экстренных служб, в состав которой входят профессиональные медики.

2. Двухуровневая система: помощь пострадавшим оказывается сначала свидетелями происшествия, в большинстве случаев не имеющими специального медицинского образования, но прошедшими короткий (4-6 часовой) курс оказания первой помощи, и в том числе обученным основам проведения автоматической дефибрилляции.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИНЦИПАМ КОНТРОЛЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Ахмедова М.С., Давлатов Б.Н., Юлдашев А.А.,
Косимходжиев М.И.*

**АГМИ, Андижанское бюро СМЭ, Андижан,
Узбекистан**

Изучение литературных источников, посвященных проблеме инфекционного контроля на этапах медицинской помощи при множественной и сочетанной травме (МСТ), показало, что из общего числа погибших в 20% пострадавшие умирают вследствие инфекционных осложнений (ИО).

Материалом для настоящего исследования послужили 873 наблюдения за больными с различными МСТ различной локализации, находившимися на стационарном лечении в различных отделениях ЛПУ области. Распространенность ИО изучена в группах пострадавших с МСТ, где преобладала: ЧМТ – 312 (35,7%) больных; торакальная травма – 68 (7,8%) больных; абдоминальная травма – 43 (4,9%) больных; позвоночно-спинномозговая травма – 197 (22,6%) больных и травмы конечностей – 253 (29%) больных. Во всех группах диагностика ИО базировалась на объективных данных, основанных на ежедневном, а при необходимости на многократном суточном мониторинге температурной реакции, данных лабораторной (в т.ч. и бактериологической) диагностики, регламентированных проведенных физикальных исследований, а также наблюдений локальных поврежденных участков тела.

Анализ полученных данных позволил нам выявить, что течение травматической болезни усугублялось ИО главным образом на догоспитальном и госпитальном этапах, обусловленной крайней тяжестью пострадавших и трудностями диагностики, а также высоким ростом ятрогенных повреждений. В связи с этим диагностические мероприятия по выявлению ранних

проявлений, а также основных причин, вследствие, которых могут развиваться ИО, должны начинаться уже на догоспитальном этапе. Эти особые требования способствовали нам выработать единую, обязательную и в некоторых случаях особую тактику инфекционного контроля, основанную на принципах доказательной медицины и направленную прежде всего на профилактику, а потом на лечение ИО при МСТ, во главу которых ставится антибактериальная терапия, на фоне которой осуществляется местное лечение, коррекция гомеостаза, иммунотерапия.

В ходе лечения данной категории пострадавших мы придерживались следующих принципов контроля и профилактики ИО, узаконенных в стандартах и алгоритмах оказания помощи на этапах медицинской помощи, состоящих в следующем:

– при оказании помощи на догоспитальном этапе – мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей, предупреждение аспирации, специализированное лечение шока – (венозный доступ + быстрое восполнение нарушенной перфузии), адекватная анестезия, остановка наружного кровотечения, иммобилизация конечностей и позвоночника и соблюдение правил транспортировки. Предотвращение ятрогенных повреждений, выполнение полного объема диагностических манипуляций догоспитального уровня;

– при оказании квалифицированной и специализированной помощи на госпитальном этапе – создание оптимальных условий для лечения повреждений, профилактика инструментального микробного загрязнения, профилактика гипостатической пневмонии и пролежней. В остром периоде, при выполнении экстренных вмешательств, строго определяется приоритет операций по жизненным показаниям (предпочтение составляют urgentные операции при ЧМТ, оперативные вмешательства при внутреннем кровотечении и др.). При определении объема дальнейшей тактики лечения и выбора оперативного пособия мы ориентировались на следующие показатели: САД > 100 мм.рт.ст; ЦВД > 100 мм.вод.ст; пульс < 100 в мин, диурез выше 50 мл в час. В реанимационном периоде при квалифицированной и специализированной помощи необходимо специализированное лечение шока, быстрое восполнение ОЦК, пропорциональное сочетание кристаллоидов, коллоидов и препаратов крови. Целевая и этапная антибактериальная терапия. Лечение повреждений по принципу лечения изолированной травмы. Иммуностимуляция. Корректирующая терапия. Кроме того, актуально предотвращение дополнительных травм в виде ятрогенных повреждений (соблюдение техники интубации трахеи, катетеризации вен, катетеризации мочевого пузыря, проведения очистительных клизм и других, казалось бы, элементарных повсеместно проводимых манипуляций); проведение ранних реабилитационных мероприятий, ЛФК, использование физиотерапевтических процедур;

– на постгоспитальном этапе – профилактика заключается в радикальном лечении ИО с целью пре-

дотвращения генерализации инфекции или перехода процесса в хроническую форму. Основные проблемы организации постгоспитального этапа пострадавшим с МСТ, обусловленные трудностями проведения качественной диспансеризации, проведения активной реабилитации и разработки дифференцированных нормативов и схем организации амбулаторного лечения. Практика лечения ИО на послегоспитальном этапе показывает, что она более эффективна в условиях специализированной амбулаторно-поликлинической службы.

Не менее важным условием контроля, профилактики и лечения ИО у пострадавших с МСТ является максимально полная медицинская и социально-трудовая реабилитация. В медицинской реабилитации больных МСТ имеет значение создание максимально благоприятных условий для течения репаративных процессов, улучшения трофики кожных покровов и мышечной ткани. Не менее важное значение имеет нормализация функции тазовых органов, развития пролежней и застойной пневмонии, коррекции нарушений иммунной системы организма.

Таким образом, множественность путей микробного загрязнения, благоприятный фон для развития раневой ИО и наличие условий для её генерализации (шок, кровотечения, длительные бессознательные состояния) предъявляют особые требования к терапии ИО.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ У БОЛЬНЫХ С МСТ НА ОСНОВАНИИ НЕДОСТАТКОВ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ахмедова М.С., Давлатов Б.Н., Касимходжаев М.И.

**АГМИ, Андижанское бюро СМЭ, Андижан,
Узбекистан**

Как свидетельствуют материалы периодической и патентной литературы, посвященной проблеме причин смертности среди населения, значительное место занимает летальность вследствие механических повреждений (9,3 – 45,7%), в свою очередь связанная с увеличением числа пострадавших вследствие транспортных происшествий, среди которых полученные травмы приобретают характер множественных и сочетанных.

Быстротечность развития патологических процессов при множественной и сочетанной травме (МСТ) диктует необходимость разработки, применения и использования алгоритмов диагностики и лечения. Применение правильной тактики оказания медицинской помощи, в течение «золотого часа» обеспечивает перспективы благоприятного исхода МСТ.

Настоящее сообщение посвящено анализу оказания помощи 14397 больным, из них 4821 (33,5%) больной с множественной и сочетанной травмой (МСТ). По механизму травмы наиболее частыми были ДТП (64%).

На основании выборочных исследований был выявлен ряд недостатков помощи на догоспитальном этапе (ДГЭ), связанных с ошибками в оказании помощи и транспортировке. Изучение структуры причин смертности на примере 2006 умерших, показало, что смерть у 950 (47,4%) пострадавших – то результат МСТ. 700 человек (73,7 %) умерли на месте происшествия или во время транспортировки, у части из них вследствие жизнеугрожающих состояний (ЖУС), в ряде случаев требовалось оказание первой помощи.

В больницах умерло 250 человек (26,3%), половина из них находилась там более суток, при этом из них у 26 (20,8 %) пострадавших не были диагностированы переломы ребер, у 6 (4,8 %) – разрывы и ушибы внутренних органов, переломы черепа – у 5 (4,0 %), позвоночника – еще у 5 (4,0 %), таза – у 3 (2,4 %), голени – у 1 (0,8 %). У остальных клинический и патологоанатомический диагнозы совпали.

Высокие показатели летальности и осложнений ДГЭ, которые невозможно компенсировать даже при самых интенсивных мероприятиях в стационарах, убедили нас в необходимости разработки алгоритмов оказания помощи при ЖУС.

Алгоритм оказания помощи включал:

– Поддержание функции дыхания и сердечной деятельности – «правило ABC».

– Остановка кровотечения. Надавливание на точку истечения крови, подъём конечности, методом выбора является наложение жгута.

– Иммобилизация повреждений. Длинные «спинные доски», для оказания помощи и последующей транспортировки больных с повреждением верхних и нижних конечностей, черепа, позвоночника, грудной клетки и таза.

Опыт оказания помощи при массовом поступлении больных с МСТ позволил внедрить и использовать такие типы шин, как: жёсткие шины (деревянные со смягчающим слоем и картонные), гибкие и лестничные; тракционные, так называемые Альфа-шины; импровизированные. В качестве транспортной иммобилизации внедрена иммобилизация шеи.

– Обезболивание. С целью купирования боли применялся метод регионального (чрескожного) пути введения. Квалифицированная помощь предусматривала и другие виды обезболиваний.

– Терапия, направленная на нормализацию ОЦК, – инфузионно-трансфузионная терапия.

Анализ результатов лечения позволил установить составные объёма помощи больным с МСТ :

- мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей,
- предупреждение аспирации,
- специализированное лечение шока – (венозный доступ + быстрое восполнения нарушенной перфузии),
- адекватная анестезия,
- остановка наружного кровотечения, иммобилизация конечностей и позвоночника и соблюдение пра-

вил транспортировки,

- предотвращение ятрогенных повреждений,
- выполнение полного объема диагностических манипуляций догоспитального уровня.

Учитывая арсенал оснащения современных машин скорой помощи и уровень подготовки кадров, мы считаем, что на ДГЭ оказания помощи объем обследования пострадавших должен включать следующие дополнительные исследования:

- оценка адекватной циркуляции – определение времени восстановления капиллярного кровотока;
- измерение ректально-кожного градиента температуры;
- проведение офтальмоскопического исследования;
- проведение ЭКГ-исследования;
- проведение экспресс-лабораторных исследований.

Таким образом, нами у больных с МСТ определена следующая тактика оказания помощи:

1. Помощь необходимо оказать в возможно более короткий срок от момента травмы.

2. При быстром травматологическом осмотре необходима повторная оценка состояния.

3. Обследование должно начинаться с определения состояния жизненно важных функций дыхания и кровообращения – правило ABC.

4. Оценка сознания проводится в совокупности с результатами неврологических расстройств, офтальмологических и отоларингологических исследований.

5. Общее обследование последовательно направлено на выявление МСТ: ЧМТ, повреждения груди, живота, позвоночника и повреждений ОДА, их степени тяжести и локализации.

6. Допустима синдромологическая постановка диагноза.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ахметданов К.К.

ПХВ «Павлодарская областная станция скорой медицинской помощи» г. Павлодар, Республика Казахстан

1. Внедрение 12 проектов реформирования:
 - Автоматизированная система управления.
 - Навигационная система.
 - Автоматизированное рабочее место.
 - Электронная медицинская карта.
 - «Пиковые бригады».
 - Патрулирование бригад.
 - Перевод автотранспорта на газовое оборудование.
- Специализированный учебный центр.
- Тriage-система.

– Дистанционное ЭКГ.

– Внедрение интерактивного дистанционного обучения.

– Использование возможностей телемедицины на догоспитальном этапе.

2. Обучение медицинского персонала всей области практическим навыкам оказания скорой медицинской помощи в соответствии международными стандартами.

3. Централизация пунктов СМП на областном уровне.

4. передача отделения санитарной авиации в управление областной станции СМП.

5. Усовершенствование межведомственного взаимодействия.

6. Повышение информации и повсеместное внедрение навигационной системы в службу скорой помощи всей области в целях обеспечения своевременного прибытия бригад СМП.

7. Улучшение материально-технической базы.

8. В реализации приказа МЗ РК № 450 от 3 июля 2017 года «Правила оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан» на уровне СМП Павлодарской области выполнены все пункты дорожной карты:

– создан единый колл-центр на базе областной СМП.

– сформирован бюджет. Приобретений за счет республиканского бюджета не проводилась.

– заключены договоры на оказание ГОМБ.

– определены зоны покрытия скорой помощью (города 100%, районы 80 %, открыты дополнительные посты на травмоопасных участках автотрасс области).

– проведено обучение сотрудников по международным стандартам: базовая реанимация – 100%, расширенная сердечно-легочная, в том числе и в педиатрии, оказание помощи при травмах 70%, безопасное вождение – 75%.

– внедрена единая АСУ по всей области, интегрирована с РЦСА.

– охват и интеграция системы навигации выполнена на 100%.

– сформирована единая техническая служба по обслуживанию санитарного транспорта.

– сформирован единый лекарственный формуляр.

– для выполнения вызовов 4-й категории срочности открыто 8 отделений неотложной медицинской помощи при ПМСП городов Павлодар, Экибастуз, Аксу. А также заключены договоры аутсорсинга с мелкими поликлиниками городов.

8. Открытие дополнительных постов на трассах республиканского значения для покрытия травмоопасных участков.

9. Результаты внедрения модернизации, введения в работу бригад инновационных технологий.

ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ахметданов К.К.

ПХВ «Павлодарская областная станция скорой медицинской помощи» г. Павлодар, Республика Казахстан

1. Кардиологическую помощь взрослому населению Павлодарской области оказывает Республиканский кардиохирургический центр, имеются 2 ангиографические установки и 2 кардиореанимации.

2. Создан центр по оказанию неотложной помощи больным с острым коронарным синдромом (ОКС). Внедрена экстренная связь между ангиографической лабораторией и всеми ЦРБ.

3. Разработан маршрут доставки больных с ОКС из районов.

4. Все бригады скорой помощи оснащены кардиометрами (что позволило не пропустить ни одного инфаркта в районах области), современным реанимационным оборудованием и лекарственными средствами, включая тромболитические препараты.

5. Эффективность проведения тромболитической терапии на догоспитальном этапе пациентам из отдаленных районов.

6. Анализ возрастного состава, где был положительный эффект, – 57% эффективности в возрасте старше 70 лет.

7. Летальность при проведении тромболитической терапии на догоспитальном этапе составила низкий процент – 0,6%, обусловлена развитием реперфузионных аритмий.

8. С 2014 года на Павлодарской областной станции внедрена специальная триажа система: пациенты с красным сопроводительным листом, минуя приемный покой, поступают сразу в реанимационное отделение или на ЧКВ.

9. Создана информационная база по больным с ОКС, которая позволяет оценить процессы диагностики и лечения, а также качественные и количественные характеристики ТЛТ как на догоспитальном этапе, так и в стационаре.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ (НЕОТЛОЖНОЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ СОВМЕСТНО С СЕМЕЙНЫМИ ПОЛИКЛИНИКАМИ

Бабажанов А.У.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Скорая (неотложная) медицинская помощь – форма медицинской помощи, оказываемая пациентам по жизненным показаниям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, и осуществляемая на догоспитальном этапе службой скорой (неот-

ложной) медицинской помощи (СНМП). Основными принципами организации службы СНМП являются: доступность этого вида медицинской помощи; оперативность в работе и своевременность прибытия бригад к пациентам; полнота оказываемой медицинской помощи; обеспечение при наличии показаний беспрепятственной транспортировки в соответствующие профильные организации здравоохранения для уточнения диагноза и решения вопроса о необходимости госпитализации; преемственность в работе со стационарными и семейными поликлиниками; обеспечение непрерывности лечебно-диагностического процесса на этапе оказания СНМП при взаимодействии с семейными поликлиниками; обеспечение постоянной готовности службы СНМП к работе при возникновении чрезвычайных ситуаций. Служба СНМП Хорезмской области представлена 13 станциями, 39 подстанциями, 99 постами. В 2018 году по сравнению с 2017 годом значительно (на 33,2%) уменьшилось количество вызовов СНМП по обезболиванию онкологических больных, на 13,7% – по болезням органов дыхания, на 2,5% уменьшилось количество перевозок, на 7,9% – количество вызовов в связи с психическими расстройствами, на 8,1% – вызовов СНМП при травмах и отравлениях, на 2,6% – по болезням органов пищеварения, на 2,1% – по болезням нервной системы, на 1,8% – по болезням мочеполовой системы и на 1,6% – по болезням системы кровообращения (БСК). В 2018 г. на 6,2% снизилось число обращений в службу СНМП (с 369,8 до 347 на 1000 населения). Количество выездов бригад также снизилось на 5,2%. Увеличилось количество пациентов, доставленных в приемные отделения стационаров (с 28,2% до 42,8%), при этом значительно снизился процент госпитализированных (с 75,7% до 58,3%). Уменьшился показатель диагностических ошибок на этапе СНМП (с 1,1% до 0,9%). В структуре вызовов по приоритету по-прежнему преобладали неотложные вызовы (69,7%); 24,9% составили срочные и 5,4% – экстренные. Несколько улучшилась укомплектованность службы врачами (66,9% против 64,4%) и ухудшилась – фельдшерами (82,5% против 83,6%). Скорая медицинская помощь в 2019 г. – с целью улучшения качества СНМП Министерством здравоохранения Республики Узбекистан предусмотрен целый ряд мероприятий по совершенствованию нормативно-правовой базы службы, улучшению ее оснащения.

ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ В ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Рахимова С.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Заболевания органов дыхания, протекающие с бронхообструктивным синдромом, относятся к числу распространенных, значение данной патологии не-

уклонно возрастает, что связано с увеличением числа часто болеющих детей и детей атопической конституцией, воздействием неблагоприятных экологических факторов. Не являясь самостоятельной нозологической формой, бронхообструктивный синдром может быть проявлением многих патологических состояний. Клинические проявления бронхообструктивного синдрома варьируют от умеренных признаков бронхообструкции с наличием удлиненного выдоха и множественных рассеянных сухих свистящих хрипов без явлений дыхательной недостаточности до достаточно выраженных приступов удушья, появление одышки и шумного дыхания с участием вспомогательной мускулатуры.

Цель исследования – дифференцированный подход и оценка эффективности неотложной помощи у детей с острой дыхательной недостаточностью, обусловленной бронхообструктивным синдромом.

Нами проведен анализ 2435 случаев обращений в приемно-диагностическое отделение педиатрического корпуса РНЦЭМП за 2018 год с заболеваниями органов дыхания осложненной бронхообструктивным синдромом. Возрастная градация выглядела следующим образом: дети до 1 года 902 случая, что составляет 37 %, с 1 года до 3-х лет 1095 (45%) детей, с 3-х до 6 лет 268 детей (11%) и старше 6 лет 170 детей (7%). Приведенные данные показывают, что наибольшее количество обращений с данной патологией выявлено у детей до 3-х лет. Также наибольшее количество обращений по данной патологии приходится на осенне-весенний период.

В связи с наличием различных причин развития бронхообструктивного синдрома проводили дифференциальную диагностику БОС аллергического и инфекционного генеза. При сборе анамнеза больного и объективного осмотра учитывали наличие контакта с больным ОРВИ или контакта с бытовыми и другими аллергенами, злоупотребление аллергизирующими пищевыми продуктами (цитрусовые, сладости, шоколад и т.д.), наличие или отсутствие наследственной предрасположенности к атопии, наличие температуры, длительность бронхообструктивного синдрома. Для аллергического генеза бронхообструктивного синдрома часто были характерны наследственная предрасположенность к атопии, контакт с бытовыми или пыльцевыми аллергенами, злоупотребление аллергизирующими продуктами питания, частые рецидивы бронхообструктивного синдрома, сезонность. Для инфекционного генеза бронхообструктивного синдрома был характерен контакт с больным ОРВИ, повышение температуры, интоксикация и другие признаки инфекционного процесса, выраженность дыхательной недостаточности. У этих детей симптомы БОС проявлялись экспираторной одышкой, непродуктивным кашлем, включением вспомогательной дыхательной мускулатуры при дыхании, перкуторно-коробочный оттенок

перкуторного звука над всеми легочными полями, аускультативно-ослабленное везикулярное дыхание с удлиненным выдохом, большое количество сухих свистящих, жужжащих хрипов.

При оценке дыхательной недостаточности у наблюдаемых детей с бронхообструктивным синдромом обращали внимание на частоту дыхания, наличие экспираторной одышки при беспокойстве и физической активности, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, уровень сознания, уровень гипоксемии (PO₂). У 62 % больных (1510 детей) наблюдалась острая дыхательная недостаточность I степени, у 15% (365 детей) II степени, у 3% (73 детей) III степени. На степень выраженности дыхательной недостаточности оказывало влияние общетоксическое проявление респираторного заболевания и наличие отягощенного преморбидного фона, в частности наличие отягощенного наследственного аллергического анамнеза (34%), экссудативный катаральный диатез (43%), лимфатико-гипопластический диатез (12 %), наличие рахита (37%), анемии (52%), и характер питания.

Всем наблюдаемым детям применяли ингаляции бета 2 агонистов короткого действия (вентолин, сальбутамол) посредством спейсера или через небулайзер. К их основным свойствам относятся стимуляция бета 2 адренорецепторов, расслабление гладкой мускулатуры бронхов, снижение гиперреактивности дыхательных путей, улучшение мукоцилиарного клиренса, снижение сосудистой проницаемости стабилизации мембран тучных клеток и уменьшение медиаторов воспаления. Эти препараты оказывали быстрый бронхолитический эффект на протяжении 3-6 часов, а в ряде случаев полностью купировал приступ. Также оксигенотерапия позволяла существенно улучшить состояние больных. Эффективность препарата оценивали через 20 минут. У 22% больных отмечалась положительная динамика, и частота дыхания уменьшилась на 25 %. Таких детей отправляли на амбулаторное лечение по месту жительства под строгим наблюдением участкового педиатра. Госпитализации подлежали дети до 1 года, независимо от степени тяжести бронхиальной обструкции, дети с отягощенным аллергическим анамнезом, а также дети с неблагоприятным преморбидным фоном. 438 детей (18%) с наличием дыхательной недостаточности II и III степени госпитализировали в отделения реанимации и интенсивной терапии.

Таким образом, своевременность, объем и качество оказанной неотложной медицинской помощи, дифференцированный подход, своевременность госпитализации часто определяют тяжесть течения заболевания и его прогноз.

**АНАЛИЗ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ
СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ,
ПОЛУЧЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП**

*Бегалиев С.М., Алланиязов С.С.; Прияров Ж.Х;
Жоллыбеков Д.Б., Ниетуллаев Д.У.*
Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Политравма является медико-социальной проблемой общества и одной из актуальных проблем современной медицины. В общей структуре травм мирного времени доля сочетанных повреждений составляет от 5 до 35%. По данным литературы, сочетанная черепно-мозговая травма является наиболее частой разновидностью среди всех сочетанных травм и составляет 70-80%.

Обращает на себя внимание неуклонный рост сочетанной травмы в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), что доказывает актуальность профилактики дорожно-транспортного травматизма.

Установлено анализом травматизма вследствие ДТП, поступивших в нейрохирургическое отделение Каракалпакского филиала РНЦЭМП за 2018 г. составляет около 10,8 % от всех повреждений.

Целью нашего исследования было изучение случаев сочетанной черепно-мозговой травмы (ЧМТ) за 2018 год по данным пролеченных больных в Каракалпакском филиале РНЦЭМП и анализ оказания специализированной хирургической помощи при сочетанной черепно-мозговой травме.

Материал и методы. В Каракалпакский филиал РНЦЭМП за 2018 г. в нейрохирургическое отделение поступило 1529 больных с травмами. Из поступивших больных 102 обратились с черепно-мозговой травмой в сочетании с повреждением опорно-двигательного аппарата. Количество всех пострадавших от дорожно-транспортных происшествий 2018 года составило 166 из них с летальным исходом-10. При этом 68 % больных были доставлены с скорой медицинской помощи, 32% больных обратились самотеком. Первая медицинская помощь пострадавшим было оказано всем больным врачами скорой медицинской помощи.

Результаты и обсуждение. Всем поступившим больным в момент поступления сделана рентгенография, УЗИ, ЭхоЭС и компьютерно-томографическое (КТ) обследование. Выявлено, внутримозговые гематомы у 36 больных (21,7%), из них у 4 больных (11,1%) обнаружен вдавленный перелом костей черепа. В момент операции обнаружено; эпидуральные гематомы у 11 больных (30,5%), у 15 больных (41,6%) обнаружена субдуральная гематома, у 6 больных (16,6%) обнаружена эписубдуральная гематома. Краниофациальные травмы выявлены у 7 больных переломами скуловых костей, им сделана открытая репозиция скуловой кости и гайморотомия. Перелом ключицы у 9 больных, переломами бедренной кости у 14 больных, из них 6 больным сделана одномоментная операция. Перелом костей голени у 21 больного, которым наложена система длитель-

ного скелетного вытяжения и закрытая репозиция и остеосинтез спицами Илизарова. У 20 больных обнаружен перелом ребер, из них 14 с повреждением легких. Летальность при сочетанной черепно-мозговой травме в результате дорожно-транспортных происшествий составила 12 больных, после операционная летальность – 5. Окончательная репозиция отломков выполнялась в отдаленном периоде, после стабилизации состояния больного.

Вывод: высокая смертность, глубокая инвалидность, длительная реабилитация выживших больных ставят проблему тяжелых сочетанных черепно-мозговых повреждений в один ряд с самыми актуальными медицинскими и социально-экономическими проблемами. Таким образом, после организации отдельного дежурного поста врача-нейрохирурга в отделении нейрохирургии и организации специализированных противошоковых мероприятий для больных с черепно-мозговой травмой и с повреждением костей скелета лечебная иммобилизация отломков костей скелета осуществлена в первые сутки, что весьма благоприятно сказывается на течении травматической болезни, предупреждает развитие осложнений и сокращает срок стационарного лечения больных.

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ В Г. НУКУСЕ**

Бегалиев С.М., Ажиева З.Б., Абдираманов Д.М.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Каракалпакский филиал

Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из важнейших медицинских и социальных проблем. Это обусловлено большой распространенностью, высокой смертностью и тяжелыми последствиями.

Изменить имеющуюся ситуацию можно путем создания адекватной системы оказания лечебно-профилактической помощи населению. Для планирования и создания эффективной системы профилактики инсульта, лечения и реабилитации больных с инсультом необходимы точные эпидемиологические данные (основные эпидемиологические характеристики: заболеваемость, смертность, летальность от инсульта), анализ факторов риска, оценка наличия и эффективности профилактических мероприятий, оценка эффективности организационных и лечебных мероприятий (Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., 2003).

В то же время установление частоты и особенностей заболеваемости в городе Нукусе острым мозговым инсультом с использованием строго стандартизированных методов обследования и оценки качества оказания помощи представляется важным, т.к. от этого зависит в определенной мере планирование органами здравоохранения средств, необходимых для организации медицинской помощи больным острым инсультом.

Для оценки качества оказания помощи больным мозговым инсультом на догоспитальном этапе мы раз-

били на 3 временных интервала: время от начала заболевания до обращения или вызова врача, отражающее медицинскую грамотность населения; время от поступления вызова до прибытия врача (в основном имеется в виду скорая медицинская помощь), отражающее организацию неотложной медицинской помощи; время от осмотра врача до госпитализации, отражающее организованность и врачебную квалификацию, а также состояние медицинской помощи.

Было выявлено, что из 2061 больного в первый час заболевания к врачам обратились всего 24 больных. Наибольшее количество больных 1256 обратились к врачу в течение первых шести часов от начала инсульта, а в течение суток – 168. К сожалению, были больные, которые обратились за медицинской помощью позже первых суток – 303: до 3 суток – 228; до 7 суток – 47; более 7 суток – 35.

На время обращения за медицинской помощью существенное влияние оказывал характер мозгового инсульта: при субарахноидальном кровоизлиянии 100% больных обращались в первые 6 часа заболевания, при кровоизлиянии в мозг – 89,5%, а при ишемическом – только 27,4%.

Создание хорошей материальной базы для ранней диагностики на базе скорой медицинской помощи РНЦЭМП в г. Нукус дало возможность осуществления организационных мероприятий, таких как: 73,4% больных с инсультом первый медицинский осмотр произведен врачами скорой медицинской помощи; в стационаре получали лечение 76% больных инсультом; в течение первых шести часов к врачам обратились 613 больных.

Результаты проводимых санитарно-просветительных мероприятий среди населения, изменения методов организации медицинской помощи (большой охват скорой помощью), большой процент ранней госпитализации, а также госпитализация и тех больных, которые раньше считались нетранспортабельными и которых лечили дома, свидетельствуют о большей эффективности этих мероприятий.

Ранняя госпитализация и начало лечебных мероприятий до 6 часов значительно улучшает клиническое течение заболевания и способствует снижению смертности и летальности, а это возможно за счет создания инсульт-бригад.

ОРГАНИЗАЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Бегалиев С.М., Мадрейтов А.К.

Нукусский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУ.

Введение. В настоящее время регион Приаралья, вследствие высыхания Аральского моря является зоной экологического кризиса, которая в свою очередь

негативно влияет на здоровье рядом проживающего населения, то есть Республики Каракалпакстан. Образовавшаяся на поверхности кора из морской соли, превращаясь в пыль, состоящую из соли натрия и других неорганических веществ, выносится ветром, по вектору розы ветров в сторону города Нукуса на близлежащие населенные пункты в радиусе 200 км, в количестве 140 – 150 тонн в год. Систематически загрязняется почва, вода и атмосфера. Соли неорганических соединений, проникая в организм человека в избыточном количестве через вдыхаемый воздух, питьевую воду и продукты питания, выращенные на засоленной почве, негативно влияют на гомеостаз, защитные системы человека и тем самым повышают заболеваемость, смертность населения Приаралья. В этой связи нами было проведено исследование заболеваемости и смертности населения Приаралья, в частности города Нукуса, по линии службы скорой медицинской помощи (СМП) Нукусского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (НФ РНЦЭМП).

Целью проводимого исследования являлось выявления частоты заболеваемости и смертности населения, а также совершенствование и улучшение оказания СМП на догоспитальном этапе экстренной медицинской помощи (ЭМП) в регионе.

Материал и методы. За исследуемый период взяты материалы 8-летней деятельности отделения СМП НФ РНЦЭМП с 2010 по 2017 г. Использованы годовые отчеты, диспетчерские журналы и вызывные медицинские карты больных по линии СМП. Полученные данные проанализированы методом количества и сравнительного анализа.

Результаты и обсуждени. Отделения скорой медицинской помощи НФ РНЦЭМП, в своей деятельности руководствуясь директивными документами, ежедневно спасает многим жизни и помогает облегчить страдания сотням больных и пострадавших.

За исследуемый период работы отделения СМП НФ РНЦЭМП наблюдается позитивная тенденция статистических показателей деятельности организации и оказания СМП населению. Так, в динамике за 2010 год обращаемость населения за СМП была 62363 случая, условно – 100%, а в 2017 году этот показатель составил 106512 случаев, то есть 171,1%, на 71,1% больше от исходного периода. Прирост обращаемости населения на станцию скорой помощи на 71% доказывает, что у населения появилось огромное доверие к службе СМП, где была выполнена целенаправленная работа руководства страны по улучшению и оптимизации сервиса, материально-технической базы, кадрового потенциала, обучения и повышения квалификации сотрудников СМП. Ежегодное увеличение объема лекарственных препаратов, инъекционных и перевязочных материалов, улучшение обеспечения медицинским инвентарем, обновление автопарка новым санитарным автотранспортом, а также оптимизация кадрового потенциала отделения СМП в соответствии с руководящим документом МЗ РУ, более 20 бригад скорой помощи города Нукуса, с его более

300-тысячным населением дали свой положительный результат.

Выполненные вызовы по линии СМП и оказанная медицинская помощь в 2010 году составила 61933 – 100% и в 2017 году 105808 – 170,8%, то есть на 70,8% больше, чем предыдущий период исследования. Аналогичная картина проявляется и в этом случае, потому что оказанная СМП с приростом на 70,8% свидетельствует об этом. Здесь надо добавить, что каждый выполненный вызов осуществлен врачебной бригадой СМП, где оказывается квалифицированная медицинская помощь бесплатно с улучшенным сервисом, поэтому население потянулось в СМП.

Госпитализация больных и пострадавших с эвакуацией и оказанием медицинской помощи на пути следования в стационар в 2010 году составила 16312 случаев – 100%, а в 2017 году это составило 17366 – 107%, что на 7% больше по сравнению с предыдущим периодом. Эти показатели с положительной динамикой свидетельствуют о возросшей квалификации врачебного состава и улучшения сервиса оказания СМП, службы скорой помощи. Ведь каждый больной на месте вызова лично осматривается врачом, полноценно диагностируется, оказывается скорая помощь, проводится лечение и при необходимости целенаправленно эвакуируется в стационар. Подобная структура здравоохранения не встречается в медицинских моделях зарубежных стран и не имеет аналогов в мире.

Кроме этого, в динамике отмечается прирост летальных исходов по линии СМП среди населения Приаралья. Так, за 2010 год смертность составила – 309 случаев, условно – 100%, а за 2017 год это составило 329 случаев – 107%, то есть на 7% больше, чем в предыдущий период исследования. Здесь необходимо отметить отрицательное воздействие на здоровье населения неблагоприятного экологического фактора антропогенного характера и его негативное влияние на гомеостаз организма.

Из них смертность до прибытия бригады СМП в 2010 году составило 307 случаев – условно 100% и в 2017 году этот показатель составил 329 – 107,2%, то есть на 7,2% больше от начального периода исследования, где население вызывало бригаду СМП после летального исхода, чтобы констатировать биологическую смерть для получения соответствующих документов.

Смертность при оказании СМП в 2010 году составило 2 случая, и в 2017 году не было. В динамике все это свидетельствует о повышении квалификации бригад СМП и смертности среди населения региона Приаралья от воздействия неблагоприятных экологических факторов, потому что большинство 80% летальности на линии СМП составляют сердечно-сосудистые заболевания, то есть тромбозы артерий, инфаркты миокарда, в том числе артериальные гипертонии и его осложнения – мозговые инсульты.

Выводы:

1. За исследуемый 8-летний период деятельности отделения СМП НФ РНЦЭМП в динамике отмечается позитивная тенденция оказания скорой помощи населению Приаралья, с приростом показателей обращаемости на 71,1%, выполненных вызовов на 70,8% и госпитализации на 7%.

2. В регионе, вследствие воздействия неблагоприятных экологических факторов наблюдается повышение общей смертности населения на 7%, большинство которых составляют сердечно-сосудистые заболевания.

3. В целях улучшения качества оказания скорой помощи населению необходима оптимизация службы СМП.

ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Бекчанов Х.Н.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В связи с расширением показаний к хирургическому лечению заболеваний органов брюшной полости и отсутствием надежных средств профилактики, число послеоперационных спаечных осложнений продолжает оставаться высоким. Актуален вопрос тактики в отношении больных со спаечной болезнью брюшины (СББ) и на догоспитальном этапе.

По нашим данным, доля вызовов к пациентам по поводу острых хирургических заболеваний колеблется в пределах от 3,0 до 7,9 %, причем 22,3 % из них к больным, ранее перенесшим хирургическое вмешательство на органах брюшной полости. СББ среди данной категории больных занимает лидирующее место (59,8%), а спаечная кишечная непроходимость (СКН) составляет 17,2% среди всех больных хирургического профиля.

Кишечную колику и приступ СББ, осложненный СКН, что проблематично в условиях скорой помощи. В связи с этим в сомнительных случаях необходимо склоняться в сторону госпитализации пациента.

Большинство больных со СББ и СКН находятся в средне-тяжелом (41,1%) и удовлетворительном (29,2%) состоянии и не требуют специального лечения. Тем не менее, при наличии схваткообразных болей и при наличии рвоты на догоспитальном этапе показано введение спазмолитических средств и установления назогастрального зонда. Нередко СКН развивается у пожилых пациентов с тяжелой патологией органов дыхания и кровообращения. У таких больных электролитные и метаболитические расстройства, возникающие при СКН, усугубляют течение фонового заболевания и утяжеляют состояние, что требует его коррекции уже на догоспитальном этапе. В такой ситуации оправданно назначение кардиотонических и противошоковых средств, реолитиков, препаратов калия. Показаны ингаляции увлажненного кислорода через маску и эндоназаль-

1. Перспективы развития скорой медицинской помощи в современных условиях

ный катетр, особенно при необходимости длительной транспортировки.

Таким образом, СББ и СКН является частым состоянием в практике врача скорой помощи, которое требует тщательной дифференциальной диагностики, правильного выбора тактики и терапии на догоспитальном этапе.

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ Г. БИШКЕКА

Борисов Е.Ю., Шаяхметов И.Б.

Центр экстренной медицины г. Бишкек,
Республика Кыргызстан

На сегодняшний день ЦЭМ г. Бишкека не в полном объеме удовлетворяет потребности населения в экстренной медицинской помощи по ряду причин (длительность обработки вызова, загруженный трафик, недостаточность бригад, недостаток врачебных кадров и пр.).

Одним из путей оптимизации и улучшения показателей оперативности является автоматизация работы СП с использованием современных технологий.

Система создаётся с целью повышения качества обслуживания населения, в первую очередь, направленного на снижение уровней смертности и тяжёлых последствий, связанных с задержками при оказании неотложной медицинской помощи.

Цели АСУ ЦЭМ:

- сокращение времени обработки заявок диспетчерами (от приёма вызова до выезда бригады);
 - уменьшение времени нахождения бригады в пути;
 - стандартизация времени нахождения бригады у пациентов, в зависимости от профиля бригады или повода вызова;
 - снижение количества вызовов, выполненных с опозданием;
 - более эффективное использование кадровых, технических и материальных ресурсов.
- повышение безопасности и улучшение условий труда выездных бригад;
- минимизация влияния человеческого фактора;

Компоненты АСУ ЦЭМ:

1. ПО диспетчерского отдела по приему и распределению вызовов.
2. Мобильное приложение на смартфоне врача.
3. Мобильное приложение на смартфоне водителя.
4. Автоматизация статистического отдела.
5. Комплекс ПО, связывающий ЦЭМ со стационарами и центрами семейной медицины.

Результаты внедрения АСУ ЦЭМ:

Результат	Индикаторы эффективности системы	Показатель. Критерии оценки достижения целей
Повышение качества и эффективности работы	Время обработки заявки (от звонка до выезда бригады)	Уменьшение среднего времени с 7 минут до 3 минут
	Время нахождения бригады в пути	Сокращение среднего времени с 30 минут до 20 минут
	Количество вызовов с опозданием	Снижение количества обслуженных вызовов с опозданием с 35% вызовов до 15% вызовов
	Уровень удовлетворенности пациентов	Сокращение количества жалоб

Таким образом цифровизованы все рабочие процессы Центра экстренной медицины г. Бишкека. Следует отметить, что программное обеспечение разработано отечественными программистами, и при этом правообладателями АСУ являются ЦЭМ и мэрия г. Бишкека.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТАЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Валиев Э.Ю., Ганиев О.А.

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, г.Ташкент

Переломы костей таза в сочетании с повреждением или без повреждения тазовых органов, органов брюшной полости чаще всего возникают при дорожно-транспортных происшествиях, падениях, когда происходит сдавление таза. Нередко при этом возникает нарушение непрерывности тазового кольца с повреждением крупных сосудов, нервов, внутренних органов (мочевыводящего пузыря, прямой кишки, матки и др.).

Нами проведен анализ лечения 452 больных с повреждениями таза в РНЦЭМП за последние 5 лет. На основании изучения историй болезни, данных карт службы скорой медицинской помощи были выявлены наиболее частые дефекты в плане диагностики и объема оказания помощи на догоспитальном и раннем госпитальном этапах. С учетом сказанного считаем более детально остановиться на вопросах, касающихся диагностики и оказания помощи пострадавшим с травмой таза на догоспитальном этапе.

Согласно классификациям существуют следующие типы повреждения таза: простые повреждения – краевые переломы костей таза, не сопровождающиеся нарушением непрерывности костного остова и стабильности сочленений, без нарушения структурных и функциональных связей между разными

отделами тазового кольца. Указанная категория повреждений тазового кольца отмечена в 21,2% общего числа наблюдений. Состояние пострадавших при таких повреждениях страдает незначительно: шок отмечен только в 11,5% случаев и связан с наличием вне тазовых повреждений внутренних органов. При простых повреждениях тазового кольца изолированная травма составляет 68,9%, множественная – 12,3%, сочетанная – 12,8% наблюдений. Летальный исход крайне редок (4,1%), причиной смерти становится тяжёлая тупая травма живота с повреждением внутренних органов. В тактическом и техническом плане лечение простых повреждений тазового кольца не вызывает трудностей, в абсолютном большинстве случаев бывает консервативным.

Дезинтегрирующие повреждения – следствие нарушения непрерывности костного остова и стабильности сочленений в результате переломов и разрывов. Дезинтегрирующие повреждения составили абсолютное большинство – 78,8% среди всех повреждений таза.

В плане диагностики специалистам необходимо обратить внимание на некоторые клинические проявления повреждений таза. Вынужденное положение в постели на спине с разведением полусогнутых ног (положение «лягушки»), невозможность поднять ногу (симптом «прилипшей пятки»), сесть, а тем более ходить или стоять. Имеются припухлость, гематома и резкая болезненность в зоне перелома, совпадающая с болью при попытке сближения или разведения крыльев таза. О повреждении мочеиспускательного канала и мочевого пузыря свидетельствуют жалобы на боли внизу живота, задержка мочеиспускания, появление крови в моче (травма мочевого пузыря), выделение крови из уретры (при её повреждении), пропитывание мочой тканей («мочевая инфильтрация»). При ректальном исследовании повреждённой прямой кишки определяется кровь в кале. Повреждения органов живота проявляются вначале симптомами выраженной внутренней кровопотери, затем признаками воспаления брюшины. При переломах костей таза нередко возникает тяжёлое состояние вследствие развития травматического шока.

Соответственно с выявленной клинической симптоматикой объем оказания помощи включает: обезболивание введением наркотических и ненаркотических анальгетиков; при развитии шока необходимо проведение противошоковых мероприятий; транспортную иммобилизацию пострадавшего осуществляют на щите в положении «лягушки» (валик под коленные суставы). Под таз подкладывают круговой валик, что способствует уменьшению болей и кровопотери. При тяжёлых нестабильных повреждениях тазового кольца эффективно применение лечебно-транспортного тазового пояса, также могут быть использованы другие специальные устройства для иммобилизации области таза. Доставка в стационар в экстренном порядке с бережным переключением, транспортировка осуществляется в лежачем положении.

Таким образом, у врачей скорой медицинской помощи, оказываемых помощь пострадавшим с травмами в результате ДТП, кататравме и других, где присутствует высокоэнергетический этиологический фактор повреждения, необходимо соблюдать настороженность в плане возможного повреждения таза у пострадавшего. От правильности первичной диагностики и качественного оказания помощи на догоспитальном этапе зависит судьба больного.

НОВЫЕ РАЗРАБОТКИ В СФЕРЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Вершиловский Эдуард

В.EMS., МРН.(Израиль).

Жампозов Руслан

MD, ERC/Full trainer at the rate of BLS (Казахстан)

В настоящее время острые наружные кровотечения представляют собой одну из ведущих причин смертности, так как интервал времени между ранением и приездом квалифицированной бригады скорой медицинской помощи, как правило, в большинстве случаев оказывается достаточным для развития необратимых изменений и летального исхода.

В странах Европы, в США большое внимание продолжают уделять инструктажу по сердечно-легочной реанимации, несмотря на низкий процент выживаемости.

В Израиле, учитывая высокий риск террористических актов, в последние годы усиленное внимание стали уделять инструктажу по остановке кровотечения для широких масс населения. Обучение проводится в зонах наибольшего скопления людей для продавцов магазинов, различных мини- и гипермаркетов, рыночных торговцев, сотрудников бизнес-центров и т.п. Мы предоставляем для них новейшие разработки в сфере остановки кровотечения и данные о его высокой эффективности.



TheIsraelibandage – перевязочный пакет нового поколения. Устройство включает в себя эластичный бинт с аппликатором давления и закрывающим элементом,

позволяющим превратить повязку в импровизированный жгут или фиксационную шину. Этот бандаж оказывает давление в 30 фунтов на раневую поверхность, благодаря окружающему и прямому давлению, тем самым превосходя существующие приспособления для бинтования ран.



QuikTourniquet – автоматическое устройство для остановки массивного кровотечения, приспособленное для использования непрофессиональными спасателями. В основу приспособления положен принцип мгновенного окружного давления на конечность, что позволяет пережимать артерию проксимальнее места кровотечения. Устройство проверено на 23 здоровых добровольцах, не имеющих медицинского образования. Активация турникета проходила самими добровольцами. Подтверждение остановки кровотока осуществлено отсутствием пульсоксиметрии и пальпации пульса на *dorsalispedis*¹.

В 100% случаев активации завершились успешно. Среднее время остановки кровотока составило 17, 36 сек.

Вышеперечисленные устройства могут применяться как в боевой практике, так и в широкой гражданской сфере, на различных производствах, где имеется риск техногенных катастроф с высоким травматизмом.

УЛУЧШЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ И ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ИХ ТРАНСПОРТИРОВКЕ В СТАЦИОНАРЫ ГОРОДА МОСКВЫ

Гуменюк С.А., Федотов С.А., Потапов В.И., Теряев В. Г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы», город Москва. Россия

За последние десятилетия научная и практическая, плановая и экстренная медицина добилась больших успехов. Это обусловлено внедрением новых технологий, способов и методов в лечебно-диагностическом процессе, совершенствовании организационных форм обеспечения скоромощных больных и пострадавших в различных авариях и катастрофах, на

месте происшествия и во время транспортировки их в стационар.

С развитием авиамедицинской Службы вертолетное обеспечение больных и пострадавших, нуждающихся в срочной доставке в стационар, стала реальной, потребность в ее использовании постоянной растет.

В 2014 году количество вызовов, получаемых Службой экстренной медицинской помощи города Москвы было 7594, в 2018 г. их число возросло до 8108. К показателям для вызова медиковертолетной Службы могут относиться случаи с тяжелыми травмами, с острой сердечно-сосудистой и хирургической патологией, с нарушением мозгового кровообращения, а также необходимостью транспортировки новорожденных с врожденной патологией, требующей специализированной коррекции.

Наличие на борту санитарных вертолетов ВК – 117с-2 (EC-145) соответствующей аппаратуры и оборудования позволяет провести больным и пострадавшим интенсивную терапию и реанимационные мероприятия как на месте происшествия, так и в период полета.

Авиамедицинская вертолетная бригада (АМБ) представлена врачом и фельдшером Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы» (ЦЭМП), а также врачом Государственного казенного учреждения «Московский авиационный центр» (МАЦ).

Для обеспечения безопасности полета, благоприятных условий транспортировки больных и пострадавших в чрезвычайных ситуациях состав АМБ прошел предварительное обучение по особой программе, применяемой в условиях полета.

С 2015 года на постоянном дежурстве в городе Москве находятся три АМБ. При этом воздушный транспорт приведен в состояние технической готовности, а пилотный состав профессиональный подготовленности.

В настоящее время в городе Москве находятся 33 вертолетных площадки, из которых шесть расположены на базе многопрофильных стационаров для взрослых и три для детского контингента.

Быстрая доставка на место происшествия медицинской бригады, уменьшение времени начала оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде в доступном объеме, сокращение сроков эвакуации больных и при необходимости оказание квалифицированной помощи на месте происшествия и в процессе транспортировки позволили внедрить с 2015 года в практическую деятельность пилотный проект «вызов бригадой скорой медицинской помощи (СМП) вертолета «на себя». Цель проекта – экстренная транспортировка тяжелых больных, нуждающихся в экстренной специализированной помощи, но находящихся в санитарном автомобиле при отсутствии возможности использования наземного транспорта (загруженность автомобильных трасс, снежные заносы, как в текущем году). Бригада, оказывающая помощь больному на удаленной территории через отдел госпитализации,

вызывает вертолет на себя. Врач вертолета, получив информацию, связывается с врачом СМП, определяет профильность вызова и место встречи.

В случаях отсутствия, занятости наши АМБ помогают транспортировать по абсолютным показаниям больных и пострадавших из лечебных организаций других регионов РФ в профильные стационары Москвы.

Внедрение в практику оказания экстренной медицинской помощи специализированной вертолётной техники показало её преимущество перед другими транспортными средствами: время прибытия вертолётов на место происшествия с 17–20 минут до 7–11 минут. Время доставки пострадавших в стационар сократилось до 6,5 минут против 10 минут в начале полётов.

Накопленный опыт использования АМБ в структуре ЦЭМП свидетельствует, что эффективность использования вертолётной техники достигается не только за счёт быстрой доставки на место происшествия медицинской бригады, уменьшения времени транспортировки больных и пострадавших, сколько с учетом сокращения времени от начала заболевания или получения повреждения до оказания соответствующей помощи на месте происшествия и во время транспортировки в специализированный стационар, что в конечном счете положительно влияет на исход лечения, позволяет снизить процент инвалидности и летальности.

Анализ работы каждой АМБ, врача, фельдшера, включая пилота, является обязательным после выполнения полета.

Данные тщательного разбора выполненного полета сравниваются с официально принятыми стандартами оказания медицинской помощи в условиях авиационной транспортировки.

После выявления положительных моментов и недостатков в работе АМБ с целью недопущения их в будущем мы продолжаем научные исследования и отработку практических навыков в транспортировке тяжелых больных и пострадавших.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИШЕСТВИЯХ

Дехканов К.М., Умаров О.М., Махмудов Н.И., Мухамадиев А.Б., Ботиралиев А.Б.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время в связи с увеличением количества скоростного транспорта участились случаи тяжелых и массовых травм в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Соответственно увеличилось число политравм и сочетанных повреждений. В последние годы по Узбекистану в целом, и по Ферганской области в частности, наблюдается неуклонный рост числа ДТП. Анализ травматизма показал, что травмы вследствие дорожно-транспортных

происшествий составляют 11 % всех повреждений. Но эти травмы наиболее тяжёлые по своим последствиям и являются причиной почти четверти случаев инвалидности и каждого третьего случая смертности.

За период с 2016 – 2018 гг. в Ферганском филиале РНЦЭМП пролечено 969 больных с политравмами и с сочетанными повреждениями, полученными при ДТП. Среди них мужчин – 634 (65,4%), женщин – 335 (34,6%). Большинство пострадавших доставлены в экстремальном состоянии 846 больных, т.е 87,3%. Из них с травматическим шоком I – II степени 371 б-х, т.е. 43,8%; с травматическим шоком III – IV степени 475 б-х, т.е. 56,2%;

Для выяснения своевременности и качества оказания помощи на этапах медицинской эвакуации пострадавшим с дорожно-транспортными травмами в Ферганской области изучено 456 историй болезни и проведена экспертиза отдаленных результатов лечения 138 пострадавших с последствиями дорожно-транспортных травм конечностей, пролеченных в травматологическом отделении ФФРНЦЭМ за последние 3 года.

При анализе медицинской документации пострадавших в ДТП, которые затем признаны инвалидами от травм, нами выявлены ошибки на догоспитальном этапе: первая медицинская помощь на месте происшествия оказана лишь 58 % пострадавших. Адекватность первой врачебной помощи на месте происшествия и во время транспортировки констатирована только в 22 % случаев. Первая помощь и противошоковые мероприятия в 38 % случаях сводились только к одной инъекции обезболивающего препарата. При доставке пострадавших в ближайшее лечебное учреждение попутным транспортом у 68,0 % пострадавших не было иммобилизации, у 28,2 % она оказалась неудовлетворительной. При автодорожной катастрофе на магистральной трассе пострадавшие доставлялись не в специализированное лечебное учреждение, а в ближайшие по территориальному расположению районные больницы, где порой даже не было специалиста соответствующего профиля.

В связи с этим мы проанализировали карты вызовов скорой медицинской помощи и выявили, что некоторые моменты оказания помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях остаются вне поля зрения. В частности, неизвестно насколько быстро и, самое главное, насколько атравматично пострадавший извлекался из транспортного средства, где и как ему проводилась иммобилизация, остановка кровотечения, обезболивание и другие мероприятия. Данные аспекты возможно зафиксировать лишь, непосредственно наблюдая за оказанием помощи.

Таким образом, одним из основных причин, приводящих к осложнениям и инвалидности при ДТП, наряду с тяжестью травмы, являются недостатки и ошибки на этапах медицинской эвакуации.

Совершенствование организации первой медицинской помощи пострадавшим, своевременная диагностика сочетанных повреждений и выбор пра-

вильной тактики на догоспитальном этапе мы видим в использовании медицинскими работниками оптимальных диагностических и лечебных мероприятий.

Результаты наших исследований позволили сформулировать проект рекомендаций по оказанию неотложной помощи для тяжёлых пострадавших на догоспитальном этапе. Рекомендации охватывают наиболее значимые моменты догоспитального этапа неотложной квалифицированной медицинской помощи. Наиболее перспективно применение диагностических алгоритмов в сельских районах, где обычно работают молодые и менее квалифицированные медицинские работники, именно им и приходится первыми оказывать помощь пострадавшим с дорожно-транспортными травмами, а от своевременности и полноты этой помощи зависит результат лечения.

Выводы. Благоприятный исход тяжелых травм в первые часы и сутки зависит от сочетания следующих факторов:

1) от своевременной, качественной первой медицинской помощи, оказанной на месте происшествия травмы и во время транспортировки больных в стационар с использованием адекватной иммобилизации и устранения нарушений жизненных функций;

2) подготовленности персонала специализированных бригад, наличия реанимобилей и оснащённость их высокотехнологическим оборудованием;

3) необходимости концентрации пострадавших с сочетанной и множественной травмой в многопрофильных специализированных стационарах с высоким уровнем материально-технического оснащения.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Еримбетов Д.А., Бегалиев С.М., Наубетов Д.Д., Реймов Н.Б.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Травмы опорно-двигательного аппарата являются одним из самых частых повреждений в условиях промышленных и транспортных катастроф, а также в очагах стихийных бедствий. По статистике ВОЗ, тяжелые механические травмы среди причин смертности уступают лишь опухолям и сердечно-сосудистым заболеваниям, особенно у лиц моложе 45 лет. Имея многовековую историю, теория и практика лечения пострадавших с повреждениями скелета в двадцатом столетии развивается ускоренными темпами. Вызвано это тем, что, с одной стороны, развитие цивилизации привело к значительному увеличению количества травм опорно-двигательного аппарата и утяжелению характера повреждений, с другой стороны, успехи науки и техники существенно расширили возможности для оказания помощи рассматриваемой категории пострадавших. Внедрение физических, химических, инструментальных методов диагностики и лечения позволило не только улучшить функциональные ре-

зультаты лечения, но и спасти жизни множеству пострадавших, травмы которых ранее считались не совместимыми с жизнью.

От качества и своевременности оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе зависит общий уровень летальности при дорожно-транспортных происшествиях, падениях с высоты, умышленных травмах.

Материалом обследований: послужили данные амбулаторных карт и карты скорой медицинской помощи, а также анализы данных рентгенологических обследований поступивших больных с переломами нижней конечности в травматологический пункт Каракалпакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 2018 год.

За 2018 год через травматологический пункт Каракалпакского филиала РНЦЭМП прошли регистрацию 20151 больной. Из них, на карете скорой медицинской помощи доставлено 5558 (27,6%) и самотеком обратились 14593 (72,4%) больных. Из них 12951 (64,2%) мужчины, 7200 (35,8%) женщины. При распределении по возрасту; 13850 (68,7%) взрослые, 6301 (31,3%) дети. По нозологии распределили: перелом бедренной кости – 201 (1%), перелом костей голени – 366 (1,82%), переломы надколенника – 14 (0,07%), переломы костей стопы – 304 (1,6%). Из прошедших 13256 (65,78%) доставлены в стационар в течение часа после получения травмы 5309 (26,35%) в течение суток и 1586 (7,87%) более суток.

В ходе проведенного анализа, изучения амбулаторных карт и карты скорой медицинской помощи; бытовые травмы составляют – 17209 (85,4%), криминал – 1878 (9,3%), ДТП – 868 (4,3%), спортивная – 171 (0,8%), производственная – 25 (0,1%) больных.

Врачами СМП на месте происшествия были оказаны следующие виды помощи; проведена иммобилизация сломанных костей конечности стандартными шинами типа Крамера, Эскулап, мягкими шинами Сплит, а также проведено обезболивание ненаркотическими анальгетиками (анальгин 50%, димедрол 1%) и наркотическими анальгетиками (промедол 1% и промедол 2%, морфин 1%) и нестероидным противовоспалительным препаратом (кетонал 2 мл, диклофенак 3,0 мл, кетопрофен 2,0 мл).

Общее количество обратившихся больных в состоянии травматического шока было 156, из них 140 больных с сочетанными травмами, причинами которых были травмы в результате дорожно-транспортного происшествия, которые доставлены самотеком и им не была оказана первая медицинская помощь на догоспитальном этапе.

Вывод.

– анализируя оказание догоспитальной помощи, выявлено, что большинство больных получили травму в 17209 (85,4%) бытовых условиях, причиной которой являются не соблюдение правил техники безопасности;

– причинами, приводящие к ДТП и травмам, зачастую являлись состояние алкогольного опьянения и не соблюдение правил дорожного движения;

– больным, которые были доставлены на карете СМП, в догоспитальном этапе первично оказана медицинская помощь, проведено обезболивание и иммобилизация; больные, обратившиеся самотеком в травматологический пункт, поступали без надлежащей иммобилизации.

Таким образом, при переломах бедра и голени и при сочетанных травмах врачам скорой медицинской помощи необходим индивидуальный подход к каждому больному, своевременное оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе позволяет до минимума сократить число летальных исходов и повысить эффективность дальнейшего лечения.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Жалолов Б.З., Джураев А.М., Рустамов Ж.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗРУз, Ташкент

Цель исследования. Изучить взаимосвязь некоторых показателей реполяризации желудочков с эктопической желудочковой активностью у больных с нестабильной стенокардией напряжения.

Материал и методы. В исследование включено 102 человека (все включенные в исследование мужчины, средний возраст $59 \pm 2,9$ лет), с диагностированной нестабильной стенокардией напряжения. Длительность заболевания составляла от 3 месяцев до 8 лет. Всем обследованным проведена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) с измерением длительности интервалов QT, JT, расчетом скорректированных интервалов QTc, JTc, анализом дисперсии интервалов QTc и QTcd; выполнено суточное мониторирование ЭКГ.

Результаты исследования. По результатам проведенного суточного мониторирования ЭКГ выявлено следующее: частые желудочковые нарушения ритма различной степени градаций были зарегистрированы у 80 (78,1%) больных, где суточное количество желудочковых экстрасистол составило ($198,8 \pm 37,6$ в час), так из всего числа обследованных – одиночная, частая, политопная желудочковая экстрасистолия (более 30 в час) зарегистрирована у 38 (37,2%) больных; ранняя желудочковая экстрасистолия зарегистрирована у 6 (5,8%) больных; парная желудочковая экстрасистолия у 21 (20,53%) больного; групповая желудочковая экстрасистолия у 8 (7,8%) больных; эпизоды желудочковой тахикардии (от 1 до 4 эпизодов в сутки) у 7 (6,8%) пациентов; у 6 (5,8%) больных желудочковая экстрасистолия носила редкий, одиночный характер с частотой

$16,2 \pm 2,7$ в сутки; у оставшихся 16 (16,1%) больных НРС не регистрировались. По данным суточного мониторирования ЭКГ больные были разделены на 2 группы. Так I группу составили больные с нестабильной стенокардией напряжения, где по данным суточного мониторирования регистрировалась – частая, политопная, групповая ЖЭ с эпизодами желудочковой тахикардии ($n=80$); II группу (контрольная) составили больные с нестабильной стенокардией напряжения, у которых выявлена редкая, одиночная ЖЭ, а также группа больных с нестабильной стенокардией напряжения, без диагностированных НРС ($n=22$), сопоставимые с I группой по возрасту. Так, в I группе обследованных больных отмечено достоверное увеличение продолжительности скорректированных QTc ($486,2 \pm 3,1$ мс), JTc ($345,2 \pm 4,0$ мс) интервалов, дисперсии скорректированных интервалов QTcd ($92,3 \pm 3,8$ мс) по сравнению со II группой больных QTc ($419,2 \pm 5,1$ мс), JTc ($287,4 \pm 5,7$ мс), QTcd ($70,5 \pm 8,05$ мс) соответственно. При проведении корреляционного анализа была выявлена достоверная положительная связь между желудочковой экстрасистолией 4-5 класса по классификации Lown-Wolf и продолжительностью некорректированного ($r=0,7$; $p=0,003$) и скорректированного ($r=0,6$; $p=0,008$) интервала QTc соответственно; скорректированного интервала JTc ($r=0,5$; $p=0,04$), дисперсий скорректированных QTcd интервалов ($r=0,3$; $p=0,04$) соответственно.

Выводы. У больных с нестабильной стенокардией напряжения осложненной частыми, сложными НРС по сравнению с группой больных с нестабильной стенокардией напряжения без наличия осложнений в виде частых и сложных градаций НРС наблюдается удлинение скорректированных интервалов QT и JT, повышение дисперсии интервала QT. Изменения показателей реполяризации желудочков сопряжены с желудочковой экстрасистолией высоких градаций и могут быть использованы как маркеры электрической нестабильности миокарда.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Жалолов Б.З., Джураев А.М., Рустамов Ж.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗРУз, Ташкент

Актуальность. Патологическое ремоделирование сердца, возникающее при гипертонической болезни, является причиной развития различных видов нарушений ритма сердца, в том числе и жизнеугрожающих ее форм. Особое значение в развитии электрической нестабильности миокарда принадлежит структурным изменениям предсердий (дилатация) и желудочков вследствие формирования гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), что в итоге приводит к увеличению жесткости левого желудочка (ЛЖ) и ухудшению его диастолического расслабления.

Цель исследования. Изучить некоторые особенности ремоделирования и электрической нестабильности миокарда при гипертонической болезни.

Методы исследования. На базе РНЦЭМП было произведено ретроспективное исследование 63 амбулаторных карт мужчин и женщин с гипертонической болезнью и нарушением ритма сердца обратившихся в приемно-диагностическое отделение (ПДО) РНЦЭМП в течение 6 мес, средний возраст 35-45 лет. Пациенты жаловались на учащенное сердцебиение, периодический дискомфорт за грудиной, чувство нехватки воздуха, дестабилизацию АД. Всем обследованным проведена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) с измерением длительности интервалов QT, JT, расчетом скорректированных интервалов QTc, JTc, анализом дисперсии интервалов QTc и QTcd; выполнено ультразвуковое обследование (ЭХОКГ) с последующим анализом показателей – масса миокарда, индекс массы миокарда, индекс относительной толщины стенки. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы Statistica 6.0.

Результаты. В 1-ой группе $n=32$ % человека, (50,7%) с гипертонической болезнью без нарушений ритма сердца, во 2-ой группе $n=31$ человек, 49,2% с гипертонической болезнью с зарегистрированными на ЭКГ нарушениями ритма сердца в виде частой, политопной желудочковой экстрасистолии. В исследование включены больные с перенесенным в анамнезе инфарктом миокарда: в 1-ой группе 14 пациентов (43,75%), во 2-ой группе 17 пациентов (54,8%), с перенесенным в анамнезе нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в предыдущие 3 мес: в 1-ой группе 18 пациентов (56,3%), во 2-ой группе 14 пациентов (45,2%). Нормальная ГМлж в 1-ой группе встречалась у 3,12% (1 больного), во 2-ой группе у 6,4% (2 больных). Среди пациентов 1-ой группы были выявлены следующие изменения, так пациентов с концентрическим ремоделированием миокарда составило 53,1% (17 пациентов), и эксцентрическая гипертрофия ЛЖ определена у 43,7% (14 пациентов) соответственно. Во 2-ой группе группе больных лица с концентрической гипертрофией ЛЖ у 51,6% (16 пациентов), а эксцентрическая гипертрофия у 41,9% (13 пациентов) соответственно. Величина скорректированного интервала QT рассчитывалась по стандартной ЭКГ мануальным способом с использованием формулы Базетта при нормальной величине ЧСС и формулы Фредерика при тахикардии. У всех обследованных продолжительность скорректированного интервала QT не превышала 450 мс. При этом было выявлено удлинение скорректированного интервала QT у пациентов 2-ой группы по сравнению с 1-ой группой ($p<0,01$). Показатели QTc во 2-ой группе составили 0,43 мс, и 0,39 мс в 1-ой группе соответственно.

Выводы. Гемодинамическая нагрузка в виде повышения артериального давления с нарушениями ритма сердца являются более значимым фактором с формированием гипертрофических типов ремоделирования левого желудочка. Во 2-ой группе больных выявлено

статистически значимое удлинение скорректированного интервала QT по сравнению с 1-ой группой, но при этом данный показатель не выходил за пределы нормы. Интервал QT отражает электрическую неоднородность миокарда желудочков, это вероятно является одним из возможных механизмов аритмогенеза 1-ой группы больных и может быть использовано в качестве маркера электрической нестабильности сердца.

АКТУАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ВНУТРИКОСТНОГО ДОСТУПА В ПРАКТИКУ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ И В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Жампозов Р.Е., Мусина Р.Р., Вершиловский Э. (Израиль)

Учебно-клинический центр «Астана», Республика Казахстан, г. Астана

Оказание необходимой срочной медицинской помощи на этапе СМП и в первые минуты нахождения пациентов в приемном покое или в отделении реанимации и интенсивной терапии требует экстренного обеспечения надежного внутрисосудистого доступа, поскольку от его наличия напрямую зависит конечный результат и качество оказания медицинской помощи.

Острое обезвоживание, кровопотеря или шоковое состояние любого генеза, как правило, связано с существенными техническими затруднениями при многочисленных попытках пункций периферических вен вследствие наличия тяжелых нарушений периферической гемодинамики, а в ряде случаев – практически невозможно (обширные ожоги, декомпенсированный инфекционно-токсический шок, движение автомобиля СМП и т.п.).

Традиционно используемые с 80-х годов прошлого столетия методики пункций и катетеризаций центральных вен (подключичной и внутренней яремной вены) технически сложны, требуют очень высокой квалификации врача и достаточно часто чреваты опасными для жизни пациента ятрогенными осложнениями (пневмоторакс, пневмомедиастинум, гемоторакс, гидроторакс).

Все чаще описываются случаи «завязывания в узлы» металлических проводников в просвете вены при использовании стандартных наборов европейского производства для катетеризации центральных вен. Подобные «технические издержки» приводят к вынужденным многочасовым оперативным вмешательствам под рентгеновским воздействием.

Выполнение доступа в центральное венозное русло также требует существенных временных затрат – от 15 до 30 минут, а иногда и более.

Альтернативным методом доступа в сосудистое русло, исключающим вышеуказанные осложнения и

являющимся достаточно простым по технике выполнения, а также совершенно не затратным по времени (10-60 секунд), по мнению ведущих специалистов США, Израиля и Европы, на сегодняшний день считается внутрикостный доступ.

В соответствии с рекомендациями АНА (American Heart Association), ERC (European Resuscitation Council) и ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) ВКД является второй линией выбора у взрослых – после двух неудачных попыток катетеризации периферических вен в течение 60 с, и первой линией выбора у педиатрических пациентов. Внутрикостное пространство (ВКП) часто называют «неспадающей веной». Шок и травма, как правило, являются причиной коллапса периферических вен, в то время как внутрикостное пространство (ВКП), окруженное костью, вне зависимости от состояния организма остается неотъемлемой действующей частью центрального кровообращения.

Все медицинские препараты и препараты крови, которые назначаются в/в, могут вводиться внутрикостно. Начало действия и пиковая концентрация лекарственных веществ при внутрикостном введении сравнимы с таковыми при их внутривенном назначении. ВКД предпочтительнее эндотрахеального при невозможности быстрой установки в/в доступа. Обучение внутрикостному доступу легко может быть достигнуто после минимальных тренировок. Кровь, полученная после достижения внутрикостного доступа, может быть исследована для лабораторных анализов (совместимость по системе ABO, Rh-фактору).

Изначально внутрикостный доступ был предложен для детей в возрасте 6 лет и младше, хотя последние исследования доказали, что он безопасен для применения у детей любой возрастной группы, а также у взрослых. Успешное использование метода у новорожденных позволяет предположить, что внутрикостный доступ достигается быстрее, чем доступ через пупочную вену. Наиболее распространенной точкой для введения иглы является проксимальный отдел большеберцовой кости: плоская широкая поверхность, тонкий слой мягких тканей, далеко от дыхательных путей и грудной клетки. Альтернативными точками являются проксимальный отдел плечевой кости, дистальный отдел большеберцовой кости, дистальная часть лучевой кости, медиальная лодыжка.

Введение лекарственных средств проводят: шприцевыми болусами, шприцевыми дозаторами или используются растворы в пластиковых мешках с устройствами для нагнетания жидкостей под давлением (до 300 мм рт. ст.).

Импульсное внутрикостное устройство производства WaisMed (Yokneam, BIG, Израиль), одобренное FDA в 2000 г. для применения на большеберцовой кости. BIG был разработан доктором Marc Waisman в Израиле и применяется израильскими военными более десятилетия, выпускается как педиатрического, так и взрослого размеров.

Данное устройство с 2017 года зарегистрировано в Республике Казахстан, проводится внедрение (вкд) в работу службы Скорой медицинской помощи.

Понимание и применение принципов внутрикостной инфузии важны как никогда. Потенциал применения внутрикостного доступа растет с каждым годом, и в ближайшем будущем можно ожидать закономерное и значительное возрастание интереса к этой жизнеобеспечивающей технике. Как в гражданской, так и в военной сфере, где время является критическим фактором и условия не всегда оптимальны, внутрикостная инфузия может рассматриваться как доступ выбора.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЯ

Зияев Ю.Н., Мадреймов А.К.

Нукусский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУ.

Введение. Регион Приаралья вследствие высыхания Аральского моря является зоной экологической катастрофы, которая в свою очередь отрицательно действует на здоровье рядом находящегося населения, проживающего в Республике Каракалпакстан. Образовавшаяся на поверхности кора из морской соли, превращаясь в пыль, состоящую в основном из хлорида натрия и других неорганических веществ, выносится ветром в сторону города Нукуса и на близлежащие населенные пункты в радиусе 200 км, в количестве 140 – 150 тонн в год. И тем самым загрязняется почва, вода и атмосфера. Соли натрия, проникая в организм человека в избыточном количестве через вдыхаемый воздух, питьевую воду и пищу выращенную на засоленной почве, оказывают свое отрицательное воздействие с задержкой жидкости в межклеточном пространстве и сосудах, отеком, воспалением интимы артерии – артериол и капилляров. Уменьшение просвета сосудов, повышение сосудистого сопротивления и осмотического давления, увеличение объема циркулирующей крови, вызывают нарушение кровообращения и работу сердечной деятельности, увеличением сердечного выброса обуславливая артериальную гипертонию. И поэтому, становится актуальным заболевание сердечно-сосудистой системы в регионе. В этой связи нами было проведено исследование заболевания артериальной гипертонией населения Приаралья, в частности города Нукуса, по линии отделения скорой медицинской помощи (СМП) Нукусского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (НФ РНЦЭМП).

Целью проводимого исследования являлось выявления частоты и степени тяжести заболевания артериальной гипертонией населения, а также совершенствование и улучшения оказания СМП на догоспитальном

этапе экстренной медицинской помощи (ЭМП) в регионе.

Материал и методы. За исследуемый период взяты материалы 7 летней деятельности отделения СМП НФ РНЦЭМП с 2010 по 2016 г. Использованы годовые отчеты, диспетчерские журналы и вызывные медицинские карты больных по линии СМП. Полученные данные проанализированы и научно обоснованы количественным и методом сравнительного анализа.

Результаты и обсуждения. Отделения СМП НФ РНЦЭМП, в своей деятельности руководствуясь директивными документами, ежедневно спасает жизни и помогает облегчить страдания сотням больных и пострадавших, в том числе и больным с гипертоническими кризами.

За исследуемый период работы отделения СМП НФ РНЦЭМП наблюдается тенденция статистических показателей заболеваемости артериальной гипертонией и мозговых инсультов населения. Так, в 2010 г. заболеваемость артериальной гипертонией составляла – 10180 больных, мозговых инсультов – 1013 больных. В 2016 г., артериальные гипертонии составили – 15783 и мозговых инсультов – 1588 больных. В процентном отношении исходный период 2010 г. условно взят за 100% и в 2016 г. составили артериальные гипертонии – 155% и мозговые инсульты – 157%;

При исследовании заболевании артериальной гипертонии нами были выявлены особенности течения этой патологии среди населения Приаральского региона.

Для сравнительного анализа были взяты данные Ташкентской станции скорой медицинской помощи (ССМП) по артериальной гипертонии с применением фармадипина (Ташкент – 2009), нами также было проведено исследование и выборочно отобраны вызывные карты больных с артериальной гипертонией, получивших лечение фармадипином, за 2015 год. Всего больных с гипертонической болезнью и кризом было 1373 человека, против Ташкентского ССМП 1351 человек. Все больные получали фармадипин, препарат антагонист кальция в каплях внутрь, под язык. Если среднее артериальное давление Ташкентских больных составляло 180/120 мм.рт.ст., то среднее артериальное давление Нукусских больных составило 210/150 мм.рт.ст. И если применение одной дозы, то есть 5 капель фармадипина хватало снизить артериальное давление большинству 70% Ташкентским больным до целевого уровня, то 70% Нукусским больным с артериальной гипертонией давали 2-3 дозы фармадипина, то есть 10-15 капель для достижения целевого уровня. Из этого следует, что трудноклиматический фактор и соли натрия, то есть элементы морской соли, играют главную роль в проявлении артериальной гипертонии и его осложнении в тяжелой форме, а также в повышении заболеваемости и смертности населения Приаралья.

Выводы:

1. За исследованный период деятельности отделения СМП НФ РНЦЭМП отмечается повышение арте-

риальной гипертонии на 55% и мозговых инсультов на 57%.

2. Выявлены особенности течения артериальной гипертонии среди населения Приаралья, которая имеет среднее артериальное давление на уровне 210/170 мм.рт.ст. и протекает в тяжелой агрессивной форме, где очень хорошо купируется фармадипином в каплях.

3. Предлагается в виде рекомендации, в целях улучшения и усовершенствования оказания скорой помощи населению оптимизировать обеспечение препарата фармадипина отделениям СМП РНЦЭМП МЗ РУ.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Киличев И.А.

Хорезмский филиал ОМПМЦ, Хорезмский филиал РНЦЭМП

Ни одно заболевание не дает такой высокой инвалидизации, как инсульт.

Из пациентов, переживших эту сосудистую катастрофу, к труду возвращаются лишь 20%.

Цель – провести факторный анализ оценки формирования и особенностей нервно-психических расстройств при острых мозговых инсультах в узбекской популяции.

Материалы и методы. На основании глубокого клинического исследования 85 больных узбекской национальности были разделены на 3 группы: 1–58 (68,2%) больных с острым ишемическим инсультом, 2–17 (20 %) с повторным мозговым инсультом, 3–10 (11,8 %) с геморрагическим инсультом. Мужчин было 67 (78,8 %), женщин – 18 (21,2 %). Для изучения формирования невротического состояния было проанализировано 49 признаков, отражающих основную симптоматику нервно-психических расстройств, таких как нарушения аффективной сферы, психической активности, мышления, внимания, памяти, патологической тенденции, нарушения сознания, сомато-неврологические признаки болезни.

Результаты. В ходе проведенного многомерного систематического анализа было выделено 10 факторов, охвативших наиболее информативную симптоматику, отражающую формирование невротического состояния. Анализ полученных данных свидетельствует, что у 28 (32,9 %) больных наблюдались нестойкие аффективные нарушения, при этом отмечалась отрицательная корреляция высоких факторных нагрузок. За счет углубления аффективных нарушений у 31 (36,5 %) больного возникла тревога и внутреннее напряжение, нарушения психической активности по типу гиперактивности.

У 12 больных (14,1 %) на фоне тревожно-депрессивного состояния развились нарушения циркадной функции сон – бодрствование. Эти нарушения не имели высоких факторных нагрузок. Примечательно,

что имеющиеся изменения психической активности, соматовегетативные признаки достоверно перекрываются нарастающими эффективными нарушениями ($p < 0,0001$).

У 14 больных (16,5 %) наблюдались нарушения психической активности с признаками идеаторной заторможенности, с нарушениями всех периодов сна, которые имели высокие факторные нагрузки. Нередко отмечались соматоневрологические признаки – кардиалгия и цефалгия.

Полученные данные свидетельствуют о том, что тщательное изучение клинической картины психоневрологических расстройств позволяют сделать их доступными факторному анализу. При этом закономерным является поэтапное развитие синдромов от моно- к полисимптомности. Характер расстройств отражает переход к полиморфизму: расширяется и углубляется сфера аффективных расстройств, которые значимо коррелируют с нарушениями сна, неудовлетворенностью основных потребностей.

Выводы. Результаты исследования показывают, что последовательность развития психоневрологических расстройств проявляется в определенной клинической закономерности, которая имеет адекватную количественную характеристику. Разработка способов компьютерной алгоритмической диагностики ранних этапов формирования психоневрологических расстройств имеет прогностическое значение в лечении и реабилитации постинсультных больных в экстренной неврологии.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У АМБИДЕКТРОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Маджидова Е.Н., Абдуллаев Х.К., Курбанова Н.Б., Худайбергенов Б.С.

**Хорезмский филиал ОМППЦ,
Хорезмский филиал РНЦЭМП**

Актуальность проблемы острых нарушений мозгового кровообращения связана не только с тяжестью течения, летальностью, высокой инвалидизацией, но и сростом заболеваемости и омоложением инсультом.

Цель – изучить особенности течения клинико-психологического статуса у амбидектров молодого возраста с острым мозговым инсультом.

Материалы и методы. Обследованы 67 пациентов в возрасте 20-44 года, перенесших острый мозговой инсульт. Мужчин было 39 (58,2%), женщин 28 (41,8%). Среди пациентов служащие составили 58 %, рабочие -29%, безработные – 13%.

При комплексном изучении факторов риска ведущее место занимала артериальная гипертензия у 49 (73,1%) пациентов, а у 18 (26,9%) – неадекватная психогенная реакция.

Изменения в психической сфере изучали с помощью клинико-психопатологического метода, достоинством которого является его способность вскрывать взаимосвязь поведения и установок типа личности.

Результаты. Сравнительный анализ показал, что у 53 (79,1%) пациентов изменения в психической сфере соответствовали астено – депрессивному, а у 14 (20,9%) – депрессивно-тревожному состояниям. Особенно озабоченность пациентов и неуверенность в будущем, у 23 (34,3%) пациентов – астенизация высшей нервной деятельности, которая выражалась повышенной утомляемостью, раздражительностью, подверженностью различным вирусным инфекциям. У всех пациентов в неврологическом статусе был стойкий необратимый неврологический дефицит. Среди 52 (77,6%) пациентов чаще встречались лица преобладанием тонуса симпатической нервной системы. С локализацией процесса в левом полушарии у 22 (42,3%) пациентов симпатическое влияние было значительно ниже, чем у пациентов с локализацией инсульта в правой гемисфере – 30 (57,7%). Этиологический фактор инсульта у лиц молодого возраста не влияет на степень его тяжести, а во многом определяется тяжестью течения основного сосудистого процесса. Уровень общемозговых расстройств определялся по шкале Глазго: у 41 (61,2%) был равен 9 баллам, а у 26 (38,8%) – 13 баллам. Главная причина такого уровня тяжести поражения мозговой ткани при инсультах и ограниченность ее компенсаторных возможностей. Тяжесть течения инсультов прямо коррелировала с размерами очагов.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о том, что оценка клинико-психологического статуса и уровня симпатического влияния в зависимости от стороны локализации процесса может иметь значение для прогнозирования исхода острого мозгового инсульта у амбидектров молодого возраста. Это означает, что изменения в психической сфере являются реальными факторами в генезе сосудистых нарушений.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ПИЕЛОНЕФРИТНИНГ АСОРАТЛАНГАН ТУРЛАРИНИ ШИФОХОНАГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ

Инобатов Э.Х., Маткаримов У.М., Дадажонов Ф.А.
РШТЎИМ Фаргона филиали

Қандли диабет билан оғриган беморларда эндокрин ва иммун тизимда чуқур патологик ўзгаришлар кечади. Органларда эса потоморфологик ўзгаришлар билан кечади. Қандли диабет билан оғриган беморларда сийдик йўллари инфекцияси тез-тез учраб туради ва асоратли кечиши кузатилади. РШТЎИМФнинг қабул-диагностика бўлимига кўплаб қандли диабет билан оғриган беморлар буйракларида оғрик ва тана ҳарорати кўтарилишига шикоят қилиб келади. Мурожат қилиб келган беморларни анамнездан узоқ вақтлардан буён тана ҳарорати ор-

тиши кузатилиб, уй шароитида асосиз антибактериал терапия олиб келганлиги маълум бўлади.

РШТЁИМФнинг ҚДБда 2017-2018 йиллар давомида қандли диабет касаллигини турли даражасида 105 нафар беморлар сийдик йўллари инфекцияси, ўткир пиелонефрит билан мурожат қилиб келган. Шулардан 28 нафар бемор шошилишч урология бўлимига сийдик йўллари инфекцияси асоратланган тури, карбункул, абсцесс ва апостематоз пиелонефритнинг ўткир асорати билан ётқизилган. Ушбу беморларнинг организмида иммунитетнинг пасайиши, полинейропатия, нефропатия, ангиопатия ва сийдик йўлларининг инфекцияси асоратланган тури каби ўзгаришлар беморларнинг умумий ҳолатини оғирлаштириб, шундан сўнг стационар даво муолажаларини шошилишч равишда олишга сабаб бўлади.

Бу асоратларни диагностика қилишни асосий мезонлари: бемор анамнезини тўғри ва аниқ йиғиш, умумий сийдик, сийдикни Нечипаренко бўйича тахлили, умумий қон ва қонни биохимик тахлили, буйракларни УТТ, экскретор урографияси ва уроскопияси ҳамда буйракларни МСКТ текширувлардан иборат бўлади. Тор доирадаги эндокринолог, кардиолог, уролог, окулист каби мутахассислар иштирокида консилиум қилиб ва комплекс даво чораларини қўллаш ва даволаш тактикасини белгилаш бемор учун ижобий натижа беради.

2017 ва 2018 йиллар давомида ўнг буйрак карбункули билан 5 нафар, ўнг буйрак абсцесси билан 4 нафар, ўнг буйрак апостематоз пиелонефрит билан 6 нафар, чап буйрак карбункули билан 5 нафар, чап буйрак абсцесси билан 3 нафар, чап буйрак апостематоз пиелонефрит билан 5 нафар беморларда карбункул, абсцесс ва апостемаларни очиш, тозалаш ва қорин орти пардасини дренажлаш амалиётлари ўтказилган. Беморларни бўлимида ўртача даволаниш муддати 10-12 кунни ташкил қилган.

Хулоса: Қандли диабет касаллиги билан оғирган беморларда сийдик йўллари инфекциясининг асоратланган тури, буйрак карбункули, буйрак абсцесси ва апостематоз пиелонефритини ривожланиш фоизи юқорилиги ва ушбу беморларда оғир кечиши кузатилади. Қандли диабет билан оғирган беморларнинг сийдик йўллари инфекциясини мунтазам равишда текшириб, ушбу сийдик йўлидаги инфекциясига қарши даво муолажаларини олиб, профилактик чораларни ўз вақтида ўтказиб туриш, юқорида кўрсатиб ўтилган асоратларни олдини олишда муҳим аҳамиятга эга бўлади.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Исламқулов А.А., Норбутаев О.М.

Наманганский филиал РНЦЭМП, службы 103

Цель – улучшение результатов лечения больных с гипертоническими кризами с помощью применения блокатора медленных кальциевых каналов – дигидро-

пиридиновое производное нифедипина (фармадипина) на догоспитальном этапе.

Анализы проводились подстанцией скорой медицинской помощи «Сув хужалиги» в г. Намангане. Применение блокатора медленных кальциевых каналов – дигидропиридиновое производное нифедипина при неотложных состояниях: внезапное повышение артериального давления или неосложненный гипертонический криз, острый коронарный синдром, аритмии сердца, острые аллергические заболевания, бронхиальная астма, алкогольная интоксикация и др.

По данным подстанции скорой медицинской помощи «Сув хужалиги» в г. Намангане с января по декабрь 2018 г. доля сердечно-сосудистых заболеваний в структуре обращаемости составила в среднем 9859 (52,46%). При этом почти в половине случаев эти заболевания сопровождались артериальной гипертонией. Из них с артериальной гипертонией 8977 (91,05%). Из этого числа 893 (9,94%) больных были госпитализированы. У подавляющего большинства проводилась терапия дибазолом, папаверином, магния сульфатом, фуросемидом, нифедипином и др. путем внутримышечных или внутривенных инъекций.

Последние годы для лечения внезапного повышения АД и неосложненного гипертонического криза у нас с успехом используется сублингвальный путь введения антигипертензивных препаратов. Среди них к препаратам первого ряда относится блокатор медленных кальциевых каналов – дигидропиридиновое производное нифедипина.

Противопоказанием для применения данного препарата явились острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, острое нарушение мозгового кровообращения, острая левожелудочковая недостаточность, пароксизмальная тахикардия и синусовая тахикардия свыше 120 в минуту.

Таким образом, после применения данного препарата была отмечена высокая эффективность лечения нифедипина по сравнению с традиционной терапией, которая проявлялась снижением количества госпитализаций и повторных обращений больных с гипертоническими кризами.

БОЛАЛАРДА ШИФОХОНАГАЧА БЎЛГАН ДАВРДА ҚАБУЛ ДИАГНОСТИКА БЎЛИМИДА ТАЯНЧ ҲАРАКАТ АЪЗОЛАРИ ШИКАСТЛАРИНИНГ ДАВОЛАШДАГИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Исмоилов А.В., Махмудов Н.И., Сайдалиев С.С.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Болаларда таянч-харакат аппаратининг шикастланмиши ва касалликлариди уларни даволашнинг ўзига хос тамойиллари бор. Тажириба шуни кўрсатадики, 90-95% жароҳат олган болалар амбулатория шароитида даволанишга муҳтож бўлади. Травматологик пунктда ўтказиладиган комплекс даволаш, яъни репозиция, даволаш иммобилизацияси, кейинчалик амбулатор

шароитда физиотерапия, жисмоний машқлар билан даволаш қисқа муддатда шикастланган аъзо фаолиятини тиклайди.

Таянч-ҳаракат аппарати шикастланган вақтда стационаргача бўлган босқичда жароҳатланган соҳада очиқ жароҳатлари бўлмаганда шу соҳаси иммобилизацияланади. Агар очиқ жароҳати бўлса шу соҳага асептик боғлов куйиб, ташки қон кетишни бартараф этгандан сўнг иммобилизация қилинади. Иммобилизация учун эса Крамер, Дитерихс, Виленский шиналари қўлланилади. Булар йўқлигида эса оддий ёғоч таёк билан ҳам иммобилизациялаш мумкин.

Таянч-ҳаракат аппарати шикастланган болалар асосан консерватив усулда даволанади. Эскирмаган шикастланишларда гипс лонгетаси икки бўғимни қамраб олган ҳолда қўйилади. Ҳама гипс қўйиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки пайдо бўладиган шиш оқибатида қон томирлари сиқилиб, оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Даволаш жараёнида травматик шиш қайтиб, гематома сўрилгач, лонгета боғлами гипс бинтлар ёрдамида Ҳама гипс боғламига айлантирилади.

Синининг жойлашган жойи, бўлақлар қўзғалишининг даражаси, боланинг ёшига қараб скелет тортмаси ёки лейкопластир (клеол) тортмаси қўлланилади. Каттароқ ёшдаги болалар учун скелет тортма афзалроқдир.

Скелетдан тортишда ўсиш зоналарини инобатга олиш шарт. Кириш кегайи катта болдир суяги ғадир-будуридан пастроқдан ва тирсак ўсиғидан ўтказилади. Сон суяги ва товондан кегай ўсиш зонасидан юқориқадан ўтказилади.

Синган суяк бўлақларининг бурчаксимон силжиши прогноз нуқтаи назардан энг салбий ҳисобланади. Суяк бўлақларининг узунасига силжишини тортма қўйилгандан сўнг биринчи соатларнинг ўзида бартараф қилиш мақсадга мувофиқдир. Бурчаксимон силжишни бартараф қилиш учун қўшимча тортиш ва босиб турувчи мосламалар ишлатилади.

Бўлақлар ёнига силжиганда, тортиб турган ҳолда қўл ёрдамида репозиция қилинади. Бурчак остида ва ёнига силжишни тўғрилаш узунасига силжиш бартараф қилингандан кейин амалга оширилади.

Репозицияни яхши амалга ошириш учун мушаклар тонусини сусайтириш шарт ва шу мақсадда синган бўлақлар оралигига 1% новокаин эритмаси (боланинг ҳар бир ёшига 1 мл ҳисобида) юборилади. 3 ёшгача бўлган болаларда лейкопластир (клеол) тортма қўлланилади.

Марказимиз қабул диагностика бўлими травматология хонасига 2016-2018 йиллар давомида 5680 та болалар турли хил суяклар синиши билан мурожат қилган. Булардан ўғил болалар 3890 та (68.4%), қиз болалар 1790 та (31.6%) ташкил қилган. Ўмров, елка ва билак суякларини синишлари 3108 та (54.7%). Сон ва болдир суякларини синиши эса 1101 та (19.3%) ташкил этди. Қўл ва оёқ қафт суякларини синиши билан эса 1471 та (26%) ташкил этди. Ҳозирда марказимизда мурожат қилган бемор болаларга малакали ёрдам кўрсатилиши ва кей-

инги амбулатор кузатиш учун, яшаш жойларига дислокацияни тўғри ташкил қилинганлиги сабабли, асоратли ҳолатлар жуда кам учрамоқда.

ВЛИЯНИЕ ЗАПОЛНЕНИЯ КАРТЫ ВЫЗОВА НА КАЧЕСТВО ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Ишанкулова Д.К., к.м.н.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. «Несовершенство клинических протоколов и медицинских стандартов, а также низкий уровень использования инновационных разработок и технологий не позволяют внедрить современные методы и подходы к организации медицинской помощи населению». (Постановление Президента РУз от 02.08.2018 г. № ПП-3894).

Карта вызова СМП приравнивается к истории болезни и является юридическим документом со всеми вытекающими последствиями. Тем не менее, как показывают материалы ЛЭК (лечебно-экспертной комиссии) и анализ дефектов карт вызова, они еще далеки от совершенства. В подавляющем большинстве случаев сбор анамнеза выглядит как шаблон, лишает врача необходимой информации и отсюда неправильный диагноз. Вместе с тем, необходима разработка единого формата данных для формирования будущей единой информационной базы здоровья населения.

Цель работы. Усовершенствовать карту вызова скорой помощи с целью улучшения качества лечебно-диагностического процесса в неотложных состояниях.

Задачи. Изучить влияние заполнения карты вызова «Кузатувваракаси» на качество лечебно-диагностического процесса в неотложных состояниях. Внести коррективы с дополнениями и изменениями с учетом догоспитального этапа.

Материалы и методы. В условиях Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) была изучена медицинская документация, карты «Кузатувваракаси» 34 больных во время вызова бригад скорой неотложной помощи. Обследование проводилось по единому плану принятых стандартов оформления медицинской документации, которые включали сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр, ЭКГ-исследование, а также тактика и проведенные процедуры больному при неотложных состояниях. Одновременно заполнялась модифицированная карта вызова скорой помощи. Материалы представлялись на основе общепринятых принципов, но с дополнениями и изменениями с учетом догоспитального этапа.

Результаты. Исследования показали, что наиболее частыми дефектами в оформлении «Кузатув варакаси» являлись следующие. Обращало на себя внимание качество написания самого текста. Достаточно часто карты заполнены небрежно, почерк неразборчив. Никто не пишет каллиграфическим почерком. Клиническая часть: наиболее часто – в 65% случаев, отмечались по-

грешности в описании жалоб, анамнеза, формулировке диагноза. Дефекты в соблюдении принципа логического соответствия диагноза клиническим данным составили от 10 до 18%. В 67% случаев не внесены результаты функционального исследования, показатели параметров деятельности жизненно важных органов, локальный статус. То же касается и ЭКГ-обследования, которое в 25% случаев не проводилось из-за отсутствия ЭКГ-аппарата в карете скорой помощи. Качество самих ЭКГграмм оставляло желать лучшего.

В 35% случаев недостоверно описан осмотр ЦНС. Не указываются характер аускультативной картины легких – хрипов и перкуссия, изменение сердечных тонов, шумов. В 16% случаев не указываются пульс и его характеристика. 47% случаев диагноз не обосновывается. Нет логического соответствия. Не учитываются данные о кратности обращений больного по экстренным показаниям и дальнейшая его судьба. Это полностью снимает ответственность врачей поликлиник и ВОП. Недопустимо написание в карте вызова заведомо ложных данных: указание на носилки, когда больной шел пешком, запись данных температуры, когда термометрия не проводилась, «отказ от носилок или госпитализации», в то время, когда врач не предлагал этого и т.д.

Нами представляется карта вызова скорой помощи, несколько отличающаяся от предыдущей. В данной карте освещаются данные сбора клинических показателей, являющихся основополагающими в лечебно-диагностическом процессе. В карте, созданной по программе EXEL учтены все разделы: паспортная часть, жалобы, анамнез, объективные и субъективные данные, параметры жизненно важных органов, ЭКГ-исследование. Нововведением является указание персонального кода больного, установленного при рождении ребенка, который сохраняется до конца жизни гражданина. Указывается фамилия ВОП или врача поликлиники, где больной состоит на учете. При отказе от поступающей помощи со стороны пострадавшего, необходимо сделать отметки. В конце карты фиксируются результаты и продолжительность лечения, а также окончательный диагноз, поставленный в МУ. Заключение руководителя учреждения об адекватности деятельности СП и подпись пациента завершает процесс заполнения карты. Карта заполняется в двух экземплярах одновременно, т.е. через специальную (термо- копирующую) бумагу. Данные карты вносятся on-line, для сохранения в электронной базе данных и для дальнейшего наблюдения за пациентом на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

При обязательном стандартном введении данных больного в карту по всем разделам обследования и тактики оказания помощи отмечалась тенденция к повышению диагностической эффективности, улучшилась тактика ведения больного в плане экономии времени и качества оказания неотложной помощи. Улучшился контроль за дальнейшей судьбой пациента и диспансеризации с целью вторичной и третичной профилактики заболевания. Уменьшилась летальность

больных, которая зависит от экономии времени медицинского персонала и четко слаженного проведения мероприятий. Улучшилось качество статистической обработки материала.

Вывод. Разработка и усовершенствование карты скорой помощи продиктована спецификой догоспитального этапа, где медицинский персонал работает в условиях «тройного дефицита» – времени, информации и ресурсов. Заполнение модифицированной карты в условиях догоспитального этапа, стационарного лечения, диспансеризации является наиболее экономным и быстрым методом на всех стадиях оказания экстренной медицинской помощи.

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИ ЯНГИ ИСЛОҲОТЛАР ДАВРИДА

*А.М. Ишонкулов, А.Б. Тиялков, Д.Р. Раззоқов,
Г.А. Хайдаров, Ф.Ш. Маевлянов.*

**(РШТТЕИМ Самарканд филиали. Дир. т.ф.д.
Тиялков А.А.)**

Шошилинч тиббий ёрдамнинг тезкорлигини, технологиклиги ва самарадорлигини тубдан кучайтиришга, аҳолига ўз вақтида малакали шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича даволаш, илмий-методик ва таълим ишларининг бутун комплексини энг юқори даражада ташкил этишга йўналтирилган аҳолига шошилинч тиббий ёрдам бериш тизимини тубдан такомиллаштириш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги “Шошилинч тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Фармони қабул қилинди.

Ҳозирги вақтда бу тизим Республика шошилинч тиббий ёрдам маркази ва унинг вилоятлардаги филиаллари, туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмалари қошидаги бўлимлари, мамлакатимизнинг барча ҳудудларидаги тез тиббий ёрдам хизмати станциялари ва санитар авиация хизматини ўз ичига олади. Энг асосийси, соҳа ривожини йўлида амалга оширилади кенг кўламли чора-тадбирлар натижасида шошилинч тиббий ёрдам тизимида йилига 600 минг нафардан зиёд беморга юқори малакали стационар ва 1 миллион нафардан ортиқ беморга амбулатор ёрдам ҳамда 7 миллиондан зиёд чақириқлар бўйича хизмат кўрсатилмоқда.

Шу мақсадда Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Шошилинч тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Фармонида мазкур тизимни такомиллаштиришнинг энг муҳим йўналишларини белгилаш, тез тиббий ёрдам хизматининг сифат ва самарадорлигини ошириш, шошилинч тиббий ёрдам соҳасидаги илмий тадқиқотлар кўламини кенгайтириш ҳамда бу борада халқаро ҳамкорликни чуқурлаштиришга қаратилган аниқ вазифалар белгилаб берилди.

Фармонда, шунингдек, шошилинч тиббий ёрдам тизимида замонавий илмий-техник ютуқлар ва ахборот-ком-

муникация технологияларини кенг қўллаш, шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш тизимининг бошқа вазирликлар ва идораларнинг шошилич хизматлари билан тезкор ҳамкорлигини таъминлаш бўйича замонавий механизмларни татбиқ қилиш, кадрларни тайёрлаш борасидаги илғор усулларни жорий этиш кўзда тутилган.

Самарқанд вилоятида бугунги кунда 248 та тез ёрдам бригадалари мавжуд бўлиб, шундан 40 таси Самарқанд шаҳрида ва уларнинг 12 таси Самарқанд шаҳридаги оилавий поликлиникаларида жойлашган. Шунингдек, аҳолига 3 та реанимацион, 3 та кардиологик ва 1 та психиатрик бригадалар ҳам хизмат кўрсатмоқда. Вилоят бўйича ҳар бир туманда битта тез тиббий ёрдам бўлими ва 156 та тез тиббий ёрдам шахобчалари мавжуд бўлиб, уларнинг ўртача хизмат кўрсатиш радиуси 5-15 километрни ташкил этади.

2017-2018 йилларда 132 та замонавий жиҳозланган автомашиналари келтирилгач, жами тез тиббий ёрдам автотранспортлари сони 259 тага етди. Уларнинг 144 таси GPS навигация тизими билан жиҳозланган. Бу эса ўз навбатида автотранспорт воситаларининг ҳар доим соз ҳолатда бўлишини ва керакли манзилга ўз вақтида етиб боришини таъминлашга хизмат қилади.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш ҳамда Ахборот технологиялари ва коммуникацияларини ривожлантириш вазирликлари биргаликда мамлакатимиз ҳудудида Тез тиббий ёрдамнинг ягона диспетчерлик маркази (ЯДМ) ташкил этиш бўйича пилот лойиҳасини амалга оширишга киришдилар.

Ушбу марказни ташкил этишдан асосий мақсад – тез тиббий ёрдам кўрсатишдаги бирламчи ҳисоб-маълумот ва жараёнлар асосида Ўзбекистон Республикасида тез ҳамда шошилич тиббий ёрдам бошқарувидаги ишларни ахборот жиҳатдан самарали қўллаб-қувватлашни таъминлашдан иборат. Шошилич тиббий ёрдам тизимини янада такомиллаштиришнинг энг муҳим йўналиши сифатида тез тиббий ёрдамнинг кўчма бригадалари фаолиятини тезкорлик билан мувофиқлаштириш, шунингдек, Ўзбекистон Республикаси Ички ишлар, Фавқуллодда вазиятлар вазирликлари ва “Ўзтрансгаз” акциядорлик компаниясининг шошилич хизматлари билан ўзаро ҳамкорликни таъминлайдиган маълумотлар узатишнинг ягона базаси ва тармоғини ташкил этган, мувофиқлаштирувчи-диспетчерлик хизматларини миллий геоминтақавий маълумотларга, шу жумладан, ҳудудларнинг давлат кадастри ресурсларидан фойдаланган ҳолда шошилич тиббий ёрдамни бошқаришнинг ахборот тизимини жорий этиш белгиланган.

Мамлакатимизда аҳоли саломатлигини сақлаш, уларнинг тиббиётга бўлган ишончини мустаҳкамлаш, муносабатини ўзгартириш, одамларни рози қилиш каби масалалар халқ манфаатларини ифода этиб, давлат сиёсати даражасига кўтарилмоқда.

Юртимизда соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилган ислохотлар жараёнида тиббий хизмат кўрсатиш сифатини янада яхшилаш, оналар ва болалар соғлиғини мустаҳкамлаш, уларни патронаж тизими билан қамраб олиш, аҳолининг тиббий маданиятини ошириш, уларни

ижтимоий муҳофаза қилишни кучайтириш, оила манфаатларини таъминлаш, соғлом авлодни шакллантириш бўйича амалга оширилган умумдавлат чора-тадбирлари республикадаги ижтимоий-демографик вазиятни сезиларли даражада яхшилаш имконини беради.

ВЛИЯНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

*Кадиров Р.С., Курбанов Ш.Р., Саипов Р.Р.,
Мирхайдаров М.М., Исмаилов А.К.*

ТОФРНЦЭМП

Работа основана на анализе лечения 68 (100%) пострадавших с политравмой, находившихся на лечении в отделении сочетанных травм с нейрохирургией ТОФРНЦЭМП в 2017-2019 годах. По тяжести состояния и сочетанности травм больные разделены на три группы.

У 26 (38,2%) первой группы пострадавших легкая ЧМТ сочеталась с переломами 2 сегментов (костей голени и предплечья). У всех больных зарегистрирован шок I степени. В данной группе 14 (54%) пострадавших доставлены с места происшествия самотеком, попутным транспортом, без оказания догоспитальной помощи с не фиксированными поврежденными конечностями. У 3 (11,5%) больных в сроки 2-3 суток развилась клиника жировой эмболии, которая не подтверждена данными клинических анализов крови и мочи. У всех больных имелись диафизарные переломы костей голени.

У 23 (34%) пострадавших второй группы отмечалась ЧМТ средней степени в сочетании с множественными переломами нижних конечностей. У всех пострадавших отмечался травматический шок II степени. Лечение проводилось в условиях «шоковой палаты», затем в отделении реанимации. Лишь 7 (30,5%) пострадавших доставлены по линии СМП с соблюденными правилами транспортировки пострадавших. 16 (69,5%) травмированных доставлены самотеком, без каких-либо мероприятий, предусмотренных алгоритмами оказания помощи на догоспитальном этапе. У 5 (21,7%) больных на 1-3 сутки отмечена симптоматика жировой эмболии, в 3 (13%) случаях подтвержденная лабораторными исследованиями.

У 23 (34%) больных третьей группы верифицированы тяжелые ЧМТ в сочетании с множественными переломами больших трубчатых костей, преимущественно нижних конечностей. 12 (52%) пострадавших доставлены по линии СМП. Только 7 (30,5%) больным на месте происшествия была оказана полноценная догоспитальная помощь (обезболивание, противошоковые мероприятия, транспортная иммобилизация). У 9 (39%) пострадавших из числа доставленных самотеком и без оказания соответствующей помощи бригадой СМП в последующем развилась клиника жировой эмболии.

Все больные госпитализированы в отделение реанимации, где осмотрены смежными специалистами

согласно стандартам. В сроки 3-6 суток с момента травмы симультанно или последовательно проведены оперативные вмешательства. Развитие клиники жировой эмболии привело к вынужденному пролонгированию сроков до оперативных вмешательств, что негативно сказалось на состоянии больных, удлинению сроков лечения и степени инвалидизации пострадавших.

Таким образом:

1. Развитие такого грозного осложнения, как жировая эмболия, во многом зависит от качества, своевременности и полноценности оказания помощи на догоспитальном этапе.

2. Комбинация повреждений различных органов и систем значительно усложняет выбор приоритетных направлений оказания первой медицинской помощи и затрудняет выявление дополнительных факторов, которые могут стать основной причиной осложнений и летальных исходов.

3. Тяжелые осложнения, представляющие непосредственную угрозу для жизни (травматический и геморрагический шок, сдавление мозга, жировая эмболия, тромбоэмболия и т. д.), при сочетанной травме являются скорее правилом, чем исключением и прогрессивно увеличиваются в зависимости от тяжести травмы и множественности повреждений.

4. От того, насколько квалифицированно и быстро персонал службы скорой и неотложной медицинской помощи способен оценить состояние пострадавшего, начать экстренные мероприятия и интенсивное лечение, организовать транспортировку и госпитализацию, зависит жизнь пострадавшего, а также тяжесть физических нарушений, возникающих вследствие травм.

5. Необходимо проводить регулярные тренинги и повышение квалификации бригад СМП и парамедиков в свете правильного и полноценного оказания догоспитальной помощи пострадавших с политравмой.

6. Соблюдение элементарных правил оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе позволяет снизить процент инвалидизации и смертности за счет увеличения количества выздоровевших больных.

ЧАСТОТА ОКС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕНИ СУТОК

Калмурзаев Е.К., Сайманов М.С., Кошжанов Р.З.
Каракалпакский филиал РНЦЭМП

По данным всемирной литературы, циркадный ритм развития острого коронарного синдрома (ОКС) имеет свои «часы риска» в промежутке от 8 до 16 часов, на которые выпадает 61,1% случаев заболевания и часы «относительного благополучия» от 0 до 4 часов ночи, когда число случаев заболевания составляет только 4,8%. Характер ОКС и сопутствующая артериальная гипертензия не влияет на суточное распределение частоты развития ОКС.

Цель работы: изучение зависимости развития ОКС от времени суток.

Материалы и методы. В течение 3,5 лет (V.2014-XII.2017) в кардиореанимацию Каракалпакского филиала РНЦЭМП поступило 234 больных с ОКС в возрасте от 39 до 87 лет (мужчин 169, женщин 65). Из них ОКС без подъема сегмента ST у 78 больных (мужчин 51), ОКС с подъемом сегмента ST у 156 больных (мужчин 118). Диагноз ОКС устанавливали с учетом клинической картины заболевания, изменений ЭКГ, использованием маркеров некроза.

Результаты: в периоде 0-6 часов утра ОКС наблюдался у 47 больных (20,1%), 6-12 часов у 87 больных (37,2%), 12-18 часов у 52 больных (22,2%), 18-24 часов у 48 больных (20,5%).

Выводы: исследование показало, что частота развития ОКС с 6 до 12 часов дня почти в 2 раза превышает показатели в другое время суток. Это требует необходимости усиления настороженности врачей СМП и догоспитальных учреждений в это время суток.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И ТРАНСПОРТИРОВКИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ПОЛИТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Карабаев О.В., Махмуров А.М.
ТОФРНЦЭМП

От качества, своевременности оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, оперативности доставки пострадавшего в стационар зависит общий уровень летальности пациентов с ТПТ при дорожно-транспортных происшествиях, падениях с высоты, умышленных травмах.

В 2017-2018 годах в ТОФРНЦЭМП доставлено 79 пострадавших с ТПТ. По линии СМП-32 (40,5%), самоотком 47 (59,5%). У 42 (53%) в клинике доминировала ЧМТ. У 22 (27,8%) тяжесть состояния обуславливалась множественностью переломов костей скелета. У 10 (12,6%) больных имелись множественные переломы реберного каркаса с плевро-пульмональными осложнениями, резко отягощающие состояние больного. У 5 (6,3%) пострадавших имелась жизнеугрожающая травма внутренних органов с продолжающимся кровотечением.

По линии СМП пострадавшие доставлены в приемный покой в сроки до 45 минут с момента получения травмы с различными нарушениями требований оказания помощи на этапах эвакуации (неправильная транспортировка, дефекты лечения, оформления документации и т.д.). При доставке «самотekom» эти требования и вовсе не соблюдались, что крайне негативно сказалось на состоянии больных.

Летальный исход у 26 (32,9%) пострадавших с ТПТ. В ранние сроки после полученной ТПТ в отделении реанимации умерло 19 (73%) пострадавших, что было обусловлено тяжестью сочетанных повреждений и выраженностью шока. Летальные исходы у 7 (27%) паци-

ентов обуславливались присоединившимися осложнениями (жировая эмболия, пневмонии и т.д.). Хотя процент летальных исходов укладывается в «среднестатистический» при ТПТ, считаем возможным снизить ее процент за счет оптимизации оказания СМП на догоспитальном этапе. Предлагаем дополнить алгоритм действий бригад СМП в зависимости от доминирования травматического повреждения органов и систем.

При любой ТПТ необходимо соблюдать общепринятые правила первичного обследования пострадавшего по схеме ABCDE (оценка проходимости дыхательных путей, оценка качества дыхания, степени нарушения кровообращения и выраженности нарушений нейростатуса).

К транспортировке пострадавших с ТПТ на догоспитальном этапе (ДГЭ), даже при отсутствии выраженных витальных нарушений, принцип «scoop and run» («хватать – беги») заключающийся только в скорейшей доставке пострадавшего в стационар, не должен применяться, ввиду возможности развития в любой момент фатальных осложнений. Причем осложнения могут возникнуть не только в связи с тяжестью ТПТ, но и как вторичные, из-за нанесения дополнительной травмы во время перевозки, усугубления болевого шока и отсутствия коррекции прогрессирующих нарушений витальных функций.

При доминировании в клинике ЧМТ осуществляется тактика «treat and run» (быстрая транспортировка пациента при непрерывном мониторинге и коррекции витальных функций). Степень тяжести ЧМТ оценивается по шкале Глазго. Основная цель терапии на ДГЭ состоит в форсированной противошоковой, инфузионной терапии при обязательной оксигенотерапии. Необходимо поддержание САД > 70–90 мм.рт.ст. Оценка по шкале Глазго проводится как минимум каждые 10 минут. Обязательной является регистрация полученных данных в динамике. Ранения мягких тканей головы свободно укрываются стерильными, увлажненными в физрастворе повязками, инородные тела оставляются в ране, кровотечения из тканей черепа останавливаются путем применения давящих повязок. При промокании повязки не меняются, а подбинтовываются. При стабильной гемодинамике транспортировка с приподнятым на 45° головным концом. При нестабильном кровообращении положение горизонтальное. Проводится посиндромная терапия. Применение осмотических диуретиков (маннитол, манит) проводится только при выраженной или нарастающей аннотокории (100 мл. в\в струйно быстро с последующим введением 2,0 мл. салуретиков). Проводится оксигенотерапия.

При доминировании травмы позвоночника и спинного мозга применяется тактика «treat and run». Диагностика при подозрении на травму позвоночника заключается в оценке механизма травмы, сбора анамнеза и клинический осмотр с проверкой возможных нарушений кровообращения, моторики и чувствительности конечностей. При нарушении движений в

конечностях и сохранности сознания транспортировка осуществляется в положении на спине. Обязательно наложение шейного воротника с фиксацией головы к транспортному щиту. Устанавливается мочевого катетер. При наложении шейного воротника следует удерживать шейный отдел позвоночника в положении «in-line», то есть в нейтральной позиции с приподнятием плечевого пояса. Необходимо помнить о возможности возникновения «восходящего отека» при травме шейного отдела. Проводится посиндромная терапия. **Введение** глюкокортикоидов не рекомендуется.

При доминировании открытых травм костей скелета, осложненных кровотечением применяется тактика «stay and play and run» (стой, лечи, транспортируй). Проверяется подвижность, кровоснабжение и чувствительность конечностей. При грубых деформациях конечностей на ДГЭ нельзя выполнять репозицию. Конечность с явной деформацией фиксируется в том же положении. При сохраняющемся кровотечении лучше использовать давящие повязки вместо жгутов, в крайних случаях показано использование жгутов в зависимости от вида кровотечения. Время наложения жгута обязательно фиксируется. Использование кровоостанавливающих зажимов не рекомендуется и осуществляется только при сохраняющемся пульсирующем кровотечении. Поврежденные конечности фиксируются транспортными шинами. Лечение посиндромное с обязательным мониторингом гемодинамики.

При доминировании травмы грудной клетки применяется тактика «treat and run». Диагностика на ДГЭ основывается на анамнезе травмы, жалобах, наружном осмотре и аускультации. Жалобы как правило, на боль при дыхании, усиливающуюся при сдавлении грудной клетки. После осмотра обнаруживаются ушибы, ссадины, гематомы, видимые кровотечения. Парадоксальное дыхание, подкожная эмфизема, одышка при нестабильном кровообращении свидетельствуют о травме ОГК. Необходимо помнить, что у большинства пациентов с переломами нескольких ребер имеются ассоциированные ранения ОБП (печени, селезенки, диафрагмы). При подозрении на напряженный пневмоторакс абсолютным показанием является плевральная пункция. Пострадавший должен как можно быстрее быть доставлен в стационар. Транспортировка в положении на спине. Лечение посиндромное.

При травмах брюшной полости и костей таза применяется тактика «treat and run». Диагностика на ДГЭ основывается на анамнезе травмы, жалобах, наружном осмотре и аускультации. В ранние сроки после травмы жалобы на боли в животе могут отсутствовать. Необходимо осмотреть живот на предмет ссадин и кровоподтеков, оценить участие передней брюшной стенки в акте дыхания. Транспортировка на боку или с поворотом головы, для предупреждения аспирации рвотных масс. Терапия посиндромная. Допустимо применение наркотических анальгетиков на ДГЭ, так как при доставке в стационар больному будет выполнено

УЗИ. Проводится превентивная антибиотико- и гемостатическая терапия.

В большинстве случаев при политравме обнаруживается неадекватное лечение пациента на догоспитальном этапе. Именно поэтому при таких ситуациях требуется помощь квалифицированного врача. Высокая квалификация достигается путем регулярного последипломного образования врача.

К ВОПРОСУ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ИНСУЛЬТАХ НЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БРИГАДОЙ СМП НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Карабаев О.В., Эшбабаев Ф.Ю.

ТОФРНЦЭМП

Мозговой инсульт (МИ) – заболевание, вызывающее острое очаговое поражение мозга. Необратимые изменения мозговой ткани при мозговом инсульте возникают уже спустя 6 ч от его начала. В связи с этим проблема ранней диагностики и лечения МИ является весьма актуальной.

Различают два основных типа МИ – геморрагический (ГИ) и ишемический (ИИ). Преобладают ИИ различных форм в соотношении 4:1 – 5:1 в разных странах мира. ИИ развивается вследствие ограничения или прекращения кровотока в бассейне мозгового сосуда с образованием инфаркта мозга. ГИ возникает вследствие разрыва мозгового сосуда с излиянием крови в ткань мозга или субарахноидальное пространство (САК). Смертность от МИ стоит на 3 месте после ИБС и онкологических заболеваний и соотносима общей смертностью от различных травм.

По данным ТОФРНЦЭМП, процент встречаемости МИ в Ташкентской области в 2018 г. составил: ИИ – 85%, ГИ – 13%, САК – 2%. По сравнению с 2017 годом процент МИ вырос на 1,1%.

Существуют определенные критерии изменений в соматическом статусе и неврологической симптоматике, которые с учетом анамнеза, факторов риска и состояния больного на момент первичного осмотра, позволяют уже на догоспитальном этапе установить тип МИ и начать патогенетическое лечение как можно раньше. Однако выявление очаговых симптомов, характерных для различных типов МИ, иногда представляет значительные трудности, особенно при коматозном состоянии больного, что затрудняет дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, при которых так же возможна потеря сознания (уремическая, печеночная, диабетическая кома, кома при экзогенных отравлениях и т.д.). Клинические признаки ИИ и ГИ различаются лишь в типичных случаях. Как показывает повседневная практика, дифференциальная диагностика различных форм МИ часто затруднительна. Окончательно установить тип и вид МИ, начать дифференцированное лечение подчас возможно только при привлечении специализированных неврологических бригад СМП и проведении КТ-исследования.

Так как количество специализированных неврологических реанимационных бригад крайне мало, что обусловлено преобладанием линейных врачебных и фельдшерских бригад, целесообразно бригадам СМП, не располагающим данными о типе и характере МИ, проводить недифференцированную терапию. То есть, на этапах первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи проводятся жизнеподдерживающие мероприятия и базисная терапия. Специфическую терапию (антикоагулянтная, фибринолитическая при ИИ и гемостатическая при ГИ и САК), осуществляют на этапах квалифицированной и специализированной помощи.

К общим принципам лечения МИ вне зависимости от его вида относят:

1. Коррекция дыхательных нарушений:

– у пациентов с угнетением сознания проводят «Тройной прием Сафара»: запрокидывание головы, выдвижение нижней челюсти и открывание рта, а также снятие зубных протезов фиксацию языка, туалет ротоглотки. Как альтернативу – введение S-образного воздуховода;

– больной должен находиться в постели с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи) или с поворотом головы набок (при возможности развития аспирационного синдрома).

2. Неспецифическая медикаментозная терапия включает в себя:

– нейтропротекторы (ингибиторы глутамата);

– сульфат магния 7–10 мг/кг в 100–150 мл изотонического раствора в/в капельно;

– дегидротационная терапия (не применяется при низком давлении);

– глюкокортикостероиды.

3. Гипотензивная терапия не проводится, если АД < 220/120 мм рт.ст.

– при АД ≤ 220/120 мм рт.ст. – нитроглицерин 5 мг/в или 10 мг сублингвально;

– при АД > 220/120 мм рт.ст. – 0,01% раствора клофелина 1 мл в 20 мл изотонического раствора в/в медленно (в течение 3–5 минут).

4. Эндотелиотропная (противоотечная терапия).

5. Антиоксидантная терапия.

6. Нормализация вегетативных нарушений – Оксипутират натрия 120 – 150 мг/кг в/м.

7. Симптоматическая терапия.

8. Противосудорожная терапия.

9. Нейропротективная терапия.

Наиболее часто встречающиеся ошибки при проведении неспецифической терапии на догоспитальном этапе:

1. Придание больному позы Тренделенбурга.

2. Применение хлористого кальция, аминокaproновой кислоты или аскорбиновой кислоты для остановки кровотечения при подозрении на геморрагический инсульт (данные препараты начинают действовать через несколько суток).

3. Применение гипотензивных препаратов, которые резко снижают АД (нифедипин).

4. Применение антиагрегантов (ацетилсалициловая кислота, пентоксифиллин) в первые часы развития инсульта.

5. Применение фуросемида для лечения отека мозга не показано из-за возможного резкого снижения АД и усугубления ишемии головного мозга, а также из-за развития гемоконцентрации.

6. Применение на догоспитальном этапе ноотропов в остром периоде инсульта. Они стимулируют и истощают головной мозг, находящийся в условиях ишемического повреждения.

Все вышеуказанные мероприятия необходимо проводить как у постели больного, так и в ходе транспортировки, без ущерба для времени доставки пациента в стационар.

ДИАГНОСТИКА И СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Карабаев Х.К., Эшмирзаев Б.М., Тагаев К.Р., Карабаев Н.Б., Мустафаев А.Л., Корабоев Ж.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Диагностировать острый панкреатит сложно не только в условиях работы скорой медицинской помощи, но и в условиях стационара (Каримов Ш.И. с соавт., 2017; Хаджибаев А.М. с соавт., 2018). Иногда клинический диагноз можно установить только на основании интраоперационных данных, лапароскопии. Врачу же скорой помощи необходимо, при отсутствии лаборатории и консультантов, поставить диагноз и определить тактику в отношении больного.

Материал и методы. Нами изучен материал работы Скорой медицинской помощи за период 2008-2018 годов. Всего больных с острой хирургической патологией обслужено 18 680. Из них больных с острым панкреатитом, нуждавшихся в экстренной хирургической помощи, было 4 805. Острый панкреатит в структуре ургентной абдоминальной патологии занимал 25,72%. Для обработки данных использовались карты скорой помощи. Диагноз верифицировался по контрольным талонам к сопроводительному листу, а также на основании историй болезни после выписки больных из стационара.

Результаты. Среди больных острым панкреатитом 56% больных были старше 50 лет, мужчины составили 76%. Удовлетворительное состояние отмечалось у 12% больных, средне-тяжелое у 84%, и тяжелое с явлениями циркуляторного шока у 4% больных. У 75% больных заболевание проявлялось болями высокой интенсивности, средней у 13% и низкой (3,7%) интенсивности в эпигастральной области, причем в 93% случаев боль иррадиировала в спину или носила опоясывающий характер. Болевой синдром у всех больных сопровождался диспепсическими явлениями, причем рвота

наблюдалась у 70,8% больных. Артериальное давление в 26% случаев было сниженным до 100/70 мм.рт.ст. и ниже, повышение же артериального давления выше 140/90 мм. рт.ст. наблюдалось у 23,5% больных. В 27,2% случаев симптом Щеткина – Блюмберга был положительным в эпигастральной области, а в 10,9% случаев носил сомнительный характер. Симптом Керте отмечался в 64% случаев, Мейо-Робсон в 45,4%, Воскресенского в 74,5%. У больных с выраженным циркуляторным коллапсом на фоне ферментативно-токсического шока частым явлением были симптомы, свидетельствующие о наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома: симптом Девиса (17,1%). Кроме этого, у данной группы больных о наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома свидетельствовали и изменения электрокардиограммы (ЭКГ): смещение сегмента ST от изолинии; снижение вольтажа, увеличении зубцов P во II и III отведениях (в 11% случаев), увеличение интервала Q-T (в 42% случаев). Таким образом, учет наиболее важных симптомов позволит установить диагноз острого панкреатита и выработать тактику ведения больного на догоспитальном этапе.

Исходя из основных патогенетических звеньев, лечение острого панкреатита должно быть направлено на устранение болевого синдрома, снятие спазма сфинктера Одди, угнетение секреторной деятельности поджелудочной железы и инактивацию протеолитических ферментов; профилактику и лечение синдрома гиповолемии, включая нормализацию деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, нормализацию электролитного, гормонального и других видов нарушения гомеостаза; профилактику и лечение инфекции; дезинтоксикационную терапию. Важным принципом консервативной терапии является ее проведение на ранних этапах болезни. Поэтому лечение следует начинать еще в догоспитальном периоде, сразу после распознавания болезни. Клинические наблюдения указали на прямую зависимость эффективности лечения острого панкреатита от срока начатого лечения после возникновения заболевания. Летальный исход у пациентов, получавших догоспитальную терапию, явно меньше по сравнению с лицами с аналогичной формой острого панкреатита, не получавшими такого лечения.

Объем догоспитальной терапии зависит от конкретных возможностей и должен включать как минимум прием нитроглицерина, подкожное введение 1 мл 2%-ного раствора промедола в сочетании с 1 мл 0,1%-ного раствора атропина и 1 мл 1%-ного раствора димедрола. При возможности рекомендуется внутривенно введение 100 тыс.ед. трасилола, 20-40 мл 0,5%-ного раствора новокаина и 1,0-1,5 л, жидкости, включая 5%-ный раствор глюкозы и раствор Рингера. Целесообразно уже на этом этапе проведение сакроспинальной или другой новокаиновой блокады. Все эти мероприятия рекомендуется проводить на протяжении всего догоспитального периода, включая и период транспортировки в стационар.

Выводы. Экстренной госпитализации подлежат все больные острым панкреатитом, включая и случаи с легкой формой течения, поскольку последняя в любое время может перейти в тяжелую. Больные с тяжелым течением отечной формы панкреатита и с панкреонекрозом подлежат госпитализации в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии.

ИНТЕНСИВНАЯ ПРОТИВОШОКОВАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Даминов Ф.А., Юнусов О.Т., Ахмедов Р.Ф., Курбонов Н.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Своевременно начатые и адекватно проведенные противошоковые мероприятия в системе комплексного многокомпонентного лечения ожогового шока способствуют улучшению результатов лечения в последующие периоды ожоговой болезни, снижению общей летальности, уменьшению длительности пребывания пострадавших в стационаре и палатах реанимации и интенсивной терапии (Алексеев А.А. с соавт., 2017; Карабаев Х.К. с соавт., 2017).

Цель исследования – улучшение результатов лечения пострадавших с тяжелой термической и комбинированной термоингаляционной травмой путем совершенствования противошоковых мероприятий на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. За 2008 – 2018 годы было обследовано 3571 пострадавший в возрасте от 2-х месяцев до 80 лет, с общей площадью повреждения от 20% до 85% поверхности тела и глубокими ожогами от 20% до 35% поверхности тела.

1. На месте происшествия: устранение действия термического агента, охлаждение обожженных участков кожи, обезболивание (анальгетики, нейролептики, антигистаминные препараты), наложение повязок, начало инфузионной терапии.

2. Во время транспортировки: противошоковая инфузионная терапия (полиглюкин, реополиглюкин и др.), ингаляционная и неингаляционная анестезия, введение сердечных средств, глюкокортикоидных гормонов, прием соляно-щелочных растворов, согревание больного, инсуффляция кислорода.

Результаты. Экстренная помощь при ожоговом шоке состоит из следующих элементов: 1) Новокаиновые блокады – в зависимости от локализации ожога – двусторонняя вагосимпатическая блокада, двусторонняя паранефральная блокада, футлярная блокада. 2) Оксигенотерапия, особенно при ожогах дыхательных путей. 3) Инфузионная терапия – один из ведущих компонентов противошоковой терапии, согласно формуле Evans. 4) Обезболивающие, сердечные и другие патогенетические средства. 5) Витаминотерапия – комплекс витаминов С и В. 6) Гормонотерапия – гидрокортизон 125-250 мг или преднизолон 30-60 мг. 7) Антибиотикотерапия – вводить внутривенно – канамицин, гентамицин, морфоциклин и др. 8) Щелочное питье и щадящая диета назначаются после прекращения рвоты. 9) Обожженным, не получившим профилактических прививок, вводят по схеме 15000 МЕ противостолбнячную сыворотку с анатоксином.

нетические средства. 5) Витаминотерапия – комплекс витаминов С и В. 6) Гормонотерапия – гидрокортизон 125-250 мг или преднизолон 30-60 мг. 7) Антибиотикотерапия – вводить внутривенно – канамицин, гентамицин, морфоциклин и др. 8) Щелочное питье и щадящая диета назначаются после прекращения рвоты. 9) Обожженным, не получившим профилактических прививок, вводят по схеме 15000 МЕ противостолбнячную сыворотку с анатоксином.

Все пострадавшие были доставлены бригадами скорой медицинской помощи (103). Обезболивание на догоспитальном этапе проводилось 93,6% обожженных, из них 48% в качестве обезболивающих средств получили наркотические анальгетики. Интубация трахеи и проведение вспомогательной вентиляции легких выполнены у 3,5%, тогда как при поступлении в проведение респираторной поддержки с обеспечением проходимости дыхательных путей нуждались 73% пострадавших. Инфузионная терапия проводилась только у 80% обожженных. Инфузия в пути следования осуществлялась путем введения препаратов 0,9% раствора натрия хлорида, 5% глюкозы, К-Мг-аспаргината, мафусола и др. Объем в среднем составлял 600 мл, при среднем времени в пути, включая погрузку и выгрузку пациента, 75 мин. Совпадение диагнозов по площади повреждения составило 47,9%, а по глубине поражения – всего 23,9%. Термохимическое поражение дыхательных путей и отравление углекислым газом были диагностированы у 40% пациентов. Анализ историй болезни показал, что на догоспитальном этапе часты: недооценка тяжести состояния пострадавших; несоответствие диагноза по общей площади ожогов кожи; не диагностированное термическое поражение дыхательных путей и отравление углекислым газом; неадекватная коррекция нарушений газообмена; нередко применение наркотических анальгетиков и препаратов, обладающих седативным действием, угнетающих сознание и самостоятельное дыхание без должного мониторинга газообмена и восстановление проходимости дыхательных путей.

Нами изучено течение ожогового шока у 2-х групп больных, до и после внедрения вышеперечисленных организационно-лечебных принципов. Всего лечились 510 обожженных в возрасте от 2 до 70 лет, у них установлен диагноз ожогового шока. У 245 больных, которым была начата противошоковая терапия на догоспитальном этапе в полном объеме (согласно схеме), течение и исходы ожогового шока были благоприятными. Таким образом, начало противошоковой терапии может быть осуществлено в процессе транспортировки пострадавшего в стационар, при этом наиболее важные его компоненты должны быть обязательно выполнены.

Выводы. До внедрения данных принципов летальность составляла 15,5%, а после внедрения – 3,2% у пациентов с обширными глубокими ожогами.

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Карабаев Х.К., Эгамов Б.Т., Хайдаров Г.А., Мизамов Ф.О., Усаров Т.А., Хужамов О.Б., Тухтаев Б.Х.

**Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный медицинский институт**

Причиной острых желудочно-кишечных кровотечений могут быть более 100 различных заболеваний. Наиболее распространено деление кровотечений по этиологическому принципу – на язвенные, неязвенные кровотечения невыясненной этиологии. До внедрения в практику эндоскопических методов исследования на долю кровотечений неустановленной этиологии приходилось до 20-25% от общего их числа. В настоящее время кровотечения язвенной и неязвенной природы составляют примерно две равные группы, а доля кровотечений невыясненной этиологии составляют 1-3%.

Желудочно-кишечные кровотечения могут быть малыми (скрытыми) и явными (массивными). При скрытом кровотечении установить его источник нередко бывает трудно, и основным признаком является «беспричинное» малокровие.

При остром кровотечении степень кровопотери может быть различной. В случае массивного кровотечения наступает несоответствие между емкостью сосудистого русла и количеством циркулирующей крови. Это проявляется снижением артериального давления, учащением пульса и уменьшением минутного объема.

Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта имеют два периода. Латентный период начинается сразу с момента поступления крови в пищеварительный тракт и проявляется общими признаками кровопотери: обмороком, шумов в ушах, головокружением, слабостью, холодным потом, учащением пульса, падением АД и т.д. В зависимости от темпа и объема кровотечения скрытый период колеблется от нескольких минут до суток. Это наиболее трудный для диагностики период. Явный период начинается со рвоты кровью или появления мелены. В это время диагноз кровотечения как синдрома устанавливается легко. Труднее определить источник кровотечения.

За 2009 – 2018 годы в СФРНЦЭМП врачами скорой медицинской помощи (службы «103») были доставлены 3613 больных желудочно-кишечным кровотечением.

На догоспитальном этапе правильный диагноз обычно устанавливается половине больным и нет необходимости его уточнять. Дополнительное время на соби́рание подробного анамнеза и детальный осмотр больного тратить не следует. Врач должен убедиться в самом факте желудочно-кишечного кровотечения и провести показанные неотложные мероприятия на месте и в пути следования в хирургическое отделение. При этом строго соблюдается основная триада: холод, голод и покой. Больного транспортируют на носилках. При тяжелом кровотечении и коллапсе приподнимают

ножной конец носилок. Прием воды запрещается. На живот кладут пузырь со льдом (криопакеты) или холодную водой. Состояние облегчается при вдыхании кислорода через маску или трансназальные зонды. Больного срочно доставляют в хирургический стационар. При резком падении артериального давления производят переливание натрия хлорид 0,9% – 500 мл внутривенно капельно, гидроксиэтилкрахмал (ГЭК) 6%-500 мл внутривенно капельно, этамзилат 12,5% – 2,0 внутримышечно или внутривенно. Введение сосудосуживающих препаратов не показано.

Мы придаем большое значение ректальному исследованию, которое должно выполняться всем больным, так как по цвету каловых масс можно установить не только факт самого кровотечения, но и определить его источник (опухоль, геморроидальные узлы и т.д.)

Наличие дегтеобразного кала указывает на тяжелую степень кровопотери из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Оформленный кал черного цвета обычно бывает при легкой и средней степени тяжести кровотечения. Неизменная кровь в кале указывает на кровотечение из нижних отделов кишечника. Кровотечение из прямой кишки и из геморроидальных узлов определяется по алой крови и сгусткам.

На догоспитальном этапе считаются достаточно информативными методы оценки кровопотери, основанные на определении «индекс шока». «Индекс шока» равен отношению частоты пульса систолическому артериальному давлению. В норме это отношение равно 0,5; повышение его до 1 соответствует потере 30% объема циркулирующей крови (ОЦК) с развитием состояния «угрожаемого шока», а возрастание до 1,5 – потере 40% ОЦК и развитию «выраженного шока».

Лечение острого желудочно-кишечного кровотечения должно быть индивидуальным и комплексным. Консервативное лечение в стационаре продолжают до установления источника кровотечения, что в основном и определяет дальнейшую тактику.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГАЛЯЦИИ 0,18% РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ЮЛАЙЗЕРОМ

Каримов Ж.Х., Жабборов З.И., Хамроев Д.К.

**Отделение детской анестезиологии и реанимации
Бухарского филиала, РНЦЭМП**

Актуальность. Острый бронхообструктивный синдром (БОС) – распространенная и тяжелая патология, чаще всего возникающая при острых респираторных инфекциях, у детей преимущественно младшего возраста. Наряду с общим подъемом заболеваемости БОС его особенностью в последние годы является склонность к рецидивированию, а в ряде случаев он служит причиной пневмоний.

Цель работы.

1. Выявить клинико-анамнестические признаки острого бронхообструктивного синдрома у детей младшего возраста.

2. Оценить эффективность лечения острого бронхообструктивного синдрома у детей младшего возраста с помощью юлайзерной терапии, используя 0,18% раствора адреналина.

3. Сравнить эффективность использования ингаляционных глюкокортикостероидов (Небутамол) с 0,18%-ным адреналином.

Материалы и методы. На базе РНЦЭМП г. Бухары в отделении детской реанимации было проведено обследование 110 пациентов от 10 мес. до 5 лет с признаками острого бронхообструктивного синдрома. Выборка материала сплошная. Клиническая характеристика больных формировалась на основе: сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного осмотра детей и наблюдения за их состоянием в динамике заболевания, расспроса матерей. В целях проведения анализа пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 60 детей, получали стандартную терапию (СТ) + ИГКС Небутамола; 2 группа – 50 детей СТ+ ингаляции 0,18%-ного раствора адреналина через компрессорный юлайзер. Стандартная терапия включала симптоматические этиотропные средства, аэрозольную терапию увлажненной смесью кислорода и воздуха.

Результаты и обсуждения. Наибольшую часть больных составили дети с первым эпизодом БОС – 63,5% в возрасте от 1 года до 4 лет, что, по-видимому, связано с анатомо-физиологическими особенностями организма ребенка. На первом году жизни первичный БОС отмечен у 48 (43,6%) детей (все дети старше 2 мес.). Число больных с рецидивирующим ОСЛТ составило 36,5%. Данная форма не отмечалась на 1-м году жизни. В этой группе преобладали дети старше двухлетнего возраста. Клинические проявления БОС появились у 76,5% пациентов на 2-й и 3-й день респираторного заболевания. Подавляющее большинство пациентов – 62 (56,3%) были госпитализированы на четвертый день болезни. Остальные пациенты (23,5%) поступили на 5-7-е сутки, что было обусловлено поздним обращением к врачу и самолечением. По времени поступления в стационар можно выделить следующие временные интервалы: ночной (24.00-6.00), утренний (6.00-12.00), дневной (12.00-18.00), вечерний (18.00-24.00). Чаще всего временем поступления пациентов являлся интервал между 24.00-6.00 часами (54,5%) и 18.00-24.00 (25,4%), ($p < 0,05$). Данное явление, по-видимому, связано с ночным усилением тонуса блуждающего нерва и повышением его возбудимости. Наибольшая эффективность наблюдалась при использовании 0,18% раствора адреналина 1 раз в 12 час. Нами отмечено, что ингаляция 0,18% раствора адреналина в дозе 0,2-0,5 мл+4 мл физраствора х 1 раз уже через 4 часа приводила к исчезновению клиники бронхообструкции (у 100% детей), ($SpO_2 \geq 95\%$). При использовании ИГКС (Небутамол) х 2 раза с интервалом 30 мин у детей часто через 12 часов в связи с неблагоприятным течением и ухудшением состояния по заболеванию потребовалось дополнительное введение системных стероидных гормонов в/м (преднизолон). Количество данных больных

составило 17 детей (34%), что не имело место в группе пациентов, получавших 0,18% раствора адреналина.

Заключение. Результаты проведенного нами исследования показали достоверную клиническую эффективность ингаляционной юлайзерной терапии 0,18% раствора адреналина у детей младшего возраста с бронхообструктивным синдромом тяжелой степени. Использование 0,18% раствора адреналина в комплексной терапии БОС позволило купировать синдром обструкции быстрее, чем применение небутамола, и избежать возникновения нежелательных и побочных действий. Пациентам, получавшим 0,18% раствора адреналина, не потребовалось в дальнейшем использование системных ГКС, в отличие от терапии небутамолом, что позволяет рекомендовать данную терапию в комплекс лечебных мероприятий в условиях стационара при остром бронхообструктивном синдроме у детей.

АНАЛИЗ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ В ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

*Каримов К.Р., Хакимов Ш.К., Мансуров А.Б.,
Абдуллаев Н.С., Ортиков О.Р.*

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Ургентная патология хирургии поврежденный детского возраста является одной из актуальных и до конца нерешенных проблем современной медицины. В последнее время в нашем регионе поступление детей с различными категориями детской патологии стало возрастать.

Цель работы: проанализировать работу скорой помощи в диагностике и оказание медицинской помощи детям с хирургической патологией и повреждениями различных органов и систем.

Материал и методы. Отделение хирургии поврежденный детского возраста Бухарского филиала РНЦЭМП организовано в июне 2018 года и состоит из 20 коек. За период функционирования отделения количество поступивших составил 1025,304 из них доставлены со службой скорой помощи, что составляет 29,6%. Возраст больных составлял от 0 до 18 лет.

Результаты и обсуждение. Наибольшая частота доставленных, требующих стационарного лечения приходится на возраст 8-18 лет, что составило 65% от общего числа госпитализированных пациентов.

Хирургическая патология детского возраста составляет 254–81,6%. Из них с острым аппендицитом доставлено 196. Стационарно выявлено: апоплексия яичника – 3, флегмонозный аппендицит – 79, катаральный аппендицит – 11, гангренозный аппендицит – 8, кишечная колика – 95. В догоспитальном этапе в 7 случаях с целью снижения температуры тела сделана жаропонижающая смесь. Также доставлены с ущемленной паховой грыжей – 5, перфорацией язвы желудка с перитонитом – 3, острой почечной коликой – 21, крово-

течением из желудочно-кишечного тракта – 2, острым заболеванием яичка – 11, инородным телом верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта – 11, спаечной кишечной непроходимостью – 2, острая задержка мочеиспускания – 1, инвагинация кишечника – 2. Все диагнозы стационарно подтверждены. В догоспитальном этапе в 27 случаях сделано спазмолитики, в 2 случаях кровоостанавливающие и в 3 – обезболивающие препараты.

С травматическими повреждениями тела и конечностей доставлены 20 детей – 6,4%. Из них повреждения и переломы области плеча – 4, ушиб мягких тканей грудной клетки – 1, повреждения кисти – 1, переломы бедренной кости – 5, перелом костей предплечья – 5, перелом костей голени – 1, перелом ключицы – 1, политравма в виде множественной и сочетанной травмы – 2. Расхождение диагноза составил 2%. В 16 случаях в догоспитальном этапе наложены транспортные шины, всем больным сделаны обезболивающие препараты и 2 больным проводились противошоковые мероприятия.

Повреждение черепа составляет 30 больных – 11,8%. Из них с открытой черепно-мозговой травмой (ОЧМТ), ушибом головного мозга – 4, ушибом шейного отдела спинного мозга – 2, переломом поясничного позвонка с нарушением функции спинного мозга – 1 больной, закрытая черепно-мозговая травма – 23. Во время транспортировки больных врачи особое внимание уделяли функции особо важных органов и систем. Догоспитально в 27 случаях сразу начато противошоковое мероприятие. Диагноз черепно-мозговых травм установлен в 100%, расхождения диагноза не было.

Заключение. Таким образом, дети с хирургической патологией и повреждениями в 29,6% случаев доставляются со службой скорой помощи. Расхождение диагноза между скорой помощью и стационаром от хирургической патологии составляет 38,5% и от травматологической патологии 2%. Оказание своевременной и полноценной экстренной помощи в догоспитальном этапе является залогом достижения лучших результатов.

ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2018 ГОДУ

Кенжаев М.Л., Рузиев О.А.

Бухарский филиал РНЦЭМП

В 2018 году служба скорой медицинской помощи (СМП) Бухарской области была представлена 13 станциями, 81 подстанцией в семейных поликлиниках и 15 отдельными постами СМП. В службе работали 151 бригада СМП. Из них 134 – врачебные бригады общего профиля; 17 – специализированные. За 2018 г. в Бухарской области зарегистрировано 472 462 обращения за скорой медицинской помощью, что составило 272,3 на 1000 населения. По сравнению с 2017 г. число об-

ращений на 1000 населения за СМП увеличилось на 18,3% (в 2017 г. 385 865 обращений, или 206,4 на 1000 населения). Общее число лиц, обслуженных бригадами СМП за 2018 г., составило 510 704 человека, из них 81,6% были обслужены врачебными бригадами общего профиля, 18,4% – специализированными. Процент пациентов, доставленных бригадами СМП в больничные организации, составил в среднем по области в 2018 г. 23,7% (в 2017 г. – 26,9%). Процент госпитализированных пациентов от числа доставленных в среднем по области составил 72,2% (2017 г. – 64,5%). Удельный вес безрезультатных выездов от общего числа выездов бригад СМП в 2018 г. в сравнении с 2017 г. несколько уменьшился (2017 г. – 1,8%, 2018 г. – 1,4%). В структуре вызовов бригад СМП по нозологии в 2018 году традиционно 1 место – болезни системы кровообращения – 38,7% (2017 г. – 39,2%); 2-е – заболевания дыхательной системы 17,5% (2017 г. – 14,3%); 3-е – травмы и отравления 10,5% (2017 г. – 9,8%); 4-е – болезни органов пищеварения 6,7% (2017 г. – 7,4%). Всего за 2018 г., в сравнении с 2017 г., бригадами СМП обслужено пациентов больше на 17,6%. Уменьшилось число обслуженных пациентов по следующим классам заболеваний: болезни системы кровообращения с 39,2% до 38,7%; болезни органов пищеварения с 7,4% до 6,7%; болезни мочеполовой системы – с 5,8 до 5,3. Отмечено уменьшение числа лиц, обслуженных по поводу обезболивания, на 6,3%, и перевозок – на 1,2%. Центральной проблемой службы СМП остается доля категоричности врачей и среднего медицинского персонала, а также проблема первичной специализации врачей. Повысили квалификацию в 2018 г. 104 врачей и 352 фельдшера. Квалификационные категории по скорой помощи имеют только 18,4% врачей (по регионам от 11% до 38,6%) и 24,8% фельдшеров (от 17,3% до 40,5% по регионам).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.

Кенжаев С.Р., Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель. оценка эффективности догоспитального тромболизиса у больных с острым коронарным синдромом, подъемом сегмента ST.

Материалы и методы. По показанию всем больным была произведена тромболитическая терапия с стрептокиназой. Проведен ретроспективный сравнительный анализ применения тромболитической терапии на догоспитальном и госпитальном этапе препаратом стрептокиназой. Оценивали временные характеристики тромболизиса, его эффективность и безопасность. Были исследованы 35 больных с клиническим установленным диагнозом «острый коронарный синдром подъемом сегмента ST», в возрасте 40-70 лет (средний возраст 53,4±2,4). Таким образом, все па-

циенты, которым проводилась тромболитическая терапия, были разделены на 2 группы: 1-ой группе тромболитическая терапия проводилась в шоковой палате в стационаре (n=20) после транспортировки бригадами скорой медицинской помощи; 2-ой группе тромболитическая терапия проводилась на догоспитальном этапе (n=15) в машине скорой медицинской помощи. Количество пациентов 2 группы, включенных в исследование, определилось периодом начала проведения тромболитической терапии. Оценивались временные характеристики догоспитального и госпитального тромболиза, его эффективность и безопасность.

Результаты: среднее время от момента обращения пациента за скорой медицинской помощью догоспитального тромболиза составило $51,8 \pm 1,23$ мин, тогда как госпитальный тромболитизис проводился в среднем через $106,5 \pm 2,15$ мин ($p < 0,05$). Эффективность госпитального тромболиза по ЭКГ (регрессия сегмента ST более чем 50%) наблюдали в 68,3% случаях. При догоспитальном тромболизе эффективность составила 90,3% по ЭКГ и коронарографии. У пациентов 1-ой группы в условиях стационарного тромболиза эффективность по ЭКГ (регрессия сегмента ST более 50%) подтверждалась в 68,3% (у 14 больных), а у больных 2-ой группы эффективность применения стрептокиназы в догоспитальном этапе наблюдалось на 13 случаях (90,3%), причем у 1 больного положительная динамика по ЭКГ была уже в процессе транспортировки в стационар. У 1 пациента (4,7%) эффективность тромболитической терапии по ЭКГ не была подтверждена.

Заключение: Догоспитальный тромболитизис у больных с острым коронарным синдромом проводили на 54,7 мин раньше, чем госпитальный тромболитизис, что улучшало дальнейший прогноз у пациентов. Анализ эффективности тромболитической терапии показал, что в группе догоспитального тромболиза препаратом стрептокиназой отмечалась тенденция к увеличению эффективности проведенной терапии по данным ЭКГ (снижение ST-сегмента более 50%), сравнительно с группой госпитального тромболиза на 35%, соответственно.

СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ: ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ким К.А., Юлчиев Х.М. Гиясова Ш.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Судорожный синдром у детей сопутствует многим патологическим состояниям ребенка в стадии их манифестации при ухудшении витальных функций организма. У детей первого года жизни судорожных состояний отмечается значительно больше. По распространенности судороги могут быть парциальными или генерализованными (судорожный припадок). По преимущественному вовлечению скелетной мускулатуры

судороги бывают тоническими, клоническими, тонико-клоническими и клонико-тоническими.

Причинами судорог у детей первого года жизни и в раннем детском возрасте могут быть: нейроинфекции (энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты), инфекционные заболевания (грипп, сепсис, отит и др.); черепно-мозговая травма; нежелательные поствакцинальные реакции; эпилепсия; объемные процессы головного мозга; врожденные пороки сердца; отравления, интоксикации, спазмофилия, фебрильные судороги

На догоспитальном этапе в зависимости от причины различают группы судорожных состояний у детей, представленные ниже: судорожный разряд возникает обычно при температуре выше 38°C на фоне подъема температуры тела в первые часы заболевания (например, ОРВИ); продолжительность судорог в среднем от 5 до 15 минут; риск повторяемости судорог до 50%; повторяемость фебрильных судорог превышает 50%.

Факторы риска возникновения повторных фебрильных судорог: ранний возраст во время первого эпизода; фебрильные судороги в семейном анамнезе; развитие судорог при субфебрильной температуре тела; короткий промежуток между началом лихорадки и судорогами.

Цель и задачи: Анализ неотложной помощи детям при судорогах на догоспитальном уровне.

Материалы и методы лечения: На базе ФФРНЦЭМП в отделении экстренной педиатрии в течение 2018 года пролечено детей с судорожными синдромами: фебрильные судороги – 216, эпилепсия – 23, спазмофилия – 28, нейроинфекции – 16.

Применяли следующий алгоритм неотложной помощи детям при судорогах на догоспитальном этапе.

Общие мероприятия:

- обеспечение проходимости дыхательных путей;
- ингаляция увлажненного кислорода;
- профилактика травм головы, конечностей, предотвращение прикусывания языка, аспирации рвотными массами;
- мониторинг гликемии;
- термометрия;
- пульсоксиметрия;
- при необходимости – обеспечение венозного доступа.

Медикаментозная помощь. Диазепам из расчета $0,5\% \ 0,1$ мл/кг внутривенно или внутримышечно, но не более 2,0 мл однократно; при кратковременном эффекте или неполном купировании судорожного синдрома ввести диазепам повторно в дозе, составляющей $2/3$ от начальной через 15-20 мин, суммарная доза диазепама не должна превышать 4,0 мл.

При нарушении сознания для предупреждения отека мозга или при гидроцефалии, или гидроцефально-гипертензионном синдроме назначают лазикс $1-2$ мг/кг и преднизолон $3-5$ мг/кг внутривенно или внутримышечно.

При фебрильных судорогах вводят 50% раствор метамизола натрия (анальгин) из расчета 0,1 мл/год (10 мг/кг) и 2% раствор хлоропирамина (супрастин) в дозе 0,1-0,15 мл/год жизни внутримышечно, но не более 0,5 мл детям до года и 1,0 мл детям старше 1 года жизни.

При гипогликемических судорогах – внутривенно струйно 20% раствор декстрозы из расчета 2,0 мл/кг с последующей госпитализацией в эндокринологическое отделение.

При гипокальциемических судорогах внутривенно медленно вводят 10% раствор кальция глюконата – 0,2 мл/кг (20 мг/кг), после предварительного разведения 20% раствором декстрозы в 2 раза.

При продолжающемся эпилептическом статусе с проявлениями тяжелой степени гиповентиляции, нарастания отека мозга, для мышечной релаксации, при появлении признаков дислокации головного мозга, при низкой сатурации (SpO₂ не более 89%) и в условиях работы специализированной бригады СМП – перевод на ИВЛ с последующей госпитализацией в реанимационное отделение.

Надо отметить, что у детей грудного возраста и при эпилептическом статусе противосудорожные препараты могут вызвать остановку дыхания!

Вывод: Из вышеизложенного следует, что на догоспитальном уровне необходимо дифференцировать судорожные состояния и грамотно оказать первую медицинскую помощь.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Косимов З.Н., Абдувалиева Ч.М., Усмонов Ш.М.,
Косимов О.З., Исроилов Ш.Ш.*
Андижанский филиал РНЦЭМП

«Острый аппендицит хамелеоноподобное заболевание: его не находят там, где предполагают, а наоборот находят там, где о нём совсем не думают». И.И Греков.

Проблема острого аппендицита (ОА) у детей и подростков до сих пор является актуальной. Среди неотложных хирургических вмешательств на органах брюшной полости у детей первое место занимает ОА. По данным различных авторов, от 70% до 80% всех случаев острых хирургических заболеваний органов брюшной полости занимает ОА.

Чрезвычайно разнообразная клиническая картина ОА и отсутствие специфических симптомов на различном догоспитальном этапе (ДГЭ) способствуют возникновению догоспитальных ошибок (ДО). Особенно опасны нераспознавание ОА или поздняя диагностика у детей до 5 лет.

Цель и задачи: Пришло время откровенно признать, изучать и обсудить ДО ОА, которые совершаются на том или ином ДГЭ и в стационаре.

Материалы и методы. Мы проанализировали ДО ОА на ДГЭ за 2018 год в детском хирургическом отделении АФ РНЦЭМП. Оперированы 522 больных с ОА. Из них в 75 случаях допущены различные ошибки ДГЭ.

Результаты и обсуждение: Из 75 больных за медицинской помощью обратились: в первый день – 51 больной, на второй день – 15, на третий день – 8 и один больной на 5 сутки болезни. Городские жители – 26, сельские – 49. Мальчики и девочки в соразмерном количестве 38 и 37 соответственно. В возрастной группе, дети до 5 лет – 18 (24%), 5–10 лет 32 (43%), 10–14 лет 15 (20%), 15–18 лет 10 (13%). Все больные оперированы в среднем через 2,5 суток от начала заболевания. У всех была деструктивная форма ОА с перфорацией или без перфорации отростка, осложнённые перитонитом в различных стадиях.

Самый большой процент ошибок приходится на долю соматического стационара – 19 случаев (25%). Лечения у знакомого врача – 13 случаев (17,3%). Лечение в частных клиниках и самолечение родителями по 12 (16%). В инфекционных больницах – 8 (10,7%). Врачами скорой помощи в 5 случаев (6,6%). В приёмном отделении – 2 (2,6%). В 4 случаях родители отказались от госпитализации и операции.

Выводы: Таким образом, изучение ошибок в диагностике ОА приобретает исключительно важное значение.

1. ОА – ведущее заболевание в неотложной хирургии органов брюшной полости у детей, протекающее тем тяжелее, чем меньше возраст ребёнка.

2. Причинами ДО при ОА у детей являются:

- а) недостаточное знание симптомов и неправильная оценка врачами первичного звена;
- б) недостаточное первичное обследование больных на ДГЭ;
- в) трудности диагностики, в частности, сходство симптомов с другими заболеваниями.

3. Количество ДО может быть снижено путём:

- а) повышение знаний педиатров врачей частной клиники и скорой помощи в вопросах диагностики ОА у детей;
- б) более широкого использования существующих диагностических приёмов в стационарах;
- в) обследования детей до 5 лет под медикаментозным сном.

4. По сравнению с другими признаками ОА у детей симптом Филатова должен расцениваться как наиболее ранний и достоверный.

5. Необходимо широко ознакомить население с опасностью аппендицита в детском возрасте через средства массовой информации и телевидение.

РЕКОМЕНДАЦИИ К ДИАГНОСТИКЕ И ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПРИ ШОКЕ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ЧМТ

Косимходжиев М.И., Давлатов Б.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Настоящее сообщение основана на клиническом материале течения травматической болезни у 68 больных с сочетанной травмой, у которых в ходе оказания помощи на догоспитальном этапе при установлении диагноза привалировал диагноз ЧМТ и был выявлен шок.

В зависимости от клинических фаз шока выделены группы пострадавших: с обратимым компенсированным – 31 (45,6%), с декомпенсированным обратимым – 23 (33,8%), с декомпенсированным необратимым шоком 14 (20,6%) человек. Летальность на догоспитальном этапе составило 26,5% (18 пострадавших), все больные с различными видами декомпенсированного шока.

Анализ результатов лечения и летальности позволил нам установить приоритетные составные объема помощи у больных с шоком, включающего:

- мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей;
- предупреждение аспирации;
- специализированное лечение шока – (венозный доступ + быстрое восполнения нарушенной перфузии);
- адекватная анестезия;
- остановка наружного кровотечения, иммобилизация конечностей и позвоночника, соблюдение правил транспортировки;
- предотвращение ятрогенных повреждений на догоспитальном этапе;
- выполнение полного объема диагностических манипуляций догоспитального уровня.

Учитывая арсенал оснащения современных машин скорой помощи и уровень подготовки кадров, мы считаем, что на догоспитальном этапе при оказания помощи больным в шоковом состоянии объем обследования пострадавших должен включать следующие дополнительные исследования:

- оценка адекватной циркуляции – определение времени восстановления капиллярного кровотока;
- измерение ректально-кожного градиента температуры;
- проведение офтальмоскопического исследования;
- проведение ЭКГ- исследования;
- проведение экспресс-лабораторных исследований.

Таким образом, нами у больных с шоком на догоспитальном этапе определена следующую тактика оказания помощи:

1. Помощь необходимо оказывать в коротких сроках от момента травмы и на всем протяжении периода доставки пострадавшего;

2. Обследование должно начинаться с определения состояния жизненно важных функций дыхания и кровообращения с применением «правил ABC» на всем протяжении периода доставки пострадавшего;

3. Оценка сознания проводится по шкале комы Глазго в совокупности с результатами неврологических расстройств, офтальмологических и отоларингологических исследований;

4. При быстром травматологическом осмотре необходима повторная оценка состояния, которая проводится непосредственно уже в машине скорой помощи;

5. Общее обследование последовательно направлено на выявление ЧМТ, повреждения груди, живота, позвоночника и повреждений ОДА, их степени тяжести и локализации и на всем протяжении периода доставки пострадавшего, в ходе которой допустима синдромологическая постановка диагноза.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ТАХИКАРДИИ

*Курбанниёзов Ш.Р., Аллаберганов Ш. К.,
Авезметов Ж.Э.*

**Хорезмский филиал РНЦЭМП,
Отделение «Скорой Медицинской Помощи»**

Лечение нарушений сердечного ритма до настоящего времени является сложной и до конца не решенной проблемой, особенно при догоспитальном этапе лечения. Существующие антиаритмические препараты имеют много противопоказаний и побочных эффектов, что делает их применение во многих случаях более опасным для больного, чем наличие самой аритмии.

Необходимо помнить, что аритмогенный потенциал каждого антиаритмического препарата возрастает при развитии аритмий на фоне ИБС, сердечной недостаточности, гипертрофии миокарда, удлинении интервала Q-T, брадикардии, нарушений проводимости и гипокалиемии. На примере применения антиаритмических препаратов при фибрилляции предсердий определено, что риск аритмогенных эффектов у таких пациентов при использовании препаратов IA класса составляет 11,6 %, IC класса – 18,8 %, соталола – 18,1 %, кордарона – 4 %. Следовательно, в арсенале врача должны быть антиаритмические средства, имеющие достаточно большой антиаритмический диапазон и в то же время обладающие минимумом побочных эффектов.

Интересно, что кордарон изначально был предложен для лечения ишемической болезни сердца как антиангинальный препарат. Это действие кордарона достаточно выражено, проявляется нередко раньше антиаритмического, обусловлено уменьшением потребности миокарда в кислороде за счет снижения ЧСС, подавления симпатической активации в сочетании с дилатацией коронарных сосудов.

Подобно лидокаину, он блокирует как открытые, так и первично инактивированные ионные натриевые каналы. В отличие от препаратов I класса кордарон в терапевтических дозах и при небольшом их превышении не вызывает значительного уширения комплекса QRS. Кордарон обладает свойством неконкурентного ингибитора альфа- и бета-адренорецепторов, причем антиадренергическое действие кордарона ограничивается только сердцем и не распространяется на другие органы. Ему свойственны также качества антагониста кальция, чем можно объяснить его способность вызывать брадикардию и замедлять проводимость по АВ-узлу.

Наджелудочковая экстрасистолия – это чаще всего доброкачественное нарушение ритма, и кордарон, как правило, не используется в ее лечении.

Кордарон прочно удерживает свои позиции в лечении пароксизмальной наджелудочковой тахикардии. Его назначают для купирования приступа внутривенно болюсно или капельно на 200 мл 5% раствора глюкозы в дозе 300–450 мг при неэффективности вагусных проб, препаратов I ряда (верапамил, новокаиномид) и невозможности проведения чреспищеводной стимуляции предсердий. У больных с синдромом WPW Кордарон является препаратом выбора для купирования приступа пароксизмальной наджелудочковой тахикардии как наиболее безопасный.

АВ-узловая тахикардия, как и пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, является показанием для назначения кордарона.

По данным плацебо-контролируемых исследований, Кордарон является самым эффективным антиаритмическим препаратом в купировании пароксизмов фибрилляции предсердий.

Если АД на фоне пароксизма желудочковой тахикардии превышает 90 мм рт.ст., для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии возможно применение кордарона.

Выводы: Побочными кардиальными эффектами амиодарона являются умеренная дозозависимая брадикардия и нарушения проводимости разной степени. Синдром слабости синусового узла, синусовая брадикардия (ЧСС меньше 50 ударов в 1') АВ-блокада II и III степени ограничивают применение препарата.

ТРАВМАТИК ШОК БИЛАН БЕМОРАРГА ШИФОХОНАГАЧА БЎЛГАН ШАРОИТДА БИРИНЧИ ЁРДАМ КЎРСАТИШ ВА ШИФОХОНАГАЧА ОЛИБ БОРИШ

*Кучкаров Д.Қ., Рашидов Ф.Т., Абдуллаев Ҳ.Д.,
Марданова М.М. Аллабердиев Ў.Дж.*

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий
маркази Самарқанд филиали

Ишнинг долзарблиги: Бугунги кунда замонавий техника тараққийнинг жадаллик билан ривожланиши, ривожланган тезюарар автомобилларнинг кўпайиши,

урбанизациянинг ортиб бориши кўчаларимизда шикастлишларнинг кўпайиши, инсонларнинг оғир даражадаги жароҳат олишларига сабаб бўлиб келмоқда. Милиция, ўт ўчириш ходимлари ҳамда халқимизнинг тез тиббий ёрдам тўғрисидаги тиббий маданиятининг юқори даражада ривожланмаганлиги, тез тиббий ёрдам хизматининг кечикиб қақирилиши натижасида ўлим сони кўпайишига сабаб бўлмоқда.

Ишнинг мақсади: Тез тиббий ёрдам хизмати орқали травмаларда асоратларини камайтириш ҳамда малакали тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва шифохонагача беморларни тўғри транспортировка қилиш.

Материал ва услублар: Мазкур ишимизда РШТЁ-ИМ Самарқанд филиали Тез тиббий ёрдам бўлимига 2017-2018 йил мобайнида турли хилдаги травматик қақирқлар натижасида 67 та бемор киритилган. Жароҳатларнинг келтириб чиқарувчи сабабларга кўра 51 ҳолатда автохалокатлар (шулардан 11 таси поллитравма, 31 таси қўшма травма, 9 таси комбинациялашган травмалар), 10 ҳолатда жисмоний тарбия, 6 та ҳолатда кататравмалар. Ушбу беморларга ўз вақтида қақирқлар бўлган ва тез тиббий ёрдам малакали хизмати туфайли барча беморлар РШТЁИМ Самарқанд филиалига госпитализация қилинган. Ушбу беморларга қуйидаги тез тиббий ёрдамлар кўрсатилган:

- Қон тўхтатувчи боғлам, қон тўхтатувчи препаратлар (этамзилат 12.5 %-2.0 в/и);
- Оғриқ интенсивлигига кўра оғриқсизлантириш (наркотик ва ненаркотик анальгетиклар);
- Қон босими назорати (АҚБ даражасига қараб адреналин 0.1% 1 мл, мезатон 1.0% мл кўрсатмага биноан қайта қилиниши);
- Газ алмашувини коррекция қилиш (намланган кислород бериш);
- Тўғри иммобилизация қилиниб транспортировка қилиш;
- Бемор травма олган вақтда жароҳлик столигача бўлган вақт бир соатдан ошмаслиги назорат қилиниши (олтин вақт).

Натижалар:

64-ҳолатда беморлар турли вақт оралиғида амбулатор шароитда даволаниш учун қониқарли аҳволда жавоб берилди.

1-ҳолатда бемор автохалокат натижасида “Поли-травма. Оғир ёпиқ КҚТ. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ шикастланиши” ташхиси билан чуқур кома ҳолатида шифохонага олиб борилган. Беморга кўрсатилган малакали тез тиббий ёрдамга қарамадан жароҳлик столигача бўлган даврда биологик ўлим қайд қилинган.

2-ҳолатда ногиронлик қайд қилинган.

Хулосалар:

Охириги йилларда Тез тиббий ёрдам хизмати юқори даражада кўрсатилиши ҳамда замонавий русумдаги ТТЁ санитар автомашиналарининг келтирилиши, уларнинг замонавий асбоб ускуналар билан жиҳозланганлиги сабабли ҳаётимизда учрайдиган травмаларнинг асоратланишини ҳамда ўлим сонини камайишига эришилмоқда.

**СТАЦИОНАРГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА
БЕМОРЛАРДА КРИТИК ҲОЛАТЛАРНИ
АНИҚЛАШДА ИНФОРМАЦИОН-КОМПЬЮТЕР
ТЕХНОЛОГИЯЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ
АФЗАЛЛИКЛАРИ**

Қорабоев М.К., Юлдашев А.А., Махмудов Н.И.

РШТЁИМ Фарғона филиали, ТТА Фарғона филиали

Республикада соғлиқни сақлаш тизимида ўтказилаётган қатор ислохотлар қаторида тиббий ёрдам хизматида информатсион-компьютер технологиялардан кенг фойдаланишга аҳамият берилмоқда.

Тез тиббий ёрдам хизмати ҳолати оғир ёки ўта оғир бўлган беморларга стационаргача бўлган даврда малакали шошилич тиббий ёрдам кўрсатишда, информатсион-компьютерлашган ахборот алмашинув технологиялардан фойдаланиш, шошилич тиббий ёрдам сифат ва самардорлигини оширади. Шунинг алоҳида такидлаб ўтиш жоизки, шошилич тиббий ёрдамга эҳтиёжи бўлган беморларни касаллик ҳолатларини аниқлаш ва илмий асослаш ўта мураккаб жараён бўлиб, бу муаммо ҳозиргача тўла мукамал ечимини топмаган масаладир.

Бу ўриндаги тадқиқотларни информатсион-компьютер технологиялари талаблари асосида ўтказиш, беморларда касаллик келиб чиқиш сабаблари, ривожланишни ўрганиш, орган ва системалар иш фаолиятидаги патологик бузилиш жараёнларни, тартибланган, ўзаро узвий боғланган ва биргаликда умумий функцияларни бажаришдаги нотўғунлик бузулишларнинг қонуниятларини ўрганишга алоҳида эътибор қаратилишини талаб қилади ва юқоридагиларни ҳисобга олиб РШТЁИМФФ да шу соҳада фаолият кўрсатувчи тиббий кибернетика ва информатсион технологиялари бўлими ташкил этилди. Бу бўлим таркибида «EXTERNET» компьютер тармоғи ишга туширилди. Бу тармоқнинг моҳияти, информатсион технологияларнинг аналитик, чегарасиз ахборотларни алмашинуви ва автоматизация имкониятларини тиббиётга тадбиқ этишдан ва шошилич тиббий ёрдам марказлари шифокорлар фаолиятида интеллектуал, информатсион ёрдам таъминотини ташкил этиш, тиббий ҳисоботларни автоматизациясини ҳамда масофавий тасвирий, суратли ахборот алмашинувини йўлга қўйишдан иборатдир.

Интеллектуал ёрдам кўрсатишда шифокор, компьютерлашган маслаҳатчи программалар кўмагида, келган беморларнинг қисқа вақт мобайнида ҳолатининг оғирлигини аниқлаши, ташхис қўйиши ва тўғри даволаш тактикасини танлаши мумкин бўлади. Информатсион кўмакда турли мутахасисликлар бўйича тиббий адабиётлар, илмий ишлар асосида ташкил топган маълумотлар базасидан, врач тиббий фаолиятида зарур бўлган маълумотларни компьютер орқали қисқа вақт ичида олиши мумкин бўлади. Масофавий тасвирий, суратли ахборот алмашинуви воситасида тиббий малака ошириш, республика етакчи мутахасислари билан мавҳум касал-

ликларга ташхис қўйишда ва мураккаб жарроҳлик амалиётларининг бажариш вақтида консилиум ўтказиши мумкин. Критик ҳолатдаги беморларда кузатилаётган патологик жараёнларни информатсион-компьютер технологиялари воситасида анализ-синтезини амалга ошириш учун қуйидаги ишларни амалга ошириш зарур бўлади:

- Патологик жараёнларни ҳолатини баҳоловчи зарур субъектив ва объектив кўрсаткичларни аниқланиши .

- Патологик жараённи субъектив ва объектив кўрсаткичларини унификацияси.

- Аниқланган кўрсаткичлар орасидаги ўзаро боғлиқликни аниқлаш ва модел шаклига келтириш.

- Тизим қўшимча элементларини аниқлаш учун мақсадли йуналтирилган лаборатория, клиник тадқиқотлар амалга ошириш.

- Лаборатория, инструментал текширувлар ва клиник тадқиқотлар натижаларини комплекс таҳлил қилиш ва қайта ишлов бериш дастурлари мажмуаси ишлаб чиқиш.

- Амалга оширилган тадқиқотлар якуний хулосалар асосида касаллик жараёнида юзага келган критик ҳолатларни аниқлаш ва шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича илмий асосланган янги алгоритмлар ва дастурлар пакети ишлаб чиқиш.

Хулоса қилиб айтганда, оғир кечувчи касалликлар асосида юзага келувчи критик ҳолатларни компьютерлашган информатсион технологиялар воситасида аниқлаш ва критик ҳолатларда беморларнинг даволаш жараёнлари бўйича илмий асосланган янги алгоритмлар ва дастурлар яратиш, шошилич тиббий ёрдам хизматини сифат даражасини янада юқори босқичга кўтаради, самардорлигини оширади.

**ОСТРАЯ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ
ОКС С ПОДЪЕМОМ ST**

*Мадумаров И.Т., Саттаров Р.М., Муминов М.К.,
Мирзаев М.О., Жалилов А.О.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Материал и методы: Объектом исследования явились 56 пациентов, госпитализированных в течение первых 24 часов от момента развития STEMI, которым выполнена успешная по ЭКГ-критериям тромболитическая терапия (ТЛТ). Критерием эффективной ТЛТ являлось снижение амплитуды элевации ST на 50% и более от исходного уровня в отведении с максимальной элевацией через 3 часа от момента ее начала. Всем больным проводилась холтеровская мониторированная регистрация ЭКГ.

Результаты: В исследование включено 17 больных, у которых по данным телеметрии были зарегистрированы эпизоды реэлевации сегмента ST. Эпизодом реэлевации сегмента ST считали появление преходящего подъема сегмента ST в инфаркт-свя-

занных отведениях амплитудой 0,1 мВ и более, продолжительностью не менее 1 мин. Установлено, что в среднем за 2,4 (1,5; 2,9) часа мониторинга у больных регистрировалось 3 (2;6) эпизода преходящей элевации сегмента ST, продолжительностью $18 \pm 3,5$ мин. Анализ клинической картины, сопровождавшей реэлевацию сегмента ST, позволил выделить преимущественно безболевого характер данного электрокардиографического феномена (82,4%). Только у 3 пациентов (17,6%) преходящая элевация сегмента ST сопровождалась клинической картиной типичного ангинозного приступа ($p=0,05$).

Заключение: Безболевые эпизоды реэлевации сегмента ST могут быть своевременно выявлены только при ЭКГ-мониторинге. Дальнейшие исследования в этом направлении с разработкой программного обеспечения для высоко достоверной диагностики рецидивов ишемии в режиме реального времени заслуживают серьезного внимания.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИЛЕПСИИ В РНЦЭМП СОФ

Мамадалиева Г.Л., Шайзаков И.А.
РНЦЭМП СОФ, Гулистан.

Эпилепсия остается одной из наиболее частых причин снижения трудоспособности населения. Эпидемиологические исследования являются основой для обеспечения дальнейших научных и организационных мероприятий.

Методы исследования: В работе использованы два основных метода исследования: сплошного наблюдения (подворный обход) с изучением всех единиц наблюдения объекта исследования и создания репрезентативной выборки с использованием медицинской документации. Была обследована зона обслуживания РНЦЭМП СОФ г. Гулистана.

Выявлено 137 больных эпилепсией. Распространенность заболевания составила 2,21%. Распространенность эпилепсии среди мужчин выше, чем среди женщин. Во всех взрослых группах, кроме лиц в возрасте от 30 до 39 лет, чаще болеют мужчины.

По сравнению с группой лиц старшего возраста (70 лет и старше) лица до 30 лет болеют чаще в 10 раз и более.

Выявлены следующие этиологические факторы эпилепсии: травмы головного мозга – 41 (38,6%) больной, сосудистые заболевания головного мозга – 14 (13,2%) больных, алкоголизм – 4 (3,8%), опухоли головного мозга – 4 (3,8%), нейроинфекции – 12 (11,3%), паразитарные заболевания головного мозга – 1 (0,9%), не удалось установить этиологию заболеваний у 30 (28,3%) человек.

Отмечено преобладание лиц с дебютом заболевания на 2-м и 3-м десятилетии жизни (42,1 и 24,6% у мужчин и 34,7 и 18,4% у женщин соответственно).

Показатели возраста дебюта заболевания, возраста на момент обследования и длительности заболевания наглядно характеризуют эпилепсию как болезнь молодого, наиболее трудоспособного возраста. Средняя длительность заболевания у мужчин 7,48 года, у женщин – 14,33 года. Это отражает, по-видимому, большую дисциплинированность женщин в отношении проводимого лечения, обращаемости в лечебные учреждения.

Инвалидизация больных эпилепсией женщин оказалась выше, чем мужчин, а уровень безработицы значительно ниже, чем у мужчин. Среди мужчин оказалось в 2 раза больше учащихся и студентов, чем среди женщин, что отражает также большую подверженность мужчин экзогенным факторам.

По уровню занятости число работающих женщин значительно больше, чем мужчин, что свидетельствует о большей социальной активности женщин, больных эпилепсией, в сравнении с мужчинами. Среди работающих больных эпилепсией выявлено преобладание рабочих над служащими.

Таким образом, проведенное исследование показало, что распространенность эпилепсии в Сырдаринской области (по данным РНЦЭМП СОФ) несколько ниже, чем в странах Европы. Полученные данные о заболеваемости в разных половозрастных и социальных группах населения, качестве жизни больных позволяют объективно оценить потребность и нуждаемость изучаемого контингента в мерах медицинской и социальной реабилитации.

ИЗУЧЕНИЕ СЕЗОННОСТИ И ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОКС/ОИМ В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ Г.ТАШКЕНТА

Мамутов Р.Ш., Уринов О.У.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии
МЗ РУз

Цель исследования: изучение сезонности ОКС/ОИМ и времени его возникновения в одном из районов г. Ташкента по данным регистра.

Материал и методы: В анализ включены пациенты с ОКС/ОИМ, проживающие в М. Улугбекском районе г. Ташкента. Сезонность ОКС и ОИМ и время их возникновения изучались среди постоянного населения одного из районов г. Ташкента с анализом следующей документации: данных службы «03», историй болезней и выписок из стационара, амбулаторных карт из поликлиники, протоколов вскрытий, актов судебно-медицинской экспертизы, свидетельств о смерти ЗАГСа.

Использовались популяционно-профилактические, статистические, математические методы исследования.

Результаты исследования. Исследование показало, что из включенных 683 больных с ОКС/ОИМ были

госпитализированы – 406 (59,5 %) больных, остальные – 277 (40,5%) умерли на догоспитальном этапе.

Установлено, что наименее благоприятными месяцами оказались январь и декабрь (12,3% и 10,2% соответственно) ($p < 0,005$), а наиболее благоприятными – май и июнь: в эти месяцы заболеваемость составила 6,3% и 6,9% соответственно.

По нашим данным, анализ частоты возникновения ОКС/ОИМ по сезонам года показал, что наибольшее количество заболевших (27% и 29,3% соответственно) ($p < 0,01$), а также и летальных исходов (23,0% и 33,9% соответственно) на догоспитальном этапе приходилось на осенне-зимний период. Наименьшее количество случаев заболевания, равно как и летальных исходов на догоспитальном этапе, отмечено в летние месяцы (20,6%). Характерно, что общая выживаемость больных с ОКС/ОИМ также была максимальной в летне-осенний период (62,5% и 62,3% соответственно) ($p < 0,05$).

Результаты показали, что наиболее часто возникновение ОКС/ОИМ регистрировалось во временные отрезки с 09.00 до 12.00 (с максимальным пиком регистрации в период 10.00–11.59 (14,3%) часов, после чего отмечался некоторый волнообразный спад до 19.00 часов с последующим нарастанием числа случаев заболевания – второй пик, меньшей амплитуды, в период от 19.00 до 21.00 часа – и сохранением достигнутого уровня вплоть до ранних утренних часов.

Летальные исходы (от числа всех умерших больных) на догоспитальном этапе по времени суток несколько чаще регистрировались в ночные (0.00 до 5.59 часов) и утренние (6.00 до 11.59 часов) часы (29,6% и 27,1% соответственно) ($p < 0,001$).

Наибольшая частота встречаемости ОКС/ОИМ приходится на начало недели – (понедельник и вторник 18 % и 16% соответственно) и конец недели – субботу (15,5%). В остальные дни недели тенденция сохранялась почти равномерной.

Любопытно, что летальные исходы от ОКС/ОИМ наиболее часто наблюдаются в следующие дни недели: – понедельник и субботу (19,8% и 19,1% соответственно), несколько меньше в четверг и воскресенье (18% и 15,9% соответственно). Самые низкие показатели характерны для вторника и в пятницы (9,4% и 6,8% соответственно).

У пациентов с неблагоприятным исходом на догоспитальном этапе клиника ОИМ развивалась чаще в «ночную» половину суток. Более сильная корреляционная зависимость выявлена между вызовом СМП в «ночную» половину суток и летальным исходом на догоспитальном этапе ($p < 0,005$).

Таким образом, наши исследования подтвердили, что ОКС/ОИМ по времени суток чаще встречаются в утреннее время, а летальность на догоспитальном этапе чаще наблюдалась в ночное время суток. В зависимости от сезона года наибольшее количество заболевших и их летальность встречались в зимний период года. Выявлена сильная корреляционная зависимость

между вызовом СМП в «ночную» половину суток и летальным исходом на догоспитальном этапе.

КОНЦЕПЦИЯ АБСДЕ ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ И ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Махаммадиев Д.Дж., Набиев А.А., Халилов А.С.

ТашиУВ, РНЦЭМП

Растущее количество бедствий во всем мире требует постоянной готовности врачей к оказанию качественной медицинской помощи пострадавшим от катастрофы. Известно, что любая катастрофа, прежде всего, сопровождается массовым травматизмом среди населения. Анализ современного состояния вопроса в литературе и наш опыт работы позволяет считать, что оказание медицинской помощи в условиях ЧС должно соответствовать и отвечать современным международным требованиям и принципам оказания экстренной медицинской помощи в нашем государстве. При этом немаловажным компонентом экстренной медицинской помощи является правильная оценка состояния пострадавшего, что имеет важное значение для определения адекватного подхода по коррекции имеющихся неотложных состояний.

Одной из современных концепций, нашедших широкое применение на практике экстренных врачей является пошаговая оценка состояния пострадавшего или пациента по системе АБСДЕ, что коренным образом отличается от традиционного, рутинного подхода к данной категории. Суть концепции заключается в том, что прибывший к пострадавшему медицинский работник, убедившись в безопасности места происшествия, проводит первичную пошаговую оценку по АБСДЕ: А – проходимость дыхательных путей, В – наличие дыхания, С – система кровообращения (пульс, АД), Д – неврологическая сфера, Е – стабилизация шейного отдела позвоночного столба и предотвращение гипотермии. Следует отметить, что по данной концепции приоритетом номер один является проходимость дыхательных путей, т.е., при ее отсутствии все действия врача должны быть направлены на восстановление ее путем предотвращения западения языка, очищения дыхательных путей и полости рта от инородных масс. При необходимости – интубация, ИВЛ, игольная крикотиреодотомия и т.д. Следующим приоритетом является наличие адекватного дыхания. При неадекватности дыхания, недостаточной частоты (реже 10 раз или больше 30) и глубины необходимо обеспечить респираторную поддержку, включающую подачу кислорода 10–15 литров в мин. Третьим пунктом оценки состояния является С–система кровообращения. При этом проверяется пульс на сонной артерии у взрослых, (наличие пульса признак того, что САД на уровне 70 мм. рт.ст), у детей проверяется на плечевой артерии. Неврологическая сфера обозначена пунктом Д. При

этом уровень сознания расценивается: в сознании, без сознания, реагирует на вербальные раздражения или реагирует на болевые раздражения. Все пострадавшие с нарушениями уровня сознания подлежат к транспортировке в экстренное приемное отделение (ЭПО). Пятым пунктом оценки является Е, т.е., стабилизация шейного отдела позвоночного столба и предотвращение гипотермии при наличии шока и низкой температуры окружающей среды. Следует отметить, что в ходе первичной оценки, если выявляется состояние, требующее проведения мероприятий критического характера (остановка кровотечений, декомпрессия плевральной полости, наложение окклюзионной повязки на рану грудной клетки при напряженном пневмотораксе), необходимо продолжить оценку после осуществления данных мероприятий лечебного характера.

Из выше изложенного можно прийти к выводу, что на догоспитальном этапе врачу необходимо акцентировать внимание на поддержание основных жизненных функций организма (дыхание и гемодинамика), нарушение которых выявляется в ходе первичной оценки по АБСДЕ. Вместе с тем, пошаговая концепция оценки состояния пострадавшего позволяет в правильной последовательности обеспечить посиндромную терапию в условиях ЧС, что отличается от традиционного подхода и является более рациональным с точки зрения в практике экстренной медицины.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

Махкамов И.Х., Хакимов Р.Н., Сайдалиев З.Р., Ганиев О.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Лечение сочетанных повреждений остается актуальной проблемой современной травматологии. Данные повреждения относятся к одним из самых тяжелых травм опорно-двигательного аппарата, прежде всего потому, что они чаще, чем другие, сопровождаются тяжелым шоком, высоким процентом летального исхода, длительной нетрудоспособностью и инвалидностью. Тяжесть травмы определяется выраженным болевым синдромом (тяжелым шоком) и массивной кровопотерей. Одной из основных проблем при лечении пострадавших с сочетанными повреждениями в экстренной травматологии являются выбор тактики, срока и объема проводимых лечебных мероприятий. Характер и объем оказания медицинской помощи зависит от общего состояния больных, характера перелома таза и наличия сопутствующих повреждений. Повреждения таза, сочетанные с переломами бедренных костей, считаются тяжелой травмой. Наиболее частой причиной этих повреждений являются дорожно-транспортная травма и кататравма.

В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи за период с 2013 по 2016 г. про-

лечено 106 больных с сочетанными повреждениями таза с переломами бедра, что составило 12,4% от всех больных с сочетанной травмой. Из них лиц мужского пола было 80 (84,8%), женского – 26 (15,2%). В основном травму получили пострадавшие в трудоспособном возрасте – 18-55 лет. Причиной травмы явились дорожно-транспортное происшествие и падение с высоты.

По клинко-анатомическим вариантам сочетания переломов пострадавшие также были разделены на три группы. В первую группу включены пострадавших с сочетанными повреждениями костей таза типа А и В и переломами бедра по классификации АО типа А. Вторую группу пострадавших составили больные с сочетанными повреждениями костей таза типа В и С и переломами бедра по классификации АО, типа В и СВ третью группу вошли пациенты с повреждениями костей таза типа С и переломы бедра по классификации АО типа С.

Учитывая тяжелое общее состояние у подавляющего большинства наших больных, обусловленное травматическим шоком, острой кровопотерей, повреждением внутренних органов и органов малого таза, развитием таких жизнеугрожающих осложнений острого периода травматической болезни, как жировая эмболия, респираторный дистресс-синдром, пневмонии и т.д., основной целью лечения этого периода травматической болезни было сохранение жизни.

При поступлении пострадавших с сочетанной и множественной травмой и наличии повреждений бедренной кости с учетом тяжести состояния больные в обязательном порядке госпитализировались в противошоковую палату приемного отделения, где начинали проведение противошоковых мероприятий. Осмотр и программа обследования больных проводится согласно клинко-диагностическим стандартам, разработанным в клинике, при этом больные осматривались всеми специалистами дежурной бригады: хирургом, урологом, нейрохирургом и травматологом, при необходимости подключали узких специалистов.

Тактика оказания помощи находится в прямой зависимости от наличия сопутствующих повреждений со стороны внутренних органов и тяжести состояния на момент поступления. После устранения доминирующего повреждения со стороны органов брюшной и грудной полости и черепа, стабилизации гемодинамических показателей вставал вопрос о стабилизации повреждений таза и бедра. В отношении нестабильных переломов костей таза в раннем периоде травматической болезни мы придерживаемся активной хирургической тактики с использованием малоинвазивных методов остеосинтеза. Применялись разработанные в клинике стержневые аппараты наружной фиксации двух модификаций. Нами также была разработана тактика лечения повреждений бедер при их сочетании с переломами костей таза, которая базировалась на тяжести состояния и тяжести повреждения бедер-

ного сегмента. Принципиальным является то, что все переломы бедер при наличии объективных условий должны стабилизироваться в раннем периоде травматической болезни до развития осложнений. Способ фиксации зависел от тяжести состояния пострадавших. Оперативное вмешательство выполняли после устранения доминирующей патологии, сразу же после хирургического вмешательства на органах брюшной и грудной полости, черепа или после стабилизации гемодинамики. Для больных был использован метод интрамедуллярного остеосинтеза штифтами, причем у 34 из них под ЭОП-контролем выполнен закрытый интрамедуллярный остеосинтез без рассверливания костномозгового канала. У 27 (17,9%) пациентов с закрытыми переломами бедра на уровне нижней трети произведен накостный остеосинтез пластинами. У 13 (8,5%) пострадавших с тяжелыми разрушениями костной ткани применен метод чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации «таз–бедро» разработанным в клинике.

В зависимости от срока проведения остеосинтеза бедер больные были разделены на две группы. 92 (60,4%) пациентам 1-й группы выполнен ранний остеосинтез в сроки до 3-х суток. 60 (39,5%) пострадавшим 2-й группы оперативное вмешательство произведено в более поздние сроки (7-14 сутки).

Изучение исходов лечения больных с множественными переломами костей таза и бедра показало, что выздоровление наступило у 137 (90,1%) больных, у 15 (9,8%) пациентов отмечен летальный исход. При анализе причин летальных исходов было выявлено, что у 6 пострадавших непосредственной причиной смерти была массивная травма трех и более костных сегментов, сочетавшихся с повреждением внутренних органов (печень, селезенка, кишечник и т.п.). У 4 пациентов причиной смерти явился травматический шок. У 5 больных летальный исход был обусловлен тяжелой черепно-мозговой травмой.

При сопоставлении результатов лечения больных с учетом сроков выполнения оперативных вмешательств было отмечено, что при выполнении ранней стабилизации поврежденного бедренного сегмента создавались условия для ранней активизации больных, снижения развития гипостатических и гнойно-септических осложнений в 2,4 раза по сравнению с контрольной группой. Отмечено сокращения сроков пребывания больных в реанимационном отделении на 4,7 дня и длительность пребывания в стационаре на 12,8 койко-дня.

Таким образом, восстановление строения и функции бедра и таза без оперативного лечения переломов у большинства пострадавших с сочетанной травмой невозможно. Принципиальным является то, что все нестабильные повреждения таза должны стабилизироваться в раннем периоде травматической болезни (при наличии объективных условий), до развития осложнений. Вопрос о выполнении остеосинтеза переломов бедра должен решаться после устранения до-

минирующей патологии и стабилизации состояния с учетом тяжести (типа) перелома. При сравнении в группах больных с учетом сроков выполнения оперативного вмешательства отмечено снижение развития всевозможных осложнений течения травматической болезни. Следует отметить тот факт, что в ближайшем и отдаленном периодах в обеих группах анатомо-функциональные результаты были идентичными.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ И ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*Махкамов К.Э., Насимов С.Т., Махкамов М.К.,
Тухтабеков З.Л., Толипов Н.Н.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

В структуре нейрохирургических больных наиболее тяжелый контингент составляют дети с тяжелой изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой. Прогноз и эффективность лечения для данной категории пострадавших в значительной степени определяются своевременностью и полнотой оказанной специализированной неотложной медицинской помощи на всех этапах лечения.

Ежегодно в отделение хирургии повреждений детского возраста из нейрохирургии РНЦЭМП проходит более 2000 детей с ЧМТ различной степени тяжести. Из них около 16,5% имеют сочетанные повреждения. Ретроспективный анализ показал, что процент сочетанных повреждений значительно возрастает в группе больных с тяжелой травмой мозга (40%).

Цель исследования: уточнить факторы, прогностические значимо влияющие на срок восстановления сознания при оказании неотложной специализированной помощи детям с тяжелой сочетанной и изолированной черепно-мозговой травмой на различных этапах лечения.

Результаты проведенного анализа показали, что на первом месте по значимости на догоспитальном этапе был фактор гипоксически-ишемического повреждения головного мозга в связи с нестабильностью гемодинамики (А/Д ниже 70 мм рт. ст.); на втором месте – тяжесть первичного повреждения головного мозга (диффузное аксональное повреждение) – 17%; на третьем месте – интракраниальные факторы (сдавления головного мозга гематомами и отек мозга) – 10%; на четвертом месте гипоксия головного мозга вследствие острой дыхательной недостаточности (сочетанные повреждения грудной клетки) – 8%.

Тяжесть поступления в стационар оценивалась по ШКГ и составила 9 и менее баллов. Ретроспективный анализ 92 наблюдений показал, что на госпитальном этапе прогностически значимым фактором, определяющим исход травмы, помимо тяжести первичного повреждения мозга, вторичного гипоксически-ишеми-

ческого повреждения, является стойкое повышение внутричерепного давления. При этом данный показатель тесно связан такими параметрами, как тяжесть травмы, деформация охватывающей цистерны, декомпрессивная краниотомия. Общая летальность составила 10,3%. При оценке уровня летальности, количества нейрохирургических вмешательств установлено, что риск развития вторичных повреждений мозга, неблагоприятного исхода коррелирует с поздней госпитализацией в специализированный стационар.

Сочетанность повреждений в значительной степени повышает риск развития вторичного повреждения головного мозга и неблагоприятного исхода. Интенсивная терапия направленной на контроль ВЧД и поддержание церебрального перфузионного давления, существенно улучшает результаты лечения, но и вместе с тем проблема рефрактерного повышения внутричерепного давления не утратила своей актуальности.

Результаты наших исследований показали, что декомпрессивная гемикраниотомия у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой может быть эффективным способом контроля внутричерепной гипертензии для определенной категории пострадавших. Ранняя хирургическая реабилитация последствий тяжелой черепно-мозговой травмы, в первую очередь коррекция нарушений ликворциркуляции, способствует максимально возможному восстановлению функции головного мозга.

Перспективы улучшения результатов лечения детей с тяжелой сочетанной и изолированной ЧМТ на догоспитальном этапе мы связываем с ранним восстановлением и поддержанием витальных функций, транспортировкой пациента в специализированный стационар в течение первого «золотого часа» после травмы.

Первостепенная задача госпитального этапа – максимально скорое установление всех имеющихся повреждений с целью своевременного устранения основного патофизиологического нарушения, представляющего угрозу витальным функциям и развитию факторов вторичного повреждения головного мозга.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Машарипов К., Машарипов Ж.К.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Организация помощи пострадавшим с сочетанной травмой имеет целый ряд особенностей. Чаще всего сочетанные травмы наблюдаются при автодорожных происшествиях, падении с высоты, различных чрезвычайных ситуациях. Преимущественно больные поступают в приемное отделение в шок-овую палату в критическом состоянии, без сознания, с выраженными нарушениями функций жизненно важных органов. Информация о характере травмы

нередко отсутствует. В то же время результаты оказания помощи зависят от своевременности и полноты выявленных повреждений. Это подтверждается при анализе деятельности противошоковых бригад в приемно-диагностическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП. В связи с этим представляет интерес опыт организации работы врачей центра. В последние годы с получением современной диагностической аппаратуры (УЗИ, ЭКГ, Р-аппарат "Мирател" ЭОП. КТ.) и других лабораторных анализов отмечается постоянное расширение и совершенствование круглосуточной диагностической службы, что позволило выработать четкую последовательность диагностических и лечебных мероприятий.

Координация работы дежурной бригады осуществляется ответственным врачом-реаниматологом и травматологом. Пострадавшие сразу же поступают в шок-овую палату, где анестезиологом-реаниматологом осуществляются необходимые лечебные мероприятия, направленные на коррекцию гемодинамических и дыхательных нарушений. На основании первичной информации о характере травмы и результатов осмотра определяется последовательность диагностических исследований. В первую очередь производится рентгенография костей черепа, грудной клетки и таза, а также по показаниям конечностей. Обязательным является осмотр и оказание помощи пострадавшим нейрохирургом. Выполняется УЗИ с целью уточнения характера повреждений. Клинико-рентгенологические признаки повреждения грудной клетки и ее органов (множественные переломы ребер, гемо- и пневмоторакс) являются показанием к выполнению новокаиновой блокады, дренированию плевральных полостей и торакоскопии. При скелетной травме помощь оказывает травматолог, входящий в состав противошоковой бригады.

Внедрение алгоритма комплекса диагностических мероприятий позволило значительно сократить сроки обследования пострадавших и улучшить качество диагностики.

За последние 2016, 2017, 2018 годы госпитализировано 54 пострадавших в критических состоянии с сочетанной травмой, повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. У 18 (33,3%) пострадавших был обнаружен гемоперитонеум. При этом оказалось возможным уточнить причину внутрибрюшного кровотечения. У 6 (11,1%) пациентов причиной явилось повреждение печени, 7 (12,9%) – разрыв селезенки, 5 (59,2%) – разрыв тонкой и толстой кишки и ее брыжейки которые подвернулись после произведенной экстренной лапаротомии. В остальных случаях у всех пострадавших обнаружена тяжелая черепно-мозговая травма с травмой грудной клетки и множественными переломами ребер – 12 (22,2%), которым произведена экстренная трепанация в 3 (25%) случаях и в 4 (33,3%) случаях в экстренная торакотомия, в остальных случаях повреждение костей скелета конечностей – 17

(31,1%), костей таза – 7 (12,9%), котором пременено аппаратное лечение.

Лечебные мероприятия в первую очередь направлены на остановку кровотечения и устранение повреждений органов грудной и брюшной полостей с помощью соответствующих хирургических вмешательств. Далее осуществляются нейрохирургические мероприятия. При необходимости проводится соответствующее пособие по поводу повреждений костей конечностей. В отдельных случаях к оказанию помощи пострадавшему привлекаются врачи узких специальностей (уролог, отоларинголог, эндокринолог и др.), что позволяет расширить объем лечебных мероприятий. После оказания помощи в условиях операционной и достижение стабилизации показателей гемодинамики лечение пациентов осуществляется в реанимационном отделении с участием всех необходимых специалистов.

Вывод: Таким образом наличие круглосуточной диагностической службы, которая выполняет современные виды исследований (рентгенологическое, эндоскопическое, эндовидеохирургическое, ультразвуковое лабораторное и др.) позволяет уже на начальном этапе пребывания в стационаре установить диагноз и оказать в полном объеме специализированную медицинскую помощь пострадавшим с сочетанной травмой.

ОКАЗАНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У БОЛЬНЫХ СО СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМОЙ

Мирджалилов Ф.Х., Ганиев О.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Синдром жировой эмболии (СЖЭ) – тяжелое осложнение механической травмы, подчас приводящее к критическому состоянию больных. Исследователи едины в том, что развитию СЖЭ способствуют как характер, локализация, тяжесть повреждений, так и ятрогенные факторы, вызванные отсутствием четкого представления о формировании травматической болезни и единого подхода к построению лечебно-профилактических программ.

Нами за период 2010–2017 гг. в клинике наблюдались 178 больных, у которых в остром периоде травматической болезни развилось осложнение в виде различных форм синдрома жировой эмболии. Преобладали лица мужского пола – 119 (67%), женщин – 59 (33%), возраст пострадавших варьировал от 18 до 78 лет. У всех больных имели место множественные повреждения ОДА в сочетании с черепно-мозговой травмой. Сочетание повреждений органов грудной, брюшной полости и головного мозга составили 50%. Превалировали повреждения крупных сегментов конечностей. Переломы бедра отмечены у 72 больных, причем у восьми отмечены двухсторонние поврежде-

ния. Переломы костей голени диагностированы у 67 больных, у 19 отмечены двухсторонние повреждения. Переломы костей таза отмечены у 25 больных. У 14 больных имели место множественные переломы ребер. У всех больных при поступлении отмечены явления шока I-II ст.

Проанализировали каналы госпитализации больных, у которых развился синдром жировой эмболии на госпитальном этапе: самотеком доставлено 92 (52%) пациента, по линии СМП доставлено 66 (37%) пациентов и с направлениями с других лечебных учреждений – 20 (11%) пациентов. Из доставленных 92 пациентов самотеком у 26 (28,5%) больных наблюдали острую клиническую форму, у 66 (71,4%) больных наблюдали подострую клиническую форму синдрома жировой эмболии. Из 86 пациентов, которые доставлены по линии СМП, и направленных из других лечебных учреждений, у 40 (46,1%) больных наблюдали подострую клиническую форму, у 46 (53,8%) больных наблюдали субклиническую форму течения жировой эмболии.

У всех пациентов, которые были доставлены самотеком без адекватной иммобилизации и транспортировки наблюдали ярко выраженную клиническую симптоматику СЖЭ. У 9 больных, несмотря на проведение адекватной интенсивной терапии, в результате прогрессирования явлений полиорганной недостаточности отмечен летальный исход. У 32 больных, доставленных по линии СМП, тяжелое течение жировой эмболии было связано с неадекватной иммобилизацией, причиной которой явилась неполноценная диагностика повреждений. Также были допущены недостатки при проведении адекватного обезболивания и инфузионной терапии.

В группе больных, доставленных с оказанием полного объема помощи для догоспитального этапа, клиническая картина синдрома протекала более гладко, с благоприятным исходом. Из 178 больных с синдромом жировой эмболии положительный результат получен в 151 случае, длительность нахождения больных в реанимационном отделении и выход из критического состояния наблюдали в сроки от $7 \pm 3,4$ сут.

Таким образом, практические врачи СМП должны выработать определенную настороженность к возможности развития СЖЭ у пациентов группы риска, активно проводить профилактику этого осложнения, последнее должно включать: своевременное оказание квалифицированной помощи пострадавшим на месте происшествия; адекватную иммобилизацию поврежденных ОДА; щадящую транспортировку специализированным транспортом; раннюю адекватную, в том числе и специально ориентированную реологическую дезагрегантную инфузионную терапию; применение липотропных препаратов и веществ, препятствующих дезэмульгированию липидов, постоянный квалифицированный контроль за состоянием пострадавших.

ГИПЕРТОНИК КРИЗ ВА УНДАГИ АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШДА СТАЦИОНАРГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Мирзорохимов Р., Махмудов Н.И., Халилов Ф.

РШТЎИМ Фаргона филиали, ТТА Фаргона филиали

Гипертония касаллиги сурункали кечувчи жараён бўлиб, мўтадил ҳолатда беморларни узоқ кузатиш ва режали даволаш имконияти мавжуд. Лекин касаллик асоратлари билан намоён бўлган деярли барча ҳолларда стационаргача бўлган босқичда, касалнинг ёшига, ҳолатига ва орган, системалардаги гипертоник криз асорати туфайли вужудга келган ўзгаришларни бартараф этишга қаратилган дифференциал тез тиббий ёрдам кўрсатиш зарур бўлади.

Гипертоник криз артериал босимнинг тўсатдан одатда тегишли шахс учун хос бўлган рақамларга сезиларли ошиши бўлиб, мия, юрак ва буйрақларда функционал ва органик ўзгаришлар билан кечади.

Амалиётда кўпроқ гипертоник кризнинг икки тури фарқланади.

Биринчи тури (ГК I тур) тўсатдан пайдо бўлган бош оғриши ва айланиши, кўзғалиш, кўз олдида “туман” пайдо бўлиши, кўп терлаш, оёқ ва қўлларнинг музлаши, оғиз қуриши, юрак уриши тезлашиши, нафас олиш тезлашиши ва тез-тез пешоб ажралиши белгилари билан тавсифланади.

Иккинчи тури (ГК II тур) аста-секин ривожланиб, узоқ вақт давом этади, бош оғриғи, қулоқда шовқин, кўнгилайниши, қайд қилиш, юрак соҳасидаги оғриқлар, нафас қисилиши билан кечади.

Гипертоник кризларда беморларга стационаргача бўлган босқичда дифференциал тез тиббий ёрдам кўрсатишда, асосан унинг бирга кечадиган асоратларига кўпроқ аҳамият беришимизга тўғри келади. Стационаргача бўлган босқичда гипертоник кризларни қуйидаги асоратлари кўпроқ учради.

1. Ўткир коронар етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник криз.

2. Ўткир чап қоринча етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник криз.

3. Мия қон-томир етишмовчилиги билан асоратланган гипертоник криз.

Тадқиқот мақсади: гипертоник криз ва ундаги асоратларни тез тиббий ёрдам шароитида дифференциал даволаш.

Бизнинг кузатувимизда асоратланган гипертоник криз билан 174 та беморга ёрдам кўрсатилган. Ундан 47 та беморларда ўткир коронар етишмовчилиги, 32 тасида ўткир чап қоринча етишмовчилиги ҳамда 75 беморларда мия-қон томир етишмовчилиги билан кечган.

Дифференциал даволаш мақсадида қуйидаги препаратлардан: Аэрозол нитроглицерин 0,5 мг сублингал; 0,005% ли – 1 мл фентанил, 0,9% изотоник эритмада вена ичига, фурасемид 40–120 мг. гача вена ичига, 2–4 мл диазепам, дроперидол 0,25% ли 1–2 мл мушак орасига, 1% – 1мл морфинни 0,9% ли изотоник эритмада вена ичига юбориш яхши самара берган. 10–20 мг ко-

ринфар тил остига берилади – кекса ёшдаги беморларга 2,4% ли 10 мл эуфиллинни изотоник эритмада томир ичига аста-секин юбориш мақсадга мувофиқ бўлади.

Кузатувимиздаги 174 – та бемордан 59 тасида гипертоник криз асоратлари кузатилган. Улардан 13 таси ўткир коронар етишмовчилиги билан, 11 таси ўткир чап қоринча етишмовчилиги ҳамда 35 -мия-қон томир етишмовчилиги бўлган беморлар стационаргача бўлган босқичда дифференциал тез ёрдам кўрсатилгандан сўнг шифохонага ётқизилди.

Хулоса. Кузатишлар шуни кўрсатадики, асоратланган гипертоник криз билан касалланган беморларга юқорида кўрсатилган дори воситалардан тўғри фойдаланиш, яхши клиник натижаларга эришига имкон беради. Гипертоник криз ва унинг асоратларида стационаргача бўлган этапда орган системалардаги ўзгаришларни хисобга олган ҳолда дифференциал тез тиббий ёрдам кўрсатиш мақсадга мувофиқ бўлади.

ПРИМЕНЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ И НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Мирзорохимов Р.Р., Махмудов Н.И., Соттеев Б.Г.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Кардиогенный шок – это острая левожелудочковая недостаточность крайней степени тяжести, развивающаяся при инфаркте миокарда. Несмотря на разработку новых подходов к терапии кардиогенного шока, летальность при этом осложнении инфаркта миокарда остается высокой. Поэтому лучшим «лечением» кардиогенного шока является его профилактика, которая заключается в быстром и полном купировании болевого синдрома, нарушений ритма сердца и ограничении зоны инфаркта.

Уменьшение ударного и минутного объема крови при шоке настолько выражено, что не компенсируется повышением сосудистого сопротивления, вследствие чего резко снижаются артериальное давление и системный кровоток, нарушается кровоснабжение всех жизненно важных органов.

Выделяют три формы кардиогенного шока:

1. Рефлекторный шок (коллапс)
2. Истинный кардиогенный шок
3. Аритмический шок (коллапс)

Цель. проанализировать эффективность наркотических анальгетиков и нейролептанальгезии для профилактики кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда.

Последовательность лечебных мероприятий при кардиогенном шоке в догоспитальном этапе оказания медицинской помощи проводили по следующей схеме:

1. Купирование болевого синдрома.
2. Нормализация ритма сердца.

3. Усиление инотропной функции миокарда.

4. Протившоковые мероприятия.

Нами было проанализировано 42 больных с острой коронарной недостаточностью по линии скорой помощи города Ферганы в 2018 г. Из них 19 больных с острым коронарным синдромом и 23 больных с острым инфарктом миокарда.

Из 19 больных с ОКС, у 11 ОКС без элевации ST, у 8 больных ОКС с элевацией ST.

Из 23 больных с острым инфарктом миокарда, у 10 больных ОИМ без зубца Q, у 13 больных ОИМ с зубцом Q.

Наркотические анальгетики (1% гидрохлорид морфия, 2% промедол, 1% омнопон) были сделаны 26 больным. Нейролептанальгезия (фентанил, дроперидол) была сделана 11 больным. У остальных больных боль была купирована и наркотическими анальгетиками, и нейролептанальгезией. Всем больным вместе с анальгезией была проведена антикоагулянтная, антиагрегантная, противоаритмическая и коронарорасширяющая терапия.

Кардиогенный шок наблюдался у 3 больных, которым был сделан только наркотический анальгетик или нейролептанальгезия позднее, чем у других больных. У остальных больных кардиогенный шок не наблюдался на догоспитальном этапе. Это показывает, что кардиогенный шок был только у 7% больных с острой коронарной недостаточностью.

Из этого можно сделать вывод, что своевременное раннее применение наркотических анальгетиков и нейролептанальгезию у больных с острой коронарной недостаточностью резко уменьшает возникновение кардиогенного шока.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ СВЯЗИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СО СЛОЖНЫМИ ТРАВМАМИ СЕГМЕНТОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мунинов Ш.М., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Давлатов Ж.Х., Худойназаров Д.А., Суванов Х.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Общие принципы организации первой медицинской помощи пациентам со сложными открытыми травмами сегментов конечностей не отличаются от таковых при других тяжелых повреждениях. Однако здесь имеются и свои особенности. Далеко не во всех региональных центрах имеются технические условия и квалифицированные специалисты для выполнения реконструктивных операций и, тем более, реплантаций отчлененных сегментов конечностей. Но вместе с тем далеко не всем пациентам необходимо оказание именно высококвалифицированной помощи. В большинстве случаев имеют место банальные раны с повреждениями, к примеру мышц, или сухожилий, восстановить которые вполне могут хирурги или трав-

матологи на местах. Но недостаточная подготовка персонала скорой помощи, неадекватное поведение пациента и его сопровождающих, неуверенность в своих силах врачей на местах ведут к тому, что формируется тенденция доставлять всех больных именно в Центр, уж там-то разберутся. Это требует неоправданной транспортировки больного на большие расстояния, потерю времени, определенных материальных затрат и приводит к совершенно необоснованной перегрузке специализированных центров.

Между тем в наше время очень высок уровень развития индивидуальных средств связи и телекоммуникаций. Сейчас практически каждый взрослый человек имеет на руках сотовый телефон или даже смартфон. Имеют их и работники скорой помощи и врачи на местах. Встроенная камера позволяет сделать качественные фотоснимки и даже видеозапись поврежденной конечности, а современные программы дают возможность мгновенно переслать информацию нужному специалисту или специалистам, которые оперативно их просмотрев, могут тут же попросить передать им какую-то дополнительную информацию и, приняв решение, дать необходимые рекомендации.

Наш Центр функционирует уже 18 лет. За это время на его базе прошли курсы специализации и повышения квалификации тысячи специалистов из всех областей нашей республики. Закончили обучение сотни клинических ординаторов и магистров по всем специальностям. В частности, только по сосудистой хирургии и микрохирургии их десятки. Со многими из них мы до сих пор поддерживаем тесные связи. Они часто звонят, чтобы спросить совета, присылают фотографии, рентгенограммы и видеозаписи сложных случаев. Тем более, что сейчас это очень просто сделать, все технические условия уже существуют, никаких дополнительных материальных затрат не требуется.

Подводя итог всему вышесказанному, мы считаем, что необходимо расширить использование индивидуальных средств связи и телекоммуникаций на местах для улучшения диагностики, оказания правильной догоспитальной помощи во избежание ненужной транспортировки, материальных и временных затрат и, в конечном счете, для выработки оптимальной тактики лечения.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ДЕТСКОГО ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА ПО ДАННЫМ РНЦЭМП И МЕРЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Мусаев Т.С., Рахманов Р.Д.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Более 1,2 миллиона человек во всем мире погибают ежегодно в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) и еще 20-50 миллионов получают травмы. Результаты показывают, что более 90% случаев смерти в результате ДТП в мире происходят в странах с низким

и средним уровнями доходов, на долю которых приходится менее половины всех автотранспортных средств. Почти половина случаев смерти в результате ДТП в мире приходится на долю пешеходов, велосипедистов и мотоциклистов.

Наше сообщение основано на ретроспективном анализе 261 случая ДТП с детьми, которые находились на стационарном лечении в отделении детской травматологии РНЦЭМП МЗ РУз за последние 3 года. По годам пострадавшие дети распределились следующим образом: 2016 г. – 103 (39,5%), 2017 г. – 95 (36,4%) и 2018 г. – 63 (24,1%). В возрастном аспекте анализ показал следующие данные: дети до 4 лет составили 10 (3,8%), 4–6 лет – 22 (8,4%), 7–11 лет – 84 (32,2%), 12–14 лет – 103 (39,5) и 15–17 лет – 42 (16,1%). Мальчиков было – 195 (74,7%), девочек – 66 (25,3%). Анализ по времени доставки пациентов в Центр показал следующие данные: до 2 часов после травмы доставлены 211 (80,8%), от 2 до 6 часов – 15 (5,7%), от 6 до 12 часов – 7 (2,7%), от 12 до 24 часа – 5 (1,9%), от 1 сутки и более – 23 (8,8%) пострадавших. Последние все были переведены из других лечебно-профилактических учреждений. По нозологическим группам изолированные травмы составили 33 (12,5%), сочетанные – 197 (75,5%), множественные – 18 (6,8%) и политравмы – 13 (5,2%) пациентов. При изучении актов дорожно-транспортных происшествий было установлено, что наибольшее число травм было получено от легковых автомобилей, которое составило 65%. Травмы от грузовых автомобилей – 26%, и травмы от других видов транспорта (автобусы, трамваи, троллейбусы, тракторы) – 9%. Изучение характера повреждений установило, что доминирующими повреждениями чаще всего явились черепно-мозговые травмы – 34,5%, переломы костей скелета – 31,4%, ушибы тела и повреждения мягких тканей отмечены в 23,2% случаев и в 10,9% случаев – повреждения внутренних органов.

Обследование и лечение поступивших детей после ДТП проводилось по следующей схеме. При поступлении детей в тяжелом состоянии в приемное отделение обследование проводилось в противошоковой палате. Производился осмотр анестезиолога-реаниматолога, ответственного хирурга, травматолога, нейрохирурга и при необходимости других узких специалистов. Параклинические методы обследования включали: рентгенографию (скопию) черепа, лицевого скелета, грудной клетки, живота и поврежденных костей; Эхоэнцефалоскопию, при показаниях; КТ (МСКТ) черепа и головного мозга, органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства и таза; УЗИ плевральной, брюшной полости и забрюшинного пространства; пульсоксиметрию, цветное дуплексное сканирование, ангиографию; экскреторную урографию; бронхоскопию; общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, исследование мочи на содержание жирных кислот. Выполняли следующую помощь: иммобилизацию поврежденных конечностей, местную анестезию перелома, при наличии ран – ПХО. В дальнейшем произво-

дилась госпитализация пациента в реанимационное отделение либо перевод в операционную при показаниях к экстренной операции.

Исходя из проведенного анализа, в целях дальнейшего улучшения профилактики детского дорожно-транспортного травматизма были проведены следующие мероприятия: 1. Полный охват организованного детского населения обучением правилам дорожного движения; 2. Укрепление учебных баз для проведения практических занятий по правилам дорожного движения путем оборудования кабинетов и автоплощадок; 3. Приняты меры по упорядочению дорожного движения в районах размещения детских учреждений; 4. Организовано обучение детей правилам оказания доврачебной помощи пострадавшим при ДТП; 5. Организованы в школах с участием инспекторов ГАИ викторины, конкурсы и смотры; 6. Улучшена подготовка водительского состава, а также сотрудников ГАИ по оказанию первой медицинской помощи; 7. Дальнейшее углубленное изучение травматизма и выявление травмоопасных дорог; 8. Повсеместно установлена прямая телефонная связь постов ГАИ с ближайшими медицинскими учреждениями; 9. Обеспечены предрейсовые медосмотры водительского состава автопредприятий.

Таким образом, ретроспективный анализ детского дорожно-транспортного травматизма и принятые меры его профилактики позволили уменьшить травматизм участников движения. Частью программы мер стал ввод в действие в столице отдельных участков малой кольцевой дороги, что дало возможность значительно разгрузить транспортные потоки и снизить уровень аварийности в центральной части города.

РОЛЬ УЧЕБНО-КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «АСТАНА» В ПОВЫШЕНИИ КОМПЕТЕНЦИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мусина Р.Р., Кулмуканов К.К., Абдрахманова М.Н., Орманбетова К.М.

Учебно-клинический центр «Астана», Республика Казахстан, г. Астана

В рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы Постановлением Акима г. Астана от 22 октября 2007 года № 18-961П был создан учебно-клинический центр «Астана» при сотрудничестве с медицинской корпорацией «ПартнерсХелсКеар Систем» (г. Бостон, США), являющейся клинической базой Гарвардской медицинской школы. На базе Центра произведен трансферт технологий симуляционного обучения по программам Американской ассоциации кардиологов (АНА), врачи-инструкторы были подготовлены в симуляционном центре «Стратус» (г. Бостон, США). Центр стал принципиально новой структурой не только для столичного медицинского образования, но и страны в целом.

Это была необходимость, продиктованная сложившейся на тот момент ситуацией в отечественном здравоохранении: шире внедрять международные стандарты, в том числе отрабатывая и совершенствуя практические навыки медицинских работников.

Центр проводит обучение по международным программам: BLS, ACLS, PALS, PHTLS, Тriage, ИВБДВ, ЭПТ и др.

На сегодняшний день в Центре обучено свыше 50 тыс. медицинских и немедицинских работников.

Врачи-инструкторы Центра на постоянной основе проходят стажировки в симуляционных центрах США, Израиля, Италии, Сингапура и других стран, имеют международные сертификаты тренеров АНА, ERC.

Центр имеет государственную аттестацию Министерства здравоохранения РК и аккредитацию Европейского общества симуляционного обучения в медицине (SESAM), в очередной раз доказав качество своей работы.

На сегодняшний день Центр является равноправным членом Паназиатского симуляционного общества в сфере здравоохранения (PASSH), Международной группы по симуляции в педиатрии (GISP), Европейского общества симуляционного обучения в медицине (SESAM) и Российского симуляционного обучения в медицине (ROCOMED).

В 2019 году Центр прошел национальную институциональную аккредитацию.

Работа Центра тесно интегрирована с работой практического здравоохранения. Наряду с постоянным обучением специалистов СМП, учебно-клинический центр «Астана» с 2016 года выступает инициатором и организатором ежегодных Республиканских соревнований бригад скорой помощи, где принимают участие специалисты со всех регионов Казахстана. В 2018 году в г. Астане проведены III Республиканские соревнования бригад скорой помощи, где приняли участие 18 команд из г. Астаны, Алматы, Шымкента и регионов, а также команда из Литвы. В рамках соревнований проведены семь мастер-классов зарубежных и казахстанских специалистов по неотложной терапии из Израиля, Малайзии, Китая, России.

Учебно-клинический центр не стоит на месте, он постоянно развивается, внедряя все новые технологии, шагая в ногу со временем. Реализует задачи по распространению передовых медицинских знаний и технологий, внедренных в Астане, в региональное здравоохранение и на сегодняшний день успешно функционируют 16 дочерних предприятий Центра – национальные учебно-клинические центры по всей стране. Проводится практика передачи инновационных методик в региональное здравоохранение путем обучения врачей и медицинских сестер, а также организуется мастер-классы с приглашением лучших зарубежных специалистов.

Благодаря деятельности учебно-клинического центра «Астана», можно смело говорить, что столичные медицинские клиники становятся востребован-

ными, конкурентоспособными и обеспечиваются непрерывное профессиональное обучение медицинских кадров, повышается качество оказания медицинской помощи и безопасность пациентов.

ИНСТРУМЕНТ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

*Мусина Р.Р., Абдрахманова М.Н.,
Орманбетова К.М., Ербалина Г.К.*

**Учебно-клинический центр «Астана», Республика
Казахстан, г. Астана**

Обучение курсам неотложной помощи по международным стандартам с использованием симуляционных технологий дает возможность медицинским специалистам при проведении интенсивной терапии быстро и правильно принимать решение в условиях стресса и дефицита времени, что имеет большое значение в ситуациях с жизнеугрожающими состояниями.

В настоящее время в мире накоплен существенный опыт применения симуляционных технологий при обучении медицинских работников. Использование симуляционного обучения является одним из эффективных методов преподавания при проведении международных курсов, которые включают в себя: BLS (Basic Life Support), ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support), PALS (Pediatric Advanced Life Support), PHTLS (Prehospital Trauma Life Support), NRP (Neonatal Resuscitation Program), Triage. В связи с чем прохождение данных курсов, с использованием симуляционных технологий, признано одним из передовых методов подготовки медицинских кадров, а эффективность его подтверждается включением в учебный процесс в США, Канаде, Норвегии, Швеции, Израиле и др. странах в обязательный перечень обучающих программ при подготовке врачей и среднего медицинского персонала.

Необходимо подчеркнуть, что с угрожающей жизни ситуацией может столкнуться каждый врач, поэтому врач любой специальности просто обязан уметь оказать экстренную медицинскую помощь. Кроме того, врач-профессионал должен обладать отработанными практическими навыками, быстро принимать правильное решение в критической ситуации для пациента, однако в реальной жизни это не так. К сожалению, от ошибок не застрахован никто, а показатели летальности и экономического ущерба от утраты трудоспособности все еще велики.

Обучение данным курсам с использованием симуляционных технологий дает возможность специалистам быстро принимать правильное решение в условиях стресса и дефицита времени, что имеет большое значение в ситуациях с жизнеугрожающими состояниями. При оказании неотложной помощи, согласно международным алгоритмам, не требуется постановки окончательного диагноза. Помощь пациенту оказывается с использованием системного подхода, что позволяет стабилизировать пациента, сохраняя

витальные функции организма на должном уровне. В процессе обучения внедряются принципы доказательного медицинского образования.

Учитывая международный опыт, данные курсы, с использованием симуляционных технологий, рекомендуется проходить с периодичностью раз в два года. Обучение стандартам, таких как базовая сердечно-легочная реанимация, оказание неотложной помощи при механической асфиксии у детей и взрослых, алгоритмы интенсивной терапии при острых нарушениях сердечно-сосудистой деятельности, алгоритмы интенсивной терапии при острых нарушениях сердечно-сосудистой деятельности у детей, догоспитальная неотложная помощь при травмах, неонатальная реанимация, сортировка пациентов при массовой травматизации внедряются в ежегодную подготовку, с отработкой клинических сценариев в учебно-клиническом центре «Астана». На практических занятиях решаются проблемы, появляющиеся в различных критических ситуациях, сопутствующих остановке кровообращения – элементы коммуникации с членами бригады, близкими пациента, принятие решений в экстренных ситуациях. Полученные навыки позволяют поддерживать уровень квалификации на высоком профессиональном уровне.

Вывод: Качественно новый подход, основанный на внедрении международных стандартов оказания неотложной помощи с использованием симуляционных технологий, в обеспечении непрерывного профессионального обучения медицинских кадров в учебно-клиническом центре «Астана» успешно работает, внося существенный вклад в повышение качества оказания медицинской помощи, обеспечения безопасности пациентов в практическом здравоохранении.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Атавуллаев Н.Н., Музаффаров Н.С.

Бухарский филиал РНЦЭМП

В Республике Узбекистан сочетанная травма является одной из основных причин инвалидизации взрослого населения и причиной смерти №1 у детей и лиц до 35 лет.

За последние годы в нашей стране удалось снизить смертность от внешних причин, однако проблема оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой остается весьма актуальной.

Цель исследования: анализ объема и качества оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой на догоспитальном (бригады СМП) этапе.

Задача исследования – формулирование рекомендаций по улучшению качества помощи. Были проанализированы 244 истории болезни пациентов с сочетанными травматическими повреждениями, поступивших

в Бухарский филиал РНЦЭМП за период 2015-2018 гг. Критерий включения: пациенты, доставленные бригадами СМП, с повреждением двух или более анатомических областей одним травмирующим агентом, причем хотя бы одно из них представляет реальную опасность для жизни пострадавшего, т.е. пациенты в тяжелом и крайне тяжелом состоянии – физический статус IV-VE по ASA.

Мужчин – 182 (75%), женщин – 62 (25%); возраст: до 25 лет – 43 (18%) чел., 26-40 лет – 86 (35%), 41-60 лет – 72 (30%), 61-75 лет – 26 (10%), более 75 лет – 17 (7%). Таким образом, преобладали мужчины (75%) и лица трудоспособного возраста – 83% пострадавших были в возрасте до 60 лет. Из 244 пациентов умерли 75 (30,7%).

Причины травмы: ДТП – 83 (34%) чел.; падение с высоты – 118 (48%); прочие – 43 (18%). Большая часть пациентов (в том числе и в дальнейшем умершие) были доставлены в стационар очень быстро: до 30 минут – 11,5%; до 1 часа – 59%. Время доставки более 2-х часов составило лишь 7,4%.

Изучались следующие мероприятия: респираторная поддержка, инфузионная терапия, иммобилизация, обезболивание. Количественный анализ объема помощи на догоспитальном этапе показал следующее: респираторная поддержка – 81 (33%) случай; иммобилизация – 164 (67%); инфузионная терапия – 181 (74%); обезболивание – 161 (66%).

Таким образом, респираторная поддержка проводилась только у 1/3 пациентов (заведомо находившихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии; иммобилизация, инфузионная терапия и обезболивание – приблизительно у 2/3 пострадавших. Количество случаев применения современных методов поддержания проходимости дыхательных путей (использование ларингеальной маски, интубации трахеи, ИВЛ) незначительное: ларингеальная маска – 5; интубация трахеи – 2; ИВЛ – 6. Основным методом респираторной поддержки (если он применялся вообще) – ингаляция кислорода. Инфузионная терапия проводится в недостаточных объемах. Инфузия до 500 мл была проведена у 113 (46%) пациентов; до 1 л – у 51 (21%), т.е. в 67% случаев инфузионная терапия была недостаточной, в 26% – она отсутствовала. Лишь 7% пострадавших получили достаточный объем – до и более 1,5 л. Однако необходимо отметить, что количество случаев адекватно проведенной инфузионной терапии по сравнению с периодом 2013-2015 гг. возросло. Ситуация с проведением иммобилизации и обезболивания на догоспитальном этапе относительно благополучная. Широко используются так называемый шейный воротник, щит или жесткие носилки. Преимущественными препаратами для обезболивания были промедол и кетопрофен, что нельзя признать правильным, исходя из тяжести состояния изучаемой группы пациентов.

Выводы:

1. Лечение острой дыхательной недостаточности: отмечено отсутствие респираторной поддержки или

ее малая эффективность. Увеличилось, но остается недостаточным применение ларингеальной маски, интубации трахеи, ИВЛ.

2. Инфузионная терапия: вводимые объемы слишком малы. Объем инфузионной терапии на догоспитальном этапе должен рассчитываться как 20 мл/кг массы за 20-30 минут.

3. Транспортная иммобилизация у пациентов, пострадавших в ДТП или припадении с высоты, удовлетворительная.

4. Борьба с болевым синдромом должна проводиться мощными анальгетиками – морфин, фентанил, современные НПВС.

ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Атавуллаев Н.Н.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Большинство неотложных заболеваний органов брюшной полости, сопровождающихся синдромом острой абдоминальной боли, относятся к хирургической патологии, требуют наблюдения и лечения в условиях стационара, а зачастую и ранней хирургической операции. Симптом абдоминальной боли всегда следует рассматривать как urgentный, по крайней мере, до тех пор, пока диагноз абдоминальной катастрофы не будет отвергнут или подтвержден.

Трудности выявления острых заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе обусловлены отсутствием четкой клинической симптоматики, дефицитом времени у врача для наблюдения за больным, ограниченными возможностями в плане лабораторных и инструментальных исследований. Между тем, неадекватная диагностика в дебюте патологического процесса, как и несвоевременное обращение за медицинской помощью, напрямую влияет на исход острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Согласно литературным источникам, поздняя госпитализация больных с urgentной патологией органов брюшной полости отмечается в 37-85% случаев, а врачебные ошибки на догоспитальном этапе регистрируются в 31-81% наблюдений.

Анализ диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе по г. Бухара показал, что правильный диагноз острого аппендицита врачами скорой медицинской помощи был установлен в 47,2% наблюдений, острого холецистита – в 11,8%, острого панкреатита – в 19,5%, желудочно-кишечных кровотечений – в 8,4%, перфоративной гастродуоденальной язвы – в 4,6%, острой кишечной непроходимости – в 5,9%, ущемленной грыжи – в 2,6% наблюдений.

В 2018 году в Бухарском филиале РНЦЭМП находилось на лечении 5243 пациента с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Основная доля заболевших приходилась на больных с острым аппендицитом, острым панкреатитом и острым холециститом. Вместе они составили 52% от всех госпитализированных с экстренной хирургической патологией.

Анализ клинического материала показал, что больные с острым аппендицитом, ущемленной грыжей и гастродуоденальной язвой, осложненной перфорацией или кровотечением, поступают в стационар преимущественно в ранние сроки заболевания, что связано с особенностями их клинического течения. Так, в первые 24 часа от начала заболевания поступило 99% пациентов с перфоративными гастродуоденальными язвами, 74% – с ущемленными грыжами, 60% – с острым аппендицитом, 57% – с острой кишечной непроходимостью, 54% – с язвенными кровотечениями.

В поздние сроки (свыше 24 часов) от начала заболевания чаще поступают больные с острым холециститом (61% от всех госпитализированных с данной патологией) и острым панкреатитом (61%).

Острый аппендицит развивается в равной степени у мужчин и женщин чаще молодого возраста. Острым холециститом страдают преимущественно женщины пожилого и старческого возраста, а острым панкреатитом и осложненными формами язвенной болезни желудка и ДПК – мужчины трудоспособного возраста.

Зарегистрировано 2516 (47%) самообращений (с острым панкреатитом – 121, с острым аппендицитом – 868, с острым холециститом – 840, с ущемленной грыжей – 546, с желудочно-кишечным кровотечением – 127, с перфоративной гастродуоденальной язвой – 9, с острой кишечной непроходимостью – 5), что свидетельствует о достаточно низком уровне диагностики на догоспитальном этапе и недоверии населения к амбулаторно-поликлиническому звену. По нашим данным, на догоспитальном этапе правильный диагноз не был установлен в 28,6% наблюдений.

Наибольшее количество расхождений между догоспитальным и клиническим диагнозами отмечено при перфоративных гастродуоденальных язвах (46,7%), острой кишечной непроходимости (40,3%), с острым панкреатитом (38,4%), при ущемленных грыжах передней брюшной стенки (29,4%). Ошибочный диагноз при остром калькулезном холецистите имел место в 32,6% наблюдениях. При этом в большинстве случаев был установлен диагноз острого панкреатита, что, в принципе, не является грубой ошибкой у данной категории больных.

Меньше, чем при других заболеваниях, расхождения догоспитального и клинического диагнозов выявлены при остром аппендиците (11,7%). У большинства больных с острым аппендицитом на догоспитальном этапе врачами СМП и амбулаторной сети устанавливался синдромальный диагноз «острый живот», что не расценивалось, как диагностическая ошибка.

Таким образом, анализ полученных данных показал, что на современном этапе острый аппендицит, острый панкреатит и острый холецистит являются до-

минирующими в структуре неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Наибольшие трудности для диагностики на догоспитальном этапе представляют перфоративная гастродуоденальная язва, острая кишечная непроходимость и острый панкреатит. Данные заболевания имеют общие клинические симптомы и сходный дебют, что часто и приводит к установлению ошибочных диагнозов. В связи с этим необходимо обратить внимание врачей СМП, поликлиник и терапевтических стационаров на особенности клиники при данных нозологических формах.

Значительное количество самообращений в стационар среди больных с острой абдоминальной патологией свидетельствует о низком уровне оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и недоверии населения к амбулаторно-поликлиническому звену.

Формирование у врачей СМП профессиональных навыков уверенной и своевременной диагностики острых абдоминальных хирургических заболеваний и принятия решений в соответствии с реальной клинической ситуацией и в интересах больного является одним из наиболее важных и доступных путей оптимизации оказания догоспитальной помощи при острой патологии органов брюшной полости.

Внедрение в практику СМП жесткого алгоритма помощи при подозрении на острые хирургические заболевания будет способствовать уменьшению летальности и осложнений, сокращению сроков пребывания в стационаре, уменьшению инвалидизации и сохранению общего здоровья больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мусоев Т.Я., Абдурахманов Ш.М., Аюбов Б.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность исследования: рациональная организация медицинской помощи населению в крупных городах прежде всего определяется уровнем организации внебольничной помощи. В первую очередь это работа поликлиник и станций скорой и неотложной медицинской помощи. Правильно организованный догоспитальный этап оказания экстренной помощи помогает рационально использовать мощности стационаров различных уровней, что в конечном итоге улучшает качество лечения больных, положительно влияет на организацию работы лечебно-профилактических учреждений и их показатели.

Организация высококвалифицированной внебольничной помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости играет существенную роль в исходе заболевания и в организации эффективной деятельности хирургических стационаров.

В основу организации скорой помощи пострадавшим от несчастного случая и внезапно заболевшим положены: быстрота, рациональность, доступность и бесплатность.

Существенным фактором при этом как тогда, так и в наше время является правильность постановки диагноза, ибо ошибки в оказании экстренных лечебных пособий на догоспитальном этапе нередко приводят к развитию тяжелых осложнений, увеличению сроков пребывания в стационаре, зачастую к стойкой инвалидности и, даже, к летальному исходу.

Из всех больных, поступающих в хирургические отделения, около 50 % госпитализируются по экстренным показаниям. Половина из них обращаются самостоятельно – около 50%. 25-30% доставляется бригадами скорой и неотложной медицинской помощи. В 10-15% пациенты направляются в стационар из поликлиник и в 5% по другим каналам.

Разнообразие клинических проявлений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, выраженный болевой абдоминальный синдром, сходство с некоторыми заболеваниями забрюшинного пространства и грудной клетки приводят к значительным диагностическим трудностям, которые следует изучать с позиций системного подхода.

Частота врачебных ошибок на догоспитальном этапе остается достаточно высокой и составляет от 30 до 80%.

Сложность своевременной диагностики и рационального лечения данной группы больных усугубляется дефицитом времени, исчисляемым чаще часами, иногда минутами.

Известно, что количество осложнений и летальность прямо пропорциональны времени, прошедшему от момента начала заболевания до поступления больного в стационар. Так, летальность больных, госпитализированных спустя 24 часа от начала заболевания, более чем в два раза выше летальности больных, госпитализированных в течение первых суток от начала заболевания. Поздняя госпитализация больных, по данным разных авторов, составляет от 15,0%.

- Диагностические и лечебные мероприятия должны начинаться работниками службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

- Показанием к применению инфузионной терапии у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости на догоспитальном этапе являются нарушения гемодинамики.

- Применение обезболивающих средств при болях в животе на догоспитальном этапе, как правило, противопоказано. Показанием для применения анальгезии у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости на догоспитальном этапе могут служить интенсивные боли в животе, угрожающие развитием болевого шока; отсутствие контакта с больным вследствие выраженного болевого синдрома (болевого шока); сильная абдоминальная боль при условии полной уверенности в правильности установлен-

ного диагноза. Для купирования выраженной боли и профилактики болевого шока целесообразно использовать наркотические средства.

Таким образом, усовершенствование системы организации оказания экстренной медицинской помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости на догоспитальном этапе и в первые сутки госпитализации определяет преимущество между службой скорой медицинской помощи и стационаром, повышает качество медицинской помощи больным хирургического профиля, снижает количество послеоперационных осложнений и сокращает сроки лечения больных с данными заболеваниями.

ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Мусоев Т.Я., Абдурахманов Ш.М, Аюбов Б.М., Рузиев О.А., Музаффаров Н.С.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Перфоративная язва – одно из опасных для жизни осложнений язвенной болезни, ведущее к быстрому развитию разлитого перитонита.

В новой редакции руководства «Стандарты оказания скорой медицинской помощи бригадами 103» (2017) уточнен объем лечебно-диагностических мероприятий при этом заболевании на догоспитальном и стационарном этапах скорой медицинской помощи. Если у больного выявляется триада основных признаков (язвенный анамнез, характерная боль и ригидность брюшной стенки), то постановка диагноза перфоративной язвы на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи не представляет особых трудностей. Однако нужно всегда помнить о случаях атипичного течения заболевания. Кроме того, следует целенаправленно проверять специфичные для прободной язвы перкуторные признаки: симптом Жобера – исчезновение печеночного притупления. Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе включает обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций (в соответствии с общереанимационными принципами). Инфузионная терапия включает внутривенное капельное введение раствора натрия хлорида 0,9% – 400 мл, раствора глюкозы 5% – 400 мл. Запрещается введение обезболивающих препаратов! Перед медицинской эвакуацией необходимо ввести желудочный зонд и без промывания удалить желудочное содержимое. Протокол диагностики перфоративной гастродуоденальной язвы в отделении скорой медицинской помощи стационара или в приемном отделении заключается в следующем: Основанием для установления диагноза перфоративной язвы является сочетание минимум двух следующих выявленных признаков: а) типичная клиническая картина (внезапные интенсивные боли в животе, типичный язвенный анамнез, доскообразное напряжение мышц

передней брюшной стенки, исчезновение печеночного притупления); б) обнаружение на обзорной рентгенограмме живота или УЗИ свободного газа в брюшной полости. В сомнительных ситуациях выполняют ФГДС (пневмогастрографию) и повторное рентгенологическое исследование. При обнаружении в животе при УЗИ свободной жидкости без воздуха показано проведение лапароскопии. Установление диагноза перфоративной язвы является абсолютным показанием к экстренному оперативному вмешательству, пациента сразу направляют в операционную. При тяжелом состоянии (клиника разлитого перитонита) проводится короткая предоперационная подготовка (не должна превышать 2 часов) на операционном столе.

РОЛЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Нарзуллаев С.И., Заманов Ю.Р., Мизамов Ф.О., Парманова Ш.Б., Рузиев П.Н., Элмурадов Г.К.

**Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный медицинский институт**

Расстройства кровообращения являются основной причиной смерти пострадавших в ДТП. Кровотечение и кровопотеря оказывают решающее влияние на исход травмы, приводя к развитию геморрагического шока. Летальность от шока остается высокой, достигая 15-30%, и существенной тенденции к ее снижению за последние годы не наблюдается.

Одними из главных задач в терапии травматического шока являются быстрое и эффективное восполнение объема циркулирующей крови (ОЦК) и интерстициальной жидкости. Для восполнения дефицита ОЦК первоначально используются кристаллоидные растворы. Поскольку кристаллоидные растворы быстро покидают сосудистое русло, их введение эффективно восполняет дефицит интерстициальной жидкости, что способствует снижению летальности.

Так как наибольшую опасность для жизни больного при травматическом шоке представляет гиповолемия, эффективным оказывается введение коллоидных растворов с целью восполнения ОЦК. Однако введение коллоидных растворов не всегда оправдано, поскольку они могут вызывать ряд осложнений: ухудшение свертываемости крови, анафилактические реакции, острую почечную недостаточность вследствие повреждения эпителия почечных канальцев. Единого мнения, какие растворы – коллоидные или кристаллоидные – назначать в экстренной ситуации больным, нет. Одни специалисты считают, что коллоидные растворы более эффективно восстанавливают ОЦК и сердечный выброс благодаря поддержанию онкотического давления плазмы. Другие утверждают, что кристаллоидные растворы не менее эффективны при инфузии в достаточном объеме, но очень быстро покидают кровеносное русло. Эти работы послужили толчком к дальнейшим

исследованиям, к возникновению понятия «малообъемной реанимации» (small-volume resuscitation) как одного из методов экстренной терапии различных стадий шока, терминальных состояний. Инфузионные программы для терапии травматического шока должны включать введение как коллоидных, так и кристаллоидных растворов. Все чаще при гиповолемическом состоянии применяются растворы гидроксипропилированного крахмала (ГЭК). Введение растворов ГЭК оказывает изоволемическое (до 100% при введении 6% раствора) или первоначально гиперволемическое (до 145% от введенного объема 10% раствора препарата) объемозамещающее действие, которое сохраняется не менее 4 ч (гекотон). Растворы ГЭК обладают дополнительными свойствами: предотвращают развитие синдрома повышенной проницаемости капилляров, закрывая поры в их стенках; модулируют действие циркулирующих адгезивных молекул или медиаторов воспаления; растворы ГЭК не нарушают нормальные проявления реакций иммунитета и не вызывают активации системы комплемента.

Для быстрого восполнения ОЦК весьма эффективно использование гипертонического раствора. Благоприятный эффект проявляется в быстром восполнении потери внеклеточной жидкости, которая всегда сопутствует кровопотере. Основным недостатком гипертонических растворов при проведении реанимационных мероприятий является небольшая продолжительность их действия. Другой недостаток – это клеточная дегидратация. Установлено, что при гипотензии в пределах 1 ч после травмы капельные инфузии 7,5% раствора натрия хлорида в дозе 4 мл/кг позволяют сохранить жизнь практически во всех случаях.

Таким образом, применение малых объемов гипертонического раствора натрия хлорида у пациентов с шоком обеспечивает иммобилизацию, перераспределение и транспорт интерстициальной жидкости в сосудистое русло, быстрое повышение артериального давления, улучшение кардиоваскулярных функций, в том числе сердечного выброса, потребление кислорода с положительными нейрогенными эффектами.

Причины недостаточной эффективности инфузионной терапии на догоспитальном этапе имеют системный характер: недостаточное внимание к повышению эффективности инфузионной терапии на догоспитальном этапе; нет анализа применения инфузионной терапии на догоспитальном этапе; неподготовленность персонала к современным требованиям инфузионной терапии; недостаточное финансирование.

Пути повышения эффективности инфузионной терапии на догоспитальном этапе: провести анализ применения методов инфузионной терапии на догоспитальном этапе; усилить акцент на преподавание новых методов инфузионной терапии (ТУ, семинары, круглые столы). Достаточное финансирование (создание местных списков лекарственного обеспечения догоспитального этапа).

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*С.И. Нарзуллаев., Г.А. Хайдаров., Ф.О. Мизамов.,
Х.К. Карабаев., С.Ж. Камалов*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный медицинский институт**

Желчнокаменная болезнь занимает первое место в структуре хирургических заболеваний желудочно-кишечного тракта. По данным ВОЗ, у каждого четвертого жителя нашей планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются желчные конкременты, а после 70 лет – у каждого третьего. Доля пожилых пациентов в структуре острого холецистита на сегодняшний день составляет 82%. Наличие возрастных изменений и сопутствующих заболеваний относят этих лиц к категории больных с высоким риском неблагоприятного исхода. Длительное, малосимптомное течение заболевания и поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью часто приводят к развитию осложнений со стороны желчевыводящих путей (холедохолитиаз, холангит, перфорация желчного пузыря).

За 2008–2018 годы в СФРНЦЭМП врачами скорой медицинской помощи доставлены 4583 больных с диагнозом острый холецистит. На догоспитальном этапе 74,5% больным прикладывали холод в область правого подреберья (криопакеты); лишь 42,5% больным всем внутривенно вводили дротаверин по 40 мг или платифиллин 2 мг внутримышечно. На догоспитальном этапе необходимо особое внимание уделить тщательному сбору анамнеза. Когда заболел(а)? Что явилось пусковым механизмом (почти у 100 % больных острая и жирная пища, принятая в чрезмерном количестве)? Заболевание обычно начинается приступом боли в правой подреберной области. Боль иррадирует вверх в правое плечо и лопатку, правую надключичную область. Она сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Характерными признаками являются появление ощущения горечи во рту и наличие примеси желчи в рвотных массах. В начальной стадии заболевания боль носит тупой характер, по мере прогрессирования процесса она становится более интенсивной. При этом отмечается повышение температуры тела до 38 °С, иногда бывает озноб. Обязательный сбор эпидемиологического анамнеза – контакт с гепатитом А. Необходимо выяснить, не обследовался ли пациент ранее, по поводу каких заболеваний получал стационарное или амбулаторное лечение, когда последний раз выполнялась УЗ-диагностика органов брюшной полости, а также наличие сопутствующих заболеваний, которые могут приводить к развитию острого холецистита (хронический гипацидный и анацидный гастрит, лямблиоз, генерализованный атеросклероз). Постановку диагноза облегчает наличие в анамнезе данных о том, что пациент болен желчнокаменной болезнью.

При физикальном осмотре выявляется учащенный пульс в соответствии с повышением температуры тела. При деструктивном и особенно перфоративном холецистите, осложнившимся перитонитом, наблюдается тахикардия до 100-120 в 1 мин. Иногда отмечается иктеричность склер. Выраженная желтуха возникает при осложненных формах острого холецистита: холедохолитиазе или выраженных воспалительных изменений в печеночно-двенадцатиперстной связке. Язык сухой, обложен. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же наблюдаются защитное напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины, которые наиболее выражены при деструктивном холецистите.

Специфическими симптомами острого холецистита являются болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Грекова–Ортнера), боль при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Кера), усиление боли при пальпации на вдохе (симптом Образцова), болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси–Георгиевского). Больной не может произвести вдох при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Мерфи). Возможно, при пальпации выявление увеличенного резко болезненного желчного пузыря. При перкуссии печеночная тупость сохранена.

Дифференциальная диагностика острого холецистита проводится: с дискинезией желчных путей, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, печеночной коликой, острым панкреатитом, острым аппендицитом, пищевым отравлением, раком желчного пузыря, правосторонней нижнедолевой пневмонией, острой кишечной непроходимостью.

На догоспитальном этапе нельзя делать:

– при подозрении на острый холецистит нельзя применять анальгетики, наркотики и антибиотики для купирования приступа печеночной колики;

– при купировании впервые возникшего приступа нельзя оставлять пациента без рекомендаций амбулаторного обследования с обязательным выполнением УЗИ брюшной полости.

ЎТКИР ЖАРОҲАТ ОЛГАН БЕМОРЛАРГА КАСАЛХОНАДАН ОЛДИНГИ БОСҚИЧДА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ

Нарзуллаева М.А., Шукуров Ф.Р.

**(Самаркандский филиал РНЦЭМП дир.
д.м.н.Тилияков А.А)**

Ишнинг долзарблиги: Ўткир жароҳат олган беморлар жароҳатлиқ ихтисослигидаги амбулатор даволанишга муҳтож беморлар контингентининг яримидан ортиғини ташкил қилади. Жароҳатланиш жамиятга жиддий иқтисодий зарар етказди. Бу жароҳатланган беморлар сонининг кўплиги уларнинг даволаниш муддати, узоқлиги ногиронлик билан яқунланиш ҳолларининг

кам эмаслиги билан ҳам уларнинг аксарияти фаол меҳнатга лаёқатли ёшга эканлиги ҳам белгиланади. Жароҳатланиш катта ижтимоий аҳамиятга эгаллиги муносабати билан жароҳатланишга ёрдамни ташкил қилиниши такомиллаштириш алоҳида ташкил этади.

Ишнинг мақсади: Жароҳатланган жабрланувчига ҳодиса жойида баъзан эса транспортда касалхонага олиб боришда тайёргарлиги бўлмаган шахслар, ёки махсус ўқитилган, тиббиёт ходимлар бўлмаган шахслар томонидан ўз-ўзига ва бир бирига ёрдам кўринишида биринчи ёрдам кўрсатилиши мумкин. Буни ҳозирги пайтда бутун дунёда кенг тарқалган. Тез ёрдамнинг олтин соати концепциясини амалга оширишни энг мақбул варианты деб айтиш мумкин. Ушбу концепция моҳияти шундан иборатки, агар тиббий ёрдам биринчи соат ичида кўрсатилса энг оғир бемор ҳам тузалиш имконига эга бўлади. Бу вақт қўлдан бой берилганда эса имконият ҳам йўқолади ва ниҳоятда камаяди.

Материал ва услублар: Жаҳонда йўл транспорт ҳодисаларидан жароҳатланиш натижасида юз берган ўлим ҳолларининг 50%идан ортиғи 15-44 ёшдаги одамларга, яъни аҳолининг меҳнатга лаёқатли қисмига тўғри келади. Самарқанд вилоятида аҳолининг жароҳатланиши таҳлили шуни кўрсатадики бир йил ичида катта ёшидаги аҳоли ўртасида жароҳатланиш (1000 киши аҳолига 30.75) болаларда (1000та болага 23.14) жароҳат қайд этилган. Болаларда жароҳатланишларнинг сабаб омиллари ва ҳолатларини ўрганиш шуни кўрсатадики, уларнинг яримидан ортиғи (56%) йиқилиш оқибатида, 26% қаттиқ буюмлардан зарба оқибатида, 7% дарахтдан йиқилиш оқибатида, 7% ўткир ва учли буюмлардан яраланиш туфайли юз берган, 3% эса сувга сакраш билан, ва 2% қишлоқ хўжалиқ ишларини бажариш билан боғлиқ. Транспортда жароҳатланиш муомаласининг долзарблиги олинган жароҳатнинг оғирлиги билан белгиланади, яъни ҳодисаларнинг 25% гача ҳолларда ҳодиса жойида ўлим олиб келади. Шифохонага ётқизиш талаб этилган жабрланувчилар тахминан 30% ни ташкил қилади, бу умуртқаси, оёқ ва қўл суяклари синган, бош чаноқ мия жароҳатлари, кўкрак қафаси қорин бўшлиғи ва тос суяги жароҳатланган нерв толалари ва орқа миёси жароҳатланган, териси куйган беморлардир.

Натижалар: Даволанишни изчиллигини таъминлаш учун патологик жараён ривожланишнинг динасикасини тахминий башоратлаш зарур. Жабрланувчилар бир нечта бўлганда ташхислаш ишлари тиббий саралаш ёрдам кўрсатиш навбатини белгилаш мазкур вазият чун мақбул ёрдам ҳажмини аниқлаш касалхонага ётқизиш заруриятини аниқлаш ва хоказолардан бошланиши керак. Оғир жароҳатланишларни самарали ёрдамни барча босқичларда аниқ ташкил қилинганда яхши маълум бўлган даволаш ташхислаш усулларида фойдаланилганда эришилади. Бунда янги методикалар дорилар ва апрапаратларнинг аҳамияти жуда паст бўлади. Амалиёт шуни кўрсатадики аввал ташхис кейин даво-

лаш қабилидаги аңганавий ёндашув доим ҳам мақбул бўлмади. Ўткир жароҳат олган беморнинг якуний ташхиси кўпинча даволаниш жараёнида қўйилади.

Хулоса: Ўткир жароҳатланишни даволаш натижалари ва якуний яхшиланишнинг мақбул имкониятлари тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларида ташхисоти такомиллаштиришдир.

ОКАЗАНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ

Наубетов Д.Д., Бегалиев С.М., Торемуратов С.Т., Еримбетов Д.А., Реимов Н.Б.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Непрерывный технический прогресс, увеличение количества транспорта в связи с увеличением потребности бытовой техники в домашних нуждах, масштабы современного строительства высотных домов увеличили количество травматизма. Этому содействует несоблюдение техники безопасности в производстве и чрезмерное употребление спиртных напитков.

Материал обследования: данные амбулаторных карт и карты скорой медицинской помощи а также анализы данных рентгенологических обследований поступивших больных в травматологический пункт Каракалпакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 2018 год.

За 2018 год через травматологический пункт Каракалпакского филиала РНЦЭМП прошли регистрацию 20151 больной. Из них на карете скорой медицинской помощи доставлено 5558 (27,6%) и самотеком обратились 14593 (72,4%) больных. Из них 12951 (64,2%) составляли мужчины, 7200 (35,8%) – женщины. При распределении по возрасту: 13850 (68,7%) – взрослые, 6301 (31,3%) – дети. По нозологии распределили: с переломами костей верхней и нижней конечности, переломы костей лицевого скелета составляли – 3285 (16,3%), перелом плечевой кости – 368 (1,83%), переломы костей предплечья – 850 (4,3%), перелом костей таза – 23 (0,2%), перелом бедренной кости – 201 (1%), перелом костей голени – 366 (1,82%), переломы ключицы – 205 (1,02%), переломы лопатки – 4 (0,02%), переломы ребра – 102 (0,6%), переломы позвоночника – 72 (0,4%), переломы костей кисти – 526 (2,61%), переломы надколенника – 14 (0,07%), переломы костей стопы – 304 (1,6%), переломы костей носа – 152 (0,8%), переломы нижней челюсти – 8 (0,03%). Также отмечалось обращение 297 больных с вывихами, из них: вывих костей предплечья – 146 (49,2%), плеча – 68 (22,9%), костей кисти – 27 (9,09%), нижней челюсти – 25 (8,41%), стопы – 18 (6%), надколенника – 13 (4,4%) больных. Из прошедших 13256 (65,78%) доставлены в стационар в течение часа после получения травмы, 5309 (26,35%) в течение суток и 1586 (7,87%) более суток.

В ходе проведенного анализа, изучения амбулаторных карт и карты скорой медицинской помощи бытовые травмы составляют 17209 (85,4%), криминал –

1878 (9,3%), ДТП – 868 (4,3%), спортивные – 171 (0,8%), производственные – 25 (0,1%) больных.

Врачами СМП на месте происшествия были оказаны следующие виды помощи: проведено иммобилизация сломанных костей конечности стандартными шинами типа Эскулап, Крамера, мягкими шинами Сплит и спинальным шитом, а также произведено обезболивание ненаркотическими анальгетиками (анальгин 50%, димедрол 1%), наркотическими анальгетиками (промедол 1% и промедол 2%, морфин 1%) и нестероидным противовоспалительным препаратом (кетонал 2 мл).

Общее количество обратившихся больных в состоянии травматического шока было 156, из них 140 больных с сочетанными травмами, причинами которых были травмы в результате дорожно-транспортного происшествия, которые доставлены самотеком и им не была оказана первая медицинская помощь на догоспитальном этапе.

Выводы:

– при анализе оказания догоспитальной помощи выявлено, что большинство больных получили травму в 17209 (85,4%) бытовых условиях, причиной которой является несоблюдение правил техники безопасности;

– причинами, приводящими к ДТП и травмам, зачастую являлись состояние алкогольного опьянения и несоблюдение правил дорожного движения;

– больным, которые были доставлены на карете СМП, в догоспитальном этапе первично оказана медицинская помощь, проведено обезболивание и иммобилизация; больные, обратившейся самотеком в травматологический пункт, поступали без надлежащей иммобилизации.

Таким образом, при переломах конечностей и при сочетанных травмах врачам скорой медицинской помощи необходим индивидуальный подход к каждому больному, своевременное оказание медицинской помощи в догоспитальном этапе позволяет до минимума сократить число летальных исходов и повысить эффективность дальнейшего лечения.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛЕВЫХ ПРИСТУПАХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.

Нишонов У.А., Туйчиев А.Х., Махмудов Н.И., Ниматов Ш.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Инфаркт миокарда – острое заболевание, обусловленное возникновением одного или нескольких очагов ишемического некроза в сердечной мышце вследствие абсолютной или относительной недостаточности коронарного кровообращения. Ведущим клиническим признаком инфаркта миокарда является болевой синдром.

Неотложная помощь при болевых приступах у больных с острым инфарктом миокарда является од-

ной из важнейших задач на догоспитальном этапе. При остром инфаркте миокарда болевой приступ ведет к повышению тонуса симпатико-адреналовой системы, к увеличению периферического сопротивления и частоты и силы сердечной сокращений. Это все приводит к увеличению потребности миокарда в кислороде и усугублению ишемии и увеличению зоны некроза.

При остром инфаркте миокарда на догоспитальном этапе основной задачей врача является симпато-адреналовая защита, купирование болевого синдрома.

Цель. Оценка эффективности применения наркотических и не наркотических анальгетиков в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками при неотложной помощи при болевых приступах у больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

С целью неотложной помощи при болевых синдромах применяется наркотические и ненаркотические анальгетики в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками. Наркотические анальгетики снимают перевозбуждение центральной и симпато-адреналовой системы, что приводит к уменьшению потребления миокарда кислородом и ограничению зон некроза.

На догоспитальном этапе неотложная помощь при болевых приступах у больных с острым инфарктом миокарда следует начинать с приёма таблетки нитроглицерина по 0,5 мг под язык (при хорошей переносимости повторно через 3-5 минут до 3-4 таблеток). Нитроглицерин в инъекциях (перлинганит или изокет) 1% – 10 мл на 200 мл физического раствора. Скорость введения зависит от величины А/Д.

Препаратом выбора неотложной помощи при болевых приступах у больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является морфин, оказывающий анальгетическое, седативное действие. Морфин вводят внутривенно: 1% раствор 1мл разводят изотоническим раствором хлорида натрия 10 мл вводят по 2-5 мг каждые 5-15 минут. При этом рекомендуется с целью профилактики тошноты и рвоты внутривенно вводить раствор метоклопирамида или церукала.

В дальнейшем проводится гемокоагуляционная (аспирин, клопидогрель, гепарин), гемодинамическая (β -адреноблокаторы и АПФ), антиаритмическая (антиаритмические препараты), метаболическая защита (креатинфосфат, кардиопротекторы) и тромболитическая терапия (стрептокиназа, фибринолизин, юнитиназа).

Морфин 1% – 1 мл вводят внутривенно струйно на 10 мл физ. раствора или промедол 2% – 2 мл в/в на 10 мл физ. раствора или фентанил 0,005% – 2 мл, или омнопон 2% – 1 мл.

В последующем гепарин 5 – 10 тыс. ЕД. внутривенно струйно, если есть показания – стрептокиназа (если от начала инфаркта прошло не более 6 часов) вводится 1,5 млн ЕД. в течение 30 минут. При сохранении остаточной боли можно анальгин, баралгин, димедрол, натрия оксибутират.

С целью неотложной помощи при болевых синдромах хороший положительный эффект дает при-

менение ингаляции закиси азота (N_2O) в комбинации с кислородом (O_2) в соотношении 1:4, затем 1:1 через носовой катетер.

Больные с острым инфарктом миокарда после оказания неотложной первой помощи и купирования опасных для жизни осложнений транспортируются на носилках в стационар, госпитализируются в кардиореанимационные отделение.

Вывод: таким образом, данные свидетельствуют о высокой эффективности нейролептанальгезии при неотложной помощи во время болевого приступа у больных с острым инфарктом миокарда, а также при болевых приступах при ИБС. Это даст возможность замедления прогрессирования ишемического поражения миокарда и его регресса.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

*Ортиков М.М., Мадумаров И.Т., Соткинов Т.Х.,
Эргашев А.А., Кучкаров А.М.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: анализ особенностей частоты выявления основных факторов сердечно-сосудистого риска, клинко-anamnestических характеристик, лекарственной терапии в госпитальном периоде у больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом ST.

Материалы и методы. ретроспективно, методом сплошной выборки проанализированы истории болезней 77 мужчин и 23 женщин, госпитализированных в Наманганский филиал РНЦЭМП в течение 2017-2018 годов с острым ИМ с подъемом сегмента ST.

Результаты: при анализе различий в частоте выявления основных факторов сердечно-сосудистого риска и особенностей анамнеза выяснилось, что у женщин по сравнению с мужчинами достоверно чаще выявлялись артериальная гипертензия (АГ) (91,3% и 75,3% соответственно, $p < 0,001$), сахарный диабет (СД) (30,4% и 10,3% соответственно, $p < 0,001$), предшествующая ИМ стенокардия (69,6% и 48,1% соответственно, $p < 0,001$), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (13% и 7,8% соответственно, $p < 0,001$).

Достоверных различий в наличии ИМ в анамнезе, гиперхолестеринемии, отягощенной наследственностью по ишемической болезни сердца, периферического атеросклероза между мужчинами и женщинами не было. Женщины, в отличие от мужчин, имели более тяжелый класс сердечной недостаточности ($p < 0,001$). При анализе различий в лекарственной терапии выяснилось, что женщины достоверно чаще в стационаре принимали нитраты, антиагреганты, антикоагулянты и АПФ, β -адреноблокаторы, диуретики, статины ($p < 0,001$).

Заключение: у женщин с ИМ достоверно чаще, чем у мужчин, выявляются такие факторы сердечно-

сосудистого риска, как АГ, СД, ХСН также встречается чаще у женщин и имеет более тяжелый функциональный класс, с чем связаны и различия в лекарственной терапии на госпитальном этапе.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Ортиков М.М., Эргашев Б., Соткинов Т.Х.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучить влияние системного тромболизиса на ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 25 больных ОКС с подъемом сегмента ST, поступивших в отделение терапевтической реанимации Наманганского филиала РНЦЭМП. Из них 20 мужчин (80%) и 5 женщин (20%). Средний возраст пациентов составил 46,4. Всем больным был произведен системный тромболизис с помощью препарата стрептокиназа. Всем больным сначала внутривенно, болюсно введено 500000 ЕД препарата, затем 1000000 ЕД стрептокиназы, разведенной на 0,9% – 200 мл физиологическом растворе внутривенно, медленно за 1 час. Среднее время от начала приступа до поступления в клинику составило $2,5 \pm 1,0$ часа. Среднее время от момента поступления до реперфузии составило 30 ± 10 минут. ЭхоКГ проводилась на 3 сутки пребывания больных в стационаре. В режиме по формуле «площадь–длина» рассчитывали индекс конечно-диастолического объема (КДО) левого желудочка (ЛЖ) в мл, индекс конечно-систолического объема (КСО) ЛЖ в мл, фракцию выброса (ФВ) ЛЖ в %.

Результаты: У 16 больных развился неосложненный Q-инфаркт миокарда на 2 сутки, у 5 развился без Q инфаркт миокарда, «нормализация» ЭКГ выявлена у 4 больных через 12 часов после тромболизиса. Рецидивов кардиальных болей не отмечалось ни у одного больного.

Стабилизация и восстановление сократительной функции ЛЖ отмечались на 2-4 сутки от начала болевого синдрома. Индекс КСО у больных после системного тромболизиса 70 ± 10 мл. Индекс КДО составил 93 ± 10 мл. Фракция выброса ЛЖ $54 \pm 8\%$. Осложнения не наблюдались.

Вывод: Своевременный системный тромболизис позволит достичь эффективного улучшения коронарного кровотока и снизить летальность у больных ОКС с подъемом сегмента ST в стационарах, где нет возможности сделать интракоронарные вмешательства.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ ОКАЗАНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Петрова Н.Г.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Министерства здравоохранения РФ

В настоящее время система скорой медицинской помощи в Российской Федерации находится в стадии существенного реформирования. При этом общеизвестно, что успешность и эффективность любых реформ в значительной степени определяется уровнем информированности и мотивированности непосредственных исполнителей. Поэтому вопросы кадрового менеджмента приобретают особую актуальность.

Одной из проблем, связанных с кадровой составляющей в системе здравоохранения, является дефицит кадров вообще, скорой помощи (в т.ч. фельдшерского звена) в частности. Поэтому необходим анализ состояния кадров, поиск путей оптимизации таких аспектов, как набор, отбор, адаптация, мотивация, закрепление кадров.

Нами был проведен социологический опрос сотрудников станции скорой помощи, направленный на оценку различных аспектов, определяющих уровень их мотивированности в работе и удовлетворенности ей. Одним из важнейших аспектов, определяющих содержание работы и возможность оценки ее эффективности (качества) является наличие четких функциональных обязанностей и четкого представления о них у самих сотрудников. По результатам опроса выявлено, что 73,8% среднего медицинского персонала уверенно знают функциональные обязанности; 11,9% знают их не в полном объеме; в то же время почти каждый шестой респондент (14,3%) ответил, что со своими функциональными обязанностями не знаком. Несмотря на это, на вопрос о том, полностью совпадает ли их работа с функциональными обязанностями, большинство респондентов (83,3%) ответили положительно; 14,3% отметили частичное совпадение, а 2,4% считали, что имеет место полное несоответствие. Вторым аспектом, определяющим мотивированность сотрудников и соответственно качество трудовой деятельности, является удовлетворенность работой. Лишь чуть более половины опрошенных (54,7%) были удовлетворены своей работой; 16,7% – не вполне удовлетворены, и достаточно высоким (28,6%) оказался процент тех, кто работой был не удовлетворен. Уровень удовлетворенности определяется совокупностью факторов. Мы проанализировали некоторые из них. Среди важнейших можно указать условия труда (состояние машин и оснащенность оборудованием, условия для отдыха на подстанции, интенсивность и равномерность нагрузки на бригады, удобство графиков работы, психо-

логический климат и др.). Важно отметить, что лишь каждый пятый (21,4%) респондент был удовлетворен условиями труда полностью. Среди причин неудовлетворенности работой и условиями труда (каждый из опрошенных мог указать несколько из них) указывают: высокую напряженность труда (что отметили 69,0% респондентов), связанную с недостаточным числом бригад и недоукомплектованностью штатов; низкий уровень оплаты труда и недостаток льгот (26,2%); не-престижность профессии в целом (4,8%). Дополнительно был задан вопрос о том, как респонденты оценивают уровень своей заработной платы. 42,9% считали его средним; 26,1% – высоким; а почти треть (31,0%) – низким. Необходимо подчеркнуть, что значительную часть (и роль) в оплате труда имеют стимулирующие выплаты, одним из условий стимулирующей роли которых является четкая дифференциация в зависимости от показателей работы конкретного сотрудника. К сожалению, вопрос «открытости» в распределении этих выплат остается актуальным. Так, 47,6% опрошенных затруднились в оценке их адекватности; 21,4% считали стимулирующие выплаты адекватными; 19,1% – неадекватными; а 11,9% указали, что их данный вопрос вообще не интересует. Все указанное опосредованно свидетельствует о том, что администрация подстанции не обращает должного внимания на налаживание коммуникаций с сотрудниками. Отчасти это подтверждается и тем, что лишь половина (50%) опрошенных была удовлетворена работой администрации; 38,0% отметили, что вообще не интересуются работой администрации; а 12,0% ее работой были неудовлетворены. Наряду с материальными мотивами для каждого сотрудника в той или иной степени важна и нематериальная мотивация. Поэтому респондентам было предложено ответить на вопрос, что они считают самым важным в своей работе (можно было указать несколько мотивов). Все сотрудники отметили важность самореализации; для 38,1% и 40,5% соответственно важным является признание в организации и обществе; примерно в каждом пятом случае (11,9–24%) указывалась значимость таких аспектов, как: отношения с коллегами и их уважение, возможность получения медицинской помощи; наличие социального пакета.

Таким образом, проведенный анализ показал необходимость совершенствования кадрового менеджмента, включая более четкую систему материального и развитие форм нематериального стимулирования, повышение престижа медицинских работников в обществе и уровня безопасности работников скорой помощи, а также законодательное расширение полномочий фельдшера скорой медицинской помощи, что будет способствовать более полной самореализации специалистов среднего звена.

ФАРМАКОИНВАЗИВНАЯ СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Пулатова Ш.Х.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение (цели/задачи): Первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) является основной стратегией реперфузии при остром инфаркте миокарда с подъемом ST на ЭКГ. Однако на практике многие пациенты с острым инфарктом миокарда (ОИМ) и подъемом сегмента ST поступают в стационары без возможности чрескожных коронарных вмешательств и зачастую им не может быть своевременно выполнено первичное ЧКВ, вследствие чего пациентам проводится тромболитическая терапия. Согласно текущим рекомендациям все пациенты с ОИМ и подъемом ST после тромболитической терапии должны быть переведены в стационар с возможностью ЧКВ с целью выполнения коронарографии и возможной реваскуляризации миокарда в течение 24 часов после тромболиза. Место такой фармакоинвазивной стратегии в системе оказания помощи пациентам с ОИМ четко не определена. Целью исследования стала оценка эффективности лечения пациентов с ОИМ и подъемом ST с применением указанных двух стратегий реперфузии в условиях реальной клинической практики.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 42 пациентов с ОИМ и подъемом сегмента ST на ЭКГ, которым было проведено ЧКВ, за период с 1 мая 2018 по 31 декабря 2018 г. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от стратегии реперфузии: первая группа – 29 пациента, которым была проведена первичная ЧКВ, вторая – 13 пациентов, которым было проведено ЧКВ после тромболитической терапии (включая спасительную ЧКВ), выполненной в другом стационаре. Все пациенты получили гепарин, нагрузочные дозы аспирина и клопидогреля. В группе первичной ЧКВ медиана времени «симптом–баллон» составила 160 минут смежквартильным диапазоном 110–230 минут. 77,9% пациентов были напрямую доставлены в наш стационар, остальные были переведены в другую клинику. В группе фармакоинвазивной стратегии медиана времени «симптом–игла» составила 95 минут с межквартильным диапазоном 70–140 минут, медиана времени «игла–баллон» – 11,5 ч с межквартильным диапазоном 8,5–17,0 ч. Результаты оценивались по таким конечным точкам, как госпитальная летальность, а также частота больших неблагоприятных сердечных и цереброваскулярных событий, определяемых как сочетание смерти, ИМ, инсульта и повторной реваскуляризации за период наблюдения в среднем 14,7±5,2 месяца.

Результаты: Госпитальная летальность составила 4,4% в группе первичной ЧКВ и 5,2% в группе фармакоинвазивной стратегии, $p=0,638$, между группами отсутствовала статистически значимая разница по частоте больших кровотечений. Через 14,7±5,2 месяца после

вмешательства между группами отсутствовала статистически значимая разница по частоте больших неблагоприятных сердечных и цереброваскулярных событий (10,9% в первой группе и 13,5% во второй группе, $p=0,782$)

Заключение: В реальной клинической практике, когда своевременное проведение первичной ЧКВ невозможно вследствие долгой транспортировки пациента в стационар с возможностью ЧКВ, стратегия фармакоинвазивной реперфузии, комбинирующая тромболитическую и обязательное ЧКВ, характеризуется сопоставимыми результатами с первичной ЧКВ в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Рахимий Ш.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования – анализ объема и качества оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой на догоспитальном этапе. Задача исследования – формулирование рекомендаций по улучшению качества помощи.

Были проанализированы 44 истории болезней пациентов с сочетанными травматическими повреждениями, поступивших в Хорезмский филиал РНЦЭМП за период 2014–2019 гг. Критерий включения: пациенты, доставленные бригадами СМП, с повреждением двух или более анатомических областей одним травмирующим агентом, причем хотя бы одно из них представляет реальную опасность для жизни пострадавшего.

Мужчин – 32 (73%), женщин – 12 (27%); возраст: до 25 лет – 12 (27%), 26–40 лет – 19 (43%), 41–60 лет – 10 (23%), более 61 лет – 3 (7%) чел. Таким образом, преобладали мужчины (73%) и лица трудоспособного возраста – 93% пострадавших были в возрасте до 60 лет. Из 44 пациентов умерли 12 (27,3%).

Причины травмы: ДТП – 15 (34%); падение с высоты – 21 (48%); прочие – 8 (18%) чел.

Большая часть пациентов (в том числе и в дальнейшем умершие) были доставлены в стационар очень быстро: до 30 минут – 11,5%; до 1 часа – 59%. Время доставки более 2-х часов составило лишь 7,4%.

Изучались следующие мероприятия: респираторная поддержка, инфузионная терапия, иммобилизация, обезболивание. Количественный анализ объема помощи на догоспитальном этапе показал следующее: респираторная поддержка – 15 (34%); иммобилизация – 28 (64%); инфузионная терапия – 30 (68%); обезболивание – 32 (73%) случая. Таким образом, респираторная поддержка проводилась только у 1/3 пациентов; иммобилизация, инфузионная терапия и обезболивание – приблизительно у 2/3 пострадавших. Количество случаев применения современных методов поддержания проходимости дыхательных путей незначительное. Основным методом респираторной под-

держки – ингаляция кислорода. Инфузионная терапия проводится в недостаточных объемах. Инфузия до 500 мл была проведена у 21 (48%) пациента; до 1 л – у 10 (23%), т.е. в 71% случаев инфузионная терапия была недостаточной, в 26% – она отсутствовала. Лишь 3% пострадавших получили достаточный объем – до и более 1,5 л. Ситуация с проведением иммобилизации и обезболивания на догоспитальном этапе относительно благополучная. Широко используются так называемый шейный воротник и шит или жесткие носилки. Преимущественными препаратами для обезболивания были промедол и анальгин.

Выводы:

1. Лечение острой дыхательной недостаточности: отмечено отсутствие респираторной поддержки или ее малая эффективность.

2. Инфузионная терапия: вводимые объемы слишком малы. Объем инфузионной терапии на догоспитальном этапе должен рассчитываться как 20 мл/кг массы за 20–30 минут.

3. Транспортная иммобилизация у пациентов, пострадавших в ДТП или при падении с высоты, удовлетворительная.

4. Борьба с болевым синдромом должна проводиться мощными анальгетиками (морфин, современные НПВС).

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Рузиев О.А., Орзиев К.К., Саидова М.К.

Бухарский филиал РНЦЭМП

В структуре вызовов, выполненных бригадами скорой медицинской помощи (СМП), больные с острыми отравлениями составляют 5,7%. Система оказания экстренной медицинской помощи больным с острыми отравлениями на всех этапах лечения – в значительной степени базируется на оперативности, преемственности и полноценности лечебно-диагностических и транспортных мероприятий. В настоящее время в г. Бухаре служба СМП обеспечивается 24 выездными бригадами, в том числе 3 реанимационными, которые оказывают медицинскую помощь наиболее тяжелой категории пациентов, требующих реанимации жизненно важных функций и проведение интенсивной терапии, 3 психиатрических бригад. Ежегодно бригадами СМП выполняются около 350 000 вызовов. Среди лиц, обслуженных бригадами СМП по поводу острых отравлений, 64,8% составили мужчины и 35,2% женщины, детей до 15 лет было 11,1%, лиц в возрасте 15–70 лет – 86%, старше 70 лет – 2,9%. Структура обращений по поводу острых отравлений в 2015–2018 гг. была следующей: алкоголь – 45%, медикаменты – 35%, инсектициды – 3%, уксусная кислота – 7%, наркотики – 10%. Госпитализация больных с острыми отравлениями в г. Бухаре преимущественно осуществляется в Бухарский

филиал РНЦЭМП, а при отравлениях наркотиками – в Городскую наркологическую больницу. Распределение госпитализированных больных с острыми отравлениями, доставленных СМП в РНЦЭМП г. Бухары в 2017 г., – 93%, и лишь 12% – в другие ЛПУ. Оказание скорой медицинской помощи больным с острыми отравлениями на прямую зависит от взаимодействия и четкой работы догоспитального и госпитального этапов лечения. Её конечным результатом должно быть сохранение жизни и здоровья граждан. Для обеспечения данного процесса необходимо совместное решение следующих задач: подготовка кадров, стандартизация, научно-методическое обеспечение и материально-техническое обеспечение, мониторинг и контроль качества выполняемой работы. В рамках унифицированной программы по СМП проводятся циклы тематического усовершенствования врачей СМП (288 часов) постдипломной переподготовки (504 часов). Проводится анализ эффективности работы выездных бригад СМП, оценка качества лечения и внедрение новых технологий при оказании медицинской помощи больным на госпитальном этапе. «ССМП» совместно с кафедрой «Внутренние болезни с курсом эндокринологии» Бухарского государственного медицинского института разработаны алгоритмы оказания экстренной медицинской помощи больным с острыми отравлениями. Данные протоколы при дальнейшей доработке и прохождении нормативных процедур могут быть предложены как стандарты оказания скорой медицинской помощи больным с острыми отравлениями. Внедрение в повседневную практику врачей СМП стандартов и единых протоколов по оказанию медицинской помощи на всех этапах лечения дает возможность достоверно оценить тяжесть состояния больного, выявить ведущие нарушения, требующие незамедлительной коррекции и поставить точный или синдромный диагноз.

При признаках дыхательной недостаточности: восстановление проходимости дыхательных путей, кислород через маску или ИВЛ. 1. Респираторная поддержка 2. Инфузионная терапия 3. Величина зрачков, ЧСС, АД, температуры 4. Осмотр места происшествия и выяснение анамнеза 5. ЭКГ, другие методы по показаниям: Сознание сохранено? Больной недоступен контакту, неадекватен? При явлениях шока – начать инфузионную терапию. При сомнениях в диагностике и интенсивной терапии – консультация по телефону в информационно-консультативном токсикологическом центре. Детоксикационная, антидотная, симптоматическая терапия по соответствующим алгоритмам.

Тактика ведения больного с острым отравлением на догоспитальном этапе: после постановки диагноза незамедлительно начать проведение последовательной синдромной, патогенетической терапии. Технологическое единство этапов СМП должно обеспечиваться единой системой сквозных стандартов, мониторингом и конечными результатами работы при оказании экстренной медицинской помощи. Реализации принципов этапности лечения больных с острыми отравлени-

ями создает основу для рационального использования кадровых и материальных ресурсов с получением максимального результата.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ

Рузиев П.Н., Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Нарзуллаева М.А., Кулиев Й.У., Элмуродов Г.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский институт

Сочетанная травма повреждения груди диагностируется более чем у 60% пострадавших, доминирующие и конкурирующие – у 28%. При тяжелой сочетанной травме груди у 60% всех умерших смерть наступает на месте происшествия, у 21,7% – во время транспортировки и лишь у 18,3% – во время лечения в стационаре. Это свидетельствует об особой актуальности обеспечения адекватного догоспитального лечения этой категории пострадавших (А.Н. Тулупов с соавт., 2012).

В основе патогенеза острого периода травматической болезни при повреждениях груди находятся, прежде всего, болевой синдром, синдром внутреннего кровотечения и острой кровопотери, острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

За 2008–2018 гг. в СФРНЦЭМП доставлены врачами скорой помощи 1375 пострадавших с сочетанной травмой груди, оперировано – 826 (60,07%) пациентов, из них умерло 53 (3,85%) пациентов. Ведущими симптомами при травме груди явились боли в груди, усиливающиеся при дыхании, натуживании и кашле, одышка, цианоз слизистых, тахипноэ, деформация грудной клетки, парадоксальное дыхание и флотация реберно-мышечного клапана, изменение перкуторного звука (притупление или тимпанит) на стороне поражения, ослабление или полное отсутствие дыхательных шумов над легким, артериальная гипотензия, тахикардия и глухость тонов сердца. Всегда имеет большое значение выяснение времени, подробных обстоятельств и механизма получения травмы.

При повреждениях груди существует несколько видов опасных для жизни состояний, которые требуют экстренной помощи на догоспитальном этапе. Таковыми являются:

- обструкция верхних дыхательных путей,
- множественные переломы ребер,
- открытый пневмоторакс,
- напряженный пневмоторакс,
- нарастающая эмфизема средостения,
- гемоторакс,
- тампонада сердца.

Выявление доминирующего повреждения, оценка тяжести шока и угрожающего жизни пострадавшего синдрома с обязательной попыткой его коррекции являются основными задачами при оказании скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Ле-

чебные мероприятия в условиях скорой помощи следует производить в необходимом для устранения жизнеугрожающих последствий травмы объеме и обеспечить скорейшую и безопасную транспортировку пострадавшего в многопрофильный стационар. На первом этапе оказания скорой медицинской помощи следует, прежде всего, обеспечить восстановление проходимости верхних дыхательных путей, это достигается удалением инородных тел, свертков крови, содержимого из ротовой полости и трахеи.

Что делать нельзя:

- транспортировать пострадавшего без попытки стабилизации витальных функций;
- затягивать время оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе;
- транспортировать пациента в критическом состоянии с напряженным пневмотораксом, без адекватной экстренной декомпрессии плевральной полости и реаниматологической поддержки;
- проводить ИВЛ без адекватного дренирования плевральной полости;
- дренировать плевральную полость на догоспитальном этапе при ненапряженном пневмотораксе;
- лечить в условиях СТОСМП пострадавших с гемотораксом, пневмотораксом, гемопневмотораксом и (или) легочным кровотечением;
- производить лечение напряженного пневмоторакса в стационаре путем пункций плевральной полости без ее дренирования;
- использовать дренирование по Редону;
- накладывать фиксирующие повязки при переломах ребер, так как это ограничивает дыхательные экскурсии, способствует углублению дыхательной недостаточности и развитию пневмонии.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА В СИТУАЦИЯХ ТРУДНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ПУТИ

Садыкова М.А., Кадиров Р.И.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

Цель. Провести анализ обеспечения искусственной вентиляции легких в ситуациях трудного дыхательного пути.

Материал и методы. У 84 больных 1-2 класса риска анестезии по ASA в возрасте от 14 до 55 лет был прогнозирован синдром «трудного дыхательного пути». Все пациенты оперировались в плановом порядке с послеожоговыми рубцами лица и шеи. Всем пациентам проводилась стандартная премедикация за 20 минут до операции. Вмешательства проводились в условиях комбинированной анестезии на основе внутривенной инфузии кетамина, фентанила, барбитуратов, пропофола, бензодиазепинов, миорелаксантов в обычных дозировках с ингаляцией паров наркотана.

Контроль адекватности анестезии, ИВЛ, инфузионно-трансфузионной терапии осуществлялся по общепринятым клиническим признакам и мониторингом

показателей гемодинамики, газообмена, почасового диуреза, пульсоксиметрии, капнографии.

Результаты. У 22 пациентов с дефектами верхней и нижней челюсти и мягких тканей лица в ситуации невозможности масочной вентиляции интубация трахеи проводилась обычной ларингоскопией под местной анестезией 10% лидокаином и седацией препаратами бензодиазепинового ряда с сохранением спонтанного дыхания.

У 23 больных с послеожоговыми стягивающими рубцами шеи перевод больных на ИВЛ осуществлялся либо с помощью бронхоскопа, либо, после рассечения стягивающих рубцов, разгибания шеи в атлантоокципитальном сочленении, интубацией трахеи под контролем стандартной ларингоскопии.

Наиболее опасная ситуация – невозможность вентиляции и невозможность интубации, которая требует немедленных мероприятий по обеспечению экстренного дыхательного пути, нами разрешалась в 23 случаях применением пищеводно-трахеальной трубки.

При выполнении 10-ти краткосрочных операций ИВЛ проводилась через ларингеальную маску.

В 5 случаях микростомии применялась назотрахеальная интубация под визуальным контролем бронхофиброскопа. Во всех случаях была достигнута адекватная анестезия.

Вывод. Определение правильной тактики в ситуации «трудного дыхательного пути» у больных в реконструктивно-пластической хирургии лица и шеи с учетом характера повреждения, наличия современных технических средств и соблюдения принятого алгоритма действий, позволяет обеспечить безопасность и адекватность проведения ИВЛ на всех этапах анестезии в отсутствии гиперкапнии, гипоксии и гипоксемии, в условиях стабильной гемодинамики.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ГРАФИКОВ РАБОТЫ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ПОТОКА ВЫЗОВОВ

Саидова М.К., Саидова Л.Б., Очилова Д.А.

Бухарский филиал РНЦЭМП, Бухарский медицинский институт

Одним из ключевых параметров работы службы скорой медицинской помощи является ее доступность для граждан, которая характеризуется отсутствием задержек в направлении бригад и минимальным временем прибытия к месту вызова. Поэтому постоянное снижение времени ожидания бригады администрация Городской станции скорой медицинской помощи (ГССМП) г. Бухары рассматривает это как наиболее приоритетную задачу.

Цель исследования – оптимизация графиков работы бригад скорой медицинской помощи к изменчивому потоку вызовов как средство повышения доступности скорой медицинской помощи.

Материалы и методы исследования: Для достижения поставленной цели на ГССМП была обучена

группа диспетчеров, модернизирована система обработки вызовов 103, представляющая собой базу данных с автоматическим созданием и обработкой электронной карты вызова (Приложение №2 к приказу министра здравоохранения от 31 марта 2017 года №131). С 2018 г. система сохраняет и позволяет статистически обрабатывать множество параметров по всем выполненным вызовам. Обработка данных выявила существенные колебания почасового потока вызовов в зависимости от времени суток. Среднесуточный поток вызовов за 2018 г. составил 14,29 (100%) вызовов в час. В то же время в период 8:00-17:00 на ГССМП поступало в среднем 35,21 (35 %) вызовов в час, а в интервал 17:00-8:00 – 65,79 (65 %) вызовов в час. На основании полученных данных были внесены изменения в графики работы бригад скорой медицинской помощи (СМП). Вместо 12 бригад с суточным графиком работы были сформированы 24 бригады с коротким графиком (8/17), что позволило уменьшить влияние колебаний среднечасового потока вызовов в течение суток на оперативные показатели. При сравнении показателей работы в 2017-2018 гг. количество вызовов с задержкой в назначении бригады уменьшилось на 0,42%, а со временем прибытия более 10 минут – на 1,01%, составив 1,03% и 13,1% соответственно.

Выводы: Оценка изменений почасового потока вызовов в течение суток и последовавшая на основании этого коррекция графиков работы позволили поддерживать адекватное количество бригад СМП для своевременного направления на вызовы, что положительно сказалось на доступности службы скорой медицинской помощи.

МИГРЕНОЗ НЕВРАЛГИЯНИ КАМИНВАЗИВ «ГИДРОТЕРМИК ДЕСТРУКЦИЯ» ЙЎЛИ БИЛАН СТАЦИОНАРГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ДАВОЛАШ

*Сафаев М.К., Махмудов Н.И., Тожиев М.Т.
Сайдалиев С.С.*

РШТЎИМ Фаргона филиали

Юз, кўз, жағ ва тишлар соҳаларида оғрик билан ўтадиган хасталиклардан энг оғир кечадигани уч шохли нерв невралгиясидир. Мигреноз невралгия юзни бир томонида, пешона-кўз, кўз-чакка, лунж-лаб ёки лаб-милклар соҳаларида чидаб бўлмас интесив оғриқлар, кўзи қизариб, кўздан ёш оқиши, оғзидан сўлак оқиши каби хуружлар бўлиши билан характерланади. Бундай хуружлар бир суткада бир неча маротаба такрорланиши мумкин. Бундай беморларни даволашда стоматолог, невропатолог, нейрохирург ва бошқа мутахассислар шуғулланишмоқда. Чунки невралгия билан оғриган беморлар юзидаги оғриқ туфайли, уйқу ва иш фаолияти кескин пасаяди. Юзни невралгия бўлган томонида оғриқ кўзгайдиган «тригерная» нуқталар бўлади. Шу нуқталарга тегилса оғриқ хуружи бошланади ва кучаяди.

Уч шохли нерв невралгияси билан оғриган беморларга касалликнинг бошланиш даврида консерватив

даволаш муолажалари, физиотерапия муолажалари ёрдам беради. Лекин бу вақтинча бўлиб, оғриқ хуружлари яна қайтарилверади.

Шунинг учун уч шохли нерв невралгияси билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш радикал усуллардан ҳисобланади.

Жарроҳлик йўли билан даволаш уч шохли нерв сезувчи толаларини қирқиб қўйишга қаратилган бўлиб, бундай йўллардан бири «Гассеров тугундаги сезувчи толаларни гидротермик деструкциясидир».

Гидротермик деструкция йўли билан даволашда бемор юзини оғриган томонида маҳаллий оғриқсизлантириш йўли билан «Гассеров» тугун, овалсимон тешик орқали «Гартел» бўйича пункция қилиниб нинани тригеминал цистернада тўғри турганига, каллани икки кўринишдаги рентген суратида ишонч ҳосил қилинган сув 0,2 млдан қилиб беморни юзида анестезия ҳосил бўлгунча икки-уч марта жўнатилади.

Шу билан бемор юзининг оғриётган томонида анестезия ҳосил бўлиб, оғриқ йўқолади ва беморлар кундалик ҳаётни кўпчилик қатори давом эттириверади.

РШТЎИМФ нейрохирургия бўлимида 2014–2018 йиллар давомида 119 беморлар уч шохли нерв невралгияси билан «гидротермик деструкция» қилинганлар, улардан 83 (70%) бемор аёллар; 36 (30%) бемор эркакларни ташкил қилади. Уч шохли нерв 1-шоҳчаси невралгияси 12 (10,3%); 1 ва 2 шоҳлар невралгияси 62 (52%); 2 ва 3 шоҳлар невралгияси 32 (27%), 3 шоҳча невралгияси 13 (11,7%) беморларда кузатилган.

Гидротермик деструкциядан кейинги даврда 119 беморлар ҳаммасида муолажадан кейин оғриқлар йўқолди. Лекин 3 беморда оғриқ хуружи 2 кундан кейин қайтарилди, шунинг учун бу беморларда қайта деструкция қилишга тўғри келди. 1 беморга қилинган қайта муолажадан фойда бўлмади.

Гидротермик деструкция ўтказилган 119 бемордан 84 – тасида 3 йил давомида кузатишлар олиб борилди, 3 – беморда уч шохли нерв невралгияси қайталанди ва қайтадан гидротермик деструкция амалга оширилди.

Хулоса қилиб айтганда ҳозирги кунда уч шохли нерв невралгиясини даволашда беморлар учун гидротермик деструкция кам инвазив ва юқори самарали усуллардан бири ҳисобланади.

ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н., Хожиев Х.Ш.

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Учитывая высокую токсичность и короткий период резорбции уксусной кислоты (УК), ведущее значение приобретает временной фактор, так называемый «золотой час», в течение которого можно предотвратить

развитие осложнений острого отравления. В связи с этим огромное значение имеет догоспитальный этап оказания первой медицинской помощи.

Оценить тяжесть острого отравления УК врачу догоспитального звена можно опираясь на ряд следующих клинических признаков:

1. Характер и распространенность боли – при тяжелом отравлении она распространяется на ротоглотку, пищевод, желудок, жгучего, колющего характера.

2. Рвота – при ожогах III степени нередко цвета кофейной гущи или кровавая.

3. Слюнотечение – развивается у пациентов со II-III степенью ожога.

4. Затруднение глотания: II степень ожога – твердая пища не проходит, жидкость с сильными болями. III степень – полное отсутствие проходимости как твердой, так и жидкой пищи.

5. Кашель, затруднение дыхания, появление свистящих хрипов – развивается при развитии ожогов дыхательных путей.

6. Появление мочи цвета мясных помоев или цвета крови свидетельствует о попадании кислоты в кровь и развитии гемолиза.

7. Безусловно, необходима также оценка гемодинамики – при тяжелых отравлениях уже на догоспитальном этапе отмечается стойкое снижение артериального давления, что свидетельствует о развитии экзотоксического шока.

8. Локальный осмотр ротоглотки – ожоги II-III степени характеризуются выраженным отеком с образованием грубых налетов серого или белого цвета, напоминающих дифтерийные пленки.

Тактика оказания первой помощи включает:

1. Обязательное промывание желудка холодной водой в количестве 8-12 л через зонд, смазанный растительным маслом. Перед промыванием желательно обезболить слизистую оболочку рта и пищевода, дав прополоскать рот и выпить 30-50 мл 0,5% раствора новокаина, ввести 2 мл раствора дротаверина в/м, 1 мл 0,1% раствора атропина п/к.

2. **Введение** кортикостероидных гормонов, при средней тяжести отравления – 60 мг преднизолона, при тяжелой степени – до 120-180 мг внутримышечно или внутривенно.

3. Наличие кровавой мочи требует незамедлительного введения гепарина – на догоспитальном этапе можно ввести 5000-10000 ЕД гепарина в/в.

4. Если имеются признаки гемолиза и шокового состояния, необходимо начать введение бикарбоната натрия 4% – в объеме 5-7 мл/кг массы тела, коллоидных растворов – реосорбилакта или препаратов гидроксипроцерамала.

5. Вне зависимости от клинического состояния пациента необходимо доставить его в отделение токсикологии для проведения дальнейшей диагностики тяжести отравления.

Таким образом, внедрение данного алгоритма действий врачей догоспитального звена при острых

отравлениях УК позволит ускорить элиминацию яда из организма и снизить его влияние на организм пациента.

УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. ТАШКЕНТА ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Султанов Д.Т., Аслонов И.Н.

Станция скорой медицинской помощи г. Ташкента при РНЦЭМП

Нами проанализирована обращаемость населения за СМП в течение последних 3 лет.

Установлено, что общий уровень обращаемости населения г. Ташкента за СМП составляет 379,2 на 1000 населения, а с учетом безрезультатных выездов и амбулаторной помощи 393,1 среднесуточная нагрузка на 1 бригаду – 15-16 вызовов.

Наибольшее число вызовов (45,1%) поступает с 18 до 24 часов, наименьшее (до 11%) – с 0 до 6 часов. На часы работы поликлиники (с 8 до 20 часов) приходится до 59% вызовов. Значительная часть их (до 38%) связана с обострением хронических заболеваний.

В среднем более высокая обращаемость отмечается в осенне-зимний период (среднесуточная нагрузка на 1 бригаду до 20-22 вызовов), несколько меньшая – летом.

Отмечается различная обращаемость населения за СМП в зависимости от возраста и пола. Обращаемость женщин за СМП в 1,25 раза выше, чем мужчин.

Анализ обращаемости населения различных возрастных групп показал, что чаще всего вызывают СМП на квартиру (89%), реже в общественные места, на улицу и в медицинские учреждения.

Из общего числа вызовов на квартиру бригады выезжают чаще к детям до 15 лет (23,4%). Из числа взрослых чаще поступают вызовы на квартиру от лиц в возрасте 16 – 30 лет и старше 60 лет (соответственно 11,0 и 33,1%).

Для оказания скорой медицинской помощи на улице бригады чаще выезжают к мужчинам в возрасте 35-49 лет (28%) и женщинам в возрасте 30-39 лет (17%) преимущественно по поводу несчастных случаев.

Общая обращаемость населения за скорой медицинской помощью обусловлена патологией, входящей в 5 классов: заболевания системы кровообращения, органов дыхания, нервной системы, травмы и болезни органов пищеварения.

В структуре обращаемости первое место (51%) занимают болезни системы кровообращения, которые составляют 192 обращения на 1000 населения.

Из них наиболее распространены гипертоническая болезнь (75%), стенокардия (17%), нарушение сердечного ритма (4,5%).

Второе место в структуре обращаемости занимают болезни органов дыхания (24%). Из них респираторные заболевания составляют 17,25%. Наибольшее

1. Перспективы развития скорой медицинской помощи в современных условиях

число вызовов по поводу респираторных инфекций приходится на возраст от 1 до 14 лет (58%). В период вспышки этой инфекции педиатрические бригады выполняют фактически роль детской поликлиники на колесках.

На долю болезней органов пищеварения приходится 12,5% обращений от общего числа вызовов (38,5 обращения на 1000 населения).

Значительный удельный вес в обращаемости населения составляют травмы и отравления (3,24%), а также болезни нервной системы (8,2%). Причем, женщины чаще обращаются за скорой медицинской помощью в связи с нервными заболеваниями (мужчины на 1 000 населения – 11,25 обращения; женщины – 19,65 обращения).

Знание структуры обращаемости и метода экспертных оценок способствует повышению уровня организации и качества скорой медицинской помощи. Они выявляют недостатки в подготовке кадров службы, определяют темы проведения научно-практических конференций и направление врачей на усовершенствование.

Экспертная оценка обоснованности вызовов по службе «103» позволила определить значительную часть вызовов, подлежащих обслуживанию со стороны амбулаторно-поликлинических учреждений.

ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИДА КЕЧИКИШЛАРНИ КАМАЙТИРИШ БЎЙИЧА ТАКЛИФЛАР

Султанов Д.Т., Аслонов И.Н.

РШТЎИМнинг Тошкент шаҳар тез тиббий ёрдам станцияси

Бутун республикада, жумладан, Тошкент шаҳар тез тиббий ёрдам хизматида мурожаатлар сони ошиб бормоқда. Бунинг асосий сабаби тез тиббий ёрдам хизмати фаолиятини яхшилаш мақсадида олиб борилган ислохотлар натижасида (янги ТТЁ автомашиналарининг харид қилиниши, улар сонининг ортиши сабабли кечикишлар сонининг камайиши, моддий техника базасини яхшиланиши, шу жумладан, дори воситаларига ажратилган маблағларнинг бир неча мартага оширилиши) аҳоли ишончининг ортиши ҳамда аҳоли ўртача ёшининг ошиши ҳисобланади. Чақириқлар сонининг ошиши мос равишда кечикишлар сонининг ошишига олиб келади. 2017 йил давомида бу кўрсаткич жами чақириқлар сонига нисбатан 11,3% ни ташкил этган бўлса, 2018 йилда 11% ни ташкил этди. Айниқса бу кўрсаткич қишки мавсумда ЎРИ (ўткир респиратор инфекция) касаллиги билан касалланган беморлар томонидан мурожаатлар сонининг кескин ошиши (суткасига 2400-2500 дан 3500-3700 тагача), натижасида 19% ни ташкил этди. Чақириқлар тузилмаси таркиби шуни кўрсатадики сурункали касалликлар билан касалланган беморларнинг мунтазам равишда тез тиббий ёрдам хизматида мурожаат қилиб туриши 38% ни ташкил этади.

Тез тиббий ёрдам хизматида мурожаатлар 2018 йилда ҳар 1000 та аҳолига нисбатан 379,2 тани ташкил

этди, яъни ўртача ҳар 2.5-3 та аҳолига нисбатан 1 та мурожаат қайд этилади. Аммо тез тиббий ёрдам хизматида сурункали касалликлар билан оғриган беморларнинг баъзилари йилига 500-1000 мартагача мурожаат қилиб туради. Бу ўртача кўрсаткичдан 3000-4000 мартага кўп демакдир. Бу беморлар аввало шошилич тиббий ёрдам хизматида муҳтож бўлмаган беморлар бўлиб мунтазам равишда муайян турдаги дориларни қабул қилиш мақсадида чақириқлар.

Маълумот ўрнида: 2018 йилнинг декабрь ойида (82938 та чақириқ қайд этилган бўлиб кечикишлар 19% га тенг) олинган оператив маълумотлар таҳлили шуни кўрсатдики, тез тиббий ёрдам хизматида 237 нафар фуқаро томонидан (Тошкент шаҳрида яшовчи фуқаролар сонига нисбатан атиги 0,009%) 4441 марта (жами мурожаатларнинг 5,35%) мурожаат қилинган. Ваҳоланки улар орасида госпитализацияга муҳтож беморлар аниқланмаган. Такрорий чақириқлар бўлишига қарамасдан госпитализациядан бош тортган.

Тошкент шаҳар аҳолисида бугунги кунда 61 та ОП таркибида 1300 нафардан ортиқ УАШ врачлар ишлаб турган бўлиб, кўпи билан 1-2 нафар сурункали касалликлар билан касалланган беморга ҳудудий 1та УАШ врач тўғри келишидан келиб чиқиб қаралса, бириктирилган ҳудуддаги шу беморга тўғри патронаж ишини ташкиллаштирилиши ТТЁ хизматидаги кечикишлар, ўз ўрнида аҳоли эътирозларининг кескин камайишига олиб келади.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ ТАШКЕНТЕ

Султанов Д.Т., Аслонов И.Н.

Станция скорой медицинской помощи г. Ташкента при РНЦЭМП

12 подстанций СМП г. Ташкента ежегодно обслуживают более 900 тыс. вызовов. В течение суток выполняют более 2,5-х тыс. вызовов. 95-97% обращений обслуживаются выездными бригадами, а 3-5% непосредственно на подстанциях (амбулаторные больные).

Основная доля обращений приходится на внезапные заболевания (2016 г. – 48,5%, 2018 г. – 60,2%); квартирную помощь (2016 г. – 34,6%, 2018 г. – 30,8%) и несчастные случаи (2016 г. – 4,8%; 2018 г. – 4,4%).

Структура внезапных заболеваний в основном складывается из 3-х классов: системы кровообращения (45%); органов дыхания (30%) и нервной системы (11%), 14% – другие патологии.

Квартирная помощь – выражение, сложившееся на станции скорой медицинской помощи г. Ташкента при РНЦЭМП исторически, в него включаются те больные, которые по сути своей относятся к амбулаторно-поликлиническим.

Сегодня в режиме круглосуточного дежурства на станции работает 181 бригада из них 4 реанимационные, 3 психиатрические и 2 бригады по перевозке трупов. Данные бригады готовы в любое время суток

оказывать скорую медицинскую помощь на должном уровне.

Эффективность скорой медицинской помощи населению определяется оказанием этого вида помощи в кратчайшие сроки, что зависит от рационального размещения подстанций на территории города с максимальным приближением их к населению с целью обеспечения 15-20-минутной транспортной доступности и преемственности (интеграции) в работе подстанций с учреждениями первичного звена здравоохранения.

Основная задача станции – оказание скорой медицинской помощи больным и пострадавшим в минимально короткие сроки и в оптимальном объеме. Выполнение этой задачи в соответствии с современными требованиями зависит от наличия в каждом районе подстанции и достаточного материально-технического обеспечения. В настоящее время подстанции СМП имеются в каждом районе г. Ташкента. Районная деятельность подстанций скорой медицинской помощи, а также создание в 2017 году опорных точек для бригад СМП при семейных поликлиниках привела к снижению опозданий выездных бригад на место вызова.

Кроме того, деятельность подстанций в каждом районе даёт возможность врачам и средним медицинским работникам знать своих потенциальных пациентов и более подробно изучить анамнез их заболевания.

Большую роль в повышении квалификации врачей и средних медицинских работников службы играют регулярно проводимые на подстанциях врачебно-фельдшерские конференции с подробным изучением принятых в 2017 году «Стандартов оказания медицинской помощи бригадами 103».

Продолжается работа по изучению потребности населения в скорой медицинской помощи, осуществляется рациональное распределение выездных бригад по подстанциям с учетом обращаемости населения, мощности подстанций и зон обслуживания.

В ближайшее время планируется внедрение комплексной автоматизированной системы управления деятельностью СМП, что позволит:

- сократить время обслуживания больных и пострадавших на догоспитальном этапе;
- обеспечить оперативный и оптимальный выбор бригад для обслуживания вызова и места госпитализации экстренных больных и пострадавших.
- обеспечить равномерную нагрузку бригад в процессе обслуживания вызовов;
- освободить сотрудников оперативных подразделений от трудоёмких ручных работ по приему–передаче и контролю выполнения вызовов;
- повысить оперативность и качество представления справочной информации населению, медицинским учреждениям и оперативным службам города;

– обеспечить формирование и выдачу оперативной и отчетно-статистической информации для своевременного контроля и анализа результатов деятельности подразделений скорой медицинской помощи.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Тахиров Ж.М., Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Предметом постоянной дискуссии врачей скорой помощи и сотрудников приемных отделений специализированных стационаров является вопрос о качестве догоспитальной диагностики.

Материалом исследования явились карты скорой помощи и истории болезни 350 пострадавших, поступивших в 2017-2018 гг. в Хорезмский филиал РНЦЭМП. Средний возраст пострадавших составил 43,3±1,0 года, большинство из них были мужчины: 65% травм были получены в результате дорожно-транспортных происшествий, падения с высоты имели место в 20% случаев. На месте происшествия у 23 % пострадавших систолическое АД превышало 100 мм рт. ст., у 38% был диагностирован шок 1-й степени, у 15% – шок 2-й степени, у 16% – шок 3-й степени, 8% находились в терминальном состоянии. Кроме того, 25% пострадавших находились в состоянии травматической комы. Срок доставки 71,3±1,5 мин.

Наиболее серьезной ошибкой догоспитальной диагностики при тяжелых ранениях и травмах является неоправданное стремление к установлению максимально подробного диагноза, что сопровождается удлинением времени догоспитального этапа и дополнительной травматизацией пациента при его полном раздевании.

Обязательной должна являться диагностика на догоспитальном этапе повреждений и жизнеугрожающих последствий травмы, выявление которых требует проведения конкретных лечебных мероприятий врачом скорой помощи:

- тяжелой черепно-мозговой травмы;
- тяжелой травмы позвоночника;
- открытого и напряженного пневмоторакса;
- ран, сопровождающихся кровотечением;
- эвентрации внутренних органов при ранении живота;
- переломов длинных трубчатых костей.

В целом на первом месте стоит выявление жизнеугрожающих последствий травмы, которые могут привести к гибели или ухудшению состояния пострадавшего в период транспортировки. Диагностика должна иметь синдромный характер, однако, к сожалению, еще не стала общепризнанной среди практических врачей и руководителей скорой помощи. Типичной

ошибкой в устранении нарушений внешнего дыхания у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой является несоблюдение показаний к интубации трахеи и ИВЛ.

Другим распространенным недостатком обезболивания на догоспитальном этапе является по-прежнему нередкое применение промедола в качестве основного, а частого и единственного средства анальгезии.

Наиболее частые ошибки инфузионной терапии, проводимой на догоспитальном этапе, связаны с тем, что ее объем и характер не в должной мере определяются факторами. Основными недостатками являются неоправданный отказ от проведения инфузионной терапии при шоке II, III степени и терминальном состоянии, необоснованное увеличение объема инфузии при отсутствии шока и шока I степени (9%), превышение максимально допустимого объема введения коллоидных растворов (1 %).

ДОСУТОЧНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ташкенбаева Э.Н., Ураков Н.А., Мукумов А.А., Абдиева Г.А., Кадырова Ф.Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский государственный медицинский институт

Цель исследования: определение роли различных этапов оказания помощи больным ОИМ и выявление факторов, влияющих на течение и тактику лечения больных с ОИМ.

Нами было проведено ретроспективное исследование историй болезни, сопроводительных талонов скорой медицинской помощи и протоколов патологоанатомического заключения 54 больных, умерших в первые 24 часа после поступления в отделение кардиореанимации Самаркандского филиала РНЦЭМП за период 2017-2018 гг., что составило 7,1% от общего числа больных с инфарктом миокарда (818 больных с ОИМ).

При рассмотрении общей госпитальной летальности от острого инфаркта миокарда доля суточной летальности в 2017 г. составила 51,7%, в 2018 г. – 46,3%.

При изучении предикторов неблагоприятного исхода, влияющих на ведение и тактику лечения, в первую очередь было выявлено значение социально-демографического статуса больных.

62,8% больных, поступивших в стационар, – жители г. Самарканда и 37,2% – жители села. За данный период времени в первые 24 часа после госпитализации в стационар умерли 15 женщин и 24 мужчин, заметных гендерных различий в структуре не отмечалось. При изучении возрастного диапазона умершие старше 70 лет составили 28%. Возрастная группа от 50 до 69 лет приходилась на 68%, в возрасте младше 50 лет приходилась на 4%. Мужчины, относящиеся к этой группе,

умирали в первые сутки после поступления в 1,5 раза чаще, чем женщины этой же группы.

Результаты анализа показывают, что высокий уровень досуточной летальности у больных с сопутствующей патологией нередко обусловлен наличием нескольких заболеваний. В 2017 г. таких пациентов было 17 (59%), в 2018 г. – 20 (80%). Среди них гипертоническая болезнь регистрировалась у 67% в 2017 г. и у 58% больных в 2018 г., сахарный диабет II типа регистрировался у 16% в 2017 г. и 18% в 2018 г., метаболический синдром регистрировался у 10% в 2017 г. и у 12% в 2018 г., ХСН у 14% в 2017 г. и у 12% в 2018 г.

Важный фактор, характеризующий общее состояние больных, – время от начала заболевания. Более половины больных поступали более чем через 24 часа с начала заболевания, что можно объяснить недооценкой своего состояния со стороны населения. Учитывая значительную роль догоспитального этапа в формировании показателей досуточной летальности, с целью оптимизации взаимодействия лечебно-профилактических учреждений были проанализированы качество и объем оказанной медицинской помощи на всех этапах до поступления в стационар.

В 2017 г. 12 (41%) больных были доставлены бригадами скорой помощи, в 2018 г. из 25 – 11 (44%).

Степень тяжести общего состояния больного определяли врачи, оказывающие помощь в приемном отделении. Лишь 2,5% больных поступали в тяжелом состоянии, 87,5% больных поступали в крайне тяжелом и агональном состоянии. Необходимо отметить, что 9% поступивших скончались в приемном отделении при проведении реанимационных мероприятий.

Таким образом, большое количество больных поступают позднее 24 ч с момента начала заболевания, многофакторность причин, таких как недоступность амбулаторной помощи, перевозки между стационарами, кадровые и транспортные проблемы, коморбидность, определяют необходимость комплексного подхода к решению проблем досуточной летальности больных с острым инфарктом миокарда.

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РНЦЭП СОФ

Ташмурадов Б. А.

Цель исследования – проанализировать состояние оказания скорой помощи больным с сосудистыми заболеваниями головного мозга в РНЦЭМП СОФ.

В РНЦЭМП СОФ неотложная неврологическая помощь оказывается круглосуточно в неврологическом отделении. РНЦЭМП СОФ оснащен компьютерным томографом (работает с 08:00 до 23:00) Неврологическое отделение состоит из 20 коек. В основе схемы оказания помощи лежит принцип раннего поэтапного начала лечения: приемный покой – реанимационное отделение – палаты интенсивной неврологии. В 2018 году в

отделение неврологии РНЦЭМП СОФ было госпитализировано 1373 больных, из них с цереброваскулярной патологией 394 больных.

В структуре инсультов ишемический инсульт являлся преобладающим. Соотношение церебральных инфарктов и кровоизлияний составляло 2,5 : 1. Больные с транзиторными ишемическими атаками не учитывались. Из общественных мест больные доставляются в дежурные стационары, как правило, в течение первых 45 минут. В течение первых 6 ч госпитализируются 18–31% всех больных. В первые 3 суток госпитализируются 67,2% больных.

Таким образом, в настоящее время можно условно выделить три первоочередные экономически малозатратные задачи для уменьшения последствий инсультов: с целью раннего обращения за помощью – распространение знаний о первых симптомах инсульта среди жителей области; для ранней диагностики – проведение школ-семинаров для врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи; для раннего проведения дифференцированной терапии – организация круглосуточной работы компьютерного томографа.

СТАЦИОНАРГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧДА ПОЛИТРАВМАЛАРДА ШИФОКОРГАЧА БЎЛГАН ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Ташпўлатова Д.Н.

РШТЁИМ Фарғона филиали

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимидаги ислохотлар натижасида шошилиш тиббий ёрдам сифат ва самарадорлигини ошириш бўйича кенг қамровли ишлар олиб борилмоқда. Сўнгги йиллар давомида аҳоли сонини кўпайиши, аҳолини тиббий маданиятининг ошиши тез тиббий ёрдамга бўлган мурожаатлар сонини кўпайишига олиб келмоқда. Бу эса ўз навбатида тез тиббий ёрдам ишини янада такомиллаштириш, моддий техник базасини яхшилаш, тез тиббий ёрдам станцияларини малакали кадрлар билан таъминлаш бугунги куннинг долзарб мавзуларидан бирига айланди. Тез тиббий ёрдам ишининг ҳозирги кундаги замонавий мутахассиси у хоҳ врач бўлсин, хоҳ парамедик, фельдшер ёки ўрта тиббиёт ходими бўлсин, у ўз ишининг устаси, фаол ташкилотчи, фидойи бўлмоғи лозим. Аҳолига тез тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш ва уни амалга оширишни қуйидаги турлари мавжуд:

1. Биринчи (малакасиз) тиббий ёрдам: бу ҳеч қандай тиббий маълумоти йўқ кишилар, яъни оддий аҳоли томонидан воқеа содир бўлган жойни ўзида кўрсатилади.

2. Биринчи малакали (шифокоргача бўлган) тиббий ёрдам бу тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича маълумоти бор махсус тайёрланган ўрта тиббиёт ходими, тез тиббий ёрдам фельдшерлари, жойларда патронаж ҳамширалар томонидан кўрсатилади.

3. Биринчи шифокор тиббий ёрдами бу – керакли тиббий асбоб-анжом, дори воситаси билан таъминланган шифокор томонидан кўрсатилади.

4. Малакали тиббий ёрдам – бу шифохонада шифокор мутахассис томонидан кўрсатилади.

5. Ихтисослаштирилган тиббий ёрдам, бу тиббий ёрдам юқори даражада тиббий ёрдам кўрсата оладиган ихтисослаштирилган клиникаларда кўрсатилади.

Тез тиббий ёрдам машиналари GPS навигациялари билан жиҳозланган бўлиши чақирилган жойга тез ва қисқа муддатларда етиб бориши, инсонлар ҳаётини сақлаб қолишда муҳим роль ўйнайди. Тез тиббий ёрдам бригадаси чақирувда ёки воқеа содир бўлган жойга етиб боргач вазифаси қуйидагилардан иборат:

1. Вазиятни баҳолаш. Чақирув уйгами, жамоат жойгами, иш жойгами, бахтсиз ходисами, йул транспорт ходисасими, массив автоаварияларми ва х.к. Беморни алоҳидалаш, бахтсиз ҳодисага олиб келувчи сабабларни бартараф этиш керак. Шу билан бирга қутқарувчи ёки фельдшер ўзини ҳаётини хавфсизлигини таъминлаши ҳам керак.

2. Бемор ҳолатини баҳолаш (хушида, хушида эмас, хуши тарқоқ, алаҳсирайди)

3. Бемор териси ранги (қизарган, куйган, тошмалар бор ёки йўқлиги, кўқарган жойлар, қонталашлар бор-йўқлиги, шилинган, тирналган, жойлар бор-йўқлиги) аниқлаш.

4. Шок ҳолати борми (травматик, кардиоген, қуйишдан кейинги, анафилактик, гиповолемик, постгеморрагик шок ва ҳ.к.)

5. Кесилган, санчилган, тери бутунлиги бузилиши билан кечувчи жароҳатлар борлиги, қон кетишини аниқлаш.

Биринчи малакали (шифокоргача бўлган) тиббий ёрдам кўрсатиш воқеа содир бўлган жойда, жамоат жойларида, транспортда, таълим муассасаларида, ишхоналарда ва хатто касалхона шароитида шифокор етиб келгунгача даврни ўз ичига олади. Тез тиббий ёрдам фельдшерлари, парамедиклар қуйидагиларни мукамал ўзлаштирган бўлиши лозим:

– жароҳатга бирламчи қайта ишлов бериш
– вақтинча қон тўхтатиш
– оёқ ва қўларнинг синиш ва чиқишларда транспорт имобилизациясини ўтказиш
– оғир жароҳат олганларни оғриқсизлантириш.
– тананинг хар хил жойларига асептик боғлам қўйиш

– сунъий нафас бериш, юракни ёпиқ массаж қилиш
– тана ҳароратини ўлчаш, қон босимини ўлчаш, юрак уришлари сонини аниқлаш.

– ҳушдан кетиш, коллапс, шок, қуйиш, совуқ уриши, электротравмалар, бронхиал астма, ўткир миокард инфаркти ҳолатларида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш

Тез тиббий ёрдам хизматида ҳар қандай вазиятда бўлмасин биринчи қилиниши керак бўлган ишларни тартиб билан амалга ошириш, беморни ҳаётини сақлаб қолишда муҳим аҳамиятга эга бўлади.

**НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
ПАЦИЕНТАМ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**

*Тияков А.Б., Эгамов Б.Т., Мустафакулов И.Б.,
Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Мизамов Ф.О.,
Мавлянов Ф.Ш.*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский
институт**

Актуальность. Тяжелые сочетанные травмы являются одной из трех основных причин смертности населения. Причем в возрасте до 40 лет эти причины входят на первое место во всем мире. Если же считать смертность по годам недожитой жизни, то она превышает смертность от сердечно-сосудистых, онкологических и инфекционных болезней вместе взятых (С.Ф. Багненко с соавт., 2017).

В Узбекистане ежегодно более 800 тыс. человек получают различные повреждения. Установлено, что травмы вследствие дорожно-транспортных происшествий составляют около 55 всех повреждений. Но эти травмы наиболее тяжелые по своим последствиям, являются причиной почти четверти случаев инвалидности и каждого третьего случая смертности (А.М. Хаджибаев с соавт., 2008; А.И. Икрамов с соавт., 2010).

Следует отметить, что смертность от травмы при ДТП в РУЗ имеет тенденцию к увеличению в абсолютных и интенсивных (на 100 тысч. населения) показателях: в 2006 году от травм при ДТП умерли – 2393 (9,1%) человек; в 2008 году – 2731 (10,1%). К примеру, показатель по европейскому региону по данным ВОЗ, составляет 13,4%, средний показатель по СНГ – 21,8%, в то же время в странах северной Европы – 3,7% (М.Ж. Азизов, 2010).

Цель исследования. Охарактеризовать и анализировать качественный состав больных с травмами, обратившихся и леченных в Самаркандском филиале РНЦЭМП за 2008-2018 гг.

Материал и методы. Всего обратились в приёмное отделение 475140 человек. Из них с травмами – 71335 пациентов (15,01%). Госпитализировано за указанный период 241105 человек (50,74%). Из них с различными травмами 25660 человек (10,64%). Оперировано с травмами 9776 (38,09%) пострадавших. Умерли из числа прооперированных от травмы – 301 человек (3,07%), а среди госпитализированных больных летальность составила 668 человек (2,60%).

Результаты. Все виды сочетанных травм, при ориентации на ведущее повреждение, могут быть отнесены к одной из семьи групп (В.А. Соколов, 1998):

1-ая группа – сочетанная травма головного мозга – 12050 больных (46,96%), из них оперировано 2455 (20,37%), умерло 378 (3,13%).

2-ая группа – сочетанная травма спинного мозга – 525 пострадавших (2,04%), оперировано – 257 (48,95%), умерли – 47 человек (8,95%).

3-ая группа – сочетанная травма груди – 1375 пострадавших (5,35%), оперировано – 826 человек (60,07%), из них умерло 53 пациента (3,85%).

4-ая группа – сочетанная травма живота и органов брюшинного пространства – 1887 больных (7,35%), из них оперировано 1295 (68,62%), умерло 50 (2,64%).

5-ая группа – сочетанная травма опорно-двигательного аппарата – 1118 человек (4,35%), оперировано – 310 (27,72%), умерли – 30 (2,68%).

6-ая группа – сочетанная травма двух и более конечностей – 5417 пострадавших (21,17%), из них оперированы – 3350 человек (61,84%), умерших – 60 (1,10%).

7-ая группа – сочетанная травма без ведущего повреждения – 350 человек (1,36%), оперировано – 161 пострадавший (46,0%), умерли – 25 (7,14%).

Следует отметить, что дорожно-транспортная травма (ДТП) по частоте занимает лидирующее положение среди обратившихся с травмами – 81,1%, а среди госпитализированных больных – 17,85%.

Большинство пострадавших с сочетанной травмой доставлялись в Самаркандский филиал РНЦЭМП бригадами скорой помощи (более 76%). До 30% обратившихся пациентов находились в состоянии алкогольного опьянения.

Среди пострадавших 3356 (4,7%) были дети в возрасте от 14 лет. Более 65% пострадавших с сочетанными травмами были в трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет), в основном, это мужчины (более 83%).

Выводы. Проблема травматических повреждений вышла за рамки медицинской, она стала остросоциальной, демографической и экономической.

**ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ХИЗМАТИНИНГ
МУСТАҚИЛЛИГИМИЗНИНГ 20 ЙИЛЛИГИДАН КЕЙИНГИ
ЎЗГАРИШЛАР**

*Тияков А.Б., Ишонқулов А.М., Хайдаров Г.А.,
Раззоқов Д.Р., Мавлонов Ф.Ш.*

РШТЎИМ Самарканд филиали

Мамлакатимизда, шу жумладан, Самарқанд вилоятида шошилинч тиббий ёрдам соҳасини ривожлантиришда Жаҳон банкининг Халқаро Ривожланиш Ассоциацияси билан молиявий ҳамкорликда Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш «Саломатлик-3» лойиҳасининг аҳамияти катта бўлди.

«Саломатлик-3» лойиҳаси «Саломатлик-2» лойиҳасининг мантқиқий давоми бўлиб, Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 2011 йил 7-сентябрдаги «Жаҳон банкининг Халқаро Ривожланиш Ассоциацияси билан молиявий ҳамкорликда «Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш (Саломатлик-3)» лойиҳасини амалга ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги 1614-сонли ва 2014 йил 29 майдаги «Жаҳон банкининг халқаро тараққиёт уюшмаси иштирокида «Соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш (Саломатлик-3)» лойиҳасини амалга оширишга оид қўшимча чора-тад-

бирлар тўғрисида»ги 2182-сонли Қарорлари асосида амалга ошириб келинмоқда. Лойиҳанинг умумий қиймати 254,5 миллион АҚШ долларини ташкил қилади. Жумладан, 186 миллион доллар Жаҳон банки кредити, 68,5 миллион доллари эса Ўзбекистон Республикаси томонидан ажратилган.

Лойиҳа томонидан қуйидаги вазифалар амалга ошириш режалаштирилган:

– 172 та туман ва шаҳар тиббиёт бирлашмаларини замонавий лаборатория ва ташхислаш аппаратуралари, тиббий чиқиндиларни утилизация қилиш ускуналари ва мебеллар билан таъминлаш;

– Битта муассасага етказиб бериладиган жиҳозларнинг ўртача қиймати 700-750 минг АҚШ доллари қийматида бўлиш;

– 39 та шаҳар кўп тармоқли марказий поликлиникаси, 180 та оилавий поликлиника (ОП) ва 126 та қишлоқ врачлик пунктларини (ҚВП) жиҳозлаш, бунда битта муассасага етказиб бериладиган асбоб-ускуналарнинг ўртача қиймати 25-30 минг АҚШ долларига тенг қийматда бўлиши;

– Олий ўқув юртларининг ҚВП ва ОП врачларини қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш бўйича 15 та кафедра/курсларини ўқув, тиббиётга оид адабиётлар билан бойитиш;

– Республиканинг барча шаҳар оилавий поликлиникаларини босқичма-босқич жон бошига молиялаштириш тизимига ўтказиш;

– Стационарларни тиббий хизматлар ҳажми қийматига асосланган контрактлар бўйича тўлов ўтказиш тизимини синаб кўриш ҳисобига соғлиқни сақлашда молиявий ва бошқарув ислохотларини ривожлантириш, шифохоналарни молиялаштириш тизимини синаб кўришни қўллаш мақсадида соғлиқни сақлашни бошқаришнинг ахборот дастурини яратиш.

Лойиҳа асосида республикадаги даволаш профилактика муассасаларига қиймати 51,3 миллион доллар бўлган 30 хил турдаги замонавий тиббий асбоб-ускуналар етказиб берилди. Жумладан, 1037 та стоматология ускуналар тўплами, 115 та рентген аппарати, шунингдек, лабораторияга тегишли мебеллар жойларга етказилди. Шунингдек, 230 та ультратовуш текшируви, 116 та рентген диагностика ускунаси, 115 та дигитайзер ва 115 та УТД сканери, 355 та автоклав стерилизация қутилари билан, 1150 та шприцли насос, 470 та қуришиш шкафи, 202 тадан 575 тагача уч турдаги совуткич, 355 та портатив ЭКГ аппарати, 115 та гастродуоденоскоп, 460 нафар беморга мўлжалланган монитор, 920 та пульсоксиметр, 661 та лаборатория учун центрафугава 546 та дистиллятор, вакцина сақлаш учун 634 та сумка-музлаткич, бундан ташқари, 196 тадан 6790 тагача жарроҳлик ва гинекологик асбоблар, катталар ва болаларга мўлжалланган 2507 тадан 3260 тагача ростомер ва тарози, 196 та синнов кўзойнак линзалар тўплами, лампалар, авторефрактометрлар, белгиларнинг автоматик проекторлари, отоскоплар, 6319 та офтальмоскоп/отоскоп тўплалари,

2712 та кўз ўткирлигини аниқлаш учун мослама, 6398 та УАШ ва патронаж ҳамширалар учун иш сумкалари жойига етказилди ва ишга туширилди.

2016 йилда «Саломатлик-3» лойиҳаси доирасида Самарқанд вилоятига 11 та «Nissan Urvan NV350 Ambulance» русумли реанимобиль тақдим этилиб, туман тиббиёт бирлашмалари тез тиббий ёрдам бўлимларига етказиб берилди. 2017 йил давомида яна 115 та санитар автомашинлар харид қилиниб ТТЁ бўлимларига етказилди.

Жаҳон банки томонидан молиялаштирилган навбатдаги «Саломатлик-4» лойиҳаси тўлиғича фақат республикамизнинг барча ҳудудларидаги шошилинч тиббий ёрдам хизматларини жиҳозлашга йўналтирилган.

САМАРҚАНД ВИЛОЯТИДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИНИНГ ШАКЛЛАНИШИ

*Тияков А.Б., Раззоқов Д.Р., Ишонқулов А.М.,
Мавлонов Ф.Ш.*

РШТЁИМ Самарқанд филиали

Республикада, шу жумладан, Самарқанд вилоятида шошилинч тез тиббий ёрдам маркази Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 1998 йил 10-ноябрдаги «Соғлиқни сақлаш тизимини ислох қилиш Давлат дастури тўғрисида»ги 2107-сонли Фармонида асосан барпо қилинган.

Соҳанинг кейинги равнақи Республика Президентининг ва Вазирлар Маҳкамасининг бир қатор Қарорлари ижроси билан чамбарчас боғлиқ.

Шу жумладан, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2002 йил 22 августдаги «2003-2005 йилларда тез тиббий ёрдам хизматининг моддий-техник базасини янада ривожлантириш ва мустаҳкамлаш чоратадбирлари тўғрисида»ги Қарори ҳам бу борада муҳим аҳамият касб этди.

Тез тиббий ёрдам хизматининг моддий-техника базасини янада ривожлантириш ва мустаҳкамлаш, уни махсус автотранспорт, замонавий тиббий асбоб-ускуналар, доривор препаратлар ва алоқа воситалари билан жиҳозлаш мақсадида Вазирлар Маҳкамасининг қабул қилган ушбу қарори Ўзбекистон Республикасида 2003 – 2005 йилларда тез тиббий ёрдам хизматини ривожлантириш ва жиҳозлаш дастурини тасдиқлади.

2003 – 2005 йилларда тез тиббий ёрдам хизматини ривожлантириш ва жиҳозлаш дастури асосида тез тиббий ёрдам марказий станциялари ва кичик станциялари объектларини мукамал таъмирлаш учун 2365,3 млн сўм, шу жумладан 2003 йилда 311,0 млн сўм, «Дамас-Амбуланс» автомобилларини тўғридан-тўғри ишлаб чиқарувчи заводдан, алоқа воситалари ва тиббиёт техникасини хориждан тендер асосида харид қилиш йўли билан тез тиббий ёрдам санитария автотранспорти, алоқа воситалари ва тиббиёт техникаси билан таъминлаш учун 10843,6 минг АҚШ доллари, шу жумладан

2003 йилда 540,9 минг АҚШ доллари миқдорида маблағ ажратилди. Шунингдек, қарорда 2003 – 2005 йилларда Ўзбекистон Республикасининг тез тиббий ёрдам станциялари ва кичик станцияларини мукамал таъмирлаш мақсадида 174 станциялар учун 2365,0 млн сўм ажратиш кўзда тутилди.

Қарорнинг муҳимлиги шундан иборатки, шошилинч тиббий ёрдам хизмати учун энг зарур восита – автотранспорт билан таъминлаш режаси 2003 – 2005 йилларда 367 тани ташкил қилиб, ана шу мақсадда 3547,0 минг АҚШ доллари миқдорида маблағ ажратилиши белгиланди.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиалига 2003-2005 йилларда тез тиббий ёрдам хизматини алоқа воситалари билан жиҳозлашга эса 884,1 минг АҚШ доллари миқдорида маблағ ажратилган.

Республика шошилинч тиббий ёрдам марказининг моддий-техника базасини мустақамлашга ғоят катта маблағлар йўналтирилишига қарамасдан, замонавий асбоб-ускуналардан ва ихтисослаштирилган тиббиёт автотранспортдан фойдаланишда камчиликлар тўлиқ бартараф этилмади.

Айрим соғлиқни сақлаш муассалари ва Республика шошилинч тиббий ёрдам маркази филиаллари томонидан ихтисослаштирилган автотранспортдан нооқилона ва мақсадсиз тарзда фойдаланиш ҳолатларига йўл қўйилди, гараж хўжалиги ва транспортга техник хизмат кўрсатиш тизимлари суғурилди.

Ана шундай камчиликларни бартараф этиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Биринчи Президентининг 2009 йил 21 майдаги “Тез тиббий ёрдам кўрсатиш тизими фаолиятини такомиллаштириш тўғрисида”ги ПҚ-1114-сонли Қарори қабул қилинди.

Қарорда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Молия вазирлиги раҳбарларига соғлиқни сақлаш муассасаларининг мансабдор шахслари ва ҳайдовчилари томонидан автомобилларнинг чиқиш-киришини ҳисобга олиш тизимига риоя этилиши, шунингдек уларнинг ихтисослаштирилган автотранспортдан мақсадли фойдаланишни таъминлашлари устидан доимий равишда қаттиқ назоратни амалга ошириш, ихтисослаштирилган тиббиёт автотранспортдан мақсадсиз фойдаланилишининг ҳар бир аниқланган ҳолатини соғлиқни сақлаш муассасалари раҳбарлари томонидан хизмат мавқеини суиистеъмол қилиш деб баҳоланиши белгиланди. Бундан келиб чиқадиган барча оқибатларни қонун ҳужжатларига мувофиқ ҳолда кўриб чиқиш вазифалари юқланди.

Шунингдек, Республика шошилинч тиббий ёрдам маркази ва унинг вилоят филиалларига Корея Республикаси ҳукуматининг грант маблағлари ҳисобига келтирилган 110 та тез ёрдам автомобилларини фойдаланишга топширилди.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С МЕХАНИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ РНЦЭМП

Тожиев Ш.З., Валиев Э.Ю., Хакимов Р.Н., Ганиев О.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Несмотря на проводимые реформы в первичном звене здравоохранения (догоспитальная), проблема совершенствования деятельности амбулаторной травматологической помощи остается все еще не решенной и продолжает быть актуальной. С интенсивным развитием технического прогресса, увеличением числа транспортных средств и общей активности индивидуумов наблюдается рост травматизма и увеличение социально-экономических затрат по временной утрате трудоспособности и инвалидности пострадавших. В борьбе с травматизмом и его неблагоприятными последствиями важное значение имеет дальнейшее совершенствование организации травматологической помощи на всех этапах и в первую очередь на догоспитальном этапе. Несмотря на пристальное внимание к данной проблеме все еще существует множество нерешенных вопросов.

Целью исследования явилось улучшение качества и эффективности оказываемой специализированной до госпитальной медицинской помощи больным с травмами опорно-двигательного аппарата в современных условиях реформирования здравоохранения (на примере РНЦЭМП).

Ежегодно в РНЦЭМП за медицинской помощью обращаются около 25845 пациентов (за 2017 г.), среди всех травм преобладает бытовой травматизм 20563 (79,5%), почти каждый седьмой пострадавший имел травму, полученную в результате криминальных обстоятельств – 1567 (7%), 2730 (10,5%) обратившихся больных были с травмами, полученными в результате ДТП, травма на производстве получена в 227 (0,9%) случаях. Из них 13418 (51,9%) больным оказана амбулаторная помощь, 12427 (48,08%) больных госпитализированы в профильные отделения.

В РНЦЭМП проводится обследование и оказание помощи пострадавшим согласно стандартам диагностики и лечения, начиная с современных методов инструментальной диагностики, включая КТ и МРТ головного мозга и позвоночника, МСКТ органов брюшной полости, грудной клетки, а также костей таза, МКТ-ангиография, последнее позволило существенно повысить уровень диагностики по выявлению патологии, что способствовало улучшению результатов оказываемой неотложной помощи. В зависимости от полученных травм при первичном осмотре оценка состояния больных имеет решающее значение для определения лечебно-диагностической тактики. Пострадавший в зависимости от характера повреждения

транспортируется в палату реанимационно-операционного блока приемно-диагностического отделения. Поскольку задачей сортировки является выявление всех имеющихся повреждений и угрожающих жизни состояний, оценка их тяжести с целью определения характера, объема и очередности оказания помощи проводится за максимально короткое время, ее осуществляют одновременно несколько специалистов – хирурги, сосудистые хирурги, микрохирурги, торакальные хирурги, кардиохирурги, урологи, ЧЛХ, травматологи, нейрохирурги с привлечением специалистов лучевой диагностики (УЗИ, рентген, КТ, МСКТ и т.д.).

Координирует процесс лечебно-диагностических мероприятий в реанимационно-операционном блоке опытный врач – ответственный хирург. Все необходимые дополнительные методы исследования (ЭХО-ЭС, рентгенография, УЗИ, МРТ, МСКТ, ЭХО-КГ, анализы крови и т.д.) проводятся уже там, параллельно с мероприятиями по стабилизации общего состояния.

Таким образом организация оказания экстренной медицинской помощи в РНЦЭМП основана на использовании лечебно-диагностических стандартов, разработанных в клинике с использованием высокотехнологических методов диагностики и малоинвазивных методов лечения. Высокий поток больных с амбулаторными травмами (изолированные травмы) увеличивает нагрузку на персонал и усложняет процесс оказания экстренной медицинской помощи истинным больным с сочетанной травмой, множественной травмой и политравмой.

ИЗМЕНЕНИЯ МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ – ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

Туйчиев А.Х., Нишонов У.А., Нишонбоева С.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Наиболее частой причиной развития гипертонического криза является неадекватно лечения артериальной гипертензии. Второй частой причиной развития гипертонического криза является самостоятельная отмена больными гипотензивных лекарственных средств. Также причиной развития гипертонического криза является нервно-психические перегрузки, стрессовые ситуации, несоблюдение диеты, вредные привычки. Выраженные изменения метеорологических условий (резкие колебания температуры воздуха, влажности, атмосферного давления и магнитные бури) также имеют значение в развитии гипертонического криза.

Цель. Оценить значение метеорологических условий как причину развития гипертонического криза.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проанализированы истории болезни больных, госпитализированных в отделение 2 экстренной терапии в течение 2018 года. Общего количество обращаемых с диагнозом гипертонической болезни, ос-

ложненной гипертонической кризом, составило 689 больных. Средний возраст больных $66 \pm 1-2$ года. Исключены обращения ИБС в сочетании с ГБ.

Результаты исследования. При изучении частоты случаев гипертонического криза по месяцам отмечен максимальный уровень в марте, апреле, ноябре и декабре, составляющий 72%.

Заключение. Анализ показывает, что частота развития гипертонического криза тесно связана с изменением метеорологических условий, особенно у лиц не получающих адекватную гипотензивную терапию. С целью достижения целевого уровня АД и профилактики ГК необходима адекватная гипотензивная базисная терапия (иАПФ, диуретики, бета-блокаторы, антагонисты кальция, сартаны и препараты центрального действия).

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Туйчиев А.Х., Мамадалиев А.Г., Нишонов У.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Современными подходами к лечению фибрилляции предсердий у больных с сосудистой патологией является применение антиаритмических препаратов, сердечных гликозидов и антикоагулянтов.

Существует достаточно большое число антиаритмических препаратов, которые используются при лечении фибрилляции предсердий у больных с сосудистой патологией, однако их выбор весьма ограничен. Необходимо выявить формы фибрилляции предсердий: постоянная, персистирующая или пароксизмальная. В зависимости от форм фибрилляции предсердий можно подобрать антиаритмические препараты.

Цель. выбор антиаритмических препаратов при фибрилляции предсердий у больных с сосудистой патологией.

Материал и методы: были проанализированы истории болезни больных, госпитализированных в отделение сердечно-сосудистой микрохирургии ФРНЦЭМП в 2018 г. с сочетанной патологией сердца. Были изучены случаи фибрилляции предсердий 33 больных. Из них у 12 – постоянная форма, у 4 – пароксизмальная форма и у 17 больных – персистирующая форма фибрилляция предсердий. с антиаритмической целью использованы препараты кордарон, дигоксин и бета-блокаторы группы бисопролола.

Результаты. Среди больных с фибрилляцией предсердий персистирующей формы использовали кордарон 450 мг в/в капельно и в последующем таблетированной формы по схеме, что во всех случаях восстановило синусовый ритм. Больным с постоянными формами фибрилляции предсердий назначены гликозиды, бета-блокаторы и обязательно варфарин по контролем МНО.

Заключение: Таким образом, анализ нашего опыта показывает, что из антиаритмических препаратов

амиодарон обладает высокой эффективностью при купировании мерцания предсердий. Правильно подобранную, осторожную терапию антиаритмическими препаратами на сегодняшний день можно считать ведущим методом и тактикой консервативного лечения больных фибрилляцией предсердий с сосудистой патологией.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Туйчиев А.Х., Нишонов У.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Современные подходы первой неотложной помощи при фибрилляции предсердий у больных с сосудистой патологией на догоспитальном этапе являются антиаритмические препараты, сердечные гликозиды и антикоагулянты.

Существует достаточно большое число антиаритмических препаратов, которые используются для купирования фибрилляции предсердий у больных с сосудистой патологией на догоспитальном этапе, однако их выбор весьма ограничен. Необходимо выявить формы фибрилляции предсердий: постоянная, персистирующая или пароксизмальная. В зависимости от форм фибрилляции предсердий можно подобрать антиаритмические препараты.

Цель. выбор антиаритмических препаратов для купирования фибрилляции предсердий у больных с сосудистой патологией на догоспитальном этапе.

Материал и методы: были проанализированы сопроводительная карта больных, госпитализированных в отделение сердечно-сосудистой микрохирургии ФФ РНЦЭМП, доставленных бригадой скорой помощи г. Ферганы в 2017 г. с сочетанной патологией сердца. Было изучено 33 случая больных с фибрилляцией предсердий. Из них 12 – с постоянной формой, 4 – с пароксизмальной формой и 17 больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий. В качестве антиаритмической терапии на догоспитальном этапе использованы препараты кордарон и дигоксини.

Результаты. У больных с фибрилляцией предсердий, купирующихся после приема кордарона в дозе 150 мг в/в струйно, 450 мг в/в капельно на 0,9% физрастворе и применения антикоагулянта (гепарин), отмечается в 17 случаев, что является персистирующей формой фибрилляции предсердий. В остальных случаях назначены сердечные гликозиды, препараты калия и бета-блокаторы.

Заключение: Таким образом, анализ показывает, что из антиаритмических препаратов амиодарон обладает высокой эффективностью при купировании мерцаний предсердий. Правильно подобранную, осторожную терапию антиаритмическими препаратами на сегодняшний день можно считать ведущим методом и тактикой консервативного лечения больных с фибрилляцией предсердий с сосудистой патологией.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.

*Туйчиев Б.А., Юлдашев А.А., Махмудов Н.И.,
Хожиев Х.М.*

Ферганский филиал РНЦЭМП,
Ферганский филиал ТМА

Диагностика ургентной абдоминальной патологии, в том числе острого панкреатита, сложна не только на догоспитальном этапе и в условиях приемно-диагностического отделения, но даже и в условиях стационара. Иногда клинический диагноз ставится только на основании интраоперационных данных, лапароскопии или ферменто-химико-бактериологического анализа выпота из брюшной полости.

Врачу приемно-диагностического отделения необходимо как можно быстро поставить более точный диагноз и определить тактику в отношении больного. Проводить дифференциальный диагноз чаще приходится между болезнями, требующими экстренной госпитализации в стационар хирургического профиля. При осмотре больного с острыми болями в животе врач, кроме жалоб, анамнеза и общего статуса, ориентируется и на локальный статус, в том числе на некоторые объективные симптомы заболевания. Диагностическая ценность специфических симптомов не одинакова.

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

В период с 2015 по 2018 г. нами в составе врачей отделения скорой медицинской помощи ФФРНЦЭМП было обслужено 8400 вызовов хирургических больных, из которых острый панкреатит в структуре ургентной абдоминальной патологии занимал у 336 (4,1 %).

Для уточнения данных использовались карты собственного образца, в которых регистрировались данные больного, показания состояния органов и систем. Диагноз верифицировался по контрольным талонам к сопроводительному листу, которые возвращаются на СМП с внесенным клиническим диагнозом после выписки больного из стационара. После этого данные обрабатываются статически с помощью ЭВМ.

Среди больных острым панкреатитом 172 (51,2 %) пациента были старше 50 лет, мужчин – 234 (69,7%). Удовлетворительное состояние отмечалось у 44% больных, среднетяжелое – у 49 % и тяжелое с явлением коллапса и циркуляторного шока – у 7 % больных. Заболевание проявилось болями высокой (86,1%), средней (10,2%) и низкой (3,7%) интенсивности в эпигастральной области, причем в 93% случаев боль irradiровала в спину или носила опоясывающий характер. Болевой синдром у всех больных сопровождался диспепсическими явлениями, причем рвота наблюдалась у 70,8% больных. Артериальное давление в 27 % случаев было сниженным до 100/70 мм рт. ст. и ниже, повышение

же артериального давления выше 140/90 наблюдалось у 23,5% больных. В 27,2% случаев симптом Щеткина–Блюмберга был положителен в эпигастральной области, а в 10,9 случаев носил сомнительных характер. Симптом Керте отмечался в 64,4% случаев, Мейо–Робсона – в 45,4%, Воскресенского – в 74,5%, Березневского – в 39,1%, Мюсси–Георговского – в 4,9%. У больных с выраженным циркуляторным коллапсом на фоне ферментативно-токсического шока частым явлением были симптомы, свидетельствующие о наличии панкреатико-васкулярного синдрома: симптом Мондора (91,3%), симптом Грей–Турнера (66,6%), симптом Лагерлефа (19,2%). Кроме этих данных у данной группы больных о наличии панкреато-кардиоваскулярного синдрома свидетельствовали и изменения электрокардиограммы (ЭКГ): смещение ST от изолинии (вверх в 2,1% случаев, вниз в 32,7% случаев); снижение вольтажа, увеличение зубцов Р во 2-3 отведениях (в 14,6% случаев), увеличение интервала Q-T (в 39% случаев).

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать следующие выводы: О наличии у больного острого панкреатита свидетельствуют интенсивные боли в эпигастрии с характерной иррадиацией в спину, тошнота и часто неукратимая рвота, положительные симптомы Керте, Мейо–Робсона и Воскресенского. Наиболее характерными признаками деструктивных форм панкреатитов, осложненных наличием панкреато-кардиоваскулярного синдрома и циркуляторного коллапса, являются симптомы Мондора, Грей–Турнера, а также характерные изменения на ЭКГ. Кроме того, ЭКГ являются важным исследованием, если необходимо дифференцировать острый панкреатит от инфаркта миокарда.

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

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ С ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ У ДЕТЕЙ

Тулаков Р.П., Наврузов М., Пирматов Ш.Р.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

За короткий период в структуре ЭМП в Республике Узбекистан существенно изменился подход к проблеме тяжелых травм и оказанию медицинской помощи пострадавшим, были разработаны стандарты для оценки тяжести повреждений и состояний, появились новые эффективные методы диагностики и лечения, постоянно проводится укрепление и переоснащение материально-технической базы РНЦЭМП, обучение и укрепление кадрового состава. В то же время сохраняющаяся высокая частота неблагоприятных исходов, значительное число диагностических ошибок и осложнений, несвоевременность хирургических вмешательств диктуют настоятельную необходимость

совершенствования существующих стандартов на догоспитальном этапе.

Цель. Улучшить состояние медицинского обеспечения детей с тяжелой травмой в регионе.

Материалы и методы. Анализ медицинской документации (истории болезни, сопроводительные листы СМП) 57 детей с тяжелой механической травмой за период 2016–2018 гг.

Результаты и обсуждение: В Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП созданы все условия для оказания квалифицированной помощи больным с тяжелой травмой: в приемном отделении в наличии «шоковая» палата, оснащенная по всем современным стандартам и требованиям оказания специализированной медицинской помощи, обеспечен непрерывный осмотр и мониторинг специалистами (хирург, нейрохирург, травматолог и врач-реаниматолог) жизненно важных функций пострадавшего на протяжении всего диагностического этапа (вплоть до перевода его в отделение реанимации или оперблок), диагностические службы расположены в шаговой доступности к приемному отделению. Экстренная квалифицированная медицинская помощь тяжелым пострадавшим неотделимо связана с понятием своевременности прибытия бригады СМП к месту вызова. Хотим отметить, что данный временной отрезок зависит от многих факторов (например, расстояние от места происшествия, загруженность автомагистралей и т.д.) и может колебаться в широких пределах. В то же время в рамках «золотого часа» бригадами СМП были доставлены только 32% пострадавших. Одним из основных критериев качества диагностики на данном этапе является частота совпадений диагноза СМП и клинического диагноза стационара. Установлено, что наиболее часто бригадами СМП не диагностируются травма груди и опорно-двигательного аппарата (перелом позвоночника и таза), недооценка тяжести черепно-мозговой травмы. Так, за 2016–2018 гг., в 11 (19,2%) случаях стационар был заранее информирован о транспортировке тяжелого больного. Для снижения тяжести медицинских последствий (исключения ошибок) при межстационарных переводах тяжелых больных мы старались и требовали от другого стационара предварительной консультации нашими специалистами больного для оценки тяжести состояния (травмы) и риска при транспортировке. После очной консультации специалистами бригады 3 (5,2%) пострадавших были переведены в Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП для дальнейшего лечения. Улучшение преемственности «скорая помощь – стационар» и нахождение основных диагностических и реанимационных мероприятий в приемном отделении центра с оказанием помощи бригадному методу работы привели к значительному уменьшению досрочной летальности.

Заключение: Таким образом, реальное повышение качества оказания медицинской помощи детям с тяжелой механической травмой сопряжено с необходимостью улучшения сложившейся системы лечебно-диагностического обеспечения в период на этапе от

момента получения травмы до госпитализации пострадавшего в стационар. Прежде всего, необходимо формирование единого информационного пространства (создание Call-центров, оснащение машин СМП GPS-навигаторами), функционирующего в режиме «реального времени» между всеми структурами, принимающими участие в спасении и лечении ребенка.

Для улучшения качества помощи детям с тяжелой механической травмой необходимо наладить четкую систему информирования (планшет с Интернетом) выездными бригадами СМП дежурной бригады РНЦЭМП о состоянии ребенка, предполагаемом диагнозе и проводимом лечении еще на этапе транспортировки для подготовки Центра к приему пострадавшего.

Рациональная лечебно-тактическая организация помощи, своевременная госпитализация пострадавшего в РНЦЭМП при полном объеме оказания медицинской помощи на месте происшествия и во время транспортировки является одним из важных элементов в резерве по борьбе с медицинскими последствиями у больных с тяжелыми механическими травмами на догоспитальном этапе.

ВРЕМЕННАЯ ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Тулаков Р.П., Наврузов М., Гелдиев Б.Дж., Пирматов Ш.Р.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Исходы лечения больных с повреждениями кровеносных сосудов нередко зависят от качества помощи на догоспитальном этапе – своевременной и правильной временной остановки кровотечения.

За период с 2016 по 2018 г. в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП находились на лечении 186 больных с повреждениями сосудов конечностей. Из них мужчин – 112 (60,2%) больных, женщин – 74 (39,8%). Службой СМП доставлены 45 (24,2%) больных, а самостоятельно обратились 141 (75,8%). 94 (50,5%) больным давящая повязка была наложена на месте получения травмы, 14 (7,5%) больным пытались остановить кровотечение путём надавливания на раны руками, 35 (18,9%) больным была наложена обыкновенная повязка, 43 (23,1%) больным был наложен жгут, из них 12 (27,9%) больным комбинировали наложение жгута и давящей повязки. В 2-х (4,6%) случаях отмечалось превышение допустимого времени наложения жгута. При осмотре 15 (34,8%) больным жгут был наложен неправильно, что привело к усилению кровотечения при венозном кровотечении, усугубившем посттравматический шок до II-III степени.

У всех больных, которым была наложена давящая повязка, отмечалось компенсация кровообращения в дистальной части конечности. При сочетании давящей повязки с другими методами остановки кровотечения была достигнута полная остановка кровотечения. Только у 18 (19,1%) больных, которым была наложе-

на давящая повязка, во время операции обнаружено тромбообразование в поврежденных участках сосудов. А у тех больных, которые транспортировались с наложением раны руками для остановки кровотечения, у 9 (64,3%) больных отмечалась постгеморрагическая анемия I-II-III степени. Тем больным, которым остановка кровотечения достигалась наложением жгута, у 12 (27,9%) больных отмечалась умеренная анемия, но во время операции мы наблюдали образование тромбов на обоих концах поврежденного сосуда. В 2-х (4,6%) случаях после длительного наложения жгута (более 6 часов) в конечностях отмечалось усугубление ишемизации до II-III степени по В. С. Савельеву. При II степени ишемии после операции достигнуто восстановление кровообращения в конечности, а при III степени после 2-х этапов операции кровообращение в конечности не восстановилось, после чего конечность была ампутирована.

Выводы:

1) При первичном осмотре надо точно определить характер и вид кровотечения.

2) Наиболее эффективным и безопасным методом временной остановки кровотечения считается сочетание наложения давящей повязки с другими методами временной остановки кровотечения (приподнятые конечности, тампонады раны и т.д.).

3) Широкое использование для временной остановки кровотечений с наложением жгута строго ограничить и применять его только в случаях ранения магистральных артерий, когда остановить кровотечение другими способами невозможно.

4) Длительное наложение жгута (более 2 ч) может усугублять тяжесть острой ишемии конечности, а при неправильном наложении – усиление венозного кровотечения.

РОЛЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Туляганов Д.Б., Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Политравма – это сложный патологический процесс, обусловленный повреждением нескольких анатомических областей или сегментов конечностей с выявленным проявлением синдрома взаимного отягощения, который включает в себя одновременное начало и развитие нескольких патологических состояний и характеризуется глубокими нарушениями всех видов обмена веществ, изменениями со стороны центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной и гипоталамико-надпочечниковой системы. Лечение контингента больных с политравмой до сих пор является актуальной и содержит в себе обширный круг вопросов, требующих решения. В том числе вопрос о догоспитальной помощи на этапах транспортировки в стационар этой группы больных.

Цель работы. Целью данной работы является произвести анализ роли догоспитального этапа в возникновении осложнений у больных с политравмой и их профилактика, а также наметить меры их профилактики.

Материалы и методы. Материалом данной работы являются больные с политравмой, поступившие в Джизакский филиал РНЦЭМП с 2017 по 2018 год. За этот период в стационар поступило 1646 (803, 843) больных с различными видами травмы. Пострадавшие с политравмой составили 140 (8,5 %) человек. Из этого количества мужчин – 113 (80,3 %), женщин – 15 (10,7 %), детей – 12 (9 %). 127 (90,7 %) пострадавших получили повреждения в результате ДТП, 5 (3,5 %) получили повреждения в результате падения с высоты, 3 (2,02 %) были придавлены тяжёлым предметом, производственная травма у 2-х (1,45 %), бытовая травма у – 3-х (2,02 %). Превалирование ДТП связано с близостью центральной трассы. При обследовании больных мы широко использовали возможности рентген-диагностики, МСКТ, УЗИ, ФГДС, при необходимости цистоскопии и необходимый набор лабораторных исследований. Из общего числа больных 265 (16 %) доставлены в стационар по линии «03». Этот контингент больных был доставлен в стационар с соответствующей иммобилизацией и адекватным обезболиванием, что в свою очередь имеет немаловажную роль. Остальные доставлены самотёком. Конечный результат при оказании помощи таким пострадавшим напрямую зависит от времени начала оказания помощи после повреждения, времени транспортировки, быстроты диагностических мероприятий, от качества и объёма оказываемой помощи на этапе транспортировки и непосредственно в стационаре, что в свою очередь требует высокой квалификации персонала, включая наличие знаний и навыков по смежным профессиям (хирургов – по травматологии, травматологов – по полостной травме и нейрохирургии). Следует отметить, что у больных, доставленных своевременно, с соответствующим обезболиванием и иммобилизацией состояние поддавалось лучшей коррекции, нежели у больных, доставленных без соответствующей помощи и иммобилизации, что значительно увеличивало и процент осложнений. Наличие сопутствующих переломов черепа, повреждения органов грудной и брюшной полостей усугубляют шоковое состояние, требуют скорейшего начала лечебных мероприятий и существенно ухудшают его исход. Постоянная подвижность костных отломков ведёт к разрушению клеточных структур и поступлению в кровь специфических медиаторов шока, что в свою очередь способствует развитию РДС. Считаем уместным отметить, что борьба за жизнь пострадавших при политравме необходимо начинать на месте трагедии. И чем быстрее и «качественнее» будет доставлен больной в стационар, тем больше шансов сохранить ему жизнь и избежать больших осложнений.

Проблема лечения пострадавших остаётся до сих пор глобальной и даёт много осложнений, процент которых зависит от тяжести повреждения. Из осложнений, возникших при политравме на фоне тяжёлого шока, мы наблюдали: ТЭЛА – у 3-х (4,2 %) пострадавших, тромбоз глубоких вен конечностей у 4-х (2,8 %) больных, жировая эмболия с явным проявлением клиники – в 5-ти (3,5 %) случаях, ОПН развилась у 1-го (1,4%) пострадавшего, полиорганная недостаточность на фоне тяжёлой кахексии – 1 (1,4 %) случай, различного рода контрактуры возникли у 29-ти (20,5 %) больных. Возникшие контрактуры, при подобных повреждениях, есть не что иное, как плата за сохранённую жизнь. За указанный выше период от политравмы в нашем стационаре умерло 11 (7,8 %) больных. От ТЭЛА – 2 (18,1%), от декомпенсированного шока тяжёлой степени – 6 (55,2 %), от жировой эмболии – 2 (18,1 %), от развившейся ОПН – 1 (9 %), от полиорганной недостаточности – 1 (3,7 %).

Вывод. В свете вышеизложенного можно сделать заключение, что своевременное, качественное оказание помощи пострадавшим на догоспитальном этапе при политравме в течение 1-го часа («золотой час») является наиболее эффективной и влечёт меньший процент осложнений.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Туляганов Д.Б., Прудскова Т.Н., Мамиров З.Н.,
Арифходжаева Г.Р.*

Джизакский филиал РНЦЭМП

В настоящее время, в связи с часто развивающейся у больных с острым коронарным синдромом внезапной смерти, в ДФРНЦЭМП уделяют большое внимание организации экстренной медицинской помощи населению г. Джизака и Джизакской области на догоспитальном этапе.

Для этого совершенствуется организация диспетчерской службы на станциях скорой помощи, так как быстрое и грамотное решение диспетчера способствует профильному направлению бригад по месту вызова, своевременному оказанию экстренной медицинской помощи и госпитализации больного в ранние сроки в специализированные отделения. С этой целью в отделении «скорой помощи» ДФРНЦЭМП в 2018 г. создан «Call-центр», в котором работают 15 диспетчеров, принимающих за смену 1500 и больше вызовов от больных с последующей передачей их в районные станции скорой помощи. Организация этого центра увеличила количество выездов специализированных бригад по обслуживанию экстренных вызовов. За 2018 г. этими бригадами был доставлен 241 больной с острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда в отделение реанимации ДФРНЦЭМП, где им в срочном поряд-

ке проводилось стандартное лечение на госпитальном этапе.

Для оказания медицинской помощи больным с ОКС по месту жительства направляется машина скорой помощи, которая оснащена электрокардиографом, набором медикаментов, включающих анальгетики, в том числе и наркотические, нитроглицерин, аспирин, гепарин, лидокаин и другие лекарственные средства, всего до 40 наименований. Всего таких машин 12 и один реанимационный автомобиль, который дополнительно оснащен дефибриллятором, портативным прибором для осуществления искусственного дыхания. Все это позволяет врачам бригад «скорой помощи» на догоспитальном этапе осуществлять: 1) диагностику ОКС с элевацией или без элевации S-T сегмента, его осложнений для дифференцированного стандартного оказания специализированной медпомощи; 2) устранять болевой синдром; 3) начать антикоагулянтную терапию гепарином, профилактику нарушений сердечного ритма.

Вся проводимая работа в целом улучшает оказание экстренной медицинской помощи, уменьшает время от оказания медпомощи до госпитализации в специализированные отделения, снижает летальность больных на догоспитальном этапе. И в целом продолжается работа по совершенствованию догоспитальной помощи больным с ОКС, в частности рекомендовано проведение тромболизиса стрептокиназой больным с острым коронарным синдромом с элевацией S-T сегмента.

ПРИЧИНЫ ДОГОСПИТАЛЬНЫХ ОШИБКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Улугмуратов А.А., Мавлянов Ф.Ш., Маматов С.О., Нормуродов Д.К.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Прошли десятилетия, медицина шагнула далеко вперед, но острота и драматичность положения при остром животе у детей раннего возраста остались как прежде актуальными.

Цель исследования: изучить причины диагностических ошибок острого живота у детей раннего возраста на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования. Нами было исследованы истории болезни у 43 больных детей раннего возраста с перитонитом, пролеченных за период с 2008 по 2018 год в отделении экстренной детской хирургии СФ РНЦЭМП.

Результаты: Детей в возрасте до 1 года было 10, до 2 лет – 12 и до 3 лет – 22 больных. Мальчики составили 72% (31), девочки – 28% (12). Из анамнеза установлено, что давность заболевания отмечалась от 1 до 4 дней. 33 ребенка находились на амбулаторном и стационарном лечении в других соматических отделениях.

Догоспитальные диагностические ошибки были следующими: недостаточное знакомство врачей первого звена с особенностями клиники. Течение острых заболеваний брюшной полости у детей раннего возраста отмечалось у 9 больных. Применение согревающих компрессов на область живота установлено у 16 детей. У 31 ребенка родители применяли обезболевющие средства и симптоматическое лечение до осмотра врача. 4 пациента, переведенные из соматических отделений, лечение получали под другими диагнозами.

При поступлении в клинику всем детям обследование проведено согласно стандартам. В послеоперационном периоде катаральный аппендицит был обнаружен у 2 детей, флегмонозный у 5, в остальных случаях гангренозный перфоративный аппендицит с перитонитом. Операция с обычным разрезом в правой подвздошной области выполнена в 31 случае, у остальных 12 больных операция выполнена лапаротомным разрезом с диагнозом разлитого перитонита.

Выводы. Появление неясных болей в животе у ребенка, страдающего другими заболеваниями, должно рассматриваться как повод для проведения срочного консилиума с участием детского хирурга и госпитализации его в хирургическое отделение для наблюдения и последующего лечения.

Некоторая гипердиагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей, повышенная настороженность педиатров, направленная на консультацию у хирурга, на сегодняшний день остается оправданной.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭТАП ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПСМТ

Умаров О.М., Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К., Махмудов Н.И., Тожиев М.Т., Ашуров И.С.

Ферганский филиал РНЦЭМП
Ферганский филиал ТМА

Частота позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) в мирное время составляет от 1,5 до 6,95 %. Основной причиной большинства летальных исходов являются тяжелые повреждения шейного отдела спинного мозга. Именно на догоспитальном этапе от своевременной диагностики повреждений и квалифицированных действий медицинского персонала, качества транспортировки во многом зависит снижение смертности и процента осложнений у данного контингента пострадавших.

Цель работы – изучить оказание первой медицинской помощи больным с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) на догоспитальном этапе.

В приемное отделение Ферганского филиала РНЦЭМП за период 2017–2018 гг. на машине скорой помощи доставлены 76 больных с ПСМТ. Из них мужчин было 46 (60%), женщин 30 (40%). Возраст больных составлял от 12 до 72 лет. Механизмы травмы были следующие: автоаварии – 22 (29%), криминал – 11 (14%),

бытовые травмы – 43 (87%). Повреждения шейного отдела позвоночника составляли 26, грудного отдела – 26, поясничного отдела позвоночника – 24 больных.

Для оказания квалифицированной помощи пострадавшим с подозрением на травму позвоночника на догоспитальном этапе у каждой бригады «скорой медицинской помощи» города Ферганы имеются жесткий головодержатель, гормоны и жесткие носилки. После дорожно-транспортных происшествий (ДТП), избиений, падений с высоты, взрывов военного и бытового характера следует предполагать травму шейного и других отделов позвоночника. Поэтому всем пострадавшим необходимо иммобилизовать шейный отдел позвоночника жестким головодержателем, пациента уложить на жесткие носилки, пристегнуть его транспортировочными ремнями и как можно скорее доставить в ближайший многопрофильный стационар. Перекладывание таких пострадавших должны осуществлять 4–5 человек с подкладыванием рук под все отделы позвоночника и без рывков.

В случае выявления грубых неврологических нарушений – слабости в ногах или руках, отсутствии чувствительности в нижних отделах тела показано болюсное введение пострадавшему гормонов.

Введение гормонов через 8 часов после травмы неэффективно, так как в это время они не оказывают воздействие на возникшие отек и вторичное повреждение структур спинного мозга. Замена жесткого головодержателя бригады «скорой помощи» на головодержатель из стационара производят в стационаре после перекладывания больного на каталку в приемном отделении или на койку в отделении реанимации.

Выводы: исход ПСМТ основном связан с правильно оказанным или неправильным действием врача или фельдшера скорой медицинской помощи. Так как не установленный воротник шанса приводит больного верной гибели. Любого больного, с травмой особенно бессознательном состоянии, следует расценивать как пострадавшего с повреждением позвоночника до тех пор, пока не будет доказано отсутствие повреждения позвоночника на всех уровнях.

ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ ҚАБУЛ-ДИАГНОСТИКА БЎЛИМИ ИШ ФАОЛИЯТИДА БЕМОРЛАР ЙЎНАЛИШЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ МАСАЛАЛАРИ

*Умаров О.М., Юлдашев А.А., Маҳмудов Н.И.,
Акбарова М.А.*

РШТЁИМ Фарғона филиали.

Аҳолига шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш тизими иш фаолиятининг сифат ва самарадорлигини белгиловчи омиллардан бири қабул диагностика бўлимига мурожаат қилган беморларни қисқа фурсат ичида тўла текширувлардан ўтказиш, аниқ диагноз қўйиш ва шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш тактикасини тўғри аниқлашдан иборатдир.

Ҳозирги кунда РШТЁМФФ қабул диагностика бўлимида кеча-кундуз давомида ишловчи 16 – йўналишдаги врач мутахассислар қабули, 8-йўналишдаги лаборатория, диагностик аппаратлар текширувлари фаолият кўрсатмоқда. 2018 йил давомида қабул-диагностика бўлимига 102661 беморлар мурожаат этганлар. Жумладан 36876 нафар беморлар ўзлари мурожаат этганлар, 65785 нафар беморлар тез тиббий ёрдам орқали келтирилган. Шу беморлардан 27848 (27,1%) беморлар марказ бўлимларига стационар даволанишга ётқизилганлар. Стационар бўлимларга даволаниш учун ётқизилган беморларни 10586 нафари (38,0 %) хирургик йўналишдаги, 9322 нафари (33,5 %) терапевтик йўналишдаги, 7940 нафари (28,5%) педиатрия йўналишидаги беморлар ташкил этган. ётқизилганлар. 74813 нафар (72,9%) беморларга амбулатор ёрдам кўрсатилган. 2018 йил давомида ўтказилган хирургик операциялар сони 6356 тани ташкил этган. 24 соат ва ундан кеч ўтказилган операциялар сони 542 тани ташкил этган.

РШТЁМФФ тиббий кибернетика бўлими ходимлари томонидан қабул диагностика бўлимига келтирилган беморларнинг йўналтириш (маршрутизация) масалалари ўрганиб чиқилди. Қабул-диагностика бўлимига беморлар келиши йўллари ўрганилганда асосан 4 йўналиш бўйича: тез тиббий ёрдам орқали, ўзи мурожаат этиб, санитария авиация бўлими орқали, бошқа тиббий муассасалардан йўлланма орқали келтирилганлар.

Қабул-диагностика бўлимига келтирилган беморлар ҳолатларининг оғир, энгиллигига кўра шартли равишда қуйидаги 5 гуруҳларга бўлинадилар:

1- гуруҳ ўта оғир критик ҳолатдаги реанимация ёрдамига муҳтож беморлар. Бу гуруҳга шок, кома, миокард инфаркти, бош мия инсультлари, ўткир оғир заҳарланишлар, политравмалар, юрак-қон томирлар, нафас фаолиятининг ўткир етишмовчилиги ҳолатларидаги беморлар киради. Бу беморлар руйхатхонадан тўғри қабул-диагностика бўлими реанимация залига ўтказилади. Керакли реанимация тадбир чоралари: интубация қилиш, ўмров ости венаси катетризацияси, инфузион терапия қилиш билан бир вақтнинг ўзида ЭКГ, УТТ, ЭГДФС, рентген ва лаборатория текширувлари ўтказилади, ҳолати бир оз турғунлашгач реанимация бўлимига ёки керакли бошқа бўлимларга йўналтириладилар.

2-гуруҳ: қўшалоқ тан жароҳатлари. магистрал қон томирлар шикастланиши, кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи кириб борувчи жароҳатлари, ўткир ички ва ташқи қон кетишлари билан келтирилган беморлар. Бу гуруҳдаги беморлар қабул-диагностика бўлимида қисқа фурсатда энг зарурий текширувлардан сўнг, операция блокига йўналтириладилар. Барча ренамация тадбир чоралар, интенсив даво муолижалари операция блокада амалга оширилади ва зудлик билан операция бошланиб, операция билан бирга давом этирилади.

3-гуруҳ ҳолати ўрта оғирликда ва қониқарли бўлган ўткир жароҳлик ва терапевтик беморлар. Бу гуруҳга ўткир аппендицит, холецистит, панкреатит, ошқазон ва

ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиши, ичак тутилиши, пневмония, гипертония касалиги ва х.к.лар киради. Бу гуруҳ беморлар қабул-диагностика бўлимида тўла текширувлардан (УТТ, рентген, ЭКГ, лаборатория) керакли холатларда, зарур бўлган бошқа соҳалар мутахассислар томонидан кўрилади ва керакли бўлимига ётқизиладилар.

4-гуруҳ амбулатор ёрдамга мухтож беморлар гуруҳи. Бу гуруҳга жарроҳлик, травматология, терапия, лор, окулист, педиатрия мутахассисликлари бўйича амбулатор равишда текширилиб, ёрдам кўрсатиш мумкин бўлган беморлар кирадилар. Масалан тери, тери ости юмшоқ тўқималар жароҳатлари, бўғимлар юмшоқ тўқималари, пайларнинг чўзилиши, ўткир бронхит, гастрит ва х.к. касалликлар амбулатор ёрдам кўрсатилганидан сўнг яшаш жойларида даволанишни давом этириш учун жавоб берилади.

5-гуруҳ беморлар диагнози ноаниқ ва қўшимча текширувлар ва мутахассислар кўруви, кузатувга мухтож бўлган беморлар гуруҳи. Бу гуруҳдаги беморлар умумий текширувлардан сўнг изолатор хоналарига ётқизилади ва қўшимча текширувлар (АлТ, АсТ) ўтказилади ва керакли тор доирадаги мутахассислар (инфекционист, физиатр) иштирокида консултатция ва консилиумлар ўтказилиб диагнози аниқ бўлганидан сўнг даволанишлари керак бўлган бўлимларга ёки шифохоналарга ўтказиладилар. Юқорида кўрсатилган беморларнинг 5 та йўналишлари асосида “EXTERNET” тизими бўйича компьютер дастурлари ишлаб чиқилди.

Хулоса қилиб айтганда қабул-диагностика бўлимининг иш фаолиятида беморларнинг йўналишларини тўғри аниқлаш беморларга қисқа вақт ичида тўғри диагноз қўйишга, даволаш тактикасини тўғри белгилашга ва ниҳоят кўрсатилаётган ёрдамнинг сифат ва самарадорлигини оширишга имкон яратади.

ЭКСТРЕННАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Умаров О.М., Махмудов Н.И.

**Ферганский филиал РНЦЭМП
Ферганский филиал ТМА**

Кома, являясь острым патологическим состоянием, требует неотложной терапии на как можно более ранних этапах. По данным Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи, на догоспитальном этапе частота ком составляет 5,8 на 1000 вызовов. При этом догоспитальная летальность достигает 4,4%.

В 2018 году Ферганской городской станцией скорой помощи выполнено 38306 вызовов, из них госпитализированных составило 5372 (14,1%). Среди госпитализированных больных в коматозном состоянии составило 281 человек (5,2% от общего число госпитализированных). Наиболее частой причиной развития коматозного состояния являлся инсульт 196 человек,

что составляет 69,7%, на втором месте – черепно-мозговая травма – 45, что составляет 16,1%, далее следует передозировка наркотиков – 11, что составляет 3,9%, далее следуют гипогликемическая кома – 9 человек, что составляет 3,2%, диабетическая кома и отравления лекарствами – 7 больных, что составляет 2,4%, алкогольная кома – 6 больных – 2,1%; реже диагностируется кома вследствие отравлений различными ядами – 1,4%. Достаточно часто причина комы на догоспитальном этапе оставалась не только невыясненной, но даже незаподозренной у 3 больных, что составило 1,06%.

Все причины комы можно свести к четырем основным: внутрисерепные процессы, сосудистые, воспалительные, объемные и другие.

Однако во многих случаях установить точную причину развития коматозного состояния на догоспитальном этапе не представляется возможным.

Ведущим в клинической картине любой комы является выключение сознания с утратой восприятия окружающего и самого себя. Выключение сознания (оглушение) может иметь различную глубину, в зависимости от которой используются термины: обнубиляция затуманивание, помрачение, облачность сознания, оглушение; сомнолентность, сонливость; сопор, беспамятство, бесчувственность, патологическая спячка, глубокое оглушение; кома как наиболее глубокая степень церебральной недостаточности.

При оказании первой помощи больному, находящемуся в коматозном состоянии, преследуются несколько целей. Мероприятия по достижению главных из них осуществляются одновременно:

1. Обязательна немедленная госпитализация в реанимационное отделение, несмотря на обязательную госпитализацию, неотложная терапия при комах во всех случаях должна быть начата немедленно.

2. Необходимо восстановление (или поддержание) адекватного состояния жизненно важных функций.

3. Иммобилизация шейного отдела позвоночника необходима при любом подозрении на травму.

4. Обеспечиваются необходимые условия для проведения лечения и контроля.

5. Проводится диагностика нарушений углеводного обмена и кетоацидоза.

6. Проводится дифференциальная диагностика и борьба с гипогликемией.

7. Обязательна профилактика острой энцефалопатии.

8. С лечебно-диагностической целью применяют антитоды.

9. Для борьбы с внутрисерепной гипертензией.

10. Нейропротекция и повышение уровня бодрствования.

11. Мероприятия по прекращению поступления токсина в организм.

12. Симптоматическая терапия.

13. При всех комах обязательна регистрация ЭКГ.

Следует помнить о том, что при любом кома-

тожном состоянии, вне зависимости от глубины церебральной недостаточности, применение средств угнетающих ЦНС (наркотических анальгетиков, нейролептиков, транквилизаторов), чревато усугублением тяжести состояния; исключение составляют комы с судорожным синдромом, при котором показан диазепам. Кома служит противопоказанием к применению средств со стимулирующим действием (психостимуляторов, дыхательных analeптиков); исключение составляет дыхательный analeптик бемеград, который (как специфический антидот) показан при отравлении барбитуратами. На догоспитальном этапе непозволительно проведение инсулинотерапии.

ДИАГНОСТИКА И ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЛИТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Уразбаев А.А., Тахиров Ж.М., Хударганов Х.Р.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Оказание помощи пострадавшим на догоспитальном этапе, к сожалению, оставляет желать лучшего. Высокий процент смертности на месте травмы во многом связан с недостаточной подготовкой врачей по проблеме политравмы. Весьма важной является подготовка по вопросам оказания экстренной медицинской помощи при различных травмах всех участников дорожного движения (сотрудников ГАИ, водителей и др.), а также спасателей различных категорий, рабочих потенциально опасных предприятий, так как около 10 % пострадавших госпитализируется в стационары без участия скорой помощи. На догоспитальном этапе оказывают неотложную помощь: прекращают кровотечение, при нарушении дыхания обеспечивают проходимость дыхательных путей и искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), при остановке сердца делают непрямой массаж и используют медикаментозные средства; осуществляют транспортную иммобилизацию и обезболивание. Медпомощь пострадавшим с политравмами на всех этапах лечения должна оказываться настолько быстро и в таких объемах, чтобы обгонять патологические процессы, развивающиеся в органах и тканях вследствие прогрессирующих гипоперфузии и гипоксии, и не допускать их необратимости и декомпенсации жизненно важных функций. В США и ряде европейских стран весьма популярна концепция «золотого часа», суть которой заключается в том, что в течение 1 часа с момента получения повреждений у пострадавшего должны быть восстановлены жизненно важные функции, иначе в результате тяжелых осложнений, связанных с необратимыми процессами в организме, может наступить летальный исход. Это положение легло в основу организации неотложной помощи: в США срок доставки пострадавших с политравмами в травмоцентр – 45 мин, в Германии – 16 мин. Опыт показывает, что прогноз политравмы в значительной мере зависит от правильной первичной оценки состояния пострадавшего и определения характера повреждений на месте происшествия.

С учетом литературных данных, изучения клинической картины при политравме на догоспитальном этапе мы в клинической оценке состояния пострадавших выделили следующие синдромы, определившие диагностическую и лечебную тактику: расстройства дыхания, нарушения сознания, синдром травматического шока, острая кровопотеря, терминальное состояние. Выделение тяжести состояния превалирующих синдромов представило в первую очередь проведение неотложного догоспитального лечения, обеспечивающего безопасную транспортировку пострадавших в стационар. Посиндромная оценка состояния пострадавших на догоспитальном этапе проведена у 180 больных из 850 наблюдавшихся, на которых были составлены догоспитальные – амбулаторные карты больного с политравмой. Из 180 наблюдаемых нами больных при первичном осмотре 75 (41,6%) имели ту или иную степень нарушения сознания. Объем медицинских мероприятий зависел от первичного диагноза и был небольшим у пострадавших, находившихся в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Это были как раз те пострадавшие, которым был поставлен первичный диагноз политравма.

1. Проблема нормализации дыхания.
2. Устранение гиповолемии (кристаллоиды и коллоиды).
3. Проблема обезболивания (трамадол, морардол, набуфин, малые дозы кетамина 1–2 мг/кг в сочетании с бензодиазепинами).
4. Наложение асептических повязок и транспортных шин.
5. Транспортировка в лечебное учреждение на фоне продолжающейся интенсивной терапии.

Таким образом, диагностическая оценка состояния пострадавших на догоспитальном этапе и при поступлении в стационар по превалирующему синдрому и ряду высокоинформативных признаков позволяет избежать диагностических ошибок, так и своевременно начать патогенетическое лечение.

ПРИНЦИПЫ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.

Уринов Б.А., Юлдашев А.А., Махмудов Н.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Тактика врача скорой медицинской помощи – средства и методы, применяемые выездными бригадами скорой медицинской помощи для своевременного и эффективного оказания экстренной медицинской помощи. От того, насколько правильно выбрано тактическое решение на догоспитальном этапе, нередко зависит исход заболевания.

Тактика общения врача с пациентом и его окружением. Первый контакт с человеком, встречающего бригаду скорой медицинской помощи (СМП), чрезвычайно важен по следующим причинам: 1) Часто по

поведению и высказываниям встречающего можно определить, что ожидает бригаду скорой медицинской помощи на вызове, и подготовиться к необходимым действиям. Например, взять с собой носилки; или – найти старшего по работе в очаге массового поражения; или – немедленно связаться со старшим дежурным врачом службы «03»; либо – вызвать милицию и пр. 2) Если встречающий раздражен длительным ожиданием бригады СМП, следует предложить встречающему отложить разговор на время после оказания помощи пациенту. В любом случае со встречающим врач СМП должен поздороваться первым. 3) Не следует идти к пациенту впереди встречающего, поскольку вы заранее не знаете обстановку на вызове. Бывают случаи, когда встречающий умалчивает о возможной агрессии со стороны пациента.

Спокойствие, доброжелательность, отзывчивость, внимание при первом контакте с окружением пациента облегчают выполнение вызова.

Врачу скорой медицинской помощи в любом случае необходимо начинать свою деятельность с оценки общего состояния больного, а впоследствии определить очередность диагностических и лечебных мероприятий. Если по прибытии к месту вызова обнаруживается, что состояние больного тяжелое (крайне тяжелое), то в большинстве случаев сначала необходимо оказать соответствующую помощь и лишь затем продолжить обследование. Если условия позволяют, будет грубой ошибкой не провести детальное обследование пациента. Даже если нельзя поставить точный диагноз заболевания или повреждения, правильная оценка состояния больного позволит принять соответствующее решение. Состояние больного либо удовлетворительное, либо тяжелое, но никогда не определяется как «относительно удовлетворительное». Тяжесть состояния оценивают по степени (средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое).

На тяжесть состояния указывают: а) анамнестические данные; например, если больной жалуется на характерные боли в области сердца, то его состояние нельзя расценить как удовлетворительное, несмотря на отсутствие явных нарушений дыхания, кровообращения и патологических изменений электрокардиограммы; б) нарушение или отсутствие сознания; в) бледность, цианоз, «мраморность» кожи, интенсивное потоотделение, кровоизлияния в кожу и подкожную клетчатку, снижение тургора; г) отек либо крепитация подкожной клетчатки; д) нарушения дыхания: апноэ, брадипноэ, тахипноэ, стенотическое дыхание; е) любые нарушения кровообращения; ж) подозрение на внутреннее кровотечение; з) очаговые симптомы поражения ЦНС.

При назначении лекарств необходимо: 1) обязательно спросить у больного, какое лекарство ему помогает при обострении его заболевания, если он болен не впервые; 2) по возможности выяснить, переносит ли больной лекарство, которое вы собираетесь

ему назначить; 3) знать наизусть основное и побочное действие лекарств, имеющихся на оснащении бригад СМП, показания и противопоказания к их применению; 4) использовать в первую очередь то лекарство, положительные и отрицательные стороны которого вам хорошо известны и по литературе и из вашей практики; 5) быть готовым к необходимости купировать нежелательные побочные эффекты от назначенного вами лекарства.

Принятие решения о дальнейшем лечении. После оказания необходимой помощи нужно решить:

- нуждается ли пациент в дальнейшем медицинском наблюдении или лечении;
- если да, то в каком – амбулаторном, стационарном, плановом или экстренном.
- если больной не нуждается в госпитализации, то врач должен оставить больного и дать рекомендации.
- больные бывают нетранспортабельными и транспортабельными. Если больной нетранспортабелен, тогда надо продолжить лечение, вызвав спецбригаду по профилю. Транспортабельного больного надо госпитализировать в стационар;
- если больной откажется от госпитализации, врач скорой помощи должен сделать активный вызов в поликлинику и вызвать участкового врача. После врач скорой помощи должен информировать старшего врача и действовать по его рекомендации.

Выводы: 1) При организации оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе с линейными врачами скорой медицинской помощи необходимо полное оснащение аппаратурой и лекарственными препаратами. 2) служба скорой медицинской помощи должна быть более доступной и оперативной.

При правильном и своевременном лечении на догоспитальном этапе уменьшается срок стационарной помощи, что приводит к снижению инвалидности и летальности.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОКС/ОИМ В ОДНОМ ИЗ РАЙОНОВ Г. ТАШКЕНТА.

Уринов О.У., Мамутов Р.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр кардиологии»

Цель исследования – оценка эффективности комбинированной терапии у больных ОКС/ОИМ на постгоспитальном этапе в одном из районов г. Ташкента по данным регистра.

Материал и методы: Эпидемиология острого инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома изучалась среди постоянного населения одного из районов (М.-Улугбекского) г. Ташкента. Исследование проводилось в течение одного года по стандартной программе «Регистр острого инфаркта миокарда и острых коронарных синдромов».

В регистр включено 683 больных с ОИМ/ОКС, в

том числе мужчин – 464 (67,9%) женщин – 219 (32,1%). Средний возраст по группе составил 57,15±9,08 лет; мужчин – 56,06±9,55 лет, женщин – 59,48±7,51 лет. Для обработки полученных данных использовались популяционно-профилактические, статистические, математические методы.

Результаты: наиболее часто встречались следующие группы больных: получавшие комбинацию из 6 или 7 лекарственных средств (ЛС): антиагрегант, β-адреноблокатор, ингибитор АПФ или АРА, статины и нитраты + диуретики в сочетании с АКК или антиаритмическим препаратом – 69 (19,6 %) пациентов – Ia группа. Комбинация из 5 ЛС (антиагреганты, β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ или АРА, статины и нитраты) – I группа. Часто используемыми комбинациями из 4 ЛС были АСК+БАБ+АПФ или АРА + статины – в 111 (31,5 %) (мужчины – 32,9 %, женщины – 29,1%) – II группа. Во всех остальных случаях стандарты соблюдались частично или не соблюдались вовсе. Так, III группу условно составили 47 (13,3 %) пациентов с частичным соблюдением стандарта (3 препарата, преимущественно – антиагрегант, β – адреноблокатор, ингибитор АПФ или АРА); в IV группу вошли 18 (5,1%) пациентов, получавших не более 2 препаратов (преимущественно антиагрегант и β-адреноблокатор), а в V группе 3 (0,85%) пациентам был назначен лишь 1 препарат (антиагрегант).

Более углубленный анализ при оценке приверженности к терапии в группах выявил, что через 6 месяцев 26 (8,0%) пациентов (VI – группа) (мужчины – 9,2%, женщины – 5,1%) а через 12 месяцев – 10 (3,3 %) (мужчины – 5,9 %, женщины – 2,7 %) прекратили прием препаратов.

При анализе постгоспитальной летальности через 6 и 12 месяцев наблюдения выявлено, что в I группе она составила соответственно 2,0 % и 3,2 %; во II группе – 3,9% и 6,9%; в то время как в целом по трем оставшимся группам с частичным выполнением стандартов лечения умерли 8,5% и 9,3% пациентов. В I а группе за период наблюдения умерших не было.

При углубленном анализе в каждой из подгрупп установлено, что число летальных исходов во IV и V группах через 6 и 12 месяцев составило 10,2 % против 14,3%, 13,9 % против 16,7% соответственно. Было выявлено, что наибольший процент (23,1 % против 40,0% соответственно) среди умерших составили лица, совсем не принимавших ЛС (VI – группа).

Выводы: Отсутствие хотя бы одной группы препаратов, соответствующих стандартам лечения больных ОКС/ОИМ, повышает риск смерти в 2,0 и 2,1 раза, а отсутствие 2-х препаратов 4,25 и 2,9 раза, а 3-х препаратов и более – в 12 и 9,7 раза за период проспективного наблюдения. Наибольший процент (23,1% против 40,0% соответственно) среди умерших составили лица, совсем не принимавшие ЛС.

ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ПАТОГНОМОНИЧНЫХ ОБЩЕМОЗГОВЫХ СИМПТОМОВ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Усманов З.Х.¹, Дустмуродов Ш.Б.²

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Сосудистые заболевания головного мозга являются основной проблемой современной невропатологии. Острые нарушения мозгового кровообращения (инсульт) со стойкой неврологической симптоматикой обуславливают высокий процент смертности и инвалидности. Необратимые изменения мозговой ткани при мозговом инсульте возникают уже спустя 6 ч от его начала. В связи с этим проблема ранней диагностики и раннего лечения мозгового инсульта является весьма актуальной.

Целью работы является изучение ранних очаговых патогномоничных симптомов мозгового инсульта.

Материал и методы обследования: Под наблюдением находилось 60 больных с мозговым инсультом. Мужчин было 22 (40%), женщин – 38 (60%), в возрасте 28-63 лет. Клиническое обследование пациентов проводили с сбор анамнеза. Клинические проявления мозгового инсульта складываются из общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов.

Анализ наших данных показывает, что у 95 % (57) больных отмечалась головная боль, у 60 % (36) – тошнота, у 50 % (30) – рвота и у 65 % (39) – изменения сознания. Головная боль характеризовалась для кровоизлияния в мозг, особенно в 90 % (55) случаев субарахноидального, при котором она является основной жалобой. При ишемическом инсульте головная боль выражена более умеренно и редко достигала большой интенсивности. При геморрагическом инсульте головная боль наблюдалась в 84 %, особенно при наличии явлений внутричерепной гипертензии. Рвота при кровоизлиянии в мозг была многократной, фонтанирующей. Важно отметить, что в прогностически тяжелых случаях рвотные массы содержали примесь крови и приобретали цвет кофейной гущи вследствие нарушения проницаемости сосудов желудочно-кишечного тракта. Наблюдаемые при ишемическом инсульте тошнота и рвота не всегда являлись симптомами общемозгового характера, а в ряде случаев представляли собой признак очагового поражения ствола мозга, где расположен рвотный центр.

Глубокое угнетение сознания (сопор, кома) преимущественно наблюдались при геморрагическом инсульте. Важно отметить, что во многих случаях кровоизлияний в мозг нарушения сознания прогрессировали в течение ближайших часов, достигая глубины сопора и комы. Подобные нарушения сознания для ишемического инсульта не были характерны.

При эмболии мозговых сосудов нередко у 60 % (36) больных отмечались потеря сознания (преимущественно

но непродолжительная). Таким образом, общемозговые симптомы достигают наибольшей выраженности при кровоизлиянии в мозг. При ишемическом инсульте они выражены слабее или отсутствуют.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Ажиниязов Р.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Правильное оказание первой неотложной помощи обожженным имеет важное значение и часто отражается в дальнейшем течении патологического процесса. Неадекватно оказанная первая медицинская помощь часто усугубляет тяжесть состояния пострадавших. Владение навыками оказания первой медицинской помощи обожженным касается в равной степени как работников скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, так и отделений неотложной помощи и реанимации.

Из госпитализированного контингента обожженных в отделение комбустиологии РНЦЭМП за период 2012-2018 гг. (9818 пациентов) по линии скорой помощи и направлениям из ЛПУ были доставлены 3487 (35,5%) пострадавших. Анализ первой медицинской помощи на догоспитальном этапе показал, что в большинстве случаев она являлась неправильной и недостаточной, ограничивалась обезболиванием с помощью ненаркотических анальгетиков и десенсибилизирующих препаратов, иногда наложением асептической повязки на обожженную поверхность. Учитывая это, возникает необходимость изложить основные принципы оказания первой медицинской помощи больным с ожогами.

Основной целью первой помощи является прекращение действия поражающего агента, обеспечение проходимости дыхательных путей и адекватной оксигенации, обезбоживание, профилактика инфицирования ожоговой раны, правильная оценка тяжести состояния пострадавшего.

Часто термические ожоги пламенем комбинируются с термоингаляционной травмой, вероятность которой определяется по следующим данным: пожар в закрытом помещении, ожоги лица, шеи, грудной клетки, опаление волос носовых ходов, следы копоти на слизистой носа и зева, нарушение сознания, дисфония, кашель с мокротой черного цвета, болезненное дыхания, тахипноэ. Первой задачей врача при этом является обеспечение проходимости дыхательных путей, обеспечение адекватной оксигенации, ранняя противоотечная терапия.

При электротравмах важно оценить состояние сердечной и дыхательной деятельности. Если имеются признаки клинической смерти, необходимо немедленно начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких дыхательным аппаратом через маску, а при неэффективности – провести интубацию

трахеи. В случае безуспешности этих мероприятий в течение 2–3 мин необходимо внутрисердечное введение 1,0-0,1% раствора адреналина и 10,0-10% раствора кальция хлорида, внутривенное введение 1,0-0,05% раствора строфантина, при возможности провести электрическую дефибрилляцию сердца.

При ожогах химическими веществами правильное оказание первой медицинской помощи заключается в промывании обожженного участка под проточной водой в течение от 10-15 минут до 15-30 минут в зависимости от длительности прошедшего времени после травмы, наложении асептической повязки с растворами антисептиков.

Ожоги более 10% поверхности тела являются показанием к проведению ранних противошоковых мероприятий. Наиболее эффективным является введение растворов Рингера, глюкоза, гидроксипроцерамид со скоростью 2 л/час у взрослых и 500 мл/час у детей. Общий объем вводимой жидкости должен составлять не более 10-15% от веса пациента. При обширных ожогах с клиникой ожогового шока, стабильных показателях гемодинамики необходимо введение наркотических анальгетиков.

Таким образом, правильно организованная, своевременная и адекватная первая медицинская помощь пострадавшим от ожогов на догоспитальном этапе способствует снижению тяжести течения ожоговой болезни в дальнейшем. Это несомненно приводит к улучшению конечного результата – исхода ожоговой травмы.

БАЛЛЬНАЯ ШКАЛА ТЯЖЕСТИ ШОКА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Хаджибаев А.М., Махаматаминов А.Г., Тияков А.Б., Набиев А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Целью настоящего исследования явилась разработка достационарной, достоверной балльной шкалы оценки тяжести шока у больных с политравмой.

Для решения данной задачи нами был проведен ретроспективный анализ данных первичного осмотра по историям болезни 224 пациентов, с политравмой доставленных машинами скорой медицинской помощи на стационарное лечение в отдел сочетанных повреждений РНЦЭМП. При этом анализ данных проводился отдельно в группах пациентов, у которых согласно первичному осмотру, по данным историй болезней, были установлены наличие шока легкой (42), средней тяжести (68) и тяжелой степени (114 больных).

Для разработки балльной шкалы оценки имеющегося у больных с политравмой шока нами были выделены 18 объективных критериев. Для определения статистической достоверности выделенных критериев в оценке тяжести шока нами рассчитывалось значение

χ^2 раздельно в трех степенях тяжести шока. При этом критическое значение χ^2 составляло 3,84, превышение которого нами оценивалось как свидетельство статистической достоверности их различий.

В итоге статистически достоверными оказались 12 из 18 выделенных нами критериев оценки тяжести шока, а именно: объем кровопотери, объем повреждений, уровень угнетения сознания пациента, глубина имеющейся комы по шкале Глазго, систолическое давление, частота пульса и дыхания в минуту, время восстановления микроциркуляции, окраска кожи и лица, показатель Альговера, а также психическое состояние пациента.

В последующем выделенные критерии по степени их выраженности в логической последовательности были разделены в определенный ряд с проведением математической обработки последних. Для этого нами каждому критерию в зависимости, во-первых, от степени его выраженности, во-вторых, от степени его достоверности (значение χ^2) присваивался балл от 1 до 3.

При этом мы строго придерживались того правила, что чем больше степень выраженности и соответственно значение χ^2 , тем выше балл получал тот или иной критерий, которые в сумме получали свое выражение в балльной шкале оценки тяжести шока.

Для объективной оценки тяжести шока у больных с политравмой мы суммировали все полученные баллы. При этом сумма баллов у 12 достоверных критериев оказалась равной 36,0. На основании полученной суммы баллов нами разработаны градации оценки тяжести шока у больных с политравмой: сумма баллов до 9,2 (шок первой степени), от 9,2 до 18,4 (шок второй степени), от 18,4 до 36,0 (шок третьей степени).

Для соответствия разработанной шкалы оценки тяжести шока принципам доказательной медицины нами осуществлен расчет ее «чувствительности», «специфичности» и «общей точности» путем проведения проспективных исследований.

Результаты проведенных нами проспективных исследований у 224 больных с политравмой свидетельствовали о том, что предложенная балльная шкала оценки тяжести шока обладает высокими показателями чувствительности (в среднем 77,8%), специфичности (в среднем 78,3%), общей точности (в среднем 80,8%).

Таким образом, предложенная нами новая балльная шкала оценки тяжести травматического и геморрагического шока у больных с политравмой вполне соответствует требованиям практической экстренной медицины. В связи с этим ее широкое применение в условиях скорой медицинской помощи позволит врачам объективировать оценку тяжести травматического и геморрагического шока у больных с политравмой, что соответственно приведет к улучшению результатов догоспитальной экстренной медицинской помощи этой группе больных.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., Ганиев О.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Скорая медицинская помощь – важнейшая часть систем жизнеобеспечения, создаваемых для реализации гарантированных государством прав граждан на охрану жизни и здоровья – призвана оказывать экстренную медицинскую помощь в критических для жизни ситуациях, а также доставлять пациентов к месту оказания специализированного лечения.

По данным информационно-аналитического отдела РНЦЭМП для оказания скорой медицинской помощи в городе Ташкенте (фиксированное население – 2497900 чел.) организована работа 12 подстанций, в круглосуточном режиме работают 171 бригада, из них 116 (67,8%) врачебных, 55 (32,2%) фельдшерских, бригады общего профиля – 116, реанимационных – 4, и психиатрических бригад – 3. В 2018 г. было выделено 2270,75 штатных единиц (981,75 врачебных и 1289 среднего мед. персонала), 505,1 ст. остаются вакантными. По службе 103 работало 1426 физических лиц (445 врачей и 981 средний мед. персонал) и 325 ед. совместителей (224 – врачей, 101 средний мед. персонал). Укомплектованность подразделений скорой медицинской помощи врачебными кадрами составляет 69,7%. Всего 139 врачей имеют категорию, у 524 стаж работы не превышает пяти лет.

Автопарк службы скорой медицинской помощи насчитывает 168 единиц специализированного автотранспорта, что составляет 87,5% от норматива (при нормативе 192 ед.). Стандартный перечень портативного медицинского оборудования, лекарственных и перевязочных средств, инструментария, специальных упаковок и инвентаря бригады скорой медицинской помощи регламентирован соответствующим приказом МЗ РУз. В целом по городу на оснащение бригад скорой медицинской помощи недостаточно аппаратуры для проведения искусственной вентиляции легких, автономно работающих электрокардиографов, дефибрилляторов. Необходимо дооснащение современными средствами иммобилизации, включая вакуумные шины.

Служба скорой медицинской помощи радиофицирована, однако большинство средств связи морально устарели и технически не обеспечивают гарантированное определение местонахождения машины скорой медицинской помощи в текущий момент времени.

Ежегодно городская служба скорой медицинской помощи выполняет более 900 тыс. вызовов, только в истекшем году службой «103» было 948518 обращений, из них обслужено – 926088 вызовов, в среднем 388 на 1000 населения. Помощь на дому оказана – 184632; госпитализировано – 178980; перевозка – 14818; ложных вызовов – 967; смерть до прибытия – 6347; смерть в присутствии сотрудника СМП – 238 случаев.

1. Перспективы развития скорой медицинской помощи в современных условиях

Нагрузка на одну круглосуточную бригаду скорой медицинской помощи за последние три года увеличилась до 17 вызовов в сутки, число вызовов скорой медицинской помощи возросло на 30%, а доля больных, госпитализированных в экстренном порядке – почти в 3 раза.

Вместе с тем, в структуре вызовов бригад скорой медицинской помощи до сих пор высока доля несвоевременной нагрузки, связанной с оказанием помощи хроническим больным, которые составили 27,3% от общего количества обращений за скорой медицинской помощью. Как показывает анализ, скорая медицинская помощь часто выполняет функции, которые могли бы взять на себя врач общей практики. К ним относятся практикуемые вызовы к больным с острыми простудными заболеваниями или обострениями хронических заболеваний, не требующими экстренной медицинской помощи; снятие ЭКГ, инъекции больным, в т.ч. онкологическим и т.д.

Успешное решение проблем организации и оказания населению скорой медицинской помощи возможно только в тесной взаимосвязи с вопросами совершенствования работы амбулаторного звена, в том числе с переходом на организацию первичной медицинской помощи по принципу врача общей врачебной практики, стационаров дневного пребывания, стационаров на дому и т.д. Неотъемлемой частью работы врача общей практики должно стать оказание неотложной помощи обслуживаемому населению.

Негативно сказывается на конечных результатах оказания скорой медицинской помощи отсутствие системы подготовки населения по вопросам оказания первичной медицинской само- и взаимопомощи. Ее приемами не владеют даже работники милиции, государственной инспекции безопасности дорожного движения, пожарной службы.

Все это свидетельствует о необходимости существенного совершенствования службы скорой медицинской помощи. Основными задачами службы должны являться оказание больным и пострадавшим доврачебной и первой врачебной медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма, и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Достижение поставленной цели предполагает решение ряда задач:

- совершенствование материально-технической базы (доукомплектование автопарка, портативного оборудования, средств связи) и усовершенствование системы информационного обеспечения службы скорой медицинской помощи;
- ограничение роли службы скорой медицинской помощи исключительно случаями, требующими реальной неотложной помощи (информирование населения о новых процедурах работы службы скорой помощи);

- организация работы диспетчеров в системе телефонного отсеивания вызовов «103» через врача общей практики;

- совершенствование системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях, внедрения современных технологий диагностики и лечения в клиническую практику;

- организация системы подготовки педагогов и учащихся общеобразовательных школ, учреждений начального профессионального, среднего специального и высшего образования по вопросам оказания первичной медицинской само- и взаимопомощи;

- организация системы подготовки работников социальной сферы по вопросам оказания неотложной помощи инвалидам и пожилым при угрожающих жизни состояниях;

- повышение качества подготовки персонала ответственных служб жизнеобеспечения (милиция, инспекция безопасности дорожного движения, пожарные службы) и водителей транспортных средств по вопросам оказания доврачебной помощи.

Таким образом, служба скорой медицинской помощи работает с нарастающей нагрузкой, существующие проблемы тесно взаимосвязаны с сегодняшним состоянием системы здравоохранения, планируемый переход к страховой медицине позволит улучшить материально-технический и профессиональный уровень оказания неотложной помощи населению страны.

ЯНГИ ИСЛОҲОТЛАР ДАВРИДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИНИ ЖАДАЛ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

*Хайдаров Г.А., Тияков А.Б., Ишонкулов А.М.,
Раззоқов Д.Р., Маевлянов Ф.Ш.*

РШТТЕИМ Самарқанд филиали

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 16 мартдаги «Шошилинич тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПФ-4985-сонли фармонида мувофиқ ҳамда шошилинич тиббий ёрдам тизимини янада такомиллаштириш, шу жумладан, тез тиббий ёрдам хизматининг тезкорлиги, самардорлиги ва сифатини ошириш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 25 январдаги ПҚ-3494-сонли «Шошилинич тиббий ёрдам тизимини жадал такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги Қарори қабул қилинди.

Қарорлар асосида Самарқанд вилоятида қуйидаги ишлар амалга оширилди:

- Шошилинич тиббий ёрдам хизматининг моддий техник базасини яхшилаш ва беморларга сифатли тиббий хизмат кўрсатишни таъминлаш мақсадида маҳаллий бюджет маблағлари ҳисобидан PROSTAR C-дуга X-ray ускунаси (620 млн. сўм) харид қилинди;

- Филиалда Илмий бўлим ташкил қилинди. Илмий бўлим филиал ва субфилиаллар мутахассисларининг

илмий салоҳиятини ошириш, амалий фаолиятини такомиллаштириш учун Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Туркия, Германия, Швеция, МДХ давлатларининг таниқли клиникалари билан илмий-амалий алоқалар йўлга қўйилиб конференциялар, анжуманлар, махорат дарслари ўтказилиб келинмоқда. Бундан ташқари филиал ва субфилиалларни тор мутахассислар билан таъминлаш мақсадида 5 та йўналиш (терапия, нейрохирургия, травматология, хирургия, анестезиология ва реаниматология) бўйича клиник ординатура йўлга қўйилди ва бугунги кунда ушбу йўналишлар бўйича 32 та клиник ординатор таҳсил олмоқда;

– Филиалда 2017 йил кардиология ва нейрохирургия йўналиши бўйича 2 та грант ютиб олинди ва бугунги кунда илмий ходимлар ушбу грантлар лойиҳасида белгиланган вазифалар бўйича иш олиб бормоқда;

– Тез тиббий ёрдам соҳасида хизмат кўрсатувчи 137 та (қароргача таъминланиш 51,8% эди) ихтисослаштирилган автомашина сони, янги олинган 132 та шундан 26 таси махсус реанимобиллар эвазига 259 тага оширилди ва тез тиббий ёрдам автотранспорт воситалари билан таъминот 88,3% га етказилди. Мавжуд автомашиналарнинг 144 тасига (55%) GPS-навигация тизими ўрнатилди ва бу жараён давом эттирилмоқда;

– Тез тиббий ёрдам хизмати автомашиналарини ёнилғи-мойлаш материаллари билан таъминлаш мақсадида молиялаштириш 2016 йилга нисбатан (467 млн. сўм) 2018 йилда (2 млрд. 440 млн. сўм) 3 баробарга оширилди. Вилоятда тез тиббий ёрдам хизмати учун дори-дармон ва тиббий буюмлар харид қилиш учун маблағ 2016 йилга нисбатан (449 млн. 396 минг сўм) 2018 йилда (2 млрд. 827 млн. сўм) ажратилиб беш баробарга оширилиши натижасида дори-дармон таъминотида муаммо қолмади.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд филиали негизда янги замонавий Call марказини ташкил қилиш мақсадида маҳаллий бюджет маблағлари ҳисобидан 500,0 млн сўм ажратилиб таъмирлаш ишлари олиб борилди. Мазкур ташкил қилинаётган марказда алоқани сифатли ташкил қилиш мақсадида УЗТЕЛЕКОМ ҚК билан тузилган шартномага мувофиқ 52,0 млн. сўм маблағ эвазига оптик толлари телефон тармоғи ўтказилди ва алоҳида телефон рақамлари ажратилди, компьютер жамланмалари билан таъминланди. Вилоят молия бошқармаси билан бирга марказнинг штат нормативлари тасдиқланди.

Тез тиббий ёрдам автомашиналарини асбоб ускуналар билан жиҳозлаш мақсадида янги 47 та ЭКГ, 250 та Амбу қопчаси, 28 та дефибрилятор, 224 комплект тиббий инструментлар (зажим, оғиз кенгайтиргич, шпатель, пинцет ва х.к.з) ва 202 та тез тиббий ёрдам сумкалари билан таъминланди.

“Саломатлик-3” лойиҳаси асосида вилоятдаги тез тиббий ёрдам хизматининг 26 та ихтисослаштирилган автомашиналари учун 6 турдаги (26 та дефебрилятор 162 396 \$, 26 та сунъий нафас бериш аппарати 134 900\$, 26 та электрокардиограф аппарати 30 680 \$, 26 та электр сургич аппарати 23 270 \$, 26 та тиббий ин-

струментлар тўплами 29 900 \$) жами 498 746 АҚШ долларига замонавий асбоб ускуналар билан жиҳозланди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг “Ўзбекистон Республикасида Тез тиббий ёрдам хизматини такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 2018 йил 16 октябр ПҚ-№ 3973 ва вилоят хокимининг 2018 йил 19 октябрдаги № 673Қ қарорлари ижросини таъминлаш мақсадида вилоятдаги даволаш-профилактика муассасаларида оғир аҳволдаги беморларга ўз вақтида малакали ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатишни таъминлаш, санитар авиация хизматини такомиллаштириш ва тартибга солиш, санитар авиация хизматидан самарали ҳамда мақсадли фойдаланишни таъминлаш чора-тадбирлари амалга оширилмоқда.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Хайрутдинова М.Х.¹, Мухитдинова Х.Н.², Турсунов Д.К.¹, Эркинова М.Ф.¹

РНЦЭМП¹, ТашиУВ²

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, гемодинамика, минутный объем кровообращения, общее периферическое сосудистое сопротивление

Цель исследования. Дифференцированная оценка нарушений гемодинамики между изолированной и сочетанной с другими повреждениями органов при тяжелой черепно-мозговой травме у детей в разных возрастных группах.

Материал и методы. Изучены результаты мониторинга систолического (САД), диастолического (ДАД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), МОК, ОПСС, ЧСС, ДП, ОВТ, ЧД 61 ребенка с ТЧМТ в первые сутки. Из них мальчиков было 34, девочек 27. Дети поступили в ОПИТ в первые 2 часа после ДТП. По показаниям респираторная аппаратная (VELA, DRAGER) поддержка начата у 40 детей сразу при поступлении. 50 детей оперированы в первые сутки по экстренным показаниям. Регистрация изучаемых параметров производилась ежечасно в течение первых суток с оценкой среднесуточного значения параметра.

Результаты и обсуждение. Показатели гемодинамики рассматривались в трех возрастных группах: 1 группа – от 6 месяцев до 3 лет, 2 группа – от 3,1 до 7 лет, 3 группа – старше 7 лет (до 18 лет включительно). У всех больных зарегистрирована острая церебральная недостаточность различной степени тяжести по шкале ком Глазго. В каждой группе оценка проводилась дифференцированно у детей с изолированной ТЧМТ (А) и с сочетанной с повреждением других органов ТЧМТ травмой (Б). Так, в 1А группе (от 6 месяцев до 3 лет) с изолированной ТЧМТ: у 9 диагностирована субдуральная гематома, у 5 – ушиб головного мозга, перелом теменно-височной кости справа у двух, кома 2 степени – у 2, закрытая ЧМТ с УГМ тяжелой степени – у 7 де-

тей, открытая ЧМТ – у 2, кома 1 степени – у 4. Перелом теменной и лобно-теменно-височной области с субдуральной гематомой у – 3, внутримозговая гематома выявлена у 2 пациентов. 1 Б группу составили 7 детей: у 1 ребенка был перелом бедренной кости, у 2 – перелом ключицы без смещения костных отломков, у 1 – перелом костей стопы без смещения, у 3 – ушиб внутренних органов. 2 А группу (ТЧМТ в возрасте 3,1-7 лет) составили 7 детей с ТЧМТ: с открытой ЧМТ переломом костей черепа – 5 и закрытой ЧМТ – 2 больных. Из них ОЦН была представлена комой 2 степени тяжести у 3, комой 1 – у 2, прекоматозным состоянием – у 2 детей. В 5 случаях выявлен УГМ тяжелой степени, средней степени тяжести – у 2. В группе 2Б (сочетанная с ТЧМТ травма в возрасте 3,1-7 лет) наблюдалась у 9 больных. Причем ОЦН кома у 5, прекоматозное состояние – у 3 больных. Из них у 5 выявлена открытая ЧМТ, у 4 – закрытая ЧМТ с переломом костей черепа и УГМ тяжелой степени. В данной группе также обнаружены различные повреждения внутренних органов (разрыв селезенки, ушиб печени, почки) у 5, переломы костей одной конечности – у 4, двух – у 1. У всех больных 3А группы (старше 7 лет) наблюдалась ОЦН. Причем у 10 детей была обусловлена закрытой ТЧМТ, открытой ТЧМТ – 5 больных. У всех УГМ тяжелой степени, переломы костей черепа с переходом на основание, гематомами (субдуральной – 2, внутримозговой – 4). Кома 2 ст. была у 7, кома 1 ст – у 8 пациентов. В группе 3Б состояло 14 больных с сочетанной с ТЧМТ. Кома 2 ст. зарегистрирована у 8, кома 1 ст. – у 6 детей. ЗТЧМТ выявлена у 10 больных, открытая ТЧМТ – у 5 больных. УГМ тяжелой степени – у 9, средней степени тяжести – у 5. Повреждение внутренних органов (разрыв селезенки, печени – у 3), переломы костей 1 конечности – у 12, ампутация ноги – у 1 больного. Обнаружено, что ЧСС у детей с ТЧМТ и сочетанной с ТЧМТ травмой было достоверно меньше, чем у детей до 3 лет на 18% ($p < 0,05$). В 1 группе ЧСС в 1 сутки составил $139,1 \pm 7,4$, в 3 группе – $114,3 \pm 3,0$ ($p < 0,05$). Это различие выявило возрастную особенность стрессовой реакции синусового узла на тяжелую ЧМТ.

В 1 сутки лечения на фоне адекватной терапии, своевременном оперативном вмешательстве, корригирующем повреждение органов и конечностей, лечебных мероприятиях ОПСС колебалось от 620 до 1240 дин·с/см⁵ м по возрастающей в зависимости от возраста. Тенденция к повышению ОПСС в возрасте старше 7 лет обусловлена тем, что у детей старше 7 лет более развитая мышечная масса стенок сосудов в условиях стрессовой реакции организма на тяжелую травму может в определенной степени поддерживать централизацию кровообращения эффективнее, чем у детей младенческого возраста. Общий вегетативный тонус характеризовался склонностью к увеличению на 50% у детей старше 3 лет с ТЧМТ во всех возрастных группах. То есть возрастных различий вегетативной реакции на ТЧМТ и сочетанную с ТЧМТ травмы по возрастам не выявлено.

Выводы. В группах больных с изолированной ТЧМТ и ТЧМТ, сочетанной с повреждениями других органов у детей обнаружено достоверное различие только показателя ЧСС в 1 и 3 группах. Выявлено увеличение сердечного ритма в одинаковой степени (в среднем на 40%) у всех больных.

ЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ФОНЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ

Хакимова Н.Х., Мирзаева Н.К., Холмурзаева М.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Острые респираторные инфекции до настоящего времени остаются актуальной проблемой педиатрии, среди этиологических агентов ОРВИ лидирующие позиции занимают вирусы. Самой частой осложнением ОРВИ являются энцефалические реакции, характеризующиеся общемозговыми симптомами, остро возникающими на высоте инфекционно-токсического процесса.

Ведущими механизмами энцефалитической реакции являются гемодинамические расстройства с повышением проницаемости сосудистой стенки, дисциркуляторные нарушения, ведущие к отеку и набуханию головного мозга. На основе прогрессирующих гемодинамических нарушений, циркуляторной и тканевой гипоксии развивается декомпенсаторный метаболический ацидоз, нарастает отек головного мозга.

Целью нашего исследования является изучение течения энцефалической реакции у детей на фоне ОРВИ.

Объектом исследования являются 54 детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года, наблюдаемых за период 2017 года на этапе реанимации и интенсивной терапии Джизакского филиала РНЦЭМП. У всех обследованных больных детей тщательно изучался перинатальный анамнез и анамнез заболевания, а также клинические проявления энцефалитической реакции. Детям проводились общеклинические, лабораторные обследования, ЭХО ЭГ, ЭЭГ, нейросонография.

В результате проведенных исследований установлено, что предрасполагающими факторами является перинатальное повреждение нервной системы, 70% детей родились от неблагоприятно протекавшей беременности. 24(44%) обследованных больных поступили на первой компенсаторной стадии.

В клинической картине больные беспокойны, наблюдается психомоторное и двигательное возбуждение, определяется тремор рук, подбородка и нистагм. Это стадия обратимого отека головного мозга и раздражения преимущественно полушарных структур. 12 (24%) больных поступили во 2-й декомпенсаторной стадии. Нарастают процессы торможения в ЦНС в виде оглушенности и сопора, что клинически проявляется сонливостью, вялостью, угнетением двигательной активности, анизорефлексией, рвотой, набуханием

и пульсацией большого родничка. Мышечный тонус усилен, определяется характерная поза с разогнутыми ногами и запрокинутой головой, усиливается нистагм, косоглазие. А также у 18 (32%) больных детей наблюдалась 3-я стадия энцефалической реакции в глубоком расстройстве сознания в виде сопора, до степени комы. Клинически проявлялась рвота неукротимая, судороги в виде внезапных клонико-тонических произвольных и кратковременных сокращений мышц, нередко приобретающих серийный тип, сопровождающийся потерей сознания. Стойким становится косоглазие нистагм, а также развивались гипертермические нарушения с последующим переходом к гипотермии. В этой стадии прогрессируют отек мозга и сердечно-сосудистая недостаточность, угнетается не только деятельность полушарий, но и различных отделов ствола мозга.

В первой стадии назначено: антиоксиданты, противосудорожные – седуксин 1,0 мг/кг 1-2 раз в сутки, при необходимости дроперидол 0,15 мл/кг, оксибутират натрия 100 мг/кг, целесообразно назначение 5-10% глюкозы, аскорбиновой кислоты, препарата кальция, дексаметазона, магнезии сульфата. Во второй стадии – мочегонные 1-3 мг/кг в сутки, диакарб 50 до 250 мг и ноотропы: сомезин, продолжают препараты кальция, аскорбиновую кислоту, магнезии сульфат, дексаметазон, глюкозу и витамины группы В. В третьей стадии – активная оксигенотерапия, дегидратация: манит 0,5-1,0 г/кг в сутки, 10 % раствор глюкозы, преднизолон 1-2 мг/кг в сутки, 10 % раствор глюкозы, преднизолон 1-2 мг/кг, а также ноотропы, сосудорасширяющие препараты: трентал, актовегин, плазмотрансфузия.

Таким образом, динамические наблюдения за детьми, перенесшими энцефалические реакции, показали: своевременная оценка состояния и начатая интенсивная терапия помогают избежать грозных осложнений и приводят к снижению летальности.

АНАЛИЗ ПОЗДНЕЙ ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н., Хайдаров А.Х., Мукумова С.А., Абдуллаев К.З.

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский институт**

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения кардиологических больных, результаты отечественных и зарубежных исследований свидетельствуют о том, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее актуальной проблемой большинства стран мира и в XXI веке. Именно ССЗ определяют летальность, трудовые потери в большинстве стран мира, среди которых наибольший удельный вес занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) и в

частности инфаркт миокарда (ИМ). Известно, что сроки оказания экстренной медицинской помощи и госпитализации больных инфарктом миокарда (ИМ) имеют важное прогностическое значение, влияя на характер клинического течения заболевания, летальность и инвалидизацию больного.

Нами анализированы причины поздней обращаемости 654 больных ИМ городских жителей в период с 2015 по 2018 г. Выявлено, что в течение часа от начала заболевания за медицинской помощью обратились в среднем 6,4 % больных, от 1 часа до 6 часов 40,5 % больных и от 6 часов до суток 23,3 % больных. Позже одних суток от начала заболевания обратились 25,3-31,6 % (в среднем 28,9%). В службу скорой медицинской помощи (СМП) обратились 33,5% больных, в поликлинику – 55,4% и в стационар (самообращение) – 11,1%.

Показано, что время от начала болевого синдрома до обращения за медицинской помощью зависит от характера ИМ (определенный или возможный, первичный или повторный), интенсивного болевого синдрома, а также учреждения, куда обратились больные. Так, у больных с первичным ИМ и интенсивным болевым приступом по сравнению с повторным ИМ и неинтенсивным болевым синдромом среднее время от начала заболевания до обращения к врачу было достоверно меньше. Такая тенденция не зависела от учреждения, куда обращались больные ИМ, хотя среднее время обращения в СМП было меньше, чем в поликлинику и стационар. Время обращения больных за медицинской помощью в СМП при определенном первичном и повторном ИМ с неинтенсивным болевым синдромом составило в среднем 30,2 и 55,1 ч соответственно ($\chi^2 = 16,3$; $p < 0,001$), а при возможном первичном и повторном ИМ – 34,7 и 62,4 ч ($\chi^2 = 29,1$; $p < 0,01$). В стационар непосредственно обратились больные с интенсивным болевым синдромом и первичным ИМ, как определенным, так и возможным. Показано, что по мере увеличения возраста как мужчины, так и женщины со стенокардией напряжения в анамнезе обращаются за медицинской помощью рано. Однако больные ИМ, но без стенокардии напряжения в анамнезе, в большинстве случаев обращаются позднее 1 суток от начала заболевания независимо от возраста. Это связано с информированностью больных о признаках заболевания и мерах оказания доврачебной медицинской помощи.

Таким образом, поздняя обращаемость больных инфарктом миокарда за медицинской помощью объясняется отсутствием в анамнезе стенокардии напряжения, неинтенсивным ангинозным приступом независимо от пола и возраста. Немаловажное значение имеют недостаточная информированность сельского населения и низкий уровень коммуникации (транспортных связей, телефонизации).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Холмуродова З.Б., Юлдашева Р.М.
Джизакский филиал РНЦЭМП

Цель исследования: Изучить эффективность догоспитальной помощи при доставке больных с мозговым инсультом.

Материал и методы. В 2018 году госпитализировано 1081 больной с мозговыми инсультами, что составило 71,7 % от общего числа заболевших. Из них с ишемическим инсультом 650 (43,1%), преходящим нарушением мозгового кровообращения – 304 (20,1%), с геморрагическим – 127 (8,43%), из них паренхиматозным – 108(7,7%), субарахноидальным кровоизлиянием – 19(1,26%). Самотёком поступило 467 больных (43,2%). Врачами бригад скорой помощи квалифицированная медицинская помощь на догоспитальном этапе была оказана 614 больным с мозговыми инсультами. В течение 3-х часов от начала заболевания поступили 102 (0,1%), от 3 до 6 часов – 397(0,027%), через 6 часов и более 1 суток – 457(0,02%), более 2-3 суток – 125(11,6%) человек.

Раннее назначенное лечение обоснованно концепцией «терапевтического окна» – отрезка времени, равного 4-6 часов с момента появления первых симптомов мозгового инсульта до формирования в мозге необратимых морфологических изменений. Своевременная догоспитальная квалифицированная помощь больным с мозговым инсультом в течение первых 3 часов – 81(79,4%), от 3 до 6 часов – 234(58,9%) привела к более эффективному лечению в условиях стационара и быстрому, заметному регрессу неврологических нарушений. Позднее обращение (более 3-х дней) и у больных, поступивших самотёком – 467(43,2%), в динамике наблюдались глубокие неврологические нарушения, в виде речевых, двигательных и когнитивных, что увеличивало время реабилитации.

Выводы:

1. Положительная динамика и регресс неврологического дефицита при оказании догоспитальной квалифицированной помощи больным с мозговым инсультом в течение от 3 до 6 часов.

2. Своевременная диспансеризация больных с цереброваскулярной патологией и гипертонической болезнью. Оздоровление и охват консультациями врачей других специальностей (кардиолог, окулист, сосудистый хирург). Знание клинических симптомов инсультов врачами первичного звена повышает эффективность лечения.

ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО СУИЦИДА ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

Хонбабаева Р.Х.¹, Акалаева А.А.³, Стопницкий А.А.^{1 2},
Акалаев Р.Н.^{1 2}

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи¹,
Ташкентский институт усовершенствования врачей²,
Казанский национальный исследовательский
технологический университет³

В большинстве стран мира, включая Узбекистан, суицидальная ситуация в женской части населения выглядит более благополучно, чем в мужской – женщины погибают от самоубийств в 3–8 раз реже мужчин. Однако более низкий уровень завершённых суицидов еще не говорит о том, что проблема женских самоубийств не актуальна. Необходимо также учитывать, что при меньшей частоте завершённых суицидов женщины совершают суицидальные попытки чаще мужчин, при этом на один завершённый суицид у женщин приходится до десяти суицидальных попыток. Наконец, нельзя забывать об особой социальной роли женщины как матери и «хранительницы домашнего очага». По этой причине женский суицид приобретает существенное значение еще и в плане морально-психологических последствий для общества.

Цель исследования. Изучить характеристики суицидального поведения женщин для выявления суицидогенных конфликтов.

Материал и методы. Проведен анализ суицидального поведения 5 734 женщин из 12 797 женщин, поступивших в отделение токсикологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) за 10 лет (с 2008 по 2018 г.) с острым отравлением различной этиологии с применением катamnестических и клинико-психопатологических методов и личного собеседования с суицидентками с анкетированием по вопроснику. Поведение женщин оценивалось с точки зрения личностного смысла, сферы и содержания суицидогенного конфликта и реальности суицидальных намерений.

Результаты и обсуждение. При исследовании принято во внимание, что в РНЦЭМП госпитализируются пациенты из Ташкента и Ташкентской области. По статистике, в Ташкентской агломерации проживает около 6 500 000 человек, женщин около 50,3%, т.е. 3 270 000 чел. За 10 лет в отделение токсикологии обратились 12 797 женщин. В среднем в год приходится 1 279 случаев женского суицида – 0,04 % от всего женского населения. Анализ личностного смысла суицидального поведения 5 734 женщин выделил пять вариантов поведения: «протест», «призыв», «избегание», «самонаказание» и «отказ». Изучение категории личностного смысла суицидального поведения женщин показало, что частыми среди них были «призыв» (о помощи, сочувствии...) – 28,92% случаев, «протест» – 25,90% и «избегание» – 25,30%. Реже встречались отказ – 7,48% и самона-

казание – 12,4%. Суицидогенный конфликт был связан с реальными событиями и лишь в 31,33% случаев с психопатологическими переживаниями. Это связано с аффективной заряженностью психотических переживаний в сравнении с «обычными» житейскими и более глубоким нарушением инстинкта самосохранения при целом ряде психопатологических состояний. По сфере жизнедеятельности суицидогенный конфликт разворачивался в семейной и личностно-витальной сферах – 2 982 (52%). Далее следовали морально-этическая, коммунально-бытовая, религиозная, интимно-сексуальная сферы – 2 752 (48%). Оценка истинности суицида у женщин осуществлялась путем сопоставления их собственных сообщений о наличии или отсутствии у них желания умереть с объективными обстоятельствами. Как демонстративно-шантажные, т.е. не имевшие цели лишения себя жизни расценены попытки у 3 899 (68%) женщин. Суицидальные попытки женщины используют не для саморазрушения, а с целью оказать влияние на окружающих и для привлечения внимания. Значит, женский суицид носит информативный характер, и у женщины, однажды совершившей попытку, пропадает страх, а достижение поставленной цели «быть услышанной» воодушевляет. Суицид из радикального решения проблемы превращается в механизм влияния для достижения цели.

Заключение. Значительную часть самоубийств у женщин можно классифицировать как аномические самоубийства. Этим объясняется проявление противоположных форм сознания аномической личности: с одной стороны – чувства беспомощности, изоляции, пустоты, отсутствие моральной цели; с другой – вседозволенность, потеря ответственности.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СОСТОЯНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОБСТРУКТИВНЫМ ЛАРИНГИТОМ

Шакаров Ф.Р., Тожиев Б. Х., Хасанова Г.И.
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Целью настоящего исследования был анализ ответственности медицинской помощи при остром обструктивном ларингите у детей на разных этапах, оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Ретроспективное исследование проведено на основании выкопировки данных из медицинской документации станции скорой медицинской помощи (учетная форма № 110/у), с последующим изучением историй болезни данных пациентов в отделениях детской реанимации и интенсивной педиатрии СФРНЦЭМП.

Результаты исследования. Проанализированы данные 70 детей, которые поступили в СФРНЦЭМП в 2017-2018 гг., средний возраст детей составил $1,89 \pm 0,45$ года, гендерное распределение показало, что мальчиков было 46 (57,3%), а девочек – 24 (42,7%). Количество

вызовов к разным возрастам показало, что в 74,2% случаев вызовы СМП осуществлялись к детям в возрасте до 1 до 2-х лет, 17,1% вызовов пришлись на детей в возрасте старше 2-х лет и в незначительном количестве (8,5%) был вызов к детям до 1 года. Из них первично за медицинской помощью обратилась основная масса родителей (87,1%) пациентов, повторно 12,8%. Всем пациентам была оказана скорая медицинская помощь (СМП), результаты которой определили дальнейшую тактику ведения пациентов. Среди оставленных «на месте» были дети, состояние которых на момент осмотра врачами СМП не расценено, как требующее экстренной эвакуации в стационар для дальнейшего лечения (5,7%), а также в связи с отказом родителей от госпитализации (11,4%). Достаточно большое число отказов от стационарного лечения можно связать с тем, что после купирования острых симптомов и достижения видимого улучшения состояния ребенка родители предпочитают продолжать лечение в домашних условиях, нежели в клинике. Анализ медицинской документации показал использование антигистаминных препаратов I поколения родителями до приезда СМП в режиме самолечения у 15,7% детей, а также применения пероральных антибиотиков в 27,1% случаев и даже парентеральных антибиотиков в 10% случаев, в 8,5% случаев отмечалось получение в/в капельных вливаний на частных фирмах. При сборе анамнеза у родителей пациентов выявлено, что продолжительность стридора, который является признаком обструктивного ларингита, у большинства детей составляло от 1 до 3 часов (64,2%), тогда как в 14,2% случаев продолжительность обструкции верхних дыхательных путей продолжалась 5 часов и более. У 17,1% детей наблюдалась фебрильная, у 65,7% субфебрильная температура. При этом во всех случаях повышения температуры родителями было дано пероральное жаропонижающее средство: парацетамол в виде свечей и перорально в 48,5%, ибупрофен в 34,3% случаев. В 12,8% применение пероральных средств не имело эффекта, что, возможно, было связано с использованием неэквивалентных доз жаропонижающего препарата. В 45,7% случаях был использован метамизол натрия внутримышечно в составе литической смеси вместе с дифенгидрамином и дротаверином, что можно объяснить невысокой стоимостью перечисленных препаратов, но несоответствующим современным протоколам. Гормональную терапию внутримышечным способом введения получили 54,3% детей, при этом общий эффект от проведенного лечения в группе составил: положительный 62,8% случаях; отсутствие эффекта в 18,5%; в 18,5% проанализированных картах данная графа не была заполнена. Считаем, что на современном этапе целесообразнее применение ингаляционного глюкокортикостероида при помощи небулайзера, что является мировым стандартом. Анализируя стационарный этап оказания помощи при остром обструктивном ларингите, следует отметить, что наибольшую продолжительность стационарного лечения, а также более тяжелое течение

заболевания, способствующее госпитализации в реанимационное отделение, имели дети, получившие антибиотикотерапию до поступления в стационар (28,5%), а также со случаями в/в вливаний (8,5%). Следует отметить, что в данную категорию больных вошли дети с продолжительностью обструкции 5 часов и более, что способствовало развитию гипоксического состояния организма, что требовало проведения реанимационных мероприятий.

Выводы: лечение на догоспитальном этапе не всегда оказывалось соответствующим мировым стандартам по оказанию догоспитальной помощи при обструктивном ларингите, это связано с применением метамизола, дротаверина и дифенгидрамина, тогда как на современном этапе требуется применение ингаляционных лекарственных средств. Отмечались случаи применения нерациональной антибиотикотерапии, в/в капельных вливаний, а также позднее обращение за медицинской помощью, что способствовало более тяжелому течению заболевания и проведению реанимационных мероприятий.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шарапова Ю.Ш., Ташкенбаева Э.Н., Арипов С.А., Касымова Б.С., Элламонов С.Н.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В настоящее время сердечно-сосудистая патология стоит на первом месте по отношению заболеваемости и летальности среди других патологий во всем мире. Острый инфаркт миокарда, осложненный различными нарушениями ритма сердца, встречается очень часто и имеет сравнительно неблагоприятное течение в ближайшие и отдаленные периоды. Клиническое значение аритмии при инфаркте миокарда определяется возможностью трансформации аритмии в фибрилляцию желудочков и асистолию, а также негативным влиянием на гемодинамику.

Цель. Изучение частоты встречаемости нарушений ритма сердца (НРС) при остром инфаркте миокарда (ОИМ) в условиях экстренной медицинской помощи.

Методы исследования. Было обследовано 72 больных с ОИМ, которые находились на лечении в отделении кардиореанимации, в отделениях экстренной терапии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФРНЦЭМП). Всем больным проводилось полное клинико-лабораторное обследование. Под наблюдением находились 72 пациента с диагнозом ОИМ, осложненным различными нарушениями ритма сердца, из них с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) – 53 (73,6%), с инфарктом мио-

карда без подъема сегмента ST (ИМбпST) – 19 (26,4%). Средний возраст пациентов с ОИМ составил $65,2 \pm 9,8$ лет.

Полученные результаты. Анализ результатов наблюдений показывает, что из сопутствующей патологии у пациентов с ОИМ артериальная гипертензия диагностирована у 28 больных, сахарный диабет 2 типа – у 5, сочетание АГ и СД у 2, ХОБЛ – у 4, пневмония – у 2 и перенесенный ишемический инсульт в анамнезе у – 3 больных. В зависимости от локализации инфаркта по данным ЭКГ при передне-распространенном инфаркте наджелудочковые экстрасистолии встречались (НЖЭ) у 3 (23,1%), фибрилляция предсердий (ФП) у 6 (40%), желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) – у 22 (61,2%), пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТ) – у 5 (71,4%), фибрилляция желудочков (ФЖ) у – 1 (1,4%) больного. При ниже-боковой локализации инфаркта НЖЭ встречался у 3 (23,1%), ФП – у 5 (33,3%), ЖЭ у – 10 (27,7%), ПЖТ у – 2 (28,6%) больных, а при задне-базальном инфаркте НЖЭ – у 7 (53,8%), ФП – у 4 (26,7%), ЖЭ – у 4 (11,1%) больных. У обследованных пациентов были зарегистрированы ЖЭ различных градаций по классификации В.Lowp: I и II класс – у 28 (38,9%) больных, III класс – у 15 (20,8) IV класс – у 9 (12,5%) V класс – у 4 (5,5%) больных.

Выводы: У больше половины больных из НРС наблюдался желудочковые экстрасистолии, в то время как ФЖ регистрировалась у одного пациента в момент поступления в стационар. Также надо отметить, что при передне-распространенном инфаркте чаще наблюдаются желудочковые аритмии, а при задне-базальной локализации – наджелудочковые аритмии.

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шарифбаев С.А., Юнусов Р.С., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Солижанов Ш.Ш.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Трудно представить себе более обескураживающее травматическое поражение, чем острая тетраплегия. Поскольку регистрация травм в общенациональном масштабе не ведется, действительная частота повреждений шейного отдела позвоночника неизвестна. По оценке J.F.Kraus и соавт., частота свежих повреждений спинного мозга достигает 50 на 1 млн населения, что в США составляет примерно 11 200 новых пострадавших ежегодно. Их них 4200 человек погибают до госпитализации, 1150 умирают во время пребывания в стационаре и лишь 5850 пациентов выписываются из госпиталя. Число выживших с полным или частичным параличом вследствие травмы достигает 145–170 тыс. Прямые и косвенные расходы на лечение впервые (или вновь) пострадавших составляют в США ежегодно 380 млн долларов (по данным 1980 г.). Среди таких пациентов преобладают молодые муж-

чины (до 20 лет), попавшие в автодорожную катастрофу. На долю автодорожных происшествий приходится наибольшее количество (41 %) травм, сопряженных с повреждением спинного мозга; затем следуют падения с высоты (13 %), огнестрельные ранения (9 %) и различные травмы, полученные во время отдыха (5 %).

В оказании неотложной помощи больным на догоспитальном этапе с повреждением шейного отдела позвоночника приоритет отдается выполнению трех основных задач:

1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, адекватной вентиляции и стабильной гемодинамики.

2. Сохранение остаточной функции спинного мозга путем стабилизации позвоночника и предупреждения вторичных повреждений спинного мозга.

3. Третьей важнейшей задачей является проведение лечебных мероприятий, направленных на максимальное использование имеющихся возможностей для восстановления функции спинного мозга.

Догоспитальная помощь. Специалист по оказанию неотложной медицинской помощи, прибыв на место происшествия, должен действовать в соответствии с основным принципом первой помощи при травме – обеспечить поддержание жизненно важных функций организма. Сразу же после устранения факторов, способных вызвать дополнительные повреждения, следует осмотреть голову и шею пострадавшего; для иммобилизации позвоночника используются шины и воротники. Степень иммобилизации, обеспечиваемая шейным воротником, варьируется – от минимальной (при мягком шинировании) до существенной, но неполной (при наложении полужестких воротников).

При оказании неотложной помощи следует избегать возможных вторичных повреждений, обусловленных неправильным перемещением пациента при неполноценной иммобилизации позвоночника. Вторичные повреждения могут возникнуть и вследствие гипоксемии, отека, неустраненного сдавления спинного мозга (извне) или в результате шока, снижающего перфузию поврежденного участка спинного мозга. Каждый из названных факторов может способствовать нарастанию неврологических нарушений и ухудшить перспективы выздоровления пациента.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Шейхова Х.К., Эшчанова М.Х.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) представляют собой одно из часто встречающихся патологий среди гинекологических больных. Частота дисфункциональных маточных кровотечений, по данным разных авторов, варьирует в пределах 15-50%. ДМК является признаком нарушения овариальной

функции. Клиническими проявлениями синдрома яичниковой недостаточности кроме ДМК, являются ановуляция, опсоменорея, гипоменструальный синдром, недостаточность лютеиновой фазы, синдром лютеинизации неовулированного фолликула, аменорея, невынашивание беременности, бесплодие. Вышеперечисленные симптомы – это жалобы, с которыми больные обращаются к врачу. Клинические проявления синдрома яичниковой недостаточности разнообразны, и в основном свидетельствуют о неблагополучии в репродуктивной системе женщины.

Нами в отделении гинекологии Хорезмского филиала РНЦЭМП за период с 2014 г. по настоящее время обследованы 748 женщин различного возраста. Из 748 женщин 240 (32%) поступили по линии скорой помощи, остальные (68%) самотеком. Обследованные женщины были разделены на 3 группы: I группу составляли 9 девочек-подростков (1,2%), II группу составляли 449 женщин репродуктивного возраста (60%), III группу составляли 290 женщин климактерического возраста (38,8%).

Исход ДМК во многом зависит от эффективности медицинской помощи на догоспитальном этапе. Женщины с разными видами ДМК до госпитализации в стационар лечились несколько раз амбулаторно. Из 748 женщин 200 (26,7%) получили разные виды гемостатиков и утеротоники. Длительность амбулаторного лечения составляла от 3 до 30 дней. Из 9 (1,2%) девочек-подростков у пятерых длительность заболевания составляла более 20 дней. У них на догоспитальном этапе не проводились гормональные гемостазы и антианемическое лечение. Поэтому у них наблюдались признаки тяжелой анемии. Всем женщинам независимо от возраста в приёмно-диагностическом отделении до госпитализации в стационар были сделаны общий (развёрнутый) анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ-исследование органов гениталий, печени, почек, при необходимости биохимический анализ крови, при наличии сопутствующей железодефицитной анемии проводилась консультация терапевта, гематолога. У 486 (65%) обследованных женщин была выявлена анемия тяжелой степени, из них 351 (47%) по поводу ДМК лечились несколько раз.

Таким образом, в диагностике и лечении ДМК основное место занимает поликлиническая помощь, то есть раннее выявление и ранняя госпитализация больных способствует образованию экстрагенитальных заболеваний и различных осложнений.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Шейхова Х.К., Эшчанова М.Х.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

В отделении экстренной гинекологии Хорезмского филиала РНЦЭМП за последние 10 лет (2008-2018) прооперированы 690 больных по поводу внематочной бе-

ременности, в том числе при геморрагическом шоке – 195 (28,2%). Такое соотношение свидетельствует о высоком уровне диагностики и поздней госпитализации больных, обусловленной ошибками в организации лечебно-диагностического процесса на догоспитальном этапе.

До 12 ч от начала заболевания госпитализированы 552 больных, до 1 сут – 78, до 2 сут – 48, до 3 сут – 12, через 4 сут и позже – 12 больных.

В течение 2 ч после поступления оперированы 195 больных. Операции в более поздние сроки производились, как правило, при нечеткой клинической картине внематочной беременности, атипичном течении болезни, требующих наблюдения и проведения дополнительных исследований.

Причины поздней госпитализации больных были следующие:

1. Отсутствие широкой информации у населения о признаках и опасностях внематочной беременности. Среди населения не проводятся беседы, лекции об острых гинекологических заболеваниях.

2. Низкая квалификация медицинского персонала, в частности средних медицинских работников, особенно работающих в сфере скорой медицинской помощи, сельских врачебных пунктах, поликлиниках, в связи с этим, не разобравшись в клинической картине заболевания, они назначают больному лекарственные средства (антибиотики, спазмолитические препараты) и лечебные процедуры (санация влагалища).

Основным недостатком при оказании медицинской помощи больным является отсутствие взаимодействия врачей стационаров, поликлиник, сельских врачебных пунктов. Врачи скорой медицинской помощи часто не интересуются судьбой больного, доставленного в тяжелом состоянии. Каждый случай поздней госпитализации необходимо анализировать в стационаре при участии медицинского работника, допустившего ошибку. На таких разборах следует оценивать знание врачами симптомов острых гинекологических хирургических заболеваний, тактики лечения больных. При плановых посещениях предприятий необходимо обращать внимания на раннюю диагностику и сроки госпитализации больных с острыми гинекологическими заболеваниями. Кроме того, ежегодно необходимо проводить конференции врачей, на которых анализируются все случаи некачественного оказания медицинской помощи при острых гинекологических заболеваниях. Только совместными усилиями врачей скорой медицинской помощи, сельских врачебных пунктов и стационаров можно добиться снижения частоты ошибок в диагностике на догоспитальном этапе поздней госпитализации больных с острыми гинекологическими заболеваниями.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Шодмонова З.Р., Латипов А.О., Хуррамов Б.М.

Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Оказание экстренной медицинской помощи урологическим больным на догоспитальном этапе имеет свою специфику, особенно если урологическая патология проявляется таким дизурическим явлением, как острая задержка мочи (ОЗМ). ОЗМ является важной проблемой для здравоохранения в целом, приводя к значительным экономическим затратам, так как оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни больных, связана с повышенным риском осложнений, необходимостью длительной катетеризации мочевого пузыря. Основными функциями врачей бригады скорой медицинской помощи (СМП) являются: оказание экстренной консультативной медицинской помощи как дистанционно, так и с выездом на место нахождения пациента при подозрении на наличие острой урологической патологии; при необходимости осуществление медицинской эвакуации по показаниям и иные функции.

Цель работы. Определить объем оказания экстренной медицинской помощи урологическим больным с ОЗМ на догоспитальном этапе, оценить его качество и профилактику возможных осложнений.

Материал и методы. Анализ статистических форм «Карты вызова скорой медицинской помощи (учетная форма №110/у)» экстренных выездных бригад показал, что в СФРНЦЭМП за период с 2017 по 2018 г. врачами СМП было доставлено 378 пациентов с ОЗМ в возрасте 19-86 лет. Из них 13 женщин, 365 мужчин. Все больные с ОЗМ были доставлены в стационар в связи с общим тяжелым состоянием или вследствие невозможности выполнения катетеризации мочевого пузыря по различным причинам (недостаточный опыт, незнание специфики урологических больных). Перечень диагностических и лечебных мероприятий на догоспитальном этапе ограничивался осмотром, изучением жалоб и анамнестических данных, проведением физикального исследования и попыткой катетеризации мочевого пузыря, которая, однако, ни у одного из доставленных в стационар не увенчалась успехом.

Результаты. Среди доставленных СМП в стационар в результате комплексного обследования 222 (58,7%) пациентам оказана амбулаторная помощь в кабинете уролога, а 156 (41,3%) больных были госпитализированы в отделение экстренной урологии для дальнейшего обследования и лечения. Данные наших исследований показали, что в соответствии с причиной ОЗМ поводом для вызова врача-уролога явились следующие патологические состояния и заболевания: нефункционирующие мочевые дренажи 24 (16,4%), доброкачественная гиперплазия предстательной же-

лезы (ДГПЖ) – 41 (26,3%) больной, травмы уретры – 26 (16,7%), стриктура уретры – 13 (8,3%), камень мочевого пузыря – 16 (10,3%), нейрогенный мочевой пузырь – 9 (5,7%), абсцесс простаты – 7 (4,5%), вклинившийся камень уретры – 8 (5,1%), опухоль мочевого пузыря – 3 (1,9%), инородное тело мочевого пузыря – 2 (1,3%), полип уретры – 2 (1,3%), меатостеноз – 5 (3,2%) больных. Замена цистостомического дренажа выполнена у 112 (72%), установка эпицистостомы – у 4 (2,6 %) пациентов.

Вследствие инструментальных вмешательств у 36 (23%) больных наблюдалась гематурия, у 21 (13,5%) больного – уретроррагия, у 9 (5,7%) – ложный ход уретры, у 28 (17,9%) – лихорадка и у 42 (26,9%) пациентов – атака инфекции мочевого тракта. Анализ наших исследований показал, что все вышеперечисленные осложнения возникли в результате грубого форсированного или неумелого введения инструментов, несоблюдения специфики обращения с урологическими больными. Кроме этого, из-за оказания неадекватной квалифицированной помощи больным бригадой СМП в 58,7% случаях доставка больных в стационар была необоснованной, имеющиеся проблемы можно было устранить непосредственно на месте.

Выводы. Таким образом, с целью оказания качественной экстренной урологической помощи и профилактики осложнений на догоспитальном этапе пациентам с ОЗМ необходимо обучение врачей и диспетчеров особенностям специфики и ведения урологических больных, повышение квалификации врачей СМП. Важным шагом в этом направлении также явилось бы создание специализированных экстренных урологических выездных бригад скорой медицинской помощи. Последнее позволило бы оптимизировать оказание экстренной медицинской помощи пациентам с урологическими заболеваниями, находящимся на месте вызова или в стационарах и иных медицинских организациях, при отсутствии в них профильных специалистов и способствовало бы значительному сокращению как числа необоснованных вызовов, так и напрасных государственных экономических затрат.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Шодмонова З.Р., Латипов А.О., Шукуров А.А.,
Хамраев Ш.Ш.*

Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Почечная колика (ПК) – это резкая боль, возникшая внезапно в области почки или по ходу мочеточника и имеющая определенную иррадиацию, приступообразный характер и сопровождающаяся нарушениями мочеиспускания и парезом кишечника. ПК является ведущим клиническим симптомом многих

урологических заболеваний и требует оказания неотложной медицинской помощи больному. Зачастую приступ ПК проявляется клинической симптоматикой «острого живота» и требует проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями органов брюшной полости.

Цель. Изучение особенностей клинических проявлений, диагностики, дифференциальной диагностики почечной колики и оценка качества оказания неотложной помощи больным ПК на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов диагностики и лечения 279 больных, госпитализированных за 2018 год в отделение экстренной урологии Самаркандского филиала РНЦЭМП с почечной коликой, обусловленной различными причинами. Среди них женщин было 187 (67%), а мужчин – 92 (32,9%), в возрасте от 19 до 72 лет. В стационар были доставлены больные с единственной почкой, с двусторонней ПК, ПК не купирующейся в течение 1 часа, беременные, в сомнительных случаях, когда без дополнительных методов диагностики дифференцировка ПК представляла затруднения, а также при наличии осложнений. Все больные в приемном отделении осмотрены урологом, при необходимости и другими смежными специалистами – хирургом, гинекологом, невропатологом, травматологом; выполнены все необходимые дополнительные исследования.

Результаты. При сборе анамнеза у пациентов и проведении дифференциальной диагностики ПК нами особое значение придавалось времени возникновения боли, характеру рецидивов, иррадиации, провоцирующим и облегчающим факторам, наличию тошноты, рвоты и показателям артериального давления. Так, у 50 (17,9%) пациентов приступ ПК возник внезапно и продолжался от нескольких часов до нескольких суток. У 61 (21,8%) больного прекращение болевого приступа наступало как внезапно, так и путем постепенного регресса симптоматики. В большинстве случаев – 80 (28,6%) больных с ПК находились в состоянии двигательного возбуждения, непрерывно изменяя свое положение (patient moves). Пальпаторно у 25 (8,96%) исследуемых выявлено напряжение брюшной стенки, симулирующее картину острого живота. Постукивание поясничной области у 55 (19,7%) на стороне поражения привело к усилению боли. Аускультативно у 8 (2,86%) больных определено снижение перистальтики кишечника. Дифференциально-диагностическими критериями ПК являлись наличие эритроцитов в моче, уретеро-, пиелозктазия, гидрокаликоз и снижение функции почки на стороне поражения.

В результате комплексного обследования нами выявлено, что у 39 (13,94%) больных ПК была обусловлена с нефролитиазом, в 76 (27,2%) случаях – уретеролитиазом, в 20 (7,16%) случаях – нефроптозом, в 11 (3,94%) случаях – опухолью почечной лоханки, в 3 (1,07%) – опухолью матки со сдавлением нижней трети мочеточника, в 2 (0,71%) – уретероцеле. Также на фоне макрогематурии ПК наблюдалась у 27 (9,67%)

больных, с пиурией – у 13 (4,66%), после гинекологических операций – в 9 (3,22%) случаях. Особую группу составили беременные – 51 (18,2%), а также больные после дистанционной (ДЛТ) – 16 (5,73%) и перкутанной литотрипсии (ПНЛ) – 12 (4,3%), у которых ПК явилась следствием «каменной дорожки».

Оказание первой помощи в стационаре при ПК прежде всего было направлено на устранение приступа боли. Для этого больные принимали теплую ванну (37°C), им назначались комбинированные фитопрепараты, вводились внутримышечно «коктейли», содержащие спазмолитические и обезболивающие препараты, в особо тяжёлых случаях – наркотические анальгетики. В случае, когда боль, вызванная камнем проксимального отдела мочеточника, не купировалась, выполняли новокаиновую блокаду семенного канатика (у женщин – круглой связки матки) по Лорин-Эпштейну, которая имеет не только лечебный эффект, но и помогает провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

При угрозе возникновения острого пиелонефрита у 36 (12,9%) больных провели дренирование почечной лоханки путем установления мочеточникового катетера или стентирования мочеточника, в 21 (7,52%) случае выполнили перкутанную нефростомию, в 18 (6,4%) случаях – ДЛТ, в 23 (8,2%) случаях – КУЛТ, у 9 (3,2%) больных выполнена пиелолитотомия, у 14 (5,0%) пациентов – уретеролитотомия.

Выводы. Таким образом, результаты наших исследований показывают, что дальнейшее совершенствование работы бригад скорой медицинской помощи позволит расширить перечень диагностических исследований на догоспитальном этапе, повысить качество оказания экстренной медицинской помощи пациентам с ПК и предупредить развитие возможных тяжелых осложнений. Дооснащение бригад ультразвуковым и эндоскопическим оборудованием позволит расширить перечень диагностических исследований на догоспитальном этапе оказания экстренной медицинской помощи. Обучение врачей и диспетчеров, наряду с повышением квалификации специалистов и качеством оказания помощи специализированной урологической бригадой, будет способствовать значительному сокращению числа необоснованных вызовов.

ЗНАЧЕНИЕ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ ТРАНСПОРТИРОВКИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Баратов Ж.А.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Жировая эмболия, или синдром жировой эмболии является одним из грозных осложнений, встречающихся при политравме, и остаётся до сих пор проблематичной в плане профилактики и лечения. Данное осложнение встречается в 13–38 % случаев при данной

патологии. Как правило, при множественной травме следует выделить наличие обширного разрушения костного аппарата, особенно крупных трубчатых костей, мягкотканых структур, с выделением большого количества жирных кислот, а также факторов агрессии с последующей генерализацией различного рода эмболий или их комбинации. Наряду с этим встречающееся при этом повреждение респираторной системы с развитием гипоксии, тяжёлые многокомпонентные кровотечения, обширные раны с разрушением подочно-мышечно-фасциального массива, на фоне других предрасполагающих факторов, являются причиной возникновения данного осложнения.

Целью данной работы является изучение значения догоспитальной помощи в возникновении жировой эмболии как осложнения при политравме, причин возникновения данного осложнения, анализ вариантов течения и результатов лечения, возможные меры профилактики.

Материалы и методы. Материалом послужат больные с травмой, поступившие в Джизакский филиал РНЦЭМП с 2017 по 2018 год. За этот период в стационар поступило 1646 (803, 843) больных с различными видами травмы. Пострадавшие с политравмой составили 140 (8,5 %) человек. Из этого количества мужчин – 113 (80,3 %), женщин – 15 (10,7 %), детей – 12 (9 %). 127 (90,7 %) пострадавших получили повреждения в результате ДТП, 5 (3,5 %) получили повреждения в результате падения с высоты, 3 (2,02 %) были придавлены тяжёлым предметом, производственная травма – у 2-х (1,45 %), бытовая травма у – 3-х (2,02 %). Из целого ряда возникших осложнений в 5 случаях был диагностирован синдром жировой эмболии. Жирова эмболия у 3-х больных развилась подросто, после так называемого «светлого промежутка». Причем, в 2-х случаях это осложнение проявилось в лёгочной форме, в остальных случаях в смешанной форме с нарушением сознания от сопора до комы. Основным клиническим признаком у всех больных была острая дыхательная недостаточность, обусловленная респираторным дистресс-синдромом, которая проявлялась нарастающим тахипноэ, неадекватным дыханием, требующим вспомогательной или искусственной вентиляции лёгких. У всех больных отмечалось снижение сатурации крови и требовало оксигенотерапии. В 1-2 сутки у 2-х пострадавших наблюдались петехиальные высыпания по боковым поверхностям грудной клетки, на плечах, слизистой оболочке глаз. Следует отметить, что во всех 5-ти случаях больные доставлены без иммобилизации, самотёком, без оказания первой помощи, с грубыми нарушениями правил транспортировки. У этой группы пострадавших прослеживается определенная закономерность: они поступили с тяжёлой степенью шока, наблюдалась гипотензия (систолическое давление 70 мм рт.ст. и ниже) на фоне тяжёлой травмы. Лечение больных было комплексным с обеспечением адекватной доставки кислорода к тканям, что достигалось оксигенотерапией в легких случаях и продленной ИВЛ при

тяжёлом течении жировой эмболии. Наряду с этими мероприятиями проводилась инфузионная терапия системных расстройств микроциркуляции, ноотропная и метаболическая терапия, коррекция системы коагуляции и фибринолиза крови, защита тканей от свободных кислородных радикалов и ферментов, восстановление физиологического состояния дезэмульгированного жира в крови, дезинтоксикационная терапия, ранняя оперативная стабилизация переломов. Применение данной методики лечения больных с политравмой, осложнённой жировой эмболией, позволило улучшить результаты лечения этого осложнения.

Вывод. Считаю уместным отметить, что борьба за жизнь пострадавших при политравме необходимо начинать на месте трагедии. И чем быстрее и «качественнее» будет доставлен больной в стационар, тем больше шансов сохранить ему жизнь и избежать больших осложнений.

БОЛАЛАРДА НАФАС ЙЎЛИДА ЁТ ЖИСМ АСПИРАЦИЯСИ БЎЛГАНИДА ШИФОХОНАГАЧА БЎЛГАН ДАВРДА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ

*Эминов Б.Ж., Юлдашев Ш.М., Бобаев М.М.,
Мирзакаримов А.А.*

РШТЁИМ Фарғона филиали

Нафас йўлларида ёт жисмларни аспирацияси аксарият ҳолатларда болаларда учрайди, илмий адабиётлар маълумотларига кўра барча аспирацияларни 80 дан 97% гача ташкил қилади. Нафас йўлларида ёт жисмларни аспирацияси аксарият (68-93%) ҳолатларда кўпинча 8 ойликдан – 5 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Ёт жисмларни нафас йўлларида жойлашаши, турли хил, кўпроқ ўнг ўпкада жойлашади. Бу эса нафас йўлларида ўзига хос анатомо-физиологик хусусиятлари билан боғлиқ бўлади.

Ёт жисмларни шакли, ўлчамлари ва жойлашган жойига қараб клиник номоён бўлишини белгилаб беради: йўтал, оғриқ синдроми, ўткир ҳансираш, яширин кечув даврини узоқ давом этиши, асоратлари турлича бўлиши билан аҳамиятга эга.

Аспирациядан кейинги муддат кўп ҳолларда касалликни клиник кўринишларини белгилаб беради: ўткир даври, яширин кечув даври, асоратлари даври. Нафас йўлларидаги ёт жисмларни характери ва шакли хар хил бўлиб, айниқса, ўткир ва кесувчи ёт жисмлар бўлганда бронх деворини жароҳатланиши ва қон кетиши асоратини юзага чиқариши мумкин. Ўсимлик табиатли ёт жисмлар (ёнғоқ, pista, нўхат) тезда бўкишга мойил, қисман ёки бутунлай бронхлар обтурациясини чақириб ателектаз ва йирингли жараён ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

РШТЁИМ Фарғона филиали қабул диагностика бўлимига 2016–2018 йилларда нафас йўллари ёт жисми ташхиси билан 145 бемор болалар мувожадат қилган, шулардан 134 нафари стационарга ётқизилган.

Ёт жисмларни жойлашиши бўйича

1) ҳиқилдоқда; 15 нафар беморларда

2) трахеяда; 39 нафар беморларда

3) бронхда; ўнгда 65 нафар, чапида 15 нафар беморларда аниқланган.

Шулардан ўғил болалар 84 нафарни (57.9 %) кизлар 61 нафарни (42.0 %) ташкил этган. Бир беморда премедикациядан сўнг Геймлиха усули қўлланилиб ёт жисм рускани учи қисми йўталиш орқали чиқиб кетган. 5 (3.5%) беморлар нафас йўлида ёт жисмга шубҳа қилиб ётқизилган кейинги рентгенологик, бронхоскопик текширувларда ёт жисм топилмаган, 144 нафар беморларга умумий наркоз остида бронхоскопия ўтказилган. Бу беморларда ёт жисмлар (ер ёнғоқлар ва ёнғоқлар мағзи, апельсин уруғлари ва бошқалар) олингандан сўнг енгил асоратлар 18 нафар беморларда ларингит ва обструктив синдромлар кузатилди. Бу асоратланган беморларда ёт жисм 2-3 кундан 10 кунгача сақланиб турган. Ота-онаси тиббиёт ходимига мувожадат қилмаган.

Болани кўрганда кучли инспиратор ҳансираш, қовурғалар оралиғини тортилиши кузатилади. Ҳиқилдоқ соҳасида юқори стридор аниқланади. Перкуссия ва аускультацияда кам маълумот бўлади: дағал нафас ёки хириллашлар эшитилиши мумкин. Рентгенологик текширув жуда кам маълумот беради деб ҳисобланади (кўп ҳолларда ҳиқилдоқни ёт жисми игналар, тўғноғичлар бўлиши мумкин). Трахеядаги ёт жисмларни харақатини кўрсатувчи ўзига хос белги «Қарсақ симптоми» аниқланади, уни масофадан ҳам эшитиш мумкин.

Ўткир респиратор бузилишлар даври ёт жисмни юқори нафас йўллари бўйлаб ҳарақати даврига тўғри келади. Бу даврни давомийлиги бир неча минутдан бир неча соатгача чўзилиши мумкин, ёт жисмлар ҳиқилдоқ ёки трахея соҳасида ушланиб туриб кейин бронхларга ўтади. Бу даврни симптомлари қуйидагича: йўтални ўткир хуружи, қусиш билан, бўғилиш ва цианоз билан намоён бўлади. Бу даврда болани объектив кўрганда инспиратор ҳансираш, қайталанувчи йўтал хуружи, яққол безовталиқ аниқланади.

Шошилинч кечиктириб булмайдиган тез тиббий ёрдам.

Агарда болани ҳолати бирдан ўзгариб қолса нафас йўлларидаги ёт жисмга шубҳа қилинса нафас олишга қийналса, оғиз бўшлиғини кўздан кечириб суюқликлар бўлса тозалаш керак. Болани юзини пастга қилган ҳолда қўлингизга қўйинг, кўкраги кафтингизга тушсин ва пастки жағини катта ва кўрсаткич бармоқ билан ушланг. Бола билан қўлингизни тиззангизга қўйинг. Болани бошини ўзининг гавдасидан пастга туширинг врач ёки тез тиббий ёрдам ходими келгунича стандарт бўйича ёрдам кўрсатинг. Нафас олиши равонлашгач агар ёт жисм аспирацияси гумони бўлса унга аниқ диагноз қўйиш ва бронхоскопия ёрдамида ёт жисмни олиб ташлаш имкони бўлган тиббий муассасага, болалар реанимацияси бор бўлимга юборинг.

Хулоса: 1. Болаларда нафас йўлларидаги ёт жисмларни профилактикаси сифатида ота-оналар, болалар муассасалари ходимлари ўртасида тушунтиришишларини олиб бориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

2. Болаларни катталар назорати остида бўлишини таъминлаш ва болаларга турли хил майда жисмлар-

ни (турли хил ёнгоқлар, тугмалар) ўйнамаслик, оғзига солмаслик кераклигини тушунтириб бориш лозим. Шунингдек овқатланиш вақтида ўйнамаслик, қулмаслик, гаплашмасликларини назорат қилиш керак. Шунинг билан бир каторда маҳалла врачлари ва тез тиббий ёрдам ходимлари нафас йулидаги ёт жисмга шубҳа қилинганларида ёки нафас йўлларидаги ёт жисмларни аспиратцияси бўлганида мустақил ташхис қўйишга, бирламчи шошилинич тез тиббий ёрдамни кўрсатиш тактикасини стандарт бўйича тўғри кетма-кетликда амалга ошириш талаб қилинади.

БОЛАЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЎТКИР ХИРУРГИК КАСАЛЛИГИ БИЛАН КЕЧУВЧИ ҲОЛАТЛАРДА СТАЦИОНАРГАЧА БЎЛГАН ЁРДАМ

Эргашев Б.К., Қодиров Р.Ф., Чўлибоев И., Жуманов Н.Л.

РШТИЁМ Жиззах филиали

Соғлом бола – ҳар томонлама тўла ривожланган, руҳи тетик, ҳаракатчан, ўзи хуштабиат юради, ҳозирги кунда болалар орасида учрайдиган касалликларнинг олдини олиш мақсадида шифокорларнинг радио телевидения орқали тушунтириш ишларини олиб боришлари ва фойдали маслаҳатларни ўз вақтда беришларига қарамасдан бемор болалар сони кўпаймоқда. Ҳар бир фуқаро шундай хатоларга йўл қўймаслиги, болаларда учрайдиган касалликлар ва уларни олдини олиш йўллари билан озми-кўпми таниш бўлишлари зарур.

Тиббиётда 20000 га яқин синдромлар ёки касаллик белгилари мавжуд, шулардан болаларда қорин оғриғи синдроми энг кўп учрайди. Ҳатто қорин ва қорин бўшлиғига умуман алоқаси бўлмаган аъзо ва система касалликлари ҳам болаларда қорин оғриғи билан кечиши мумкин. Болалар хирургиясида вақт омили жуда катта аҳамиятга эга. Ўткир аппендицит, ичакнинг тутилиши билан кечувчи касалликлар, сиқилган чурралари ўз вақтида аниқланиб тегишлича даволанса, касаллик асоратсиз тузалади, аксинча, касаллик бошлангандан кўп вақт ўтган бўлса унинг оқибатлари анча оғир бўлади. Аксарият ота-оналар ҳанузгача боласини қорин оғриғи билан кечувчи хирургик касалликларда мутахасисга мурожаат қилмасдан, беморни уйда сақлаб қорин оғриғини қолдириш учун қоринга иссиқ иситгич қўядилар, ичинини юритувчи ва оғриқни қолдирувчи дори ичирадилар ёки ҳўқна қилдирадилар. Ўткир қорин тушунчаси нисбий бўлиб, болаларда энг кўп учрайдиган қуйидаги хирургик касалликларни ўз ичига олади: ўткир аппендицит, ўткир ичак тутилиши, ўткир перитонит, қизларда жинсий аъзолари ўткир касалликлари, қорин бўшлиғидаги аъзоларнинг ўткир шикастланиши.

Қорин бўшлиғи ўткир хирургик касалликларга шубҳа қилинганда, шифокор кўрсатмасисиз оғриқ қолдирувчи, иссиқ гарелкалар қўллаш қатъиян ман этилади. Ҳозирги кунда РШТИЁМ Жиззах филиали ТТЁ бўлимида 2018 йилдан Col-center очилиши муносабати билан у ерда 15 та диспечер пости мавжуд бўлиб барча чақириқларни

қабул қилади. Агар шифокорнинг олдига зудликда боришнинг иложи топилмаса, «тез тиббий ёрдам»ни зудлик билан чақириш тавсия этилади ва беморларга қориндаги оғриқдан чақириқлар тушганда барча туманлар ТТЁсига бирдай маълумот беради. Қориндаги оғриқ бўлган бемор болаларга оғриқсизлантирувчи муолажалар қилмасдан, беморни аҳволини тўғри кретирияда баҳолаб жойида қолдирмасдан шифохоналарга олиб келиши зарур. Марказга 2018 йилда 2232 (100%)та бемор даволанган бўлиб шундан ТТЁ орқали 245(10.9%)та бемор, ўз мурожаат билан 1907(85.4%)та ва йўлланма билан 80 (3,5%) та бемор мурожаат қилган.

Хулоса: Ҳозирги кунда тиббиётни ривожланиши ва аҳолини тиббий салоҳиятини ошиши, ТТЁ машиналари барча қулайликларга ва дори-дармонлар билан тўлиқ таъминланганлигини ҳисобга олиб, барча чақириқдаги беморларга кўрсатиладиган ёрдамни ўз вақтида ва жойида кўрсатиш имкониятига эга.

2018 год
ТТЁ- 245
Ўз мурожаат -1907
Йулланма -80
2232

Ўткир аппендицит.

Ота-оналарга: қоринда оғриқ бўлганида зудликда ҳеч бир муолажалар қилинмасидан яшаш жойидаги врачлик пункти, табобатхоналарга мурожаат этиши ва врач кўригидан ўтиши лозим, агарда хирург кўригидан ўтишса, ўткир хирургик касалликларнинг асоратланишининг олдини олиш ва даволаниш тез, ҳамда қисқа вақтда амалга оширилади, бу эса асоратланган аппендицитларнинг олдини олишга олиб келади.

ТТЁ бригадаларига: беморда қоринда оғриқ, кўнгли айниши, қусиш каби шикоятлари бўлса, оғриқ вақти-вақти билан эмас, балки доимий бўлса, ҳеч бир муолажасиз, яқин жойдаги ШТЁБ ларига беморни олиб бориши ва хирург кўригидан ўтказиши лозим.

Ичак инвагинацияси.

Ота-оналарга: болаларда асосан бир ёшгача бўлган даврида ичкетар касаллиги яъни ўткир ичак инфекцияси билан касалланганида врач кўригидан ўтиши лозим, акс ҳолда бир ёшгача бўлган болаларда инвагинацион ичак тутилиши асоратини бериши мумкин. Бунда стул қонли, шиллиқ билан, қорни дамлиги, кўнгли айниб қайт қилиши белгилари кузатилади, айрим ҳолатларда бу белгилар кечроқ асоратланган ҳолатида намоён бўлади.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭСМОЛАЙФА С АНАПРИЛИНОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ

Эргашев К.Т., Ахмедова Н.М., Камилова Ш.Р., Хайдарова С.А.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность: Артериальная гипертензия (АГ) является одной из актуальных проблем кардиологии, что

связано с широкой распространенностью заболевания и выраженным влиянием на частоту сердечно-сосудистых осложнений и смертность. В ряде случаев течение АГ сопровождается развитием гипертонического криза (ГК). От того, как быстро больному будет оказана высококвалифицированная врачебная помощь при осложненном ГК, зависит прогноз заболевания и жизнь больного.

Цель. Изучить сравнительную оценку применения эсмалола с биспрололом у пациентов с гипертонической болезнью, осложненной гипертоническим кризом на догоспитальном этапе.

Материал и методы: Под наблюдением находились 58 пациентов (34 мужчины и 24 женщины, средний возраст $58,2 \pm 6,4$ лет) с ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения не выше II функционального класса – Канадская ассоциация кардиологов), имевших гипертоническую болезнь, которые обратились за СМП. Все больные были разделены на две группы: пациенты 1-й группы ($n=30$) в течение догоспитального этапа получили эсмолол (эсмалайф) по 10 мг/мл, впоследствии получали в стационаре только стандартную терапию (ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, β -адреноблокаторы, статины и антикоагулянты), во 2-й ($n=28$) был назначен биспролол в дозе 5 мг/сут. Исходно всем пациентам выполняли измерения А/Д, ЧСС, пульс. При этом оценивали А/Д, ЧСС, пульс и жалобы больного.

Результаты: Исходно снижение А/Д до субнормальных цифр и уменьшение жалоб больного (головная боль, шум в ушах, сердцебиение) за короткий срок (30 минут) были обнаружены у 25 (83%) пациентов 1-й группы и у 12 (43%) пациентов 2-й группы

Выводы: Применение эсмалола у пациентов с гипертонической болезнью приводит к значительному существенному уменьшению А/Д, чем применение биспролола.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ В СОСТОЯНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Эрметов А.Т., Карабаев О.В., Эшбобоев Ф.Ю.
ТОФРНЦЭМП

К политравмам (ПТ) относят сочетанные, множественные и комбинированные повреждения, сопровождающиеся развитием шока и травматической болезни. Основной причиной тяжелых механических повреждений в мирное время являются дорожно-транспортные происшествия, высотные травмы и избиения.

Для ПТ характерен синдром взаимного отягощения, возникающий вследствие разнонаправленных влияний на процессы гомеостаза (торакальная травма приводит к гипоксии, гипоксия усугубляет тяжесть нейротравмы, нейротравма сопровождается угнетением

дыхания и способствует прогрессированию дыхательной недостаточности)

Фактор времени с момента травмы до госпитализации в профильное учреждение играет ведущую роль.

В приемный покой ТОФРНЦЭМП в 2017–2018 гг. доставлено 79 пострадавших с ПТ в состоянии шока. По линии СМП – 32 (40,5%), самотеком – 47 (59,5%). Хорошие исходы у пострадавших, доставленных самотеком, констатированы лишь в 30% случаев, что обусловлено незнанием требований к транспортировке этого контингента больных. У пострадавших, доставленных по линии СМП, с учетом соблюдения правил транспортировки и оказания медицинской помощи на месте получения травмы и в процессе транспортировки, хорошие результаты наблюдались в 70% случаев. Более 90% пострадавших доставлены в стационар в состоянии шока. У 42 (53%) доминировала ЧМТ, в том числе и хирургически значимая патология. У 37 (46,8%) тяжесть состояния обуславливалась множественностью переломов костей скелета, повреждением внутренних органов и травматическим шоком, что обусловлено выраженностью болевого синдрома и массивностью кровопотери.

Необходимо помнить, что при переломах плечевой кости кровопотеря достигает 0,3–0,5 л, костей голени – 0,3–0,75 л, бедренной кости – 0,5–1,5 л, костей таза – 1,0–3,0 л, при множественных переломах – от 2,5 до 4 л.

Ориентировочное представление о величине кровопотери дает индекс Альговера – отношение частоты пульса к систолическому артериальному давлению: Индекс Альговера /Объем кровопотери в % ОЦК ($\leq 0,8 \setminus 10\%$, $0,9-1,2 \setminus 20\%$, $1,3-1,4 \setminus 30\%$, $\geq 1,5 \setminus 40\%$). Чем быстрее начата соответствующая инфузионная терапия при травматическом шоке, тем выше шансы у больного (правило «золотого часа»).

По прибытии СМП к пострадавшему с ПТ все лечебные мероприятия должны проводиться параллельно, по схеме ABCDE.

1. Восстановление проходимости дыхательных путей.
2. Восстановление и стабилизация сердечной деятельности.
3. Транспортная иммобилизация.
4. Оксигенотерапия.
5. Противошоковые мероприятия (остановка кровотечения, обезболивание, инфузионная терапия).

Не дожидаясь признаков декомпенсации гемодинамики, необходимо приступить к восполнению ОЦК, ориентируясь не только на степень гемодинамических нарушений, но и на величину ожидаемой кровопотери при отдельных видах повреждений, возможность внутренних кровотечений при травме груди и живота.

Для восстановления объема циркулирующей крови используются коллоидные, кристаллоидные растворы и растворы глюкозы. Оптимальное соотношение – 1: 1: 1. Предположительный объем внутривенных влияний определяют исходя из ориентировочного

объема кровопотери и соответственно стадии шока. Шок I ст. – до 1,5 л. растворов. Шок II ст. – >1,5 л. в зависимости от клинических проявлений и эффективности инфузии. Шок III ст. – инфузии проводятся до стабилизации гемодинамики (уменьшение частоты сердечных сокращений, подъем артериального давления).

При шоке II-III ст. параллельно инфузионной терапии проводится лечение по схеме:

1. Адреналин 3-5 мг через каждые 3-5 мин (суммарная доза не более 17 мг).

2. Для полноценного обезболивания применяют только опиоиды: трамадол 0,05 мг, морфин 10 мг, фентанил 0,0001 мг, диазепам 0,01. В этих дозировках препараты не нивелируют симптоматику ЧМТ.

3. Для стабилизации клеточных мембран – лидокаин до 1 мг\кг в\в струйно на физрастворе.

4. Для защиты мозга и подавления эксайтотоксинов – сернокислая магнезия 1-2 г на 100 мл 5% глюкозы в\в в течении 15 мин.

5. Коррекция АД: при гипотонии – кофеин 10% 2мл п\к;% при гипертонии – клофелин 0,01% в\в медленно. Необходимо учесть, что на догоспитальном этапе контролируемое пониженное давление может предупредить дальнейшую кровопотерю. При доминировании в клинике тяжелой ЧМТ необходимо поддерживать высокое систолическое АД.

6. При эпилептических припадках применяются препараты ультракороткого действия (Реланиум, Себазон, Валиум – 5 мг) с интервалом 1 мин. до получения эффекта.

7. Для снятия возбуждения – дормикум 2 мг фракционно (не более 7,5 мг).

8. При подозрении на травму спинного мозга при стабильном давлении глюкокортикоиды – 30 мг\кг на 100 мл физраствора.

Вывод. Соблюдение вышеуказанной схемы оказания медицинской помощи больным с ПТ на догоспитальном этапе, в совокупности с качественным оказанием специализированной помощи, позволит улучшить результаты лечения пострадавших.

ОСНОВНЫЕ ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРАВМОЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Эрметов А.Т., Холбаев Р.Э., Карабаев О.В.

ТОФРНЦЭМП

Проблема травматических повреждений позвоночника и спинного мозга занимает особое место в экстренной медицине. При этих повреждениях летальность составляет до 30%, а инвалидизация приближается к 100 %. Травма шейного отдела позвоночника более чем в 44 % случаев сопровождается повреждением спинного мозга с возникновением параличей, являющихся основной причиной тяжелой и стойкой инвалидизации. При этом уровне повреждения нередким является развитие жизнеопасных нарушений уже

в остром периоде за счет восходящего отека ствола мозга с депрессией дыхания.

В ТОФРНЦЭМП за период 2017–2018 гг. доставлено 26 пострадавших с изолированной и\или сочетанной травмой шейного отдела позвоночника. Из них 15 (57,5%) по линии СМП с места происшествия, 5 (19%) – по линии СМП в порядке перевода из субфилиалов. 6 (23%) пострадавших доставлены самотеком с места травмы. Хирургически значимая патология верифицирована у 11 (42,3%) больных, 8 (31%) из них в последующем оперированы. 3 (11,5%) пострадавших переправлены для оперативного лечения в другие стационары, по настоянию родственников. 2 больных оперированы в субфилиалах. 4 (15,3%) больным с имеющимися условно-стабильными переломами, не сопровождающимися неврологической симптоматикой, и в связи с отсутствием металлоконструкций, установлена внешняя жесткая иммобилизирующая система. Остальным пострадавшим, со стабильными переломами без неврологического дефицита, проводилось консервативное лечение с обязательной иммобилизацией воротником Шанца.

Согласно алгоритмам и протоколам по оказанию помощи больным с травмой шейного отдела на этапах медицинской эвакуации всем пострадавшим показана щадящая иммобилизация шейного отдела позвоночника на этапе транспортировки. К сожалению, ни одному пострадавшему, доставленному по линии 103, иммобилизация шейного отдела воротником Шанца не проводилась. Лишь у 3 больных, доставленных в ТОФРНЦЭМП частными машинами СМП, шейный отдел позвоночника был иммобилизован, хотя в последующем травма шейного отдела у этих пострадавших была исключена.

На это имеются объективные причины. Ни одна машина СМП в Ташкентской области не оснащена средствами для транспортировки пострадавших с травмой шейного отдела позвоночника. Нет жестких воротников и транспортных щитов!

Учитывая трудности первичной диагностики поврежденных позвоночника, особенно у пострадавших в коматозном состоянии, необходимо всех пациентов на догоспитальном этапе уже при наличии соответствующих обстоятельств травмы (ДТП, падение с высоты и т.д.) отнести к группе риска и проводить им обязательную транспортную фиксацию шейного отдела позвоночника до начала других лечебных мероприятий.

При оказании первой помощи пострадавшим с повреждением шейного отдела позвоночника приоритет отдается выполнению четырех основных задач: 1. Обеспечение проходимости дыхательных путей, адекватной вентиляции и стабильной гемодинамики. 2. Сохранение остаточной функции спинного мозга путем стабилизации шейного отдела позвоночника. 3. Проведение лечебных мероприятий, направленных на максимальное использование имеющихся возможностей для восстановления функции спинного мозга. 4. Скорейшая транспортировка пострадавшего в стационар.

При оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе следует избегать возможных вторичных повреждений, обусловленных неправильным перемещением пострадавшего при неполноценной иммобилизации позвоночника. Вторичные повреждения могут возникнуть и вследствие гипоксемии, отека, в результате шока, снижающего перфузию поврежденного участка спинного мозга. Каждый из названных факторов может способствовать нарастанию неврологических нарушений и ухудшить перспективы выздоровления пациента.

Реанимационные мероприятия на первом этапе заключаются в «правиле 3-х катетеров» и заключаются в катетеризации периферической вены с последующим восполнением объема циркулирующей крови, установлении назогастрального зонда и мочевого катетера. Назогастральный зонд ограничивает риск регургитации вследствие расширения желудка. Катетер Фолея вводится с целью контроля количества выделяемой мочи, сбор которой осуществляется после устранения острого расширения мочевого пузыря. На втором этапе осуществляется оценка двигательной функции, болевой и проприоцептивной чувствительности, диафрагмального дыхания, рефлексов, мышечного тонуса конечностей, ректального тонуса, перианальной чувствительности, смыкания век, бульбокавернозного рефлекса и приапизма.

Все полученные данные должны в обязательном порядке фиксироваться в сопроводительном листе.

Таким образом:

1. Наличие у линейных бригад СМП необходимых иммобилизирующих средств: шейных воротников (как минимум 3-х размеров), щитов, предусматривающих фиксацию головы для устранения боковых смещений во время транспортировки.

2. Соблюдение протоколов оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации позволит снизить процент инвалидизации и летальных исходов у пациентов с рассматриваемой патологией.

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Эрметов А.Т., Карабаев О.В., Холбаев Р.Э.

ТОФРНЦЭМП

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины.

Оперативное и адекватное оказание помощи пострадавшим с ТЧМТ на догоспитальном этапе предупреждает ухудшение состояния на этапе транспортировки в стационар и должно быть направлено на предупреждение и минимализацию развития вторичных посттравматических поражений головного мозга.

Основная задача бригад СМП состоит не только в том, чтобы как можно быстрее доставить пострадав-

шего с ТЧМТ живым в стационар, но и в проведении полноценных лечебных мероприятий на месте происшествия и в процессе транспортировки.

За период 2017–2018 гг. в приемный покой ТОФРНЦЭМП по линии СМП доставлено 42 пострадавших с ТЧМТ. Из них 31 (73,8%) в коматозном состоянии.

Необходимо отметить, что подавляющее большинство пострадавших – 28 (66,6%) – доставлены с нарушениями правил оказания первой помощи и правил медицинской эвакуации.

Необходимо соблюдение элементарных правил и требований к оказанию СМП больным с ТЧМТ.

Первичный осмотр пострадавших с ТЧМТ в тяжелом состоянии включает оценку и коррекцию жизненных функций организма – дыхание, кровообращение по алгоритму ABCDE (airway, breathing, circulation, disability, exposure) – оценка проходимости дыхательных путей, дыхания, кровообращения и нейростатуса.

Все проведенные мероприятия необходимо фиксировать в сопроводительном листе!

A (airway) – дыхательные пути, шейный отдел позвоночника:

1. Оценка проходимости верхних дыхательных путей.

2. Освобождение верхних дыхательных путей:

– удаление инородных тел, ликвидация западения языка, отсасывание рвотных масс и крови.

– обязательное введение воздуховода.

– подача кислорода через канюлю.

– интубация трахеи (по показаниям).

3. Освобождение наружной поверхности шеи и грудной клетки от одежды.

4. Обследование пострадавшего на предмет повреждения шейного отдела позвоночника. Обязательное наложение жесткого шейного воротника пациентам в коматозном состоянии.

B (breathing) – органы дыхания и их функция:

1. Оценка вентиляции и оксигенации:

– аускультация легких и пульс оксиметрия.

C (circulation) – восстановление нормальной циркуляции крови (непрямой массаж сердца, остановка кровотечения, адекватная инфузионная терапия):

– пострадавшим в шоковом или коматозном состоянии необходима катетеризация не менее 2 магистральных вен в области кубитальной ямки или паховой области;

– катетеризация мочевого пузыря;

– обязательный непрерывный мониторинг кровяного давления и диуреза, забор крови на общий анализ (гемоглобин, гематокрит, BСK);

– оценка наличия пульса на периферических участках (в подколенной ямке, в области внутренней лодыжки и тыла стоп).

D (disability) – оценка неврологического статуса.

Первичная оценка неврологического статуса должна в обязательном порядке включать:

– оценку состояния сознания пациента;

– зрачковый ответ;

– оценку чувствительности и моторный ответ во всех конечностях;

– оценку ректального тонуса;

– обследование пострадавшего по шкале Глазго.

E (exposure) – обеспечение доступа ко всем частям тела. Выявление сочетанной травмы:

– временная остановка кровотечения из ран путем пальцевого придавливания сосуда в ране, томпады раны, наложения жгута или прошивания «вслепую»;

– фиксация переломов транспортными шинами;

– назогастральная интубация.

Показаниями для интубации трахеи являются:

– оценка по шкале комы Глазго равно или меньше 8 баллов;

– необходимость контроля проходимости воздухоносных путей (продолжающееся кровотечение из ротовой полости);

– профилактика аспирации у пациентов в бессознательном состоянии;

– гипервентиляция для снижения внутричерепного давления;

– исключение обструкции в результате травмы лица и отека верхних дыхательных путей;

– тахипноэ > 30/мин;

– гипоксемия ($SpO_2 < 90\%$).

Вышеуказанные мероприятия необходимо проводить с момента прибытия бригады СМП на место получения травмы и в ходе транспортировки пострадавшего в стационар, без ущерба для сроков доставки больного. Все проведенные манипуляции, результаты и лечебные мероприятия необходимо подробно фиксировать в сопроводительном листе, особенно при массовых травмах.

РОЛЬ САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ПРИ УШИБЕ ЛЕГКИХ В ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

*Эшонкулов Ч.И., Валиев А.С., Акбаров Ж.А.,
Эгамбердиев Т.Э., Умурзаков Н.Р.*

Ферганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время в связи с развитием техники и технологии число больных с травмами грудной клетки возрастает и стоит на втором месте после черепно-мозговой травмы. И в основном наиболее часто получают травмы молодые трудоспособного возраста от 20 до 55 лет. При травме грудной клетки, особенно при одно- или двухстороннем переломе ребер нарушается каркасная структура грудной клетки и зачастую осложняется ушибами легких и разными внутриплевральными осложнениями, при ушибе легких происходит кровоизлияние и отек в слизистых бронхов, альвеол, нарушается дыхательная подвижность, уменьшается вентилируемый объем в паренхиме легких, вследствие этого нарушается газообмен в легких и в конечном итоге у больного развивается острая дыхательная недостаточность различной степени тяжести.

Цель. уменьшение летальности и инвалидности больных, особенно в трудоспособном возрасте, раннее выздоровление и восстановление нормальной работоспособности.

В нашем филиале с 2016 по 2017 г. всего поступило 277 больных с травмами грудной клетки различного происхождения (ДТП, высотная травма, бытовая и производственная травма, и т.д.), из них у 102 больных выявлены и было диагностированы множественные переломы ребер с нарушением каркасной структуры грудной клетки с ушибом легких. Всем больным в первые 3 сутки в условиях реанимации и в шоковой палате приемного отделения активно была проведена санационная бронхоскопия под местной анестезией с 2% лидокаином, с предварительными премедикациями. Во время осмотра бронхоскопом мы выявили, что в просвете долевого бронха в первые сутки за счет ушиба развивался травматический отек, кровоизлияние в слизистых бронхах, в данном случае мы ограничивались только манипуляциями санации бронхиального дерева с орошением адреналином и трипсином. А во вторые и третьи сутки выявляли сгустки и корки с полной и неполной закупоркой главного и долевого бронха, ателектаз нижележащих участков легких, в данном случае манипуляции заканчивали только санациями. Показанием для бронхоскопии служат данные физического и дополнительных методов инструментальных обследований: рентгенография, компьютерная томография легких; больные, находящиеся в длительное время на аппарате искусственной вентиляции легких, тоже подлежат санационной бронхоскопии 2 раза в сутки. У все больных с ушибом легких после проведенной санационной бронхоскопии отмечалось быстрое клиническое улучшение, при физикальном обследовании у больного сразу же после санации бронхиального дерева появлялось везикулярное дыхание на стороне поражения, частота дыхания достигала нормального уровня 18-20 р в 1 минуту, дополнительно проведены М-холиноблокаторы, антигистаминные препараты, сочетанная антибактериальная терапия, дыхательная гимнастика и ранняя активизация больного. На контрольном рентгенографическом снимке легких отмечалось ограничение и уменьшение ателектазированных участков легких уже в первые сутки и полное удовлетворительное восстановление пневматизации легких на 3 сутки.

Результаты: После проведения активных санационных бронхоскопий больных с ушибом легких значительно сократилось число осложнений, таких как посттравматические пневмонии и абсцедирования, значительно сократился срок пребывания больного в стационаре, полностью восстановилась трудоспособность больных и в данный момент все больные работают по специальности, уменьшилось число летальных исходов больных.

КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ ИЗ НАДКЛЮЧИЧНОГО ДОСТУПА СПОСОБОМ «КАТЕТЕР НА ИГЛЕ» ДЛЯ МАЛООБЪЁМНОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Эшонов О.Ш., Болтаев Э.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

Отсутствие развитой подкожной венозной сети, когда доступ к периферическим венам либо совсем отсутствует, либо недостаточен для установки достаточного количества катетеров требуемого диаметра, при наличии абсолютных показаний к инфузионной терапии на догоспитальном этапе для оказания неотложной медицинской помощи, требует осуществления центрального венозного доступа. Вместе с тем, ввиду трудности и значительного числа осложнений, катетеризации центральных вен в условиях догоспитального этапа многие всячески избегают.

Мы предлагаем катетеризировать подключичную вену из надключичного доступа способом «катетер на игле», справа. Надключичный доступ считается более безопасным. Точка вкола иглы (точка Йоффа) располагается в вершине угла (или на расстоянии до 1 см от неё по биссектрисе) между верхним краем ключицы и местом прикрепления к нему латеральной ножки кивательной мышцы. После прокола кожи иглу направляют под углом 40°-45° по отношению к ключице и 10°-20° по отношению к передней поверхности бокового треугольника шеи. Направление движения иглы примерно соответствует биссектрисе угла, образованной ключицей и кивательной мышцей. Вена находится на глубине 2-4 см от поверхности кожи. Хочется заметить, что часто используют этот доступ, но не для катетеризации, а для пункции вены при необходимости немедленного доступа к сосудистому руслу. Дело в том, что при этом доступе расстояние до вены очень короткое и достичь ее можно даже обычной внутримышечной иглой. При этом способе игла находится внутри катетера, и во время пункции в вену одновременно вводится и игла, и катетер. После пункции вены иглу из катетера извлекают, и катетер продвигают по вене. Используются длинные «катетеры на игле». Катетер фиксируется на коже пластырем. Оптимальнее всего его подшивать к коже капроновым швом. Показанием для катетеризации центральных вен на догоспитальном этапе являются: недоступность периферических вен или несоответствие суммарного диаметра установленных периферических катетеров планируемому темпу и объему инфузионной терапии. Малообъемная инфузионная терапия получила распространение в последние годы именно среди работников служб медицины катастроф. И это понятно, так как именно объем и скорость возмещения всегда были проблемными вопросами для работников догоспитального этапа. Перспективными для применения на догоспитальном этапе считаются многокомпонентные растворы. Примером такого

препарата может служить Гекотон – многокомпонентный сбалансированный коллоидно-гиперосмолярный раствор нового поколения. Данный раствор, с одной стороны, способствует увеличению осмолярности плазмы и мобилизации внутриклеточной жидкости (гиперосмолярный компонент), а с другой – обеспечивает увеличение онкотического давления плазмы и сохранение внутрисосудистого объема (коллоидный компонент).

В заключение хотелось подчеркнуть, что инфузионная терапия является мощнейшим оружием в руках специалиста при ее грамотном и своевременном применении и нередко определяет дальнейший исход течения заболевания. Поэтому отказ от нее на догоспитальном этапе в тех случаях, когда она необходима, выглядит совершенно неоправданным и может ухудшить прогноз.

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Заманов Ю.Р., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Парманова Ш.Б., Шоназаров И.Ш., Курбонов Н.А.

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский институт**

В основе первичных и неотложных мероприятий лежит устранение нарушений, угрожающих жизни пострадавшего. Главными остаются реанимационные принципы – система ABC (Airways, Breath, Circulation).

Несмотря на то что эти принципы и мероприятия хорошо всем известны, а важность их подчеркивается постоянно, тем не менее даже эти простейшие способы реанимации далеко не всегда применяются при оказании первой помощи, хотя такие простые и вместе с тем жизненно важные действия позволяют избежать неоправданных смертей и не могут быть заменены ничем.

Нередко при отравлениях наблюдается гипотензия, которая может иметь различный генез, но последствия ее всегда катастрофичны для жизненно важных органов и систем. Раньше такое состояние называли экзотоксическим шоком. Устранить гипотензию необходимо еще на догоспитальном этапе, при этом рекомендуется применять простой алгоритм действий: надежный внутривенный доступ (желательно посредством катетера); инфузия изотонического раствора NaCl (200 мл); если получен положительный эффект, инфузию продолжают изотоническими солевыми или коллоидными (синтетическими) растворами; поддержка сосудистого тонуса катехоламинами – допамином (3-5 мкг) или норадреналином (0,05-0,1 мг), последний более эффективен при интоксикации трициклическими антидепрессантами (таких больных, согласно статистике, довольно много в последнее вре-

мя), а также при отравлениях фенотиазинами и некоторыми другими веществами; при сочетании гипотензии с брадикардией применяют атропин (0,5-1 мг), такую дозу можно вводить трижды; при сопутствующем кардиотоксическом эффекте отравляющих веществ (например, трициклических антидепрессантов) антидотные свойства проявляет раствор бикарбоната натрия (1-2 ммоль/кг), который можно начать вводить на догоспитальном этапе.

При отравлениях у пациентов редко повышается артериальное давление. При наличии у больного гипертонического криза следует принять обычные меры по снижению артериального давления не менее чем на 10-20%.

Синдром нарушения сознания при острых отравлениях оценивается по специальной Эдинбургской классификации. Определяется реакция пострадавшего на стимулы (речь, боль), в зависимости от которой различают четыре степени нарушения сознания. Наиболее тяжелая степень – токсико-метаболическая кома. Она может развиваться в результате действия экзогенных или эндогенных токсинов на ЦНС и проявляется нарушением функции коры головного мозга и угнетением подкорковых структур. Наиболее часто к развитию комы приводят отравления снотворными препаратами, спиртами, наркотическими веществами, а также вследствие метаболических нарушений при гипогликемии.

Потенциальным алкоголикам, истощенным пациентам в коме показано применение тиамина (100 мг) на догоспитальном этапе – с целью профилактики энцефалопатии.

Больным в коме с депрессией дыхания рекомендован налоксон (0,4-2 мг), наркоманам (при наличии следов инъекций и других характерных признаков) для избежания острого абстинентного синдрома первоначально вводят меньшую дозу (0,1-0,2 мг), при необходимости повторяют введение, увеличивая дозу. Налоксон вводят внутривенно, если нет доступа к периферическим венам, как это нередко бывает у инъекционных наркоманов, можно ввести препарат в интубационную трубку, внутримышечно или подкожно.

Около 90% отравлений – пероральные, поэтому очень важно удаление токсических веществ из желудочно-кишечного тракта. Промывание желудка эффективно в первые 1,5-2 часа после отравления, в тяжелых случаях – и в более поздние сроки. При этой процедуре следует уделять особое внимание защите дыхательных путей: больной должен быть в сознании или интубирован. Промывание желудка у больного в коме без предварительной интубации трахеи неминуемо приведет к аспирации желудочного содержимого, а впоследствии – к синдрому Мендельсона. Отказаться от промывания желудка на догоспитальном этапе следует при психомоторном возбуждении или риске быстрой дестабилизации общего состояния.

Такие простые и вместе с тем крайне необходимые меры позволяют спасти жизнь и здоровье многим людям, сократить срок их стационарного лечения и объемом специализированной помощи, избежать в большинстве случаев инвалидизации пострадавших.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНИКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Юлдашев Ш.С., Джалалов Р.М., Эшмирзаев Б.М., Шакаров Ф.Р.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Судьба больного с повреждением позвоночника и спинного мозга, возвращение ему трудоспособности во многом зависят оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Несоблюдение основных принципов оказания помощи на догоспитальном этапе ведет к дополнительной травме спинного мозга, а нередко и гибели пострадавшего.

К основным причинам, приводящим к преждевременной смерти таких больных, относятся дефекты в проведении интенсивной терапии и реанимации, неправильная иммобилизация и транспортировка, несвоевременная диагностика сочетанной травмы и т.д. Основной особенностью реанимации при тяжелой травме является тесное слияние диагностического этапа с немедленным устранением смертельных расстройств дыхания и кровообращения.

Прежде всего врач скорой помощи должен оценить тяжесть состояния больного, определить необходимость реанимационных мероприятий, и если она отсутствует, то выявить ведущие нарушения жизненно важных функций. Далее следует выяснить, имеет ли место «чистая» спинальная травма или она сочетается с другими повреждениями. При сочетанной травме в первую очередь необходимо заниматься лечением патологических состояний, после корсетирования шейного отдела позвоночника, сопутствующих спинальной травме: остановка кровотечений, борьба с острой дыхательной недостаточностью, устранение угрожающей жизни больного гиповолемии.

В случаях острой дыхательной недостаточности критической степени ведущую роль обычно приобретает экстренное восстановление проходимости дыхательных путей и при необходимости обеспечение адекватного газообмена. Необходимо отметить, что интубацию трахеи при спинальной травме следует проводить на фоне спонтанного дыхания (без применения мышечных релаксантов), а при элементах сохранившегося сознания – в условиях наркоза натрия оксибутиратом или седуксеном.

При травме позвоночника и спинного мозга в шейном и верхнегрудном отделах все приемы по восстановлению проходимости дыхательных путей должны проводиться крайне осторожно, чтобы не допустить

возможного повторного смещения костных отломков и дополнительной травмы спинного мозга. Данной категории больных вместо интубации трахеи более показана срочная трахеостомия или, что значительно проще, коникотомия специальным изогнутым коникотомом. Апноэ, терминальный тип дыхания, тахипноэ выше 50 дыхательных движений в минуту и брадипноэ ниже 10 в минуту являются четкими показаниями к переводу больного на искусственную вентиляцию легких, осуществляемую через маску наркозного аппарата, эндотрахеальную трубку, трахеостому или коникотомом.

Практически в то же время следует приступить к борьбе с опасными расстройствами кровообращения, как правило, связанными кровотечением при сопутствующей травме, острым снижением объема циркулирующей крови (ОЦК) или крайнем угнетением сердечной деятельности на почве глубокой гипоксии.

Если кровопотеря происходит на фоне «спинального шока», то для поддержания, резко сниженного периферического сосудистого тонуса показано введение вазопрессоров (норадреналин, мезатон, фетанол и т. д.) и глюкокортикоидных гормонов. При развитии терминального состояния необходимо проведение сердечно-легочной реанимации на фоне экстренной ликвидации дефицита ОЦК.

Заключительный этап оказания помощи включает меры по эффективному обезболиванию, качественную иммобилизацию и бережную укладку на носилки с созданием функционально выгодного положения. Принципы обезболивания при спинальной травме мало чем отличается от таковых при травме других органов и систем. С успехом могут быть использованы закись азота, кеталар, анальгин, наркотические анальгетики, а при длительной транспортировке – натрия оксибутират и седуксен. Наркотические анальгетики, особенно морфин, при травме позвоночника и спинного мозга в верхнегрудном и шейном отделах следует применять крайне осторожно из-за возможного угнетения дыхательного центра на фоне восходящего отека спинного мозга. Кроме того, от наркотических анальгетиков следует воздержаться в сомнительных случаях, в плане диагностики сопутствующей травмы, чтобы не маскировать клинической картины.

Таким образом, оказание медицинской помощи пострадавшим с подозрением на повреждения позвоночника и спинного мозга на догоспитальном этапе необходимо начать с иммобилизации шейного и нижних отделов позвоночника во избежание вторичных повреждений спинного мозга. При необходимости экстренно восстановить проходимость дыхательных путей и обеспечить адекватный газообмен, проводить меры по эффективному обезболиванию, от которых зависят результаты лечения и качество жизни пострадавших.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМОВ «АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ ТРИАДЫ» У ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Тураев С.Г.

Актуальность проблемы. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространённому виду повреждений и составляет от 30 до 50 % от всех видов травм. Перспективы улучшения качества диагностики и оказания нейрохирургической помощи с черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе связаны с введением достаточно жестких систем, моделей, алгоритмов и стандартов в диагностический и лечебный процесс. Наряду с другими неврологическими симптомами в диагностике ЧМТ имеет значение так называемые «симптомы анамнестической триады». Анамнестическая триада – это потери сознания пострадавших после травмы, тошнота или рвота и амнезия – ретроградная или антероградная. Наличие хотя бы одного симптома этой триады при травмах головы является показанием к госпитализации пострадавшего, динамического наблюдения за неврологическим статусом, проведения специальных исследований для подтверждения или исключения черепно-мозговой травмы и уточнения клинической формы повреждения головного мозга.

Целью нашего исследования явилось изучение значения «анамнестической триады» в диагностике черепно-мозговой травмы на догоспитальном этапе у пострадавших.

Материал и методы исследования. Нами были изучены 150 вызывных карт бригады скорой медицинской помощи СФ РНЦЭМП, которые были оформлены на больных с подозрением на наличие черепно-мозговой травмы различной степени тяжести в 2017-2018 годах. Возраст пострадавших составлял от 18 до 63 лет. 102 (68%) пострадавших были мужского и 48 (32%) женского пола. 98 (65,3%) пострадавшим вызовы осуществлялись в дневное и 52 (34,7%) – в ночное время. Из всех пострадавших 88 (58,7%) получили травму в быту, 42 (28,0%) – в автокатастрофе. Остальные 20 (13,3%) были криминальные и спортивные травмы.

Все пострадавшие были доставлены в приемное отделение бригадой скорой медицинской помощи в течение 45 минут от момента получения травмы после оказания первой медицинской помощи. В приемном отделении больные были осмотрены нейрохирургами и смежными специалистами. Им проводились краниография в двух проекциях, и при необходимости мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ).

Состояние сознания пострадавших оценивалось по шкале комы Глазго. При осмотре у 33 (22%) пострадавших отмечено ясное, у 112 (74,7) пострадавших – оглушенное, и у 5 (3,3%) – сопорозное сознание. В неврологической картине у 112 (74,6%)

пострадавших отмечены только общемозговые симптомы в виде головной боли, головокружение, шумы в ушах, слабость и боли при движении глазных яблок. У 33 (22%) пострадавших, кроме вышеуказанных общемозговых симптомов, отмечались также и умеренные очаговые симптомы – мелкоразмашистый нистагм и легкие оболочечные симптомы. У остальных 5 (3,4%) превалировала очаговая симптоматика в виде клонического нистагма, легкой анизокории, признаки пирамидной недостаточности и менингеальных симптомов.

При обследовании у 9 (6%) пострадавших, кроме сильных головных болей, выявлен также один из симптомов «триады» – кратковременная потеря сознания. У 24 (16%) больных отмечено два симптома «триады» – потеря сознания после травмы и тошнота с неоднократной рвотой. У 117 (78%) пострадавших выявлены все симптомы «анамнестической триады».

На краниографии у 19 (12,7%) пострадавших диагностирована трещина костей свода черепа. Из 89 (59,3%) пострадавших, которым была проведена МСКТ головного мозга, у 9 (10,1%) были обнаружены пластинчатые внутричерепные кровоизлияния, которые не требовали хирургического лечения.

После проведенного обследования 112 (74,7%) пострадавшим был установлен диагноз сотрясение головного мозга, 33 (22%) – ушиб головного мозга легкой и 5 (3,3%) – ушиб средней степени тяжести. Все пострадавшие были госпитализированы в отделение нейрохирургии, где им была проведена консервативная терапия в соответствии со стандартами лечения. После улучшения общего состояния и неврологического статуса они были выписаны под амбулаторное наблюдение по месту жительства.

Заключение. Таким образом, наличие симптомов «анамнестической триады» имеет большое диагностическое значение у пострадавших с черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАВИКСА (КЛОПИДОГРЕЛА) У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В Г. ФЕРГАНЕ

Юлчиев О.О., Махмудов Н.И., Нишоннов У.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Острый коронарный синдром – любое сочетание клинических признаков или симптомов, заставляющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию.

Основными принципами неотложной помощи у больных ОКС на догоспитальном этапе являются адекватное обезболивание, начальная антитромботическая терапия, как можно более быстрая и бережная транспортировка больного в специализированное лечебное учреждение, а также лечение осложнений ОКС.

Больным с подозрением на ОКС должны провести такую же неотложную помощь, как и больным с определением ОКС.

В случаях, когда больной не принимал нитроглицерин, следует предпринять попытку купировать боль путем его назначения под язык либо в виде спрея.

При отсутствии эффекта от нитроглицерина следует внутривенно ввести морфин или другие наркотические анальгетики (фентанил, промедол, таламанал). При необходимости его повторное введение может быть осуществлено с 5-минутным интервалом. Применение морфина и других наркотических анальгетиков также целесообразно при острой левожелудочковой недостаточности, выраженном возбуждении больного. При угнетении дыхательного центра, вызванного морфином, следует ввести 0,4–2,0 мг антагониста морфина налоксона.

В основном при ОКС применяются таблетки аспирина. Первая назначаемая доза аспирина составляет 160–325 мг, для более быстрого наступления эффекта аспирин целесообразно разжевать. Альтернативой аспирину при его непереносимости или наличия заболеваний желудочно-кишечного тракта является плавикс (клопидогрел), нагрузочная доза 300 мг – 4 таблетки по 75 мг.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности плавикса (клопидогрела) у больных с острым коронарным синдромом на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи.

Нами наблюдались 115 больных (из них 60 женщин и 55 мужчин) с острым коронарным синдромом (ОКС) в возрасте 50-70 лет. Плавикс (клопидогрел) назначали в дозе 300 мг – 4 таблетки по 75 мг однократно внутрь.

Результаты показали, что положительный эффект наблюдался у 85% больных. Комбинированное назначение плавикса (клопидогрела) и гепарина уменьшает риск развития острого инфаркта миокарда, по сравнению с таковым при лечении одним аспирином.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение плавикса (клопидогрела) при остром коронарном синдроме (ОКС) на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи даёт положительный эффект и является безопасным.

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ТРАВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ

*Юнусов Р.С., Каримбаев Ш.Т., Тожибоев А.Т.,
Маллабаев Л.Д., Жұрабаев Б. Ж.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Травма является наиболее частой причиной смерти ребенка в возрасте от года до 14 лет. Пик травматической смертности приходится на возраст 8 лет. Чаще всего смерть от травмы является следствием дорожно-транспортного происшествия. В возникновении повреждений существенное значение имеют

анатомо-физиологические и психологические особенности детей, их физическое и умственное развитие, недостаточность житейских навыков, повышенная любознательность.

Выделяют следующие виды детского травматизма:

- 1) бытовой;
- 2) уличный (связанный с транспортом, не транспортный);
- 3) школьный;
- 4) спортивный;
- 5) прочий.

К детскому бытовому травматизму относят травмы, возникающие в домашней обстановке, во дворе, в детском дошкольном и школьном учреждении. Наиболее тяжёлыми из них являются ожоги (преимущественно у детей грудного возраста) и переломы. Довольно часто у детей от 1 до 3 лет встречаются повреждения связочного аппарата локтевого сустава как следствие резкого подтягивания ребёнка за руку.

Анализ травматизма показал, что среди причин выделяют: ушибы (30-35%), травмы при падении (20-22%), повреждения острым предметом (18-20%), термическое воздействие (15-17 %).

Одной из особенностей острого периода черепно-мозговой травмы детей являются несоответствие между тяжестью перенесённой травмы и состоянием ребёнка.

Как сотрясение головного мозга, так и ушибы головного мозга легкой степени у детей могут протекать бессимптомно.

Клинические проявления ЧМТ в остром периоде у детей отмечаются значительной динамичностью, как в виде быстрого улучшения, так и внезапного ухудшения.

Так, клиническими проявлениями могут быть потеря сознания, эпилептические приступы, снижение оперативной памяти и активного внимания.

Таким образом, при анализе детского и школьного травматизма учитывают, что каждая возрастная группа имеет свои особенности. Необходимо обучать детей правильному поведению дома, на улице, в общественных местах, при занятиях спортом. Травмы объясняются преимущественно недостаточным надзором за детьми.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАННОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Юнусов Р.С., Каримбаев Ш.Т., Тожибоев А.Т.,
Маллабаев Л.Д., Журабаев Б.Ж.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

В связи с ростом числа транспортных средств увеличилось количество тяжелых сочетанных травм среди

детей, поэтому возникла необходимость выработки лечебно-диагностических алгоритмов их ведения.

В настоящее время доказано, что наиболее оптимальной схемой оказания помощи больным с сочетанной черепно-мозговой травмой является своевременная помощь на месте происшествия и во время транспортировки, максимально быстрая доставка в специализированные стационары. По данным литературы от 5 до 23 % всех больных с черепно-мозговыми травмами имеют сочетанные повреждения. При оказании помощи в таких случаях наиболее значимыми являются быстрая и своевременная диагностика травмы центральной нервной системы и патологических синдромов, респираторная поддержка, коррекция нарушения гемодинамики, ликвидация болевого синдрома.

Цель исследования: определить алгоритм оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном и раннем госпитальном этапе.

Материал и методы: Изучены результаты лечения 168 больных, получивших лечение в НФ РНЦЭМП за 2013-2018 гг.

1. Первая неотложная помощь оказывается сотрудниками скорой медицинской помощи на месте происшествия: проводятся немедленные реанимационные мероприятия, освобождение дыхательных путей от рвотных масс и сгустков крови, профилактика аспирационного синдрома, лечебные манипуляции, иммобилизация поврежденных конечностей транспортными шинами.

2. Принципы терапии направлены на восстановление функции жизненно важных органов, стабилизацию гемодинамики, борьбу с шоком, остановку наружного кровотечения. Эти мероприятия продолжают в противошоковой палате приёмного отделения стационара.

3. Интенсивная терапия – элемент дифференциальной диагностики травмы головного мозга. Отсутствие неврологической динамики не исключает наблюдения нейрохирурга и выполнения МСКТ головного мозга.

4. Повторный консилиум после выполнения диагностических мероприятий для определения тактики лечения, необходимости дообследования.

5. Клиника компрессионно-дислокационного синдрома головного мозга независимо от тяжести травмы грудной клетки и конечностей требует экстренной нейрохирургической операции в первые 2-3 часа.

6. Перед операцией необходимо определиться с тяжестью травмы грудной клетки.

7. Операция проводится только при явной тенденции к стабилизации гемодинамики и витальных функций, должна быть щадящей и минимальной по объёму.

8. Для эффективной внутренней декомпрессии при тяжелых сочетанных травмах предпочтителен миниинвазивный метод – трепанация с активным дренированием.

Дигностические манипуляции поводятся на фоне реанимационных мероприятий.

Выводы. Выполнение алгоритма ведения пострадавших с четкой оценкой тяжести и оказание ранней помощи с участием нейрохирурга, травматолога детского хирурга, строгое определение показаний к миниинвазивным операциям на головном мозге позволяет улучшить исходы лечения сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмы.

ANALYSIS OF COMPLICATIONS OF A PERCUTANEOUS DILATATION TRACHEOSTOMY

Yarashev A.R., Kuchkarova F.A., Shomurodov X.Sh.

Office of neuroresuscitation of the RSC EMC Bukhara branch, Bukhara medical institute Bukhara, Uzbekistan

Relevance of a problem: Tracheostomy complications conditionally share on: arisen during and after operation. Postoperative complications in turn share on early and remote. According to literary data the percutaneous tracheostomy has a row of advantages before traditional methods of a tracheostomy. Especially, this method is attractive by smaller injury, speed of execution, the smallest frequency of complications and the minimum risk degree to patients. As all new implementation methods, frequency of complications of a percutaneustracheostomy in a shakedown period are always higher, than in a stage of routine application.

Research objective: retrospective data analysis of frequency of development, character and the reason of complications of a tracheostomy by a technique of Griggs executed in our clinic.

Materials and methods of a research: case histories are studied 291 the patients who are during the period from 2011 to 2017 in units of anesthesiology resuscitation and neuroresuscitation. The age of patients fluctuated from 16 to 70 years (from them 130 women, 161 men). On nosologies: 108 patients with acutestroke, 82 serious craniocereberalinjuries, 22meningocephalites, 4 a syndrome of a fatty embolism the complicated ARDS, 48polytrauma with disturbance of a framework of a thorax, 3 a myasthenia, 17 states after operation executed in an abdominal cavity, 5 a syndrome Giyen-Barret-Landry, 2 parturient women complicated by massive bleeding with development of acute renal failure. All patients were on prolonged the pulmonary ventilation (duration from 7 to 45 days). I averaged terms of performance of a tracheostomy 2-3 days from transfer to the pulmonary ventilation. Tracheostomy in the basic (85%) was carried out at the level between 2-3 rings of a trachea. At one patient with a myasthenia executed a re-tracheostomy (at the same level) in connection with repeated hospitalization within 6 months in a serious condition with a respiratory failure. At 15% of patients operation is executed one ring above that was the compelled need at corpulent patients. Operation duration if averaged 20 minutes at the beginning of introduction of this method in our clinic (2011-2012),

then in the subsequent with rising of experience of experts duration of operation was truncated up to 10 minutes. All serious complications made 5 (1,7%) all operations. When studying situations, complications are divided into three groups depending on development term: 1) the complications which have developed during operation 2) of a complication developed in the early postoperative period 3) the remote complications – the patient's extracts which have developed later. The first group of complications has developed generally owing to technical difficulties. The technical difficulties connected with installation of a tracheostomytube have been connected generally with anatomic features of patients (a short neck, obesity). Hypodermic emphysema has developed at 2 patients which emergence I contacted paratracheal installation of a tracheostomytube. This complication hasn't led to serious changes and in time has been eliminated with repeated correct installation of a tube. The minimum bleedings (up to 10 ml) not demanding a surgical stopping became perceptible 12 cases. These bleedings were eliminated with overlaying of a napkin the moistened hydrogenium peroxide. Arterial hypotension became perceptible 11 cases which was bound to a hypovolemia to – and during operation. Hemodynamically significant arrhythmias which developed during the procedure in a trachea became perceptible at 3 patients whose appearance was bound most likely to surface anesthesia. After an anesthesia excavation the cordial rhythm and a hemodynamics were stabilized. In the postoperative period incidents with a decanyulation (2 cases) which have been connected with inadequate fixing of a tracheostomytube were celebrated. In these cases after reinstallation of a tracheostomytube the situation was normalized. Plentiful bleedings, damage of a back wall of a trachea, pneumomediastinum, the pneumothorax and lethal cases connected with operation weren't observed in one case. At 3 sick tube carriers in 2 months the tracheostenosis above a tracheostomychole which development was bound to gross violation of care of a cannula and maintaining high pressure of a cuff of a tracheostomy tube, to the subsequent development of decubitus in a trachea mucosa in the field of a cuff (retrospective poll) was noted. Further these complications were favorably eliminated with operational plasticity of a trachea. It is necessary to mark that if at the beginning of the studied period (2011-2012) frequency I made up to 6-8%, then during the late period (2016-2017) this index decreased lower than 2% that corresponds to the average world index of these complications.

Thus, it is possible will conclude that with increase in experience of experts, the frequency of the complications developing in time and the early postoperative period considerably decreases. Development of these complications is connected generally to anatomic features of the patient, the wrong laying down and inexperience of the staff executing operation. Specifies data retrieved of the retrospective analysis authentic lowering of frequency of complications of a tracheostomy in our clinic.

2. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ ДРУГИХ МИНИСТЕРСТВ И ВЕДОМСТВ В МЕДИЦИНЕ КАТАСТРОФ

САНИТАРНО-АВИАЦИОННАЯ ЭВАКУАЦИЯ В СТРУКТУРЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ТЯЖЕЛО ПОСТРАДАВШИМ

Баженов М. И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения РФ

Целью доклада является определение места санитарно-авиационной эвакуации в оказании помощи пострадавшим с политравмой как при локальных происшествиях, так и в условиях чрезвычайных ситуаций.

Своевременное и полноценное оказание медицинской помощи пострадавшим с политравмой в РФ в условиях длинных плеч эвакуации, неравномерности развития дорожной инфраструктуры и больничной сети невозможно без применения для этих целей авиационного транспорта.

С учётом конкретных условий: количество пострадавших, дальность транспортировки, период травматической болезни – целесообразно применение вертолётов либо различных самолётов, оборудованных медицинскими модулями, диагностической и лечебной аппаратурой, медикаментами. На борту воздушного судна силами авиамедицинской бригады оказывается медицинская помощь пострадавшим с целью стабилизации их состояния, включая, при необходимости, мероприятия комплекса расширенной реанимации.

В современной системе оказания помощи пострадавшим с политравмой роль санитарно-авиационной эвакуации продолжает возрастать как при локальных происшествиях, так и в случаях ликвидации последствий ЧС. В настоящее время Всемирной организацией здравоохранения разработана и продолжает развиваться стратегия оказания помощи пострадавшим при ЧС силами международных бригад спасателей и медиков с использованием авиационного транспорта.

Дальнейшее развитие санитарно-авиационной эвакуации в РФ и в мире связано с применением в период догоспитальной и межгоспитальной транспортировки пострадавших, а также в рамках подготовки к ним новых методик и оборудования.

ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ ПРИ КРУПНОМАСШТАБНЫХ АВАРИЯХ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОМ ТРАНСПОРТЕ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Бызов А.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Министерства здравоохранения РФ

Целью доклада является освещение проблем и путей их решения при медицинской эвакуации пострадавших в критическом состоянии при крупномасштабных авариях на железнодорожном транспорте на догоспитальном этапе.

Жизнь современного общества невозможна без железнодорожного транспорта, во многом определяющего экономический потенциал государства. Отрасль железнодорожного транспорта в России лидирует по объёму внутренних пассажирских и грузовых перевозок. Интенсивность перевозок неизбежно связана с повышенными рисками чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Наличие большого количества погибших и пострадавших при крупномасштабных авариях на железнодорожном транспорте в догоспитальном периоде прежде всего обусловлено спецификой «железнодорожной травмы» и целым рядом условий, затрудняющих оказание медицинской помощи в догоспитальном периоде. Поступление большого количества пораженных в короткие сроки, наличие «фазы изоляции», зачастую неблагоприятные ландшафтные условия и ряд других причин создают сложности при медицинской эвакуации пострадавших в критическом состоянии.

Несмотря на наличие в России чёткой системы ликвидации последствий ЧС на железнодорожном транспорте вышеозначенные причины неизменно вызывают высокую смертность и прежде всего среди пострадавших в критическом состоянии, как наиболее уязвимом контингенте пациентов. Совершенствование системы медицинской эвакуации является важнейшим фактором по снижению смертности среди пострадавших с критическими состояниями.

Мерами дальнейшего совершенствования системы ликвидации последствий ЧС на железнодорожном транспорте являются: совершенствование информационного процесса, уменьшение времени «фазы изоляции», быстрая, последовательная и гибкая система медицинской эвакуации пострадавших на догоспитальном этапе в медицинской эвакуации.

Совершенствование информационного процесса включает в себя стандартизацию знаний о характере и количестве поражений при железнодорожных авариях, развитие телемедицинских технологий, совершенствование системы маршрутизации пострадавших, внедрение системы спутникового ориентирования.

Уменьшение фазы изоляции предусматривает максимально быстрое прибытие наиболее приспособленного санитарного транспорта на место ЧС, что зачастую связано с развитием санитарной авиации.

Создание гибкой системы медицинской эвакуации предусматривает взаимозаменяемость её звеньев, скоординированный и точный ответ всех видов санитарного транспорта на потребности эвакуации, использование современных эвакуационных средств.

Таким образом, только комплексный подход способен решить существующие проблемы в медицинской эвакуации пострадавших в критическом состоянии при крупномасштабных авариях на железнодорожном транспорте в догоспитальном периоде.

**СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ
В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ: РОЛЬ
ОПЕРАТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РАМКАХ
ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО
ПРОСТРАНСТВА**

Быстров М.В., Белова А.Б.

**ФГБУ Всероссийский центр медицины катастроф
«Защита» Минздрава РФ**

Система организации и оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (ЧС) в Российской Федерации неразрывно связана с деятельностью Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) – функциональной подсистемы Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС). Важнейшей составляющей ВСМК является Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации (СМК Минздрава России), которая представлена на различных уровнях. Функции органа повседневного управления ВСМК и СМК Минздрава России на федеральном уровне выполняет Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России (ВЦМК «Защита»), на региональном уровне – территориальные центры медицины катастроф (ТЦМК) субъектов Российской Федерации.

Важнейшим условием функционирования системы организации и оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС является четкое информационное взаимодействие участников системы, которое осуществляется в рамках РСЧС, ВСМК и СМК Минздрава России. Информационное взаимодействие и обмен данными о ЧС и ликвидации медико-санитарных последствий осуществляется по функциональной вертикали и по функ-

циональной горизонтали (на соответствующем уровне – региональном и федеральном, в том числе в рамках межведомственного взаимодействия). Структура содержания оперативной информации о ЧС (донесений – первичного, последующего, заключительного) и порядок их представления от ТЦМК в Центр управления в кризисных ситуациях ВЦМК «Защита» регламентированы ведомственным приказом и директивными письмами/указаниями Главного внештатного специалиста по медицине катастроф Минздрава России. Имеющаяся в разделах донесения информация позволяет осуществлять на уровне ТЦМК и ВЦМК «Защита» оперативный мониторинг оказания экстренной медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в ЧС, как в догоспитальном, так и в госпитальном периодах, и при необходимости принимать решения по дополнительному привлечению медицинских сил и средств СМК регионального и федерального уровней, по медицинской эвакуации пострадавших, в том числе межбольничной эвакуации – в медицинские организации более высокого уровня.

Дальнейшее развитие системы организации и оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС в регионах невозможно без развития единого информационного пространства всех экстренных медицинских служб (СМК, скорая медицинская помощь, санитарная авиация). Актуальность формирования на региональном уровне единой оперативно-диспетчерской службы, объединяющей в едином контуре оперативные подразделения СМК, скорой медицинской помощи, санитарной авиации, была подчеркнута в ходе проводимого в ВЦМК «Защита» исследования, в котором приняли участие 242 эксперта в области экстренной медицинской помощи. 75,2% из них высказалось в пользу создания/развития единой оперативно-диспетчерской службы регионального здравоохранения. Эксперты отметили, что это будет способствовать улучшению оперативного информационного взаимодействия и решению вопросов организации оказания экстренной медицинской помощи населению в различных режимах деятельности, а также позволит обеспечить мониторинг доступности и качества экстренной медицинской помощи населению.

Дальнейшее развитие цифровых технологий в здравоохранении, в том числе в деятельности экстренных медицинских служб и организаций, в ближайшие годы связано с реализацией федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении» (ЕЦК), который является составной частью национального проекта «Здравоохранение» и направлен на повышение эффективности функционирования системы здравоохранения за счет создания единого цифрового контура здравоохранения и организации механизмов информационного взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) и внедрения цифровых технологий.

Реализация мероприятий ЕЦК создаст качественно новые условия управления СМК Минздрава России в целях спасения жизни и сохранения здоровья пострадавших в ЧС.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ
МОДЕЛЕЙ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ МЕДИЦИНЫ
КАТАСТРОФ**

Быстров М.В., Белова А.Б.

**ФГБУ Всероссийский центр медицины катастроф
«Защита» Минздрава РФ**

В 2018 г. в Российской Федерации произошло более 2,5 тыс. чрезвычайных ситуаций (ЧС), в которых медицинская помощь оказана более 10,0 тыс. пострадавшим, в т.ч. более 2,6 тыс. детей. Необходимо отметить, что основную работу по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и оказанию медицинской помощи пострадавшим выполняет Служба медицины катастроф (СМК) регионального уровня.

Территориальные центры медицины катастроф (ТЦМК) являются органами повседневного управления СМК регионального уровня и проводят большую работу по обеспечению готовности сил и средств региональных и муниципальных медицинских организаций к реагированию на ЧС. ТЦМК фактически выполняют функции штабов медицинского обеспечения населения при ЧС. Выездные бригады скорой медицинской помощи на региональном уровне в случае ЧС входят в состав сил и средств СМК регионального уровня и в большинстве случаев несут основную нагрузку по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим в догоспитальном периоде и по осуществлению их медицинской эвакуации в стационарные медицинские организации. При крупномасштабных ЧС в зоне (вблизи зоны) ЧС могут развертываться медицинские мобильные формирования СМК регионального и федерального уровня (мобильные медицинские отряды, полевые госпитали).

В настоящее время в Российской Федерации существуют различные организационные модели функционирования ТЦМК: всего 83 ТЦМК, из которых 50 являются самостоятельными организациями здравоохранения со статусом юридического лица, 15 – работают в составе республиканских, краевых, областных клинических больниц и 18 – объединены со станциями скорой медицинской помощи. Следует выделить три основных варианта организационно-функционального взаимодействия центров медицины катастроф и станций скорой медицинской помощи: 1) ТЦМК и станции скорой медицинской помощи являются разными медицинскими организациями и активно взаимодействуют при ЧС; 2) ТЦМК осуществляет организационно-методическое руководство и координацию оказания скорой медицинской помощи в регионе; 3) ТЦМК и станция скорой медицинской помощи функционируют

в рамках единой региональной медицинской организации.

Во Всероссийском центре медицины катастроф «Защита» Минздрава России проведено исследование, в котором приняли участие 242 эксперта в области экстренной медицинской помощи. Одним из вопросов исследования, проводимого в виде анкетирования, был вопрос по возможным последствиям объединения в одной организации ТЦМК, станции скорой медицинской помощи, отделения экстренной консультативной медицинской помощи (санитарной авиации) и возможно в ряде регионов – экстренного медицинского многопрофильного стационара. Большинство экспертов (69%) положительно оценили создание такого объединенного учреждения. 17,8 % специалистов высказало мнение, что такое объединение может привести к ухудшению ситуации с оказанием экстренной медицинской помощи в регионе, 13,2 % затруднилось с ответом.

В последнее время в субъектах Российской Федерации отмечается тенденция к объединению экстренных медицинских служб регионов в рамках единой медицинской организации. Положительными моментами такого объединения являются концентрация медицинских сил и средств для оказания экстренной медицинской помощи в различных режимах деятельности, создание оптимальных условий для развития единого информационного пространства, единой оперативно-диспетчерской службы, оптимизации работы автотранспортных, обеспечивающих и вспомогательных подразделений, подготовки кадров и др.

Вместе с тем, в рамках единой экстренной медицинской организации должно быть обеспечено гармоничное развитие всех основных направлений деятельности (выездной работы бригад скорой медицинской помощи, обеспечения готовности здравоохранения к реагированию при ЧС и развития службы медицины катастроф, совершенствования работы санитарной авиации). Важнейшим условием функционирования таких учреждений является укрепление материально-технической базы, поддержание финансового и кадрового обеспечения на должном уровне, дальнейшее внедрение в практику современных организационных, медицинских и информационных технологий.

**РАЗВИТИЕ САНИТАРНО-АВИАЦИОННОЙ
ЭВАКУАЦИИ В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Исаева И.В.

**ФГБУ Всероссийский центр медицины катастроф
«Защита» Минздрава РФ**

В 2018 году из 85 субъектов Российской Федерации в целях санитарной авиации воздушный транспорт применялся в 51 субъекте, в том числе в двух городах федерального значения – Москве и Санкт-Петербурге.

2. Взаимодействие службы скорой медицинской помощи и медицинских формирований других министерств и ведомств в медицине катастроф

Только вертолетов используют 40, а вертолетов и самолетов – 11 субъектов России.

Участвуют в оказании экстренной медицинской помощи с применением воздушных судов специалисты 42 территориальных центров медицины катастроф, более 30 региональных стационаров и 4-х станций скорой медицинской помощи. Эвакуировано с применением санитарной авиации около 30 тысяч человек, из них 16% дети.

Интенсивно летающими в России являются 25 субъектов, умеренно летающих – 12, мало летающих субъектов – 9, нелетающих – 34 субъекта.

С 2017 года 34 региона России участвует в национальном проекте «Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации», это 10 республик, 6 краев, 15 областей, 3 автономных округа, что занимает более 85% территории Российской Федерации. Благодаря национальному проекту в 2017 году авиакомпаниям, оказывающим авиационные услуги, переданы 29, а в 2018 г. – 31 санитарный борт. Это вертолеты с медицинскими модулями Ми-8АМТ и Ансат. В течение двух лет дополнительно выполнено более 6 тыс. вылетов к пациентам, находящимся в угрожающих жизни состояниях, начали осуществляться вылеты в субъектах, ранее не применявших авиационный транспорт.

В 2019 году в проект вступают еще 15 субъектов: 3 республики, 11 областей, 1 автономная область.

Также в Российской Федерации имеются субъекты, которым в целях санитарной авиации нецелесообразно развивать внутрисубъектовые вылеты из-за компактного проживания населения, небольшого плеча доезда, хорошо развитой сети автодорог, а расположение отделений скорой помощи при экстренных вызовах обеспечивает прибытие бригад наземным транспортом в соответствии с нормативами.

В настоящее время существуют проблемы в развитии санитарно-авиационной эвакуации, которые необходимо решать.

Одной из основных проблем является кадровый дефицит медицинских работников, особенно врачей-реаниматологов.

Необходима разработка единой нормативной базы для различных медицинских организаций, осуществляющих выездные формы оказания экстренной медицинской помощи.

Для оперативности принятия решений при повседневной деятельности, ЧС, экстренной медицинской эвакуации должна быть создана единая система управления и диспетчеризации на региональном уровне, а далее и на федеральном.

Существует высокая потребность в обеспечении круглосуточных полетов, недостаточно площадок для посадки воздушного судна на территории медицинских организаций.

В перспективе – увеличение межрегиональных санитарно-авиационных эвакуаций пациентов в высокотехнологичные федеральные центры.

При поэтапном решении существующих проблем в развитии санитарно-авиационной эвакуации доля лиц, госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток, должна составить не менее 90% уже в 2019 году.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭВАКУАЦИЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИЗ-ЗА РУБЕЖА

Качанова Н.А.

ФГБУ Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава РФ

Медицинская эвакуация граждан Российской Федерации из-за рубежа, в соответствии с российским законодательством, – отдельное направление в структуре оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, имеющее свою специфику по части решения организационных и практических вопросов.

Находясь на территории иностранных государств, российские граждане (большая часть из которых туристы) часто сталкиваются с различными ситуациями, сопровождающимися причинением вреда здоровью и ухудшением состояния с риском для жизни. В связи с этим возникает необходимость оказания экстренной медицинской помощи и медицинской эвакуации в Россию. Из числа обращений только по линии Минздрава России основную массу (60–70%) таких пациентов составляют пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), пациенты с сочетанной травмой в результате падения с высоты, а также с острыми заболеваниями или обострением хронических заболеваний.

Не все граждане Российской Федерации должным образом относятся к вопросам медицинского страхования при выезде за границу. Кроме того, значительное количество россиян путешествуют самостоятельно вне рамок организованного туризма без оформления страховых полисов выезжающих за рубеж (полисов ВЗР). Наиболее популярными направлениями туристических потоков являются страны Азии и Африки (Таиланд, КНР, Индия, Вьетнам, Корея, Объединенные Арабские Эмираты, Египет, Турция) и пр. Примечательно, что в указанных странах отсутствуют строгие требования на въезд в отношении визового контроля и обязательного наличия медицинской страховки, как, например, для большинства стран Евросоюза. В свою очередь последнее облегчает посещение этих государств самостоятельно, без приобретения туристических продуктов у туроператоров с включенной в пакет услуг медицинской страховкой. Наличие полиса выезжающих за рубеж гарантирует выполнение страховщиком обязательств, прописанных в Договоре страхования, по организации оказания медицинской помо-

щи застрахованному. Сервисные службы страховщика обеспечивают организацию помощи на месте, госпитализацию в зарубежную клинику, а также медицинскую эвакуацию застрахованного лица в Россию в рамках лимита денежных средств по международному страховому полису.

Ежедневно в своей работе специалисты ВЦМК «Защита» отмечают случаи, когда российские граждане и их родственники сталкиваются с трудностями организации репатриации из-за рубежа с медицинским обеспечением. Медицинская эвакуация российских пациентов сопряжена с рядом специфических факторов, представляющих определенный риск ухудшения состояния пациента и летального исхода в ходе медицинской, в том числе санитарно-авиационной эвакуации (трудности получения документов от иностранной клиники, прохождения таможенных процедур, получение одобрения командира воздушного судна в посадке на борт и т.д.). Это связано с недостатками нормативного регулирования действующего российского законодательства, в том числе в части добровольного медицинского страхования. В настоящее время конкретных решений законодательными и исполнительными органами власти так и не принято.

Требуется совершенствование законодательной базы российского здравоохранения, принятие Порядка, регулирующего и систематизирующего межведомственные отношения в части обеспечения медицинской эвакуации, создание межведомственной рабочей группы, а также нормативное регулирование практических аспектов медицинской эвакуации.

Кроме того, необходимо развивать международное сотрудничество в сфере оказания медицинской помощи гражданам, пребывающим на территории иностранных государств, в том числе в части организации проведения их медицинской эвакуации на Родину. В настоящее время международные соглашения заключены только с рядом стран, в основном ближнего зарубежья. Закрепленные нормы большинства международных нормативных актов не включают или мало затрагивают вопросы возвращения граждан в страну постоянного проживания в случае отсутствия самостоятельной возможности в связи с ограничениями по тяжести состояния здоровья. Анализ международных договорных отношений в сфере охраны здоровья граждан, в том числе включающих вопросы репатриации пациентов, выявляет недостатки сотрудничества государств по соблюдению прав граждан на здоровье и получение медицинской помощи. Из изложенного можно подчеркнуть состоятельность представления о необходимости совершенствования принципов международного правотворчества в отношении механизмов нормативного регулирования области здравоохранения, в том числе на основе общих принципов Европейской социальной хартии для стран – членов Совета Европы.

Специалистами ВЦМК «Защита» разрабатываются проекты документов по внесению изменений в дей-

ствующие нормативные правовые акты, а также ведется научно-исследовательская работы по данному направлению.

**ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОГО ЦЕНТРА
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СТАЦИОНАРА
В УСЛОВИЯХ МАССОВОГО ПОСТУПЛЕНИЯ
ПОСТРАДАВШИХ**

Рахимов И.Р., Ходжаниязов А.А.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Условия и значительный опыт работы по приему потока пострадавших в Центр экстренной медицинской помощи диктуют необходимость обеспечить: исключение скопления медицинского транспорта у приемного отделения, бригад скорой медицинской помощи (СМП) и поступающих в приемное отделение, минимизацию времени пребывания бригад СМП в стационаре, максимально быструю сортировку поступающих по тяжести состояния и профилю госпитализации, незамедлительную эвакуацию пострадавших по назначению. При массовом поступлении ошибочным является распределение пострадавших по кабинетам приемного отделения, детальная диагностика и лечебные мероприятия (за исключением реанимационных). С целью медицинской сортировки у входа в приемное отделение выделяется врачебно-сестринский пост, задачи которого – незамедлительная диагностика основных поражений, распределение потока по «точкам назначения» (операционная, отделение реанимации, ожоговое или иное отделение, амбулаторные больницы) и поточная эвакуация по назначению. Медицинская сестра приемного отделения при получении информации о массовом поступлении обеспечивает (мобилизует) дополнительные транспортные средства (каталки), запрашивает транспортные бригады, проверяет пути транспортировки пострадавших, лифты, готовит достаточное количество бланков Медицинских карт и Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма №001/у) с проставленными заранее (синхронно) в обоих документах номерами, необходимое количество пакетов (мешков) для сбора одежды и вещей пострадавших. В процессе осмотра поступающих и медицинской сортировки врачом на титульном листе медицинской карты и синхронно медицинской сестрой в Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации фиксируются (в пределах возможно): время обращения, фамилия, имя, отчество больного, год рождения, адрес, контактный телефон, кратко диагноз, отделение по назначению. Другие записи в документах не ведутся. Заполнение документов на компьютере при массовом поступлении ведет к значительной потере времени. Пострадавший переключается на каталку, под голову помещается медицинская карта, в ноги – пакет для сбора вещей, транспортная

бригада незамедлительно доставляет пациента по месту назначения. Бригада СМП освобождается и покидает приемное отделение. Помощь амбулаторным больным временно ограничивается обезболиванием, пациенты концентрируются у смотровых кабинетов с возможностью их визуального контроля. Обязательным условием постоянной готовности и устойчивой работы по приему потока поступающих в условиях чрезвычайной ситуации является укомплектованность приемного отделения экстренного центра врачевыми и сестринскими кадрами в соответствии с действующими нормативами.

**МОБИЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ФОРМИРОВАНИЯ
СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ СУБЪЕКТОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Чубайко В.Г.

**ФГБУ Всероссийский центр медицины катастроф
«Защита» Минздрава РФ**

Эффективность медицинской помощи пострадавшим в ЧС и спасение их жизни, сокращение количества посттравматических осложнений во многом определяется максимально ранним началом оказания медицинской помощи в условиях ЧС.

В свою очередь, возможность оказания медицинской помощи в минимальные сроки напрямую связана с наличием в регионе мобильных медицинских формирований постоянной готовности (ММФ) службы медицины катастроф (СМК) Минздрава России, предназначенных для оказания медицинской помощи раненым, больным и пострадавшим в районе ЧС. В субъектах Российской Федерации работают свыше 29 тыс. ММФ. Силами этих формирований ежегодно осуществляется более 5 тыс. выездов на ЧС и оказывается экстренная медицинская помощь около 7 тыс. пострадавшим.

Наибольшее количество в структуре ММФ составляют бригады скорой медицинской помощи (СМП) – порядка 80% от всех мобильных медицинских формирований. На втором месте бригады специализированной медицинской помощи (БрСМП) – более 16%, и около одного процента приходится на бригады экстренного реагирования (БЭР), авиамедицинские бригады (АмедБр), и мобильные медицинские отряды (ММО).

Первыми на место ЧС прибывают бригады станций и отделений СМП субъектов Российской Федерации. Количество выездов бригад СМП на ликвидацию медико-санитарных последствий составляет более 80% от всех выездов формирований СМК.

При этом первая прибывшая к месту ЧС бригада СМП оценивает оперативно-медицинскую обстановку, организует медицинскую сортировку пострадавших в ЧС, оказывает медицинскую помощь пострадавшим, и осуществляет взаимодействие с поисково-спасательными подразделениями МЧС России, медицинскими формированиями других ведомств, своевременную

передачу информации о пострадавших в ЕДДС субъекта Российской Федерации и органы управления здравоохранением региона.

В настоящее время в 16 субъектах Российской Федерации развернут 81 трассовый медицинский пункт на основе бригады СМП, предназначенный для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим в авариях на автодорогах.

БЭР являются важнейшими формированиями в системе СМК субъектов Российской Федерации. ТЦМК направляет их в зону ЧС с задачей проведения в ней медицинской разведки, оценки обстановки и определения возможного объема работы в зоне ЧС, потребности в медицинских силах и средствах для ликвидации медико-санитарных последствий, сбора и представления данных о масштабе ЧС руководителю СМК региона о характере ЧС и медико-санитарных последствиях, а также для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим, координации действий прибывших мобильных медицинских бригад в зону ЧС до прибытия оперативной группы управления службы медицины катастроф региона. Ежегодно силами БЭР осуществляется более 230 выездов при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

В работе по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС активное участие принимают и АмедБр. Их подготовка ведется в рамках Программы обеспечения доступности медицинской помощи в отдаленных районах субъектов Российской Федерации.

В госпитальном периоде для усиления или специализации медицинских организаций, занимающихся ликвидацией медико-санитарных последствий ЧС, используются БрСМП отделений экстренной консультативной медицинской помощи.

ММО создаются для выдвигания на границу зоны (района) ЧС, приема пострадавших, их сортировки, оказания скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи, подготовки к эвакуации, временной госпитализации и, если необходимо, оказания амбулаторной помощи пострадавшим.

Для ликвидации медико-санитарных последствий межрегиональных и федеральных ЧС, сопровождающихся большим количеством санитарных потерь, предусматривается привлечение полевого многопрофильного госпиталя Минздрава России – ПМГ ВЦМК «Защита». Так, ПМГ ВЦМК «Защита» принимал участие в ликвидации медико-санитарных последствий катастрофического наводнения в ДФО в 2013 г., в ходе которого специалистами госпиталя была оказана медицинская помощь свыше 2,6 тыс. человек.

ММФ постоянной готовности СМК Минздрава России являются важным элементом готовности СМК субъектов Российской Федерации к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Дальнейшее их развитие необходимо считать одной из важнейших задач регионального здравоохранения.

3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ВНЕДРЕНИЕМ НОВЫХ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ

Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Ажиниязов Р.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Владение навыками оказания первой медицинской помощи обожженным касается в равной степени как работников скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, так и отделений неотложной помощи и реанимации. Неадекватно оказанная первая медицинская помощь часто усугубляет тяжесть состояния пострадавших.

Основной целью первой помощи на догоспитальном этапе является прекращение действия поражающего агента, обеспечение адекватной оксигенации, обезболивание, сведение к минимуму возможности инфицирования ожоговой раны, адекватная оценка тяжести состояния пострадавшего. Несомненно, одной из основной должна быть ранняя противошоковая инфузионная терапия.

Анализ показывает, что ошибки в оказании лечебно-диагностической помощи в раннем периоде после ожоговой травмы часто повторяются, в связи с чем мы решили изложить правильную последовательность клинико-диагностической тактики.

1. Прекращение действия термического агента. Для этого необходимо вынести пострадавшего из очага поражения, придать горизонтальное положение, погасить пламя (одеяло, коврик). При этом обязательно голова пострадавшего должна быть открытой, иначе возможно отравление продуктами горения или термоблуживающая травма. После этого как можно скорее необходимо охладить раневую поверхность струей холодной воды. При поражении горячей жидкостью также первоочередной задачей является охлаждение раневой поверхности.

2. Наркотические анальгетики и оксигенотерапия показаны всегда. **Введение** морфина или фентанила облегчает боль и купирует отрицательные эмоции. Подача увлажненного кислорода уменьшает гипоксию и отравление продуктами горения.

3. У обожженных с площадью поражения 20% поверхности тела и больше (или глубокого ожога 10% и больше) необходимо начинать раннюю инфузионную терапию. Плазморрея из обожженных поверхностей с потерей электролитов, интракорпоральные перемещения жидкости требуют коррекции. Стартовым препаратом на догоспитальном этапе до того, как будет оценена тяжесть травмы и потребность в возмещении жидкости, является Рингер лактат в объеме 1000 мл/час у взрослых или 400-500 мл/час у детей.

4. Приставшие к раневой поверхности части одежды отделять является нецелесообразным. Необходимо наложение сухой асептической повязки. Обширные обожженные поверхности закрываются стерильными простынями или другой чистой тканью. После этого правильной будет согревание пострадавшего путем укутывания в одеяло.

5. При длительной транспортировке, ухудшении состояния и нарастания ожогового шока необходима ингаляция закиси азота с кислородом в соотношении 1 : 1, введение растворов ГЭК.

6. Постоянный контроль функции внешнего дыхания во время транспортировки. При развитии стеноза гортани из-за отека необходима интубация трахеи и ИВЛ.

Таким образом, быстрое выведение из очага поражения, правильная сортировка, ранняя инфузионная терапия и оксигенотерапия составляют противошоковое звено на догоспитальном этапе. В заключении следует отметить, что неотложная помощь при тяжелой ожоговой травме будет иметь клинический эффект при своевременном и грамотном тактическом взаимодействии организационных и медицинских служб.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ВНУТРИБРЮШНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Хаджибаев А.М., Пулатов М.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Широкая распространенность острой билиарной патологии, улучшение ее диагностики, а также внедрение в клиническую практику малоинвазивных методов лечения, привело к повсеместному увеличению числа операции по поводу этих патологий. По данным Всемирного Союза хирургов, в настоящее время в мире выполняются более 1 миллиона операций на желчных путях (ЖП), при этом 13-48% из них сопровождаются вмешательствами на внепеченочных желчных протоках (ВЖП) и их число возрастает.

Вместе с тем это обуславливает увеличение числа ранних внутрибрюшных осложнений (РВБО) после подобных операций. Осложнения, развивающиеся после традиционных вмешательств и требующие повторных операций, наблюдаются в 2,6-12,8% случаев. Частота осложнений после лапароскопических операций составляет 1,5-16,8%. После эндоскопических транспиллярных вмешательств РВБО возникают у 0,6-23,4% больных, у 2% из них для коррекции требуется хирург-

гическое вмешательство, а летальность при этом колеблется от 0,4 до 2,3%.

Цель исследования: Улучшение результатов ранней диагностики и тактики лечения внутрибрюшных осложнений после операций на желчных путях.

Материалы и методы: За период 2001 по 2017 г. в РНЦЭМП произведены 8 768 холецистэктомий. У 70 больных отмечались ранние внутрибрюшные осложнения, что составило 0,8%. Из них мужчин было 44, женщин – 26. Возраст больных был в пределах от 34 до 72 лет (среднее $46 \pm 4,2$ года). Среди диагностических методов применяли лабораторно-инструментальные методы (определение показателей лейкоцитов, билирубина крови, АЛТ, АСТ, ЩФ), показатели динамического УЗИ, МР-панкреатохолангиография (МРПХГ), диагностическая ре-лапароскопия, диагностическая ре-лапаротомия. Больным по показаниям проводились реконструктивно-восстановительные операции.

Результаты и их обсуждение. Среди внутрибрюшных осложнений: желчеистечение из дополнительных желчных протоков было диагностировано у 20 (28,5%) больных, внутрибрюшные кровотечения – 13 (18,5%) случаев, повреждения ЖВП были диагностированы у 37 (52,8%) больных.

Все первичные операции были выполнены по поводу острого калькулезного холецистита. Из них у 61 (87,1%) больных была выполнена традиционная холецистэктомия, у 9 (12,8%) – лапароскопическая.

Внутрибрюшные осложнения были диагностированы: во время операции у 11 (15,7%) больных, в первые сутки после операции у 45 (64,2%) больных, в остальных 14 (20%) наблюдениях внутрибрюшные осложнения были диагностированы в сроки от 4 суток до 1,5 месяца после операций на желчевыводящих путях.

При выявлении частичного повреждения магистральных желчных протоков у 14 (20%) больных непрерывность желчного протока восстановлена швом на Т-образном дренаже, между поврежденными концами гепатикохоледоха. При массивном повреждении ЖП у 23 (32,8%) пациентов выполнены различные варианты билиодигестивных анастомозов: гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле Ру – у 16 (22,8%) больных; гепатикоэнтероанастомоз с межкисечным Браунским анастомозом – у 7 (10%) больных.

У 13 больных отмечалось желчеистечение, по поводу чего проводилось динамическое наблюдение. При желчно-отделяемом до 150 мл желчи по парадренажу, отсутствии перитонита и скопления свободной жидкости по данным УЗИ, а также отсутствия билиарной гипертензии проводилась консервативная терапия. Желчеистечение остановилось в течение 7-14 суток. В 7 наблюдениях дебит желчи составил более 300,0 мл. Больные были оперированы: в 2-х случаях причиной желчеистечения явилась культя пузырного протока, вследствие соскальзывания лигатуры выполнена релапаротомия, дополнительное прошивание с санацией и редренированием брюшной полости, в 2-х слу-

чаях – резидуальный холедохолитиаз, из них в одном случае конкремент удален ретроградным способом, в другом удалить ретроградным способом конкремент удалить не удалось, в связи с чем выполнено повторное оперативное вмешательство в отсроченном порядке. У 1 больного отмечалось миграция дренажа Кера с желчеистечением в брюшную полость – выполнена релапаротомия, повторная установка дренажа Кера в холедох; в 2-х случаях – несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза, по поводу чего выполнена релапаротомия, наружное дренирование общего печеночного протока.

У 10 больных с внутрибрюшными кровотечениями консервативная терапия оказалась эффективной, внутреннее кровотечение остановлено. У 2-х больных потребовались оперативные вмешательства. В обоих случаях источником кровотечения явилось ложе удаленного желчного пузыря, которое остановлено путем коагуляции. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было.

Заключение: наиболее частыми внутрибрюшными осложнениями при операциях на желчных путях является повреждение желчных протоков, на втором месте желчеистечение и внутрибрюшные кровотечения. При частичном повреждении ЖП можно восстановить непрерывность ЖП путем наложения билиобилиарного шва, при массивном повреждении надо накладывать билиодигестивный анастомоз.

ВЫБОР КЛИНИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ И ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ШОКОГЕННОЙ ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТИ

Хаджибаев А.М., Хакимов Р.Н., Исмаилов А.Д., Ганиев О.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Концепция травматической болезни по-прежнему остается актуальной проблемой современности. Свидетельством этого являются монографии, посвященные различным ее аспектам, научно-практические конференции, дискуссии на страницах известных журналов. Сложная многокомпонентная реакция организма на тяжелые механические повреждения рассматривается как единое целое во взаимодействии всех звеньев, ее составляющих. Это исключает вычленение различных факторов патогенеза реакции на травму, позволяет проследить их взаимоотношения во времени, оценить зависимость поздних проявлений болезни от особенностей ее ранних периодов.

Диагностика и оптимальное лечение пострадавших с сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата до настоящего времени являются одними из актуальных проблем не только современной травматологии, но и всего общества. 18-летний опыт Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) по проблеме сложносочетанных

шокогенных травм позволил создать концепцию травматической болезни, а также разработать и внедрить стратегию и тактику лечения тяжелых контингентов больных.

Исследования показали, что общее течение и конечный исход травматической болезни решающим образом определяются особенностями ее раннего периода и квалифицированным оказанием помощи именно в этот период, когда правильная постановка тактики ведения больных с шокогенными травмами позволяет достичь наиболее благоприятных результатов.

Во всем мире для оценки тяжести травмы широко используются множество шкал. Однако они чаще всего определяют непосредственно тяжесть повреждения, но при этом не учитывается состояние пострадавшего, и тем самым суживается объективность оценки и минимализируется возможность прогнозирования исхода травмы. Травматологическое вмешательство с учетом периодов травматической болезни у пострадавших с шокогенными повреждениями, на фоне тяжести повреждений и адаптационной реакцией организма пострадавшего на травму, усугубляется дополнительной травматичностью самого лечебного вмешательства.

В РНЦЭМП для определения состояния пострадавшего были внедрены следующие шкалы: для оценки тяжести повреждения – ISS, для оценки тяжести состояния APACHE-II. Распространенность шокогенной травмы была изучена по результатам обследования 1080 пострадавших с сочетанной травмой, экстренно госпитализированных в отделение взрослой травматологии и сложносочетанных травм за период с 2014 по 2017 год. Большинство пострадавших относятся к наиболее трудоспособному возрасту – от 21 до 65 лет (74,1 %). Среди обследованных мужчин было 734 (68%), женщин – 346 (32%). Причинами повреждений явились дорожно-транспортные травмы – 706 (65,4%), кататравмы – 349 (32,3%), бытовые травмы – 25 (2,3%). Догоспитальная помощь пострадавшим не была оказана в 726 (67,2%) случаях, так как больные с места происшествия доставлены самотеком, в 354 (32,8%) помощь была оказана врачами скорой медицинской помощи. Из всех пострадавших, госпитализированных в этот период в РНЦЭМП, 9 человек (0,83%) погибли в первые 3 часа с момента поступления в стационар ввиду наличия у них крайне тяжелых, несовместимых с жизнью повреждений.

При ISS=30-45 баллов летальность превысила 45%, а при ISS>46 выжили лишь 30% пострадавших. Следует отметить, что пик летальности приходился на первые трое суток (62% от всех умерших), и второй незначительный подъем наблюдался (3 больных 0,32%) на 21-25 сутки после травмы. При исследовании прогностической ценности систем оценки тяжести травм было выявлено, что чувствительность системы ISS составила 57,6%, а шкалы APACHE-II – 64,1 %. Тяжесть травмы по ISS у пострадавших с сочетанной травмой составила 31,4±13,7 баллов, тяжесть состояния по APACHE-II – 26,4±5,4 балла, по шкале ком Глазго – 12,4±5,3 балла.

Контроль тяжести повреждения (damage control) и динамическая оценка состояния пациентов позволяли определять объем и травматичность оперативных вмешательств при повреждениях опорно-двигательного аппарата, а также сроки их выполнения. Указанная тактика хирургического лечения пациентов с тяжелой сочетанной травмой позволила существенно сократить процент развития синдрома жировой эмболии, венозной тромбоэмболии; больные активизированы в ранние сроки, и уменьшился показатель нозокомиальных пневмоний.

Таким образом, выбор клинической модели определения тяжести состояния и тяжести повреждения с использованием концепции damage control и балльных систем ISS и APACHE-II позволил существенно снизить летальность у данной сложной категории пациентов.

ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Гуломов Ф.К., Тилемисов С.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Одним из редких осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) является синдром Мириizzi (СМ), выражающийся развитием механической желтухи (МЖ) и нередко гнойного холангита (ГХ). Частота встречаемости СМ среди всех осложнений ЖКБ по данным различных авторов составляет от 0,5 до 5,0 %.

Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни 190 больных с механической желтухой, обусловленной (СМ), поступавших в отделения РНЦЭМП с 2010 по 2017 г.

Больные поступали по следующим направлениям: Из 190 больных 148 (77,9%) пациентов поступили самотеком, 27 (18,2%) пациентов поступили по направлению из других медицинских учреждений. Всего лишь 15 (7,9%) больных были доставлены по линии скорой медицинской помощи. Мужчин было 64 (33,7%), женщин – 126 (66,3%). Возраст больных варьировал от 25 до 85 лет. Средний возраст 56,6. Всем больным при поступлении в клинику проводили общеклинические, лабораторные и специальные инструментальные исследования, позволявшие оценить общее состояние больных, выявить сопутствующие заболевания и определить степень оперативно-анестезиологического риска. Среди специальных инструментальных исследований наиболее важное значение придавали УЗИ, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии с папиллосфинктеротомией (ЭРПХГ, ЭПСТ), чрескожно-чреспеченочной холангиографии и стомии (ЧЧХГ, ЧЧХС), а также МРТ-холангиографии.

Всем больным при поступлении проведены УЗИ, при этом чувствительность составила до 57%. 61 (32,1%) больных проведено МРТ-холангиография, чувствитель-

ность при этом составила до 87,5%. ЭРПХГ проведена у 155 (81,6%) больных, диагностическая чувствительность которых составила до 95,9%. При неэффективности ЭРПХГ и при тяжелом состоянии больных в 10 (5,3%) случаях проведены ЧЧХГ с ЧЧХС, чувствительность которых составила до 99%.

Синдром механической желтухи наблюдали у всех пациентов. Условно по тяжести механической желтухи больные были распределены на 3 группы. Легкая (билирубин до 100 мкмоль/л), средняя (билирубин 100-200 мкмоль/л), тяжелая (билирубин выше 200 мкмоль/л). С явлениями легкой механической желтухой поступили 53 (27,9%), средней степени механической желтухой – 49 (25,8%), с тяжелой механической желтухой – 88 (46,3%) больных. Длительность желтушного периода колебался от 2 до 90 суток. Длительность желтухи сопровождалась различными осложнениями. При поступлении у 101 (53,2%) больного механическая желтуха сопровождалась гнойным холангитом.

Вывод. Таким образом, больные с механической желтухой, обусловленной СМ, на догоспитальном этапе редко вызывают машины скорой помощи. При диагностике данной патологии всем больным должны провести МРТ-холангиографию, которая является неинвазивным и более достоверным. При обращении больных в более поздние сроки механическая желтуха осложняется гнойным холангитом. При госпитализации больных в ранние сроки можно получить хорошие результаты в лечении данной категории тяжелых больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Курбонов А.Б.

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Цель. Оценить результаты лечения пациентов с желчнокаменной кишечной непроходимостью.

Материал и методы исследования. С 2001 по 2018 г. в хирургических отделениях РНЦЭМП оперированы 30 больных с желчнокаменной кишечной непроходимостью. Из них мужчины было 9 (30%), женщин – 21 (70%). Средний возраст больных составил 70,6 лет. Так как 80% пациентов с желчнокаменной кишечной непроходимостью были пожилого и старческого возраста, практически у всех общее состояние было отягощено серьезными сопутствующими заболеваниями.

У 23 (76%) больных в анамнезе имелась клиника желчнокаменной болезни с длительностью течения от 3 до 20 лет; у двоих из них уже было осложнение в виде холедохолитеаза, механической желтухи. Пациенты поступили в приемное отделение в сроки от 6 часов до 10 суток с момента появления первых признаков заболевания. Из 30 пациентов 9 (30%) поступили по линии СМП с самими различными диагнозами: острая

кишечная непроходимость, острый холецистит, острый живот, острый панкреатит, 7 (23%) больных до поступления в РНЦЭМП находились в других клиниках с разными диагнозами. Ни одному пациенту на амбулаторном этапе не поставлен диагноз билиарного илеуса, что свидетельствует о плохом знании этой патологии врачами общей практики. Клиническая картина при госпитализации отличалась крайним разнообразием. Боли были отмечены у 28 пациентов: у 18 во всех отделах живота, у 13 из них они имели схваткообразный характер, у 3 – в верхних отделах, у 5 – вокруг пупка и у 2 – в правом подреберье. Все больные указывали на рвоту, особенно многократную, у одного отмечалось отхождение камней с рвотными массами. Задержка газов и стула имело место у 21 из 30 пациентов. Ни у одного больного конкременты или опухолевидные образования брюшной полости через переднюю брюшную стенку, а также ректально и вагинально не пальпировались.

Кроме стандартных лабораторных исследований, в качестве инструментальной диагностики использовали обзорную рентгенографию брюшной полости, рентгенографию желудочно-кишечного тракта с пероральным приемом сернокислого бария и исследованием пассажа контраста в ЖКТ в динамике, УЗИ брюшной полости. У 12 больных выполнена фиброгастродуоденоскопия, у 5 больных видеолапароскопия. При подозрении на холедохолитеаз, 2 больным проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией.

Результаты: пациенты оперированы в сроки от 2 часа до 10 суток с момента госпитализации. При этом диагноз желчнокаменная кишечная непроходимость до операции установлен у 12 (40%) больных. У 5 пациентов операция начата с диагностической лапароскопией, на которой были выявлены расширенные кишечные петли, плотного смещаемые образования в просвете кишки и инфильтрат в подпеченочном пространстве, что стало основанием для конверсии на срединную лапаротомию. У 23 пациентов оперативное вмешательство выполнено из срединного доступа, наиболее удобного для полноценной ревизии органов брюшной полости. У 2 больных оперативное вмешательство начато из доступа Волковича–Дьяконова с последующим переходом на срединную лапаротомию.

По локализации желчных камней больные распределялись следующим образом. Пилородуоденальная непроходимость выявлена у 3 (10%) пациентов, обтурация тощей кишки – у 11 (37%), подвздошной кишки – у 16 (53%).

Объем оперативного вмешательства в большинстве наблюдений был минимальным, направленным на ликвидацию острой кишечной непроходимости и спасение жизни больного. У 1 больного, у которого желчный камень обтурировал в терминальный отдел подвздошной кишки, удалось низвести конкремент в толстую кишку, без вскрытия просвета кишечника. 5 пациентам с некротической перфорацией кишки на

месте вклинения камня произведена резекция тонкой кишки с наложением энтероэнтероанастомоза «бок в бок». У 1 пациентке кроме холецистодуаденального свища, интраоперационно выявлен холецистохоледо-хеальный свищ с большим конкрементом в просвете холедоха. Это явилось показанием к разобщению холецистодуаденального свища, холедохолитэкстракции, энтеротомии с удалением камня в просвете кишки.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: нагноение раны было у 7 (23%), эвентерация – у 2 (6,7%), несостоятельность швов ушной кишки – у 1 (3,35%). Летальный исход отмечен в 2 (6,7%) случаях: инфаркт миокарда – в 1 (3,35%), послеоперационный перитонит – в 1 (3,35%) случае.

Заключение. Желчнокаменная кишечная непроходимость не характеризуется типичным клиническим течением и наличием специфических симптомов, что в совокупности с редкостью данной патологии зачастую приводит к несвоевременной постановке диагноза и показаний к операции, отрицательным образом сказывается на результатах лечения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Холмуродов Б.Н., Саидов С.М., Ходжакулов Ч.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Ожоги представляют собой наиболее опасные повреждения, составляя от 6 до 8% от общей массы травматизма. В последние годы тактика лечения обожженных претерпевает значительные изменения. Все большее число исследователей используют активную хирургическую тактику на основе применения ранней и отсроченной хирургической некрэктомии с одномоментным аутодермопластическим закрытием ожоговых ран, пластику местными тканями, реконструктивно-восстановительные операции в остром периоде ожоговой болезни.

Цель исследования: улучшение результатов лечения глубоких ожогов верхних конечностей путем применения активной хирургической тактики лечения.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 520 больных с глубокими ожогами верхних конечностей в возрасте от 14 до 70 лет, у которых глубокие ожоги отмечены в области суставов верхних конечностей, в том числе плечевых – 270, локтевых – 140, лучезапястных – 70, кистей – 40. Общая площадь ожога составила от 2 до 50% поверхности тела. Основным поражающим фактором было пламя – 71%, ожоги кипятком наблюдались у 9%, контактные – у 8%, электроожоги – в 10%, химические – в 1%, комбинация термического и механического повреждений – у 1%. В поздние сроки (свыше трех недель) после получения ожога поступили 102 пострадавших. Почти у всех больных, доставленных позднее 2-3 недель после травмы, имелись те или иные осложнения ожогов болезни (сепсис, пневмония, ожоговое истощение, контрактуры суставов конечностей).

Результаты. При обширных ожогах требовались неоднократные операции, поэтому у 150 пострадавших предпринято 205 оперативных вмешательств. При циркулярных ожогах конечностей с целью декомпрессии осуществлялась декомпрессионная некрэктомия, фасциотомия, некрофасциотомия. При поступлении больных в сроки от 3 до 7 суток предпринималась ранняя некрэктомия, в более поздние сроки (свыше 10-14 дней) – отсроченная некрэктомия с последующей свободной кожной пластикой. При лечении больных с обширными глубокими ожогами применялась свободная пересадка кожи на гранулирующие раны. При ожогах IV степени у 50 больных имелось поражение глубоких анатомических структур в области предплечья и кистей. С целью сохранения пораженных глубоких структур и восстановления полноценного кожного покрова производилась полнослойная кожная пластика. Раннее восстановление кожного покрова является решающим фактором не только для спасения жизни больного, но и получения лучших функциональных результатов.

Заключение. Оперативное восстановление кожного покрова у всех больных сочеталось с активной и пассивной разработкой движений в суставах, фиксацией конечности в положении коррекции или гиперкоррекции. Плечевой сустав должен фиксироваться в положении максимального отведения, локтевой – полного разгибания, лучезапястный сустав и кисть – в положении сгибания или разгибания с учетом повреждения тыльной или велярной поверхности. Это связано с тем, что болевой рефлекс вызывает защитное сокращение мышц и пациент стремится к такому положению, при котором натяжение тканей минимально (приведение плеча, сгибание в локтевом, лучезапястном суставах и т.д.). Применение активной хирургической тактики позволило не только восстановить утраченный кожный покров, но и добиться восстановления функции суставов верхних конечностей.

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Худойбердиев Б.А., Хужамбердиев И.Р., Исхаков Б.Р., Абдуллаев У.У.

Наманганский филиал РНЦЭМП.

За период с 2010 по 2018 г. со спонтанным пневмотораксом на стационарном лечении находились 212 больных. Мужчин было 149 (70,3%), женщин 63 (29,7%). Средний возраст больных составил 32 года. Правосторонний спонтанный пневмоторакс диагностирован у 125 (59,0%) больных, левосторонний – у 86 (40,6%) и двухсторонний – у 1 (0,6%).

С целью уточнения диагноза и выбора тактики лечения больным видеоторакоскопия была выполнена с использованием набора инструментов фирмы «Karl Storz» (Германия). В результате диагностической торакоскопии выявлены: буллезная эмфизема без ос-

ложнений – у 130 (61,3%), с воспалительными проявлениями – у 25 (11,7%), надрывы спаек – у 28 (13,2%), туберкулез легких – у 20 (9,4%) и видимой патологии не обнаружено у 9 (4,2%) больных.

Иссечение и электрокоагуляция булл произведено у 100 (47,2%) больных, наложение эндошва на буллы – у 38 (17,9%) больных. Во всех случаях вмешательство дополнено диатермическим плевродезом с целью профилактики рецидивов пневмоторакса.

Конверсионная торакотомия в связи с большими размерами разорванных булл осуществлена у 24 (11,4%) больных, операция завершена атипической резекцией легких и дренированием плевральной полости. У 50 (23,5%) больных при торакокопии отсутствовали показания для эндохирургических вмешательств.

У 9 (4,2%) больных наблюдались рецидивы пневмоторакса, которые ликвидированы наложением дополнительных швов при реторакопии. Интраоперационное осложнение в виде подкожной эмфиземы отмечалось у двух пациентов, которое не требовало дополнительных лечебных вмешательств.

Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры у 3 (1,4%) больных, которая ликвидирована путем установления непрерывного плеврального диализа.

Среднее пребывание больных на койке составил 5,7 дней. Летальных исходов не наблюдалось.

Таким образом, применение видеоторакопии в urgentной торакальной хирургии имеет большое значение в определении дальнейшего тактического плана ведения больных, уменьшает количество диагностических ошибок и во многих случаях предотвращает необоснованные торакотомии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОАССИСТИРОВАННОЙ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Худойбердиев С.С., Яриев А.Р., Расулов Ш.А., Хатамов К.Х., Джурбаев Н.З.

СОФ РНЦЭМП, г. Гулистан

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с закрытыми травмами грудной клетки на фоне применения миниинвазивных технологий.

Материал и методы исследования: были исследованы результаты лечения 22-х больных с закрытыми травмами грудной клетки в условиях Сырдарьинского областного филиала РНЦЭМП с 2013 по 2018 г.

Возраст больных варьировал от 18 до 72 лет. Из них 17 больных были мужского пола, 5 пациенток женского пола. Длительность анамнеза составила от 30 минут до 2-х часов.

Всем больным были проведены стандартные методы исследования (общий осмотр, ОАК, ОАМ, ЭКГ, биохимические анализы и коагулограмма, УЗД и обзорная рентгенография грудной клетки, мультиспиральная

компьютерная томография и видеоторакопия).

В дооперационный период больным проводили кратковременную инфузионную, противошоковую и симптоматическую терапию до стабилизации состояния больных.

Всем больным после установления диагноза на фоне стабильных значений гемодинамики, на фоне эндотрахеального наркоза с односторонней интубацией проводилась видеоторакопия. Порт для оптики вводили по передне-подмышечной линии в 6-ом межреберье справа и по задне-подмышечной линии в 6-ом межреберье слева. После введения второго торакопорта осуществлялась санация плевральной полости.

После эндовизуализации производилась топическая миниторакотомия до 5 см. В 16-ти случаях было произведено ушивание ран легкого, в 2-х случаях ушивание ран легкого с восстановлением целостности сегментарных бронхов. В 4-х случаях была произведена атипическая резекция легкого. В послеоперационном периоде производилась инфузионная, антибактериальная, анальгетическая и симптоматическая терапия.

Результаты лечения. В послеоперационном периоде в одном случае наблюдался смертельный исход, обусловленный острым инфарктом миокарда. В одном случае наблюдалось нагноение миниторакотомной раны, разрешенное консервативными мероприятиями. В одном случае послеоперационная бронхорея была купирована бронхоблокадой сегментарного бронха эндоскопическим путем.

Выводы. Применение видеоассистированной торакоскопической хирургии у больных с закрытыми травмами грудной клетки возможно только при стабильной гемодинамике. Минимальность разрезов, применяемых для топической торакотомии, влечет за собой уменьшение послеоперационного болевого синдрома, легочных осложнений. Само собой не меньшее значение имеют косметические соображения и быстрота функционального восстановления каркаса грудной клетки и верхних конечностей.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИИ ПРИ ТРУДНОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ВЕНОЗНОМ ДОСТУПЕ

Шарипова В.Х., Фокин И.В.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

На сегодня, как правило, с целью проведения инфузионной терапии устанавливается периферический ангиокатетер как надежный венозный доступ. У 8-20% больных встречается невозможность установки ангиокатетера в периферическую вену по наружным анатомическим ориентирам, что определяется как трудный венозный доступ, при котором показана катетеризация центральной вены. В свою очередь в сравнение с периферическим венозным доступом катетеризация центральных вен сопровождается более грозными

осложнениями. С внедрением ультразвука в практику интенсивной терапии стала возможной визуализация глубоких периферических вен, которые визуально или пальпаторно не определяются. Представляется актуальным освещение результатов по установке ангиокатетеров под ультразвуковым контролем у больных с трудным венозным доступом и необходимостью обеспечения надежного венозного доступа для проведения инфузионной терапии.

Цель исследования. Уменьшение количества случаев постановки центральных венозных катетеров у больных с трудным периферическим венозным доступом.

Материал и методы. Исследование проводилось в хирургических подразделениях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. В исследование были включены 54 пациента, из них мужчин $n=18$ (33%) и женщин $n=36$ (67%) с экстренной хирургической патологией и необходимостью проведения инфузионной терапии, у которых канюляция периферической вены проводилась под ультразвуковой визуализацией или после нескольких неудачных попыток постановки ангиокатетера в периферическую вену по наружным ориентирам или проводился сразу по причине отсутствия поверхностных периферических вен. Ультразвуковое ассистирование осуществлялось портативным аппаратом SAMSUNG MEDISON SonoAce R3 с линейным датчиком 5-12 МГц с визуализацией вены в поперечной плоскости и иглы по короткой оси.

Результаты. Основной причиной трудного венозного доступа у мужчин была относительная гиповолемия, совмещенная с психологической напряженностью перед операцией, у женщин явилось ожирение. В 42 (77%) случаях установка ангиокатетера проводилась сначала по наружным анатомическим ориентирам, в случае неудачных попыток в последующем под ультразвуковой визуализацией, у 12 (23%) пациентов ангиокатетер устанавливался сразу под ультразвуковым контролем. Частота успеха канюляции периферической вены под ультразвуковым контролем составила 50 (92%). Катетеризацию центральной вены пришлось выполнить у 4 (8%) пациентов после неудачных попыток постановки ангиокатетера под ультразвуковым контролем. Из 50 удачных попыток постановки ангиокатетера под ультразвуковой визуализацией, катетеризация глубокой вены локтевой ямки была произведена в 36 (72%) случаях, в 14 (28%) случаях была произведена катетеризация поверхностной яремной вены.

Выводы. Постановка ангиокатетера у больных с трудным периферическим венозным доступом под ультразвуковым контролем является промежуточной ступенью перед необязательной катетеризацией центральной вены, которая снижает потенциальные осложнения от центрального венозного доступа. Целесообразность отказа от многократных попыток постановки ангиокатетера по анатомическим ориентирам у больных с плохо выраженными периферическими венами диктуется снижением риска развития

флебитов и тромбозов, уменьшением болевых и неприятных ощущений от многократных попыток. Также следует учесть экономическую выгоду от данного метода, так как стоимость набора для катетеризации центральных вен во много раз превышает стоимость периферического ангиокатетера. Рекомендуется проводить канюляцию периферической вены под ультразвуковой визуализацией, после 2-х неудачных попыток.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ

*Шарифбаев С.А., Ашуров З.И., Уринов Ш.,
Жиянов И.А., Ходжиев С.К.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель исследования. Уточнить показания к хирургическому или консервативному лечению травматических внутричерепных гематом у детей.

Материал и методы обследования. Обследовано 150 детей с внутричерепными гематомами в возрасте от 2-х до 14 лет. Средний возраст составил 9 лет. Средний балл по шкале Глазго 8 баллов.

Результаты. По данным МСКТ у 61 ребенка (41%) были диагностированы эпидуральные гематомы, у 46 (31%) субдуральные, у 30 (20%) внутримозговые гематомы в очагах контузии и у 13 (9%) – множественные. Определяющими факторами для выбора тактики лечения были уровень сознания по шкале Глазго, динамика неврологических нарушений, наличие анизокории, объем и локализация гематомы, выраженность отека мозга, смещение срединных структур. Оперировано 54 (36%) больных методом трепанации с активным дренированием, 96(64%) больных лечились консервативно. Максимальный объем ВЧГ при консервативном лечении с благоприятным исходом у детей был 10 мл. У этих детей уровень ШКГ при поступлении был больше 7 баллов, анизокории не отмечалось, на МСКТ головного мозга базальные цистерны были нормальными, смещение срединных структур не превышало 3 мм. Между ШКГ, анизокорией, степенью сдавления базальных цистерн и степенью смещения срединных структур выявлена достоверная связь. Общая летальность при внутричерепных гематомах составила 10%. Из них при субдуральных гематомах 8%, внутримозговых 27%, при множественных гематомах 30%.

Для определения тактики хирургического или консервативного лечения внутричерепных гематом следует учитывать динамику сознания по ШКГ, наличие анизокории, объем гематомы, ее локализацию, сдавление базальных цистерн и смещение срединных структур головного мозга.

Выводы. Внедрение миниинвазивных нейрохирургических операций в лечении пострадавших детей позволило снизить летальность, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ТЫЛА СТОПЫ

Шаропов О.М., Арабов Х.У., Ходжакулов Ч.Р.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Рубцовые деформации тыла стопы и голеностопного сустава по данным разных авторов составляют от 5% до 14 % по отношению ко всем послеожоговым деформациям. Это объясняется анатомическими особенностями данной локализации: более тонким кожным покровом, поверхностно расположенным сосочковым слоем дермы, периферическим кровоснабжением, замедленным венозным и лимфатическим оттоком.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения глубоких ожогов стопы путем применения расщепленных кожных лоскутов.

Материалы и методы. Ранняя некрэктомия с первичной аутодермопластикой является ранней реабилитацией обожженных, так как в результате получается лучший функциональный и косметический результат и до минимума снижается риск образования рубцовой ткани в отличие от пластики на грануляционную ткань. После экцизии струпа наблюдается кровотечение из раны от 1 до 3 мл на 1 см², что требует проведения гемостаза общими и местными способами. При первичной кожной пластике для предотвращения развития гематом под трансплантатами последние перфорируют для улучшения их дренажной способности. Однако наличие в послеоперационном периоде сетчатого рисунка не удовлетворяет пациентов. Данный вопрос является первостепенным при лечении локальных ожогов, и особенно в детской комбустиологии. Для улучшения функциональных и косметических результатов лечения после ранней некрэктомии, снижения интраоперационной кровопотери, сокращения времени остановки кровотечения перед пластикой нами применяется пластика конечностей после ранней некрэктомии сплошными аутолоскутами. По данной методике при локализации глубокого ожога на тыле стопы прооперированно 39 больных. Полная трансплантация без образования гематом отмечалась в 32 наблюдениях на 7-9 день после операции; у 5 больных имели место незначительные подлоскутные гематомы, рассосавшиеся в течение 12-14 суток; у 2 – мозаичные гематомы, диаметром до 1-2 см, которые привели к частичному лизису трансплантата с последующей краевой эпителизацией, не потребовавшей повторной аутодермопластики. В послеоперационном периоде не потребовались плановые реконструктивные операции, наблюдается хороший косметический результат. Однако использование перфорированных трансплантатов потребовало более интенсивного противорубцового лечения. Пациенты отмечали неудовлетворение по поводу сетчатого рисунка кожи. В послеоперационном периоде у детей данной группы, в связи с ростом и ретракцией трансплантатов, у 10 пациентов сформировались контрак-

туры стопы и голеностопного сустава, что потребовало планового оперативного лечения. У взрослых больных проводились длительные курсы консервативного противорубцового лечения.

Вывод. Таким образом, у больных с глубокими ожогами стоп при использовании пластики неперфорированными кожными трансплантатами после ранней некрэктомии, проводимой под жгутом, отмечался хороший косметический результат, удовлетворяющий как врача, так и пациента. У детей, по мере их роста, не наблюдается ретракции трансплантатов и отмечается их равномерное развитие в соответствии с близлежащими здоровыми участками кожи.

ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Юлдашев А.А., Махмудов Н.И., Мирзакаримов А.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Многолетний опыт применения эндоскопии для диагностики и удаления инородных тел верхних отделов пищеварительного тракта доказал высокую эффективность этого метода.

Возможность фиксации инородного тела в стенке органа с повреждением ее и развитием грозных осложнений требует проведения диагностической эндоскопии в неотложном порядке. После установления характера и локализации инородного тела, оценки состояния стенок органов, контактирующих с инородным телом, выбирается рациональный способ его удаления.

За последние 3 года в эндоскопическом кабинете, организованном в приемно-диагностическом отделении нашего Центра для выполнения экстренных эндоскопических манипуляций, прошло 66 больных с различными инородными телами, случайно или умышленно попавшими в верхний отдел пищеварительного тракта, подлежащими удалению. Из 66 больных 44 (66,6%) пациента составили дети до 14 лет. Инородное тело пищевода обнаружено у 37 (56,1%) больных, у 22 – в желудке, у 3-х – в двенадцатиперстной кишке. У 4 больных при эндоскопическом обследовании инородного тела обнаружить не удалось. Обзорная рентгенография брюшной полости показала, что инородное тело переместилось в тонкий кишечник, в связи с чем эти больные госпитализированы в хирургическое отделение для стационарного наблюдения.

Инородные тела (иголки, кусок лезвия, косточки, шпильки, монеты, кости мясные, шайбы, гайки, пуговицы и др.) во всех случаях извлекались наружу. В 17-ти случаях манипуляции проводились под внутривенным наркозом, в остальных случаях – под местной анестезией.

Отмечено наиболее частое задерживание инородных тел в верхней трети пищевода – в 49 (74,2%) случаях, что связано с рефлекторным спазмом устья пищевода, способствующим фиксации инородных тел.

61 (92,4 %) больной с инородными телами пищевода обратились за помощью в первые часы, 5 (7,6 %) – на вторые сутки.

После удаления инородного тела, как правило, выполняли контрольный осмотр для исключения возможных повреждений слизистой пищевода. При наличии изменений в слизистом и подслизистом слое, больные госпитализировались в стационар для динамического наблюдения на 1-2 суток.

Травма стенки пищевода инородными телом зависит от времени его вклинения, величины, характера краев, концов, неосторожных попыток извлечения. В наших наблюдениях отмечено одно осложнение в виде подкожной эмфиземы, полностью исчезнувшей после консервативных мер у больного с 2-суточной давностью; инородным телом верхней трети пищевода была трехгранная остроконечная кость.

Таким образом, инородные тела пищевода должны удаляться в экстренном порядке квалифицированным врачом-эндоскопистом с применением волоконной оптики под местной анестезией. У детей и при крупных инородных телах у взрослых манипуляцию желательнее проводить под общим обезболиванием. При малейшем подозрении на повреждение стенок пищевода больной должен быть немедленно госпитализирован в профильное отделение.

ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Юсупов Н.А., Абдуллаев М.Х., Кобулов Ш.Ш.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Тяжелая травма таза, как правило, возникает в результате воздействия высокоэнергетических травмирующих факторов, чаще всего дорожно-транспортных происшествий и падений с большой высоты. По данным РНЦЭМП НФ, различные повреждения костей таза имеет практически каждый третий пострадавший с травматическим шоком. Тяжесть состояния пациентов с травмой таза усугубляется тем, что она, как правило, сопровождается повреждениями других областей тела, требующими неотложных реанимационных мероприятий, в том числе экстренных оперативных вмешательств. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 138 пострадавших с повреждениями различных отделов таза. У 134 из них травма таза была сочетанной и лишь у 4 – изолированной. У 97 пациентов переломы костей и разрывы связочного аппарата таза носили множественный характер с нестабильностью тазового кольца. 16 пострадавших имели повреждения органов малого таза. По общему признанию, при нестабильных повреждениях тазового кольца внеочаговая фиксация таза является составной частью комплекса противошоковых мероприятий и не имеет альтернативы. Концепция лечебно-тактического прогнозирования

при сочетанной шокогенной травме, разработанная в РНЦЭМП НФ позволила оптимизировать и в значительной степени расширить оперативную активность при этой патологии. Так, у пациентов при переломах с нарушением целостности тазового кольца и шоком II степени внеочаговый остеосинтез костей таза в первые часы после поступления в наш травмоцентр в 2010 г. выполнен у 33% пострадавших, в 2011 г. – у 62,9%, в 2012 г. – у 75%, а в 2013 г. – у 77%, при шоке II степени это вмешательство произведено в 25,0%, 33,3%, 100% и 100% соответственно. По истечении острого периода травмы и стабилизации основных показателей гомеостаза в зависимости от характера повреждений различных отделов таза производили модульную трансформацию аппарата внешней фиксации или его полный демонтаж с последующим проведением открытого вмешательства и остеосинтеза соответствующих сегментов «погружными» металлоконструкциями. Характер открытого оперативного вмешательства для восстановления поврежденных отделов таза (особенности операционного доступа, выбор внутреннего фиксатора и др.) находился в зависимости от локализации перелома и степени смещения отломков, наличия разрывов связочного аппарата и нарушения симметрии тазового кольца. Чаще всего необходимость открытого оперативного вмешательства возникала при повреждении переднего отдела таза со значительным смещением отломков типа «бабочки», переднего и заднего отделов костей таза с ротационным или вертикальным смещением, а также при их комбинации с нарушением симметрии тазового кольца, переломах вертлужной впадины с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей или краевых переломах крупных фрагментов тазобедренного сустава, изолированных (отрывных) переломах различных отделов таза со значительным смещением отломков. Установлено, что фиксация повреждений таза в раннем и остром периодах травматической болезни в значительной мере способствует раннему расширению двигательной активности пациентов и является одним из необходимых условий профилактики осложнений и реабилитации пациентов. Внедрение усовершенствованного лечебно-тактического алгоритма при тяжелых сочетанных травмах таза в течение последних 10 лет позволило уменьшить частоту осложнений острого периода травматической болезни на 19,6% (с 76,3% до 56,7%), позднего периода – на 22,6% (с 54,8% до 32,2%), а летальность – на 15,5% (с 45,9% до 30,4%).

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Юсупов С.Ю., Муминов А.Ш., Жабборов Ж.Ю.,

Орипов А.А., Фозилов Х.Т.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Наиболее сложными в общей структуре травматизма является открытый перелом конечностей. Ранение кожных покровов с разрывом клет-

чатки, мышц сочетает первичное обсеменение раны с благоприятной средой для последующего развития инфекции в области перелома. На фоне снижения иммунитета при тяжелой сочетанной травме, длительно-го постельного режима возрастает и количество общих осложнений у пострадавшего (пролежни, пневмонии, эмболические осложнения).

Цель. Изучить профилактику осложнений и оптимизация лечения открытых переломов конечностей.

Материалы и методы. Пострадавших с открытыми переломами конечностей, которым проводился комплексный подход к лечению в наших наблюдениях, было 42 человека. Все больные получили травму в результате дорожно-транспортного происшествия. Женщин было 12 человек, мужчин – 30. Возраст пострадавших женщин колебался от 27 до 57 лет, средний возраст составил 35,3 года. Мужчины в наблюдениях были от 19 года до 65 лет, средний возраст – 40,6 года. Все пострадавшие мужского пола с открытыми переломами были трудоспособного возраста. Средний возраст всех больных составил 38 года.

Результаты. Повреждения верхней конечности были у 16 (38%) пострадавших, нижней конечности – у 20 (49%) больных, множественные переломы – в 8 (3,4%) наблюдениях. Обширные раны в области переломов сопровождали 24 повреждения, вторично открытые переломы – у шестерых пациентов. В 35 (83,3%) случаях имела место тяжелая сочетанная травма. Пострадавших оперировали в первые часы с момента поступления. В 14 наблюдениях проводилось оперативное лечение открытых переломов аппаратами наружной фиксации (АНФ). Из них в 6 случаях остеосинтез АНФ выполнен в первые сутки при поступлении, у 5 пациентов – в первые 5 суток с момента госпитализации, у одного пострадавшего на 12-й день с момента поступления (обусловлено тяжестью состояния, длительным этапом реанимационного лечения). Остальным 28 больным после обработки ран проводилась гипсовая фиксация повреждений, в последующем семерым выполнен наkostный остеосинтез (в среднем на 23 сутки с момента госпитализации), одному пациенту – блокируемый остеосинтез (на 7-е сутки). ГБО-терапия складывалась из двух последовательных этапов. «Жесткий» режим при давлении 1,0-1,2 атм – с целью секвестрации нежизнеспособных тканей, очищения раны. Этот период лечения занимал 4-5 дней. После удаления некротических масс, ГБО-терапию продолжали при давлении 0,5-0,7 атм в течение 5-7 дней. При обширной раневой поверхности и подготовке раны к пластике использовались высокие режимы (до 1,5 атм). В среднем за один курс лечения проводилось 10-12 сеансов ГБО. Обязательной составляющей лечения была антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные препараты, ранняя активизация пострадавших и занятия в смежных суставах травмированной конечности.

Выводы. У всех больных, которым применялся комплексный подход к лечению открытых переломов,

инфекционные проблемы в ране либо не развивались, либо в течение 7 дней с момента начала лечения отмечалась положительная динамика раневого процесса. В указанных наблюдениях системных осложнений генерализации инфекции мы не получили. Таким образом, своевременное применение ранней хирургической обработки раны, стабилизации переломов в сочетании с курсом гипербарической оксигенации при лечении пострадавших с открытыми переломами конечностей позволяет оптимизировать этапы заживления раны, сократить длительность стационарного лечения, снизить количество местных и общих осложнений у данной группы пострадавших.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Яриев А.Р., Исантурдиев У.И., Бегманов Р.Б., Соатмуродов Ш.Н., Алманов И.П.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

В представленном материале приведены опыт лечения пациентов с осложненным течением портальной гипертензии различного генеза. Отражены методика, техника оперативного вмешательства, особенности ведения пациентов в раннем послеоперационном периоде и результаты лечения.

Материал и методы. В период с февраля 2016 по декабрь 2018 г. включительно в отделении экстренной хирургии и Сырдарьинского филиала РНЦЭМП выполнено 51 эндоскопическое лигирование вен пищевода 45 пациентам. Все пациенты первично находились на обследовании и лечении в отделении экстренной хирургии. В протокол обязательного обследования пациентов включено выполнение эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС) с оценкой степени ВРВ по нижеследующей классификации.

Размер узла	Двухразмерная классификация (Американское общество по изучению печени)	Трёхразмерная классификация (Итальянский проект по циррозу печени)
Маленький (1 степень)	< 5 мм	Незначительно приподнятые, маленькие, прямые вены
Средний (2 степень)		Увеличенные извитые вены, занимающие менее 1/3 просвета пищевода
Большой (3 степень)	> 5мм	Большие, выбухающие в просвет и занимающие более 1/3 просвета пищевода

Эндоскопическое лигирование выполнялось пациентам с ВРВ пищевода 3-й степени, согласно указанной выше классификации. Средний возраст пациентов составил 45 лет (от 25 до 65 лет), из них мужчин было 34 (67,7%), женщин – 17 (32,2%). Распределение по этиологии развития цирроза печени было представлено следующим образом: вирусные гепатиты – 45 (88,2%), цирроз смешанной этиологии – 4 (7,8%), токсический – 2 (3,9%) и неалкогольная жировая болезнь печени – 1 (1,9%). Лигирование ВРВ пищевода в подавляющем большинстве было выполнено в плановом порядке. При этом у 4 (7,8%) пациентов в анамнезе уже было кровотечение из ВРВ пищевода. В 44 (86,2%) наблюдениях лигирование выполнено после эндоскопической констатации продолжающегося кровотечения из ВРВ пищевода. Выполнение лигирования вен на высоте кровотечения считали нецелесообразным. Всем пациентам первым этапом лечения проведены временный гемостаз с использованием зонда Сенгстакена–Блэкмора, инфузионная терапия с восстановлением объема циркулирующей крови, вазопрессорная терапия, направленная на снижение давления в системе воротной вены с последующим лигированием ВРВ пищевода в качестве окончательного метода гемостаза. Операцию проводили под внутривенной (премедикацией) анестезией. Для лигирования ВРВ использованы специальные устройства – лигаторы.

В своей практике мы использовали многозарядные лигаторы фирмы производителя из США с числом предзаряженных лигатур от 6 до 10. При проведении лигирования после предварительного временного гемостаза первую лигатуру наложили на тромбированный варикозный узел, а затем лигировали остальные ВРВ пищевода.

Результаты и следования. Все оперативные вмешательства выполнены в запланированном объеме. Среднее время оперативного вмешательства составило 10 (5–15) минут. Контрольную ЭГДФС назначали с интервалом 1 раз в 3 месяца и при наличии новых стволов варикозных вен проводили повторные лигирования. Всего одному (1,9%) пациенту группы наблюдения потребовались повторные лигирования (от 1 до 3 раз за период наблюдения). У двух (6,4%) пациентов, которым было выполнено лигирование в экстренном порядке, развились послеоперационные кровотечения (от 3 до 7 дней после операционного периода). Вторым (3,9%) пациент с кровотечением умер в отделении реанимации на фоне нарастания полиорганной недостаточности. Больной имел терминальную стадию цирроза печени класса С по классификации Чайлд–Пью.

Вывод. Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода – высокоэффективный, экономичный и технически простой метод профилактики жизнеугрожающих кровотечений портального генеза.

4. РАЗЛИЧНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ВВЕДЕНИЕ МОРФИНА В СПИННОМОЗГОВОЙ КАНАЛ ДЛЯ СНЯТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОБШИРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Аббасханов Г.Х., Махмудов Х.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Оперативное вмешательство само по себе является причиной болевых ощущений ввиду повреждения мягких тканей, мышц, костей и внутренних органов. При выполнении торакотомии заднебоковым доступом болевые ощущения распространяются на семь дерматом. Двигательная активность – экскурсия грудной клетки усиливает послеоперационную боль. Терапия боли после торакотомии важна не только для обеспечения комфорта пациента, но и для предотвращения развития легочных осложнений, для обеспечения адекватной глубины дыхания, возможность кашля и движения. При нормальном и глубоком дыхании происходит натяжение кожи, что само по себе является болезненным.

Оперированные пациенты рефлекторно ограничивают глубину дыхания, предотвращая растяжение кожи в области раны. Невозможность кашля обусловлена затруднением глубокого вдоха и выдоха. Активный выдох и сдерживание кашля приводят к закрытию дыхательных путей – ателектазам.

Существует много способов обезболивания после торакальных операций.

В Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицины за 2016-2018 гг. эндолюмбальное введение морфина 1% 1 мг (за 20-25 мин. до операции) провели у 22 пациентов с диагнозом осложненные эхинококкозы с дыхательной недостаточностью. Возраст варьировал от 15 до 70 лет, из них 7 (40,0%) мужчин и 15 (60,0%) женщин. Проведение эндолюмбального введения морфина в снижении показателей заболеваемости и смертности после больших торакальных операций имеет большое значение в качестве послеоперационного ухода и лечения боли.

Для проведения обезболивания часто пользовались 1% морфин гидрохлоридом в дозе 1 мг (0,1 мл). За 20-25 мин до операции больным вводили эндолюмбально соответствующую дозу морфина после премедикации транквилизатором на уровне L1-L2 после 3-кратной обработки кожи спиртом.

Выводы. Ателектазы, пневмонии и респираторные нарушения в большинстве случаев отягощают состояние и увеличивают смертность после торакальных операций. Это может стать причиной длительного пребывания пациента в клинике и повысить стоимость лечения. Адекватное обезболивание в послеопераци-

онном периоде уменьшает риск развития респираторных нарушений. При использовании данного метода обезболивания уменьшаются болевые ощущения, что снижает частоту респираторных нарушений, развитие ателектазов, гипоксемии, не ограничивается подвижность грудной клетки (возможность активного кашля). Использование эндолюмбального введения морфина сокращает сроки пребывания больного в отделении реанимации.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Абдиева Г.А., Ташкенбаева Э.Н., Кадырова Ф.Ш., Арипов С.А., Хасанжанова Ф.О.

Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние десятилетия одной из важнейших медико-социальных и экономических проблем современного общества являются различные гормонально-метаболические нарушения и/или заболевания, поскольку практически каждое из них является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а их сочетание многократно увеличивает риск развития макрососудистых атеросклеротических заболеваний.

К таким факторам риска атеросклероза относятся нарушения в системе липопротеидов, проявляющиеся в виде гипертриглицеридемии и гипоальфахолестеринемии, нарушения в обмене углеводов, проявляющиеся в виде инсулинорезистентности, гиперинсулинемии, нарушение толерантности к глюкозе пероральной нагрузке и в виде сформировавшегося инсулиннезависимого сахарного диабета. Отклонения этих биохимических параметров чаще, чем в норме, определялись у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и абдоминальным типом ожирения, а также показана взаимосвязь между инсулинорезистентностью и компенсаторной гиперинсулинемией у лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС) при метаболическом синдроме (МС).

Различные компоненты МС не только влияют на частоту развития ИБС, но и отягощают течение друг друга. Одновременное наличие ожирения, сахарного диабета (СД) и артериальной гипертензии (АГ) ухудшает клиническую картину каждого из заболеваний. У лиц с ожирением вероятность развития АГ на 50% выше, чем у лиц с нормальной массой тела. Нет сомнений, что МС не только ухудшает течение ишемической болезни сердца (ИБС), но и увеличивает число

осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы вообще.

Цель исследования. Изучить особенности течения ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования. В работе проведен анализ 113 пациентов с диагнозом ИБС в сочетании с МС, были сформированы две группы для последующего сравнительного анализа: 1-ая группа включала в себя 60 (53%) больных с ИБС, сочетанной с метаболическим синдромом, 2-ая группа сравнения включала в себя 53 (47%) больных ИБС.

Полученные результаты. Наличие АГ в обеих группах статистически не различалось – 46 (87%) и 57 (95%), соответственно, $p=0,09$. Пациентки первой группы характеризовались более высокими максимальными цифрами АД (212 мм рт.ст. против 173 мм рт.ст., $p=0,002$), более длительным течением АГ ($9,8\pm 3,5$ года против $7,2\pm 3,7$ года, $p=0,001$), и более высокими цифрами как САД (156,7 мм рт.ст против 137,4 мм рт. ст., $p=0,005$), так и ДАД (99,8 мм рт.ст против 80,6 мм рт. ст., $p=0,005$), на фоне приема гипотензивных препаратов.

Сочетание двух и более ФР часто встречается в обеих группах, первая группа отличалась только более частым сочетанием АГ и СД и АГ, СД, ДЛП ($p=0,02$ в обоих случаях).

Отягощенный семейный анамнез отмечался у 29 (48%) больных в первой группе и у 11 (21%) – во второй группе, $p=0,005$.

При анализе результатов ЭКГ среди больных первой группы патологический зубец Q отмечался у 19 (51%) больных, а изменение конечной части желудочкового комплекса (депрессия сегмента ST, отрицательные зубцы T) – у 17 (46%) больных. С такой же частотой указанные изменения встречались и во второй группе – у 15 (60%) и 10 (40%) больных соответственно.

По результатам ЭхоКГ-исследования, в обеих группах нарушение локальной сократимости регистрировалось у 29 (78%) и 17 (68%) пациенток, соответственно ($p=0,32$), ГЛЖ – у 26 (70%) и 12 (48%; $p=0,032$), снижение ФВ (< 40%) – у 12 (32%) и 6 (24%), соответственно, ($p=0,229$).

Выводы. Содержание ЛПНП, ТГ и коэффициент атерогенности в группе женщин с ИБС в сочетании с метаболическим синдромом были выше. Обращало на себя внимание также более низкое содержание ЛПВП в группе женщин с ИБС в сочетании с МС. У пациентов с ИБС в сочетании с МС отмечалось повышение показателей ИМТ и наличие абдоминального ожирения, что способствовало неблагоприятному течению, прогрессированию и развитию сердечно-сосудистых катастроф.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Абдиева Г.А., Ташкенбаева Э.Н., Кадырова Ф.Ш., Арипов С.А., Шарипова Ю.Ш.

Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы одним из перспективных направлений в кардиологии является исследование нарушений диастолической функции левого желудочка, которую можно отнести к одному из прогностических факторов развития манифестирующей сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). В настоящее время получены убедительные доказательства того, что показатели диастолической функции левого желудочка в большей степени, чем снижение сократимости миокарда, могут быть использованы как надежные гемодинамические параметры для оценки эффективности лечебных мероприятий и качества жизни больного, страдающего ИБС. Необходимо отметить патогенетическую взаимосвязь нарушения диастолической функции миокарда с ишемией миокарда и сахарным диабетом II типа. В ряде исследований показано, что наличие сахарного диабета ухудшает диастолическую функцию миокарда и ведет к систолической дисфункции миокарда, особенно у больных с ИБС.

Цель исследования. Оценка показателей диастолической функции левого желудочка у больных ИМ на фоне сахарного диабета.

Материал и методы. Ретроспективно были изучены истории болезни 73 больных (средний возраст – $65,7\pm 5,7$ года) с диагнозом острый инфаркт миокарда. Больные были распределены на две группы в зависимости от наличия диагностированного ранее сахарного диабета: 1 группу составили 35 (54,2%) больных с ИМ, протекающего на фоне СД, 2 группу составили 38 (28,9%) больных с ИМ. Состояние внутрисердечной гемодинамики оценивали при проведении ультразвукового исследования, которое осуществлялось в М, В, импульсном и непрерывно волновом режимах.

Результаты. Артериальная гипертензия регистрировалась в обеих группах, но в группе ИМ, протекающего на фоне сахарного диабета, отмечена в 19 (54,2%) случаях, а у пациентов без сахарного диабета – в 11 (28,9%). У всех больных имелись признаки недостаточности кровообращения (НУНА): 1 ФК – у 22 (30,1%), 2 ФК – у 42 (57,6%), 3 ФК – у 9 (12,3 %) больных. При анализе показателей диастолической функции левого желудочка было отмечено, что для больных ИМ на фоне сахарного диабета характерно значительное увеличение отношения доплеровских скоростей трансмитрального кровотока – $E/A: 1,58 \pm 0,7$, а в группе пациентов без ДСТ – $0,64 \pm 0,06$. У пациентов 1-й группы также отмечено укорочение ин-

тервальных показателей ДФ ЛЖ. Показатель времени замедления раннего диастолического наполнения ЛЖ (ДТ) у больных ИМ на фоне СД был достоверно короче и составил $0,18 \pm 0,04$ сек, а у лиц без СД – $0,28 \pm 0,01$ сек. Кроме того, группы различались и по времени изоволюметрического расслабления ЛЖ, которое у больных основной группы составило $0,06 \pm 0,04$ сек, а в контрольной группе значение этого показателя равнялось $0,11 \pm 0,02$ сек. Различия, наблюдавшиеся между двумя группами по показателям внутрисердечной гемодинамики (ФВЛЖ, КДО, КСО, УО), не достигали достоверного уровня. Линейные размеры, отражающие процесс ремоделирования ЛЖ (КДР, КСР, ТМП, ТЗСЛЖ, ЛП, ИММЛЖ), также существенно не различались между группами.

Выводы. Инфаркт миокарда приводит к развитию достаточно выраженной диастолической дисфункции левого желудочка: увеличивается жесткость миокарда ЛЖ и замедляются процессы его расслабления, что способствует повышению преднагрузки и увеличению давления в левом предсердии. Таким образом, исследование показало, что указанные изменения становятся гораздо более выраженными у больных с ИМ на фоне СД. Выявлено заметное влияние СД на все скоростные и временные показатели. Выявленное повышение вклада предсердного компонента при уменьшении времени изоволюметрического расслабления и времени замедления у пациентов с СД по сравнению с контрольной группой свидетельствуют о наличии у них более тяжелой ДД ЛЖ.

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРИОД ТОКСЕМИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Абдуллаев У.Х.¹, Мухитдинова Х.Н.², Фаязов А.Д.¹

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи¹, Ташкентский институт усовершенствования врачей²

Цель работы. Оценить результаты мониторинга микробиологической картины раневой поверхности и дать рекомендации по оптимизации антибактериальной терапии в период токсемии ожоговой болезни у детей.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов бактериологического исследования 36 больных с ожоговой травмой, из них мальчиков было 20, девочек 16 в возрасте $3,5 \pm 1,6$ года. Больные распределены на три группы: в 1 группу включены дети, оперированные в первые 7 суток после ожоговой травмы (10), во 2 – оперированные на 8–20 сутки (12), 3-ю – пациенты, получившие консервативную терапию (14). Пациентам 1 группы выполнены следующие операции: некрэктомия – 4, амниопластика – 5, декомпрессорно-фасциотомия – 1. Во 2 группе больным проведены поздние некрэктомии – 11, аутодермопластика – 2,

аутодермопластика + наложение культивированных аллофибробластов – 1.

Результаты исследования. Выявлена прямая зависимость продолжительности интенсивной терапии в ОРИТ от площади ожога ($+0,76667$) и индекса Франка (ИФ) ($+0,776328$) больных 2 группы. В 1 сутки обнаружены *St.aureus* (44%), *St. Saprophyticus* (50%), *Kl.pneumoniae* (11%), на 5–6 сутки, составившие по 18%. *Esh.coli* высевался у 16% в течение 5 дней. *Ps.aeroginosae* на протяжении первых 8 дней был высеян у 10% больных. *Enterococcusaur* в 1 сутки обнаружен у 22%, в последующие 7 суток наблюдался у 11%. *E.coli* первые 5 дней наблюдался у 16%, *Str. Faecium* обнаружен на 5, 6, 8 сутки у 33% больных. Большинство патогенных микроорганизмов, обсеменявших ожоговую раневую поверхность, выявлялось уже в 1 сутки, что свидетельствовало об их внегоспитальном происхождении.

Выводы.

1. На протяжении периода токсемии изменения свойств патогенной флоры раневой поверхности происходило как в сторону появления устойчивости (в первые 7 дней), так и восстановления чувствительности к антибактериальным препаратам в более поздние сроки интенсивной терапии.

2. Ранняя хирургическая санация поврежденной, некротизированной поверхности способствовала предупреждению развития резистентных штаммов.

ЗАТЯЖНОЕ ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Абдусалиева Т.М.¹, Мухитдинова Х.Н.²,
Турсунов Д.К.³, Юлдашева С.А.²*

ГКБ№1¹, ТашиУВ², РНЦЭМП³,

Актуальность изучаемой проблемы несомненна. Значимость роста частоты неонатальной желтухи возрастает в связи с увеличением в последнее время в популяции умственной отсталости детей и патологии нервной системы, поскольку билирубиновая энцефалопатия в результате тяжелых форм неонатальной желтухи сопровождается значительными неврологическими расстройствами.

Цель исследования. Изучить, дать оценку методом нейросонографии структурным изменениям головного мозга при гипербилирубинемии. Выявить особенности при присоединении респираторной инфекции.

Материал и методы. Изучены данные НСГ у детей с неонатальной желтухой (67 больных) аппаратом SonoScape 1000. Средний уровень непрямого билирубина крови составил 355 ± 55 ммоль/л, прямой только у 2 детей составил 10–15 ммоль/л. Из них только неонатальная желтуха (без сопутствующих заболеваний) была выявлена у 37 (1 группа), в сочетании с респираторной инфекцией (пневмонией – 11, ОРИ – 7, бронхитом – 1 ребенок) – 2 группа у 19 детей, в сочетании

с (перинатальным поражением нервной системы) ППНС – 6 детей (3 группа), осложнившейся ДВС – 5 (4 группа). Все больные получали фототерапию.

Результаты. УЗИ головного мозга позволило обнаружить в 1 группе исследуемых младенцев увеличение правого бокового желудочка до $7,7 \pm 1,4$ мм (на 42%, $p < 0,05$), левого бокового желудочка до $8,5 \pm 1,7$ мм (на 143%, $p < 0,05$), межжелудочкового отверстия Монро до $3,0 \pm 0,1$ мм, полости прозрачной перегородки до $5,0 \pm 1,3$ мм. При сравнении результатов у детей 1 и 2 группы существенных отличий одноименных показателей, а также клинико-лабораторных данных между изучаемыми группами детей не выявлено. Ультразвуковые особенности структуры головного мозга младенцев при неонатальной желтухе обусловлены билирубиновой энцефалопатией, увеличением интоксикации, присоединившейся респираторной инфекцией.

В 1 группе обнаружена умеренно положительная связь уровня прямого билирубина и шириной 4 желудочка (0,4327) при колебаниях прямого билирубина в пределах физиологической нормы, сильная прямая корреляция между уровнем гемоглобина и количеством эритроцитов (0,9313), однако присоединение инфекции (2 группа) вызывало уменьшение этого показателя (0,6501). При этом во 2 группе стали достоверно значимыми корреляционная связь между лейкоцитами и АЛТ (0,8645), количеством тромбоцитов и концентрацией общего белка (0,8644), тромбоцитов и АЛТ (0,9456), тромбоцитов с мочевиной крови (0,8699). А также усилилась прямая корреляционная зависимость между тромбоцитами и размером межполушарной щели (0,7559), тромбоцитами и глубиной правого переднего рога бокового желудочка (0,8645), количеством тромбоцитов и глубиной левого переднего рога бокового желудочка (0,8456), тромбоцитами и шириной 3 желудочка (-0,8659).

Таким образом, присоединение системной воспалительной реакции на инфекцию способствовало усилению негативного влияния роста тромбоцитов на структуры головного мозга младенцев на фоне желтухи. Билирубиновая интоксикация способствовала повышению ранимости тканей головного мозга при воспалительной реакции, усилению влияния изменений параметров крови на структурные характеристики головного мозга новорожденных детей.

Выводы. Воспалительная реакция на инфекцию еще до увеличения количественных значений лабораторных параметров крови вызывало усиление и увеличение количества уже имевших место корреляционных связей, появление новых, обусловленных воспалительной реакцией на инфекцию, на фоне изменений, вызванных гипербилирубиновой энцефалопатией.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВИНПОЦЕТИН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Азимов Х.А., Сейтмуратов П.Н., Абдикаримова М. Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Введение. Ишемический инсульт – наиболее часто встречающийся клинический синдром, развивающийся вследствие критического снижения кровоснабжения участка мозга в определенном артериальном бассейне. Ишемический инсульт является важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено её высокой долей в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности. Выбор винпоцетина в качестве средства для лечения пациентов с ишемическим инсультом обусловлен его положительным влиянием на кровоснабжение и метаболизм головного мозга, а также выраженным эффектом в отношении когнитивно-мнестических функций.

Цель работы. Исследование эффективности лечения винпоцетином у больных ишемическим инсультом и оценка безопасности проводимой терапии.

Материал и методы. Исследуемую группу составили 86 пациентов (40 мужчин и 46 женщин) с ишемическим инсультом в возрасте от 55 до 75 лет, находившихся на стационарном лечении и получавших препарат винпоцетин, назначавшийся в течение первой недели в/в капельно в дозах 20 мг/сут. в разведении 250 мл физиологического раствора. Помимо этого, больные исследуемой группы получали терапию, которая была максимально унифицирована. При необходимости больным назначали гипотензивную, кардиальную и антидиабетическую терапию.

Результаты. Все больные, включенные в исследование, в течение всего периода наблюдения имели скорректированные цифры АД. Результаты проведенных гематологических и лабораторных исследований находились в пределах определенных граничных показателей.

Оценка клинической эффективности лечения винпоцетином включала:

исследование неврологического статуса с оценкой двигательных, речевых, вестибуломожжечковых, холеовестибулярных, бульбарных, экстрапирамидных, чувствительных и псевдобульбарных расстройств по 5-балльной рейтинговой шкале со стандартизованными критериями оценки выраженности каждого симптома: 0 – симптом отсутствует, 1 – легкие проявления, 2 – умеренная выраженность, 3 – выраженные проявления, 4 – грубые проявления;

субъективную оценку основных клинических симптомов при хронических НМК – головокружение, головная боль, шум в голове, нарушение сна, утомляемость, забывчивость – с использованием 5-балльной рейтинговой шкалы со стандартизованными критериями оценки выраженности каждого симптома: 0 – симптом отсутствует, 1 – легкие проявления, 2 – умеренная

выраженность, 3 – выраженные проявления, 4 – грубые проявления.

Положительное клиническое действие винпоцетина было отмечено в 80 % наблюдений. Наиболее заметный эффект выявлялся при вестибуломожжечковом и кохлеовестибулярном синдромах, несколько менее выраженный – при цефалгическом и астено-невротическом синдромах.

Наиболее часто положительное влияние препарата отмечалось у пациентов с очагами в зоне смежного кровообращения или вертебрально-базиллярной системе (86 % наблюдений). При преимущественном поражении мозга в зоне каротидной системы развитие положительного клинического эффекта отмечалось в 74 % случаев. Осложнений при применении препарата не наблюдалось.

Заключение. Подтверждено положительное клиническое действие винпоцетина при острых ишемических инсультах с преимущественным эффектом у пациентов: а) с преходящими НМК, б) с отсутствием выраженной сочетанной сосудистой патологии, в) с локализацией очага поражения мозга в зонах смежного кровоснабжения и в вертебрально-базиллярной системе.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ

*Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Хидояттов Ж.С.
Джураев Ж.А.*

ТАШИУВ, РНЦЭМП

Актуальность. Острый аппендицит у детей так же, как у взрослых, – самое распространенное хирургическое заболевание, требующее неотложного хирургического вмешательства. Операции при остром аппендиците составляют 75% всех экстренных оперативных вмешательств. Ежегодно только в РНЦЭМП выполняют в среднем до 700 аппендэктомий у детей.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе истории болезни 6 256 больных с диагнозом острый аппендицит и его осложнениями, находившихся на стационарном лечении в отделении неотложной хирургии детского возраста за период с 2005 по 2017 г. Мальчиков было 3855 (61,1%), девочек – 2 391(38,1%). По возрастным группам дети разделены следующим образом: 0-3 года – 72 (1,15%), 4-7 лет – 1 200 (19,1%), 8-14 лет 3 525 (56,3%), 15-18 лет – 1 459 (23,3%) больных. По характеру морфологических изменений у 1 185 (18,9%) детей был простой аппендицит, у 3 145 (50,2%) – флегмонозная форма, у 789 (12,6%) – гангренозный аппендицит, у остальных 1 137 (18,1%) больных – осложненные формы, такие как аппендекулярный инфильтрат – у 15 (0,2%), местный отграниченный перитонит (аппендекулярный абсцесс) – у 122 (1,9%), местный неотграниченный перитонит – у 386 (6,1%), диффузный перитонит – у 378 (6,0%) и у 236 (3,7%) имел место разлитой перитонит. По клиническому течению у 1 564 (25,0%) больных

было атипичное течение заболевания, у остальных 4 692 (75,0%) больных – типичное течение.

Результаты и обсуждение. Для постановки диагноза все больные клиникой острого аппендицита и с подозрением на острый аппендицит были госпитализированы в отделения детской хирургии и обследованы по стандарту.

Мы также решили, что необходимо отдельно рассматривать вопросы клинической картины у детей старшей возрастной группы и первых 3 лет жизни. В наших наблюдениях из 6 256 больных дети до 3-х лет составили 72 (1,15%) чел. Из числа 72 (1,15%) больных с острым аппендицитом раннего возраста (надо отметить, что в наших наблюдениях самому младшему ребенку было 3 мес.) 20 (0,31%) детей поступили уже с клиникой перитонита и, как правило, эти дети были доставлены в клинику в более поздние сроки от начала заболевания, основной причиной чего является недостаточное знание клиники острого аппендицита у детей раннего возраста врачей первого звена.

Во вторую группу вошли дети старше 3-х лет и составили 6 214 (85,6%) из общего числа.

Экстренное оперативное вмешательство непосредственно после госпитализации в хирургический стационар либо после кратковременной предоперационной подготовки показано при установлении диагноза острого аппендицита.

Обезболивание у детей, особенно раннего возраста, должно быть только общим. Важный момент, предшествующий наркозу, – психологическая подготовка больного.

Из общего числа 6 256 (100%) больных с острым аппендицитом оперированы в экстренном порядке 6241 (99,7%) ребенок. В остальных случаях дети, осложненные аппендекулярным инфильтратом, получали консервативную терапию с последующей операцией.

Из оперированных 6 241 (99,7%) ребенка, 3800 (60,5%) оперированы после первичного осмотра в течение одного часа, 1 200 (19,1%) – после кратковременной предоперационной подготовки в течение трех часов, 600 (9,5%), госпитализированных с подозрением на острый аппендицит и которым в ходе динамического наблюдения подтвержден диагноз, оперированы в течение двенадцати часов, 641 (10,2%) оперирован в течение 24 часа – у этих детей был исключен острый аппендицит дежурной бригадой, но после осмотра более опытных врачей установлен диагноз острый аппендицит и рекомендовано оперативное вмешательство.

В последние годы в нашей клинике успешно выполняется лапароскопическая аппендэктомия. Она имеет неоспоримые преимущества: меньшая частота послеоперационных осложнений и хороший косметический эффект.

Из числа 6241 оперированного ребенка у 1 988 (31,7%) произведена лапароскопическая аппендэктомия, сюда вошли дети с подозрением на острый аппендицит – в основном девочки пубертатного возраста, дети с повышенным питанием и дети с клини-

кой неосложненного аппендицита, в 78 (1,2%) случаях перешли на конверсию. Традиционная аппендэктомия разрезом Мак-Бурнея выполнена 3 639 (58,1%) детям, у остальных 644 (10,2%) детей с осложненными формами заболевания операция произведена лапаротомным доступом. В послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию.

Заключение. Таким образом, острый аппендицит – самое частое хирургическое заболевание детского возраста, требующее экстренного хирургического вмешательства.

Одним из подходов к снижению числа возможных просчетов и ошибок может быть использование эндовидеохирургических вмешательств. Лапароскопия остается основным методом диагностики и лечения при острых аппендицитах.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Юлдашев Т.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в отделении детской хирургии был исследован иммунологический статус 30 детей с хроническими запорами, вызванными той или иной патологией толстой кишки, в возрасте от одного года до 10 лет.

Состояние клеточного иммунитета оценивали по экспрессии поверхностных антигенов лимфоцитов в реакции непрямого розеткообразования с использованием моноклональных антител серии LT к дифференцировочным антигенам лейкоцитов человека: CD3 (маркер Т-лимфоцитов), CD4 (маркер хелперов/индукторов), CD8 (маркер супрессорных/цитотоксических Т-лимфоцитов), CD16 (маркер естественных киллеров), CD25 (α-цепь рецептора интерлейкина-2), CD45 RA (маркер наивных Т- и В-лимфоцитов), CD95 (FAS/APO-1 антиген, опосредующий апоптоз). Иммунорегуляторный индекс высчитывали по соотношению CD4+ и CD8+ клеток. Показатели гуморального иммунитета исследовали с использованием моноспецифических сывороток к различным классам иммуноглобулинов методом радиальной иммунодиффузии с анализом уровней в периферической крови иммуноглобулинов G, A, M.

Результаты и обсуждение. Становление иммунной системы детей, начиная с «иммунодефицита новорожденных» и до развития иммунологической компетенции, происходит на фоне микробной колонизации кишечника. Нарушение моторики кишечника ведет к изменению микробиоценоза. Так, запаздывание контаминации толстой кишки грамотрицательными неспорообразующими облигатно-анаэробными бакте-

риями играет критическую роль в регуляции кишечной микрофлоры, что отражает динамику становления иммунных механизмов у детей раннего возраста. Особенно большое значение это имеет у детей с аномалиями развития толстой кишки, приводящим к запорам и хронической интоксикации.

В связи с этим нами проведен анализ клеточного и гуморального звеньев иммунитета, системы фагоцитов в образцах венозной крови у детей с колостазом в 2 возрастных группах: 1-5 лет (1 группа) и 6-10 лет (2 группа). Контроль дан в соответствии с возрастом исследуемых групп (1-5 лет – 12 детей; 6-10 лет – 18 детей). Такое разделение провели в соответствии с различиями в становлении иммунной системы в этих возрастных группах. Из обследованных детей у 23 поставлен диагноз долихозигма, у 4 детей – мегадолихоколон, у 3 детей – долихоколон.

В результате обследования детей с колостазом в период обострения выявлены следующие иммунологические недостаточности на фоне незрелости иммунной системы:

- достоверное снижение относительных и абсолютных значений зрелых Т-лимфоцитов (CD3+клеток) в обеих обследованных группах детей (1-5 лет и 6-10 лет);

- изменение структуры субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, обусловленных снижением CD4+ хелперов/индукторов и CD8+ супрессорных/цитотоксических клеток;

- отмечена активация CD19+ рецепторов В-лимфоцитов, не сопровождаемая ростом функциональной активности гуморального звена иммунитета. Иммуноглобулины основных классов в 1 группе больных детей не отличались от контрольных данных IgM и IgG во 2 группе снижались;

- у детей с колостазом в возрасте 1-5 лет отмечен нейтрофилез в относительных и абсолютных величинах, в возрасте 6-10 лет – нейтропения только в абсолютных значениях;

- выявлено снижение наивных CD45+ лимфоцитов у детей в возрасте 6-10 лет.

Заключения. Таким образом, у детей с ХК иммунная система отличается выраженным клеточным и гуморальным дефицитом на фоне незрелости иммунной системы, характерной для этих возрастных групп. При ХК независимо от возраста детей выявлен дефицит Т-клеточного звена иммунитета на уровне иммунорегуляторных субпопуляций CD 4-Т-хелперов/индукторов и супрессорных/цитотоксических CD8 – Т-лимфоцитов ($p < 0,05$), что связано с неадекватностью тимического созревания и чувствительности к апоптозу на фоне незрелости (неразвитости) системы местного иммунитета. Ослабление хелперной и эффекторной функций Т-лимфоцитов повышало восприимчивость к инфекциям у этих детей.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ ОРИТ

Акратова Н.А.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Наиболее значимым осложнением циррозом печени (ЦП) является синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) выявляется у 50-80% больных циррозом печени и осложняется кровотечением у 30-50%.

По данным Всемирной гастроэнтерологической организации к моменту установления диагноза примерно у 30% больных с циррозом имеются ВРВП. Приблизительно через 10 лет количество этих пациентов достигает 90%.

Портальная гипертензия приводит к формированию портосистемных коллатералей. Тем не менее, за счет повышенного сопротивления и увеличения объема поступающей портальной крови эти коллатерали не способны уменьшить гипертензию. Лучше всего портальная гипертензия оценивается (косвенно) с помощью измерения печеночного венозного давления заклинивания (ПВДЗ). Разница давлений в портальном и системном кровообращении (градиент печеночного венозного давления, ГПВД) для формирования варикозного расширения вен должна составлять 10–12 мм рт. ст. Нормальный ГПВД – 3–5 мм рт. ст.

Цель исследования. Разработать алгоритм лечебно-диагностической тактики при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в условиях ОРИТ.

Материал и методы. Ретроспективно анализирован и обобщен опыт лечения 125 пациентов циррозом печени с гастроэзофагеальными кровотечениями, поступивших в ОРИТ РНЦЭМП БФ.

Результаты. Основными задачами лечебно-диагностической тактики при кровотечениях из ВРВПЖ в отделении интенсивной терапии являются:

- распознавание источника и остановка кровотечения;
- оценка степени тяжести и адекватное восполнение кровопотери;
- патогенетическое воздействие на заболевание, осложнением которого стало кровотечение.

Использование зонда обтуратора Блекмора в течение в 2 суток (балонная тампонада должна использоваться только при массивном кровотечении как временная мера), далее производят лигирование варикозно расширенных вен пищевода. Для лигирования мы использовали эндоскопические лигаторы фирмы WilsonCookShooter MBL – 6 – PK и EZY Shoot QF-OVL. Лигирование проводилось на фоне медикаментозной анестезии.

Дифференцированная интенсивная терапия у пациентов с ЦП может быть использована на основании следующего протокола:

1. Восстановление объема циркулирующей крови: препараты крови, а также использование синтетических коллоидных растворов производных ГЭК.

2. Гемостатическая терапия (транексамовая кислота, этамзилат натрия).

3. Фармакотерапия портальной гипертензии (вазопрессин, соматостатин в виде постоянной инфузии, β-блокаторы, нитраты).

4. Ингибиторы протонной помпы и H₂-блокаторы.

5. Фармакотерапия печеночной энцефалопатии: а) L-орнитин–L-аспартата (Гепта-Мерц); б) препараты на основе лактулозы; в) группа энтеросептиков в зонд; г) группа лактобактерий в зонд.

6. Заместительная терапия: альбумин 10/20%.

Выводы. Универсальным тактическим решением для пациентов с профузным кровотечением из ВРВПЖ является кратковременное использование зонда Блекмора с последующим лигированием и проведение комплексной консервативной терапии.

КЛИНИКА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Алимова Х.П., Алибекова М.Б.

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Актуальность. Синдром полиорганной недостаточности является одной из серьезнейших проблем современной медицины как у взрослых, так и у детей всех возрастных групп, несмотря на клиническую доступность критериев СПОН, который нередко приводит к развитию жизнеугрожающих состояний, являющихся причиной летальных исходов.

Цель исследования – изучить причины, особенности течения полиорганной недостаточности у детей в зависимости от основного заболевания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 50 детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет с полиорганной недостаточностью, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии РНЦЭМП.

Всем больным проводили общеклиническое обследование (гемограмма, урограмма, копрограмма), биохимические исследования крови, бактериологические исследования (мазок из зева), рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, НСГ, по показаниям ЭхоКГ, КТ-исследование.

Результаты и обсуждение. Причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания в легких – 25 (50%), комбинированные и сочетанные травмы – 13 (26%), сепсис – 12 (24%) случаев. Часто случаи развития синдрома полиорганной недостаточности были отмечены на фоне врожденных пороков сердца – 11 (22%).

У 30 (60%) детей с ПОН было отмечено вовлечение в патологический процесс двух систем, у 16 (32%)

– трех, у 4 (8%) – поражение четырех систем, что свидетельствует о высоком риске наступления летального исхода при поражении более трех систем внутренних органов.

Клиника дыхательной недостаточности проявлялась учащенным, затрудненным, поверхностным дыханием.

Острая сердечно-сосудистая недостаточность проявлялась тахикардией, достигающей до 200 ударов в минуту, аритмией, артериальной гипотонией, трудно поддающаяся коррекции.

При поражении центральной нервной системы клинически отмечалось беспокойство, возбуждение, судороги, ригидность затылочных мышц, в анализах крови повышение концентрации лактата $4,8 \pm 0,5$ ммоль/л.

При острой печеночной недостаточности отмечались уплотнение и увеличение размеров печени. Она проявлялась главным образом повышением цитолитических ферментов и билирубина в крови.

Острая почечная недостаточность была преренальной. Она проявлялась сниженным диурезом, повышением креатинина крови, изменением концентрационной способности почек. Уровень креатинина превышал норму и достигал $2,74 \pm 1,9$ мкмоль/л, мочевины $9,9 \pm 6,1$ ммоль/л.

Синдром кишечной недостаточности клинически проявлялся парезом кишечника, застоем в желудке, нарушением переваривания и всасывания.

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию, направленную на устранение проявлений полиорганной недостаточности, обеспечение адекватного газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержания адекватной церебральной перфузии. У 18 (36%) детей на фоне декомпенсированной дыхательной недостаточности и гипоксии использовалась высокочастотная вентиляция легких. Симптоматическая терапия включала в себя обезболивание, гемостатических и иммуномодулирующих препаратов.

Заключение.

1. Наиболее часто причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания в легких.

2. Наиболее часто в синдром полиорганной недостаточности у детей вовлекались дыхательная, сердечно-сосудистая и центральная нервная системы.

3. Клинические признаки, свидетельствующие о поражении дыхательной системы, являлись первыми и наиболее часто выявляемыми симптомами, у детей с ПОН, поэтому мероприятия в первую очередь должны были направлены на обеспечение адекватной вентиляции и устранение гипоксии.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Алимова Х.П., Алибекова М.Б., Нуралиева Г.С.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. В настоящее время патологические изменения нервной системы у больных при СПОН, по данным разных авторов, выявляются в 65-98% случаев. Структуры центральной нервной системы вовлекаются в патологический процесс при СПОН одними из первых, так как изменения со стороны ЦНС у больных носят прогностический характер.

Цель исследования – изучить клиническую характеристику поражения нервной системы при полиорганной недостаточности у детей в зависимости от основного заболевания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 16 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с полиорганной недостаточностью, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии РНЦЭМП. У всех больных в патологический процесс было вовлечено поражение нервной системы.

Всем больным проводили общеклиническое обследование, биохимические исследования крови, бактериологические исследования (мазок из зева), рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, НСГ, по показаниям ЭхоКГ, КТ-исследование. Все дети осмотрены невропатологом, окулистом.

Результаты и обсуждение. Причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания в легких – 9 (56%), комбинированные и сочетанные травмы – 5 (31%), сепсис – 2 (13%).

Клинически у больных отмечались менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, у детей раннего возраста – выбухание большого родничка, симптомы Лессажа и «отрицание материнских рук»), наличие общемозговой симптоматики (у 7 (44%) детей судороги и их эквиваленты, сопор, кома). Критерием тяжести церебрального нарушения были электроэнцефалографические изменения, раннее снижение вольтажа на ЭЭГ. В периферической крови у всех выявлены низкое содержание эритроцитов, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ ($21,1 \pm 1,5$ мм/ч). В биохимических анализах крови у всех больных отмечалось повышение концентрации лактата $4,8 \pm 0,5$ ммоль/л.

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию, направленную на устранение проявлений полиорганной недостаточности, обеспечение адекватного газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержания адекватной церебральной перфузии. С целью стабилизации центральной гемодинамики и поддержания адекватного церебрального перфузионного давления

осуществляли волемическую и катехоламинавую поддержку (дофамин, добутрекс, адреналин). У 6 (37,5%) детей на фоне декомпенсированной дыхательной недостаточности и гипоксии использовалась высококачественная вентиляция легких.

Таким образом, клиническая картина нарушения нервной системы при СПОН характеризуется сочетанием менингеальных и общемозговых симптомов. Прогноз зависит от своевременного проведения адекватной рациональной интенсивной терапии. Эффективная восстановительная терапия должна быть патогенетически обоснованной и проводиться уже в ранние сроки заболевания – необходимо корригировать прежде всего церебральную перфузию, гипоксемию.

Заключение.

1. Наиболее часто причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания в легких.

2. Наиболее часто в синдром полиорганной недостаточности у детей вовлекались дыхательная, сердечно-сосудистая и центральная нервная системы.

3. Клинические признаки, свидетельствующие о поражении дыхательной системы, являлись первыми и наиболее часто выявляемыми симптомами, у детей с СПОН, поэтому мероприятия в первую очередь должны были направлены на обеспечение адекватной вентиляции и устранение гипоксии.

Поражение нервной системы при СПОН. Следует сказать, что при характеристике патогенеза критических состояний ранее не учитывали значительную роль центральной нервной системы в развитии СПОН. Нарушения сознания считали всего лишь одним из клинических синдромов критических состояний. В настоящее время превалирует точка зрения о том, что депрессия и прочие неврологические нарушения возникают вследствие локальных и диффузных церебральных расстройств и системных расстройств гомеостаза, одной из составляющих болевого синдрома, особенно если болевой синдром длительный и тяжелый.

В настоящее время патологические изменения нервной системы у больных, перенесших критические состояния, в том числе СПОН, по данным разных авторов, выявляются в 65-98% случаев. Патогенез любых критических состояний, в том числе и при церебральных поражениях, представляет собой сочетание локального поражения мозга и системных регуляторных расстройств. В эту картину укладываются патогенетические изменения при инсульте, эпилептическом статусе, а также при любых других серьезных неврологических состояниях. Угнетение регуляторно-трофических функций и деятельности нервной системы очень часто приводит к расстройствам сознания, нарушению дыхания и другим неблагоприятным изменениям при инсультах. У таких больных СПОН возникает особенно быстро.

Стандартные осложнения при инсульте хорошо известны практическим врачам: пневмония, трофические поражения кожи, тромбоэмболия легочной артерии,

тромбозы вен, инфекции мочевых путей, кровотечения из желудочно-кишечного тракта. Все эти изменения могут вызывать СПОН у больных неврологического профиля. В связи с этим в первые 3-5 суток летальность при инсульте даже в высококлассных клиниках обусловлена неврологическими причинами (объемом и локализацией поражения мозга), а после 7-10 суток – прежде всего висцеральными причинами. Так, тяжелые поздние гипотрофии являются признаком гиперметаболизма и выраженного преобладания процессов катаболизма и наблюдаются у больных, перенесших серьезную гипоксию. Поэтому на второй и третьей неделе пребывания в стационаре больные с инсультом погибают обычно от причин, для борьбы с которыми у неврологов часто нет необходимых средств и практических навыков оказания помощи.

В то же время неврологические нарушения очагового и диффузного характера являются одной из важнейших составляющих СПОН у обычных соматических больных в критических состояниях. Структуры центральной нервной системы вовлекаются в патологический процесс при СПОН одними из первых. У большинства пациентов, которые страдают тяжелыми соматическими заболеваниями более 2-3 недель, неизменно появляются неврологические расстройства. Неврологов следует активнее привлекать к работе с тяжелыми больными, находящимися в отделениях реанимации, так как изменения со стороны ЦНС у больных со СПОН носят прогностический характер, а необходимость неврологической реабилитации в дальнейшем не вызывает никаких сомнений.

К наиболее частым симптомам неврологических расстройств при СПОН относятся признаки поражения черепно-мозговых нервов, нарушения состояния мышечного тонуса, патологические пирамидные стопные знаки. Могут развиваться синдромы энцефалопатии, энцефалополлинейропатии, нейроишемии, острого нарушения мозгового кровообращения, нейросегментарных вегетативных расстройств. Тяжелое и быстро прогрессирующее течение энцефалополлинейропатий и вегетативных дисфункций всегда имеет крайне неблагоприятный прогноз у таких пациентов. Выраженные изменения мышечного тонуса (гипотонии, ранняя спастика) также свидетельствуют о серьезном поражении ЦНС и влекут за собой чаще всего летальный исход. Важным критерием тяжести церебрального нарушения могут быть электроэнцефалографические изменения, которые часто выявляются у больных со СПОН, особенно раннее снижение вольтажа на ЭЭГ.

Особенности организации помощи при неврологических поражениях реанимационных больных. Крайне сложным и актуальным вопросом остается возможность снижения летальности и инвалидизации в критической неврологии. Следует сказать, что это исключительно организационная проблема. До настоящего момента не разработаны стандарты лечения нейропатологий и проведения реанимационных

мероприятий, в частности нет четких критериев назначения нейропротекторов. Камнем преткновения становится также отсутствие лечебной базы и кадрового обеспечения неврологической помощи при критических состояниях и СПОН. Стандарты, по которым работают отечественные врачи, и сроки, в которые они должны укладываться при лечении тяжелых неврологических больных или соматических пациентов с осложняющей течение основного заболевания неврологической патологией, не дают возможности проводить эффективное лечение и реабилитацию больных.

До 50-60% соматических больных, которые находились в реанимационных отделениях более 1-1,5 месяца, имеют серьезные неврологические расстройства. К сожалению, большинство таких пациентов после интенсивной терапии вынуждены продолжать лечение в обычных соматических отделениях, где они лишены квалифицированной неврологической помощи. Выписывать из стационара больных приходится именно в том периоде, когда следует начинать активные реабилитационные мероприятия, а после выписки из стационара больные редко получают адекватную помощь. Такая система организации оказания помощи при неврологических нарушениях, по-видимому, не влияет на показатели летальности, но значительным образом ухудшает качество жизни, социальный статус пациента.

Эффективная восстановительная терапия должна быть патогенетически обоснованной и проводиться уже в ранние сроки заболевания – необходимо корригировать прежде всего церебральную перфузию, гипоксемию и нарушение синаптической проводимости. На этих трех китах базируется адекватная терапия критических неврологических расстройств, которая с большой долей вероятности избавит больного от посткритической инвалидизации. К сожалению, в наших условиях полноценно обеспечить такую коррекцию в большинстве случаев невозможно.

При лечении больных со СПОН возникает необходимость поддержания церебрального перфузионного давления и снижения внутричерепного давления за счет обеспечения адекватных параметров реологии крови, оксигенации тканей и стабилизации артериального давления. Но необходимо учитывать, что при коррекции артериального давления очень важно добиться его мягкой и постепенной нормализации, поскольку резкое снижение артериального давления – главная причина провоцирования гипоксии и снижения церебральной перфузии. Кроме того, следует проводить полноценную коррекцию гомеостаза, что в итоге может составлять порядка 30 мл на килограмм веса больного суточной инфузии различных растворов. Необходимо использовать сбалансированные, тщательно подобранные растворы, ориентируясь на индивидуальные изменения основных метаболических параметров больного.

Эффективная восстановительная терапия должна включать в себя также коррекцию гипоксии и оксидантного стресса. Повреждающее действие свободных радикалов базируется не только на нарушении структуры и функций мембран, но и на аутоиммунной агрессии, которая является одним из первых шагов к развитию реакции системного воспаления. Это обуславливает максимально раннее применение антиоксидантов и антигипоксических препаратов. Другого способа воздействовать на повреждающее действие свободных радикалов – иммунокоррекции – до настоящего времени не разработано. Много препаратов сегодня используется с целью нейромедиаторной поддержки.

Одно из наиболее перспективных направлений церебропротекции – применение нейротрофических (нотропных) препаратов. Так, хорошо известный неврологам энцефалол (пиритинол) значительно улучшает микроциркуляцию в головном мозге, активирует метаболизм глюкозы в нейронах, стабилизирует клеточные мембраны и облегчает нейромедиаторную передачу в синапсах. Препарат не только улучшает течение сосудистых церебральных нарушений, но и эффективно защищает нейроны от повреждения при СПОН любой этиологии, уменьшая риск возникновения энцефалопатий, предупреждая их прогрессирование и развитие осложнений. Энцефалол активирует анаболические процессы, способствуя быстрому выздоровлению и восстановлению больного, особенно при неврологических нарушениях. Препарат с успехом применяется для коррекции нейрональных расстройств как при собственно церебральных заболеваниях (инсультах, энцефалопатиях), так и при критических состояниях соматических пациентов, осложненных неврологическими нарушениями.

В лечении неврологических нарушений критических состояний не менее важна и сопутствующая коррекция болевых синдромов, а также адекватное питание (обеспечение достаточного каллоража) больных. Неполющенный рацион питания, нередко наблюдаемый в отечественных клиниках, – прямой путь к ухудшению состояния пациента, к усугублению метаболических нарушений. Стресс-язвы, которые возникают у большого числа неврологических больных, являются в результате неадекватного пищевого рациона.

Мы перечислили основные принципы, которые должны соблюдаться как при терапии больных с инсультом, так и при лечении пациентов с любыми критическими состояниями, осложненными неврологическими нарушениями. Невролог, консультирующий больных в отделении реанимации, должен хорошо знать основы оказания помощи таким больным, поскольку ранняя коррекция нарушений, возникающих при СПОН, – это реальный путь к уменьшению не только летальности, но и инвалидизации больных.

ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ УРГЕНТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Алимова Х.П., Мухитдинова Х.Н.,
Мустакимов А.А., Турсунов Д.К.*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Актуальность. Вычисление циркадного индекса (ЦИ) выявило нормальное значение показателя у здоровых и его прогрессирующее снижение по мере ухудшения прогноза у внезапно погибших больных с сердечной недостаточностью (СН). Однако в литературе недостаточно освещены изменения ЦИ при травматическом/хирургическом стрессе у пациентов детского возраста.

Цель работы – изучение и определение ценности ЦИ как параметра оценки тяжести состояния нарушений функции сердца у тяжелых экстренных больных детского возраста.

Материал и методы исследования. Методом непрерывного мониторинга параметров гемодинамики на протяжении всего пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) изучены частота сердечных сокращений (ЧСС), систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления, частота дыхания (ЧД), показатель сатурации кислорода (SpO₂) 67 детей в условиях ОРИТ в возрасте от 7 до 14 лет, перенесших операции по поводу сочетанной черепно-мозговой травмы (СЧМТ) с повреждением внутренних органов (25), закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) (8), перитонита (12), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (6), кишечной непроходимости (16) в течение 23 суток послеоперационного периода. Вариабельность ЦИ определяли по формуле: ЦИ = средний дневной ЧСС/средний ночной ЧСС. Тяжесть состояния была обусловлена наряду с травматичностью повреждений, развившихся у 60% больных синдромом полиорганной недостаточности (СПОН). Больные рассматривались в 2 группах: первая – компенсированным (40 детей в последующем переведены в профильные отделения для дальнейшей реабилитации), вторая – декомпенсированным (27 с летальным исходом) СПОН.

Результаты. Подтверждением адекватности терапии в 1 группе пациентов служила стабильность артериального давления, ЧСС, показателя ЦВД, нормализация клинико-биохимических показателей. Во 2 группе детей уже с первых суток выявлено нарушение функции сердца, нестабильность гемодинамики, острая сердечная недостаточность. Более низкие показатели среднесуточного сердечного ритма на 14% относительно данных 1 группы наблюдались на 10 – 23 сутки ($p < 0,05$). Изменения соответствовали ухудшению состояния детей, подтверждая уменьшение симпатoadренальных влияний на функцию сердца, обусловленных истощением гипофизарно-надпо-

чечниковой системы. Следует отметить, что сравнительно меньшие значения среднесуточного показателя частоты сердечного ритма во 2 группе пациентов появились уже на вторые сутки лечения. Показатель ЦИ в 1, 6, 8, 13, 16 сутки у детей первой группы свидетельствовал о более выраженной ригидности сердечного ритма, чем во 2 на 14,9; 10; 10,9; 22; 7,3% ($p < 0,05$, соответственно). В то время как на 4, 9, 15, 17 сутки наблюдения ЦИ в 1 группе оказался выше, чем у больных 2 группы на 11,2; 7; 6,7; 12,8% ($p < 0,05$, соответственно). Выявленные изменения ЦИ свидетельствуют о преобладании участия симпатoadренальных влияний в компенсаторных механизмах в 1,6,8,13,16 дни болезни у детей 1 группы.

Обсуждение. Выявленные изменения ЦИ характеризуют нарушение вегетативной регуляции сердца, с достоверным повышением симпатoadренальных влияний в 1,6,8,13,16 дни болезни у детей с посттравматическим стрессом 1 группы. Причем степень мобилизации адаптивных ресурсов у выздоровевших детей почти вдвое превышала стрессовую мобилизацию сердечной функции больных 2 группы. Уменьшение ЦИ (свидетельствующее о ригидности сердечной функции в связи преобладанием симпатической регуляции) при тяжелом клиническом состоянии скорее соответствовало адекватности мобилизации вегетативных центров регуляции и компенсаторных механизмов гемодинамики, напрямую связанных с состоятельностью симпатoadренальной системы.

Вывод. ЦИ является информативным показателем, характеризующим степень выраженности симпатoadренальных влияний на сердечную функцию. Изменения ЦИ, свидетельствующие о преобладании парасимпатических влияний при тяжелом состоянии организма ребенка, указывают на недостаточную степень мобилизации адаптивных ресурсов, скорее всего обусловленных истощением адаптивных возможностей симпатoadренальной системы у детей. Показатель ЦИ следует рассматривать в комплексе других параметров гомеостаза, что исключит ошибочную трактовку ложноположительной динамики (увеличение ЦИ выше 1,1) в условиях тяжелого состояния пациента.

ГЕМОДИНАМИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

*Алимова Х.П., Мухитдинова Х.Н., Сабиров Д.С.,
Мустакимов А.А., Турсунов Д.К.*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования
врачей

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) – это критическое состояние, которое параллельно с изменениями в головном мозге вызывает изменения в других жизненно важных органах и системах. Наиболее значимыми и рано развивающимися у детей являются

изменения в сердечно-сосудистой и дыхательной системах.

Цель работы. Изучить изменения гемодинамики в зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы у детей.

Материал и методы исследования. Изучены изменения гемодинамики в остром периоде ТЧМТ (первые 10-24 дня) 39 детей, поступивших в РНЦЭМП с ТЧМТ в возрасте 7,1-17,9 лет, из них мальчиков было 26 (67%), девочек 13 (33%). В зависимости от тяжести состояния больных распределили на 3 группы: 1 группа 16 детей (41%) (продолжительность лечения в ОРИТ составила от 5 до 10 суток); во 2 группу включили 11 (28%) тяжелых больных с длительностью пребывания в ОРИТ 11-20 суток; 3 группа – 12 детей (31%) с длительностью интенсивной терапии в ОРИТ от 21 до 81 суток.

Изучены артериальное давление, среднее АД, ударный объем (УО), минутный объем кровообращения (МОК), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), потребность миокарда в кислороде (ПМК). Частоты сердечных сокращений (ЧСС), показателя сатурации кислорода (SpO₂), температуры тела методом непрерывного мониторинга ежечасной регистрацией вышеперечисленных параметров на протяжении всего времени лечения в условиях ОРИТ.

Результаты. При оценке видов травматического повреждения по группам выявлены: в 1 группе ТЧМТ, ЧМТ, УГМ средней степени тяжести, в сочетании с переломами костей конечности – 7, сопутствующей пневмонией – 3. Травматический шок 2 степени выявлен при поступлении у 8 пациентов (50%), кома (шкала ком GSC 7-8 баллов) 1-2 степени у 8 больных. Во 2 изолированная ТЧМТ, сочетанная ТЧМТ, УГМ средней и тяжелой степени, САК, субдуральная гематома, перелом конечности, аспирационный синдром у 2. Травматический шок 2 степени у 6 больных, кома 2 степени тяжести (шкала ком GSC 6-7 балла) у 6 детей. В 3 группе изолированная ТЧМТ выявлена у 5 больных, сочетанная с повреждением других органов – у 7, САК – у 2, перелом бедренной кости со смещением – у 2, перелом костей голени – у 2, повреждение полостных органов (печени 3, селезенки 1) – у 4, УГМ тяжелой степени – у 10, кома 2 (шкала ком GSC 5-7 балла) – у 10, травматический шок 2 степени – у 9. Факторами, отягощающими состояние при ТЧМТ, являлись: тяжесть ушиба головного мозга (кома 2), травматический шок, повреждение (разрыв внутренних органов) полостных органов (печени, селезенки), сочетание перелома костей с повреждением полостных органов – 4, переломы крупных костей, что в целом вызывало более тяжелую степень травматического шока. Из 16 детей 1 группы 3 больным (18%) протезирование внешнего дыхания в режиме IPPV (A/C) проводилось в течение 3±1,3 дней. 6 пациентам (37%) в режиме SIMV (длительностью 2,8±1,5 суток), 4 больным (25%) при переходе на спонтанное дыхание CPAP протяженностью 3±1 час. Из 11 больных 2 группы A/C (IPPV) проводилось 3 (27%) продолжительностью 3,3±1,8 суток. В режиме SIMV 8 (72%) больным в течение

7,3±2,8 суток, CPAP 7 (63%) пациентам 2,7±1,1 суток. Из 12 больных 3 группы A/C (IPPV) проводилось 5 (41%) больным в среднем продолжительностью 2,6±1,1 суток, 11 (72%) пациентам режиме SIMV длительностью 14,6±4,9 суток, ВИВЛ в режиме CPAP 9 (75%) больным длительностью 4,9±3,2 дней. Достоверно значимых отклонений гемодинамики в зависимости от тяжести ТЧМТ не выявлено.

Обсуждение. Таким образом, тяжесть больных 3 группы выражалась в необходимости более длительного полного протезирования внешнего дыхания в сравнении с 1 и 2 группами больных, объемной медикаментозной коррекции. Массивное повреждение других органов и систем требовали более продолжительной, объемной интенсивной терапии.

Вывод. Своевременное хирургическое вмешательство, эффективная своевременная коррекция нарушений, интенсивная терапия детей с тяжелой и очень тяжелой травмами оказались недостаточными в первые сутки, что выражалось в необходимости более длительного протезирования дыхания, корректирующей интенсивной терапии, что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения и разработок более эффективных методов восстановления при ТЧМТ у детей.

ОСТРЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИОРГАНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Алимова Х.П., Баходирова А.Н., Алибекова М.Б., Мустакимов А.А., Бабаджанова З.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

На сегодняшний день синдром полиорганной недостаточности (СПОН), считается тяжелой неспецифической стресс-реакцией организма, которые характеризуются недостаточностью двух и более функциональных систем, универсальным поражением всех органов, тканей организма агрессивными медиаторами критического состояния с временным преобладанием симптомов той или иной органной недостаточности.

В последние годы увеличилось число детей с полиорганной недостаточностью различной этиологии. Несмотря на достигнутые успехи в оказании неотложной помощи, вопросы развития критических состояний при полиорганной недостаточности у детей остаются одной из актуальных проблем неотложной педиатрии.

Клинико-функциональное проявление СПОН у детей имеет особенности, связанные с характером первичного заболевания, хроническим сопутствующим патологическим состоянием. Одним из наиболее часто встречающихся факторов, обуславливающих прогрессирующее ухудшение состояния детей до фатального исхода при СПОН является острая сердечная недостаточность (ОСН).

Цель исследования – изучение особенностей течения сердечно-сосудистой недостаточности у детей на фоне полиорганной недостаточности.

Материал и методы исследования. Обследованы 60 детей в возрасте от 3 мес. до 4 лет с полиорганной недостаточностью, находившихся в отделении реанимации РНЦЭМП за период 2017-2018 гг. Синдром полиорганной недостаточности у детей определялся как наличие дисфункции двух систем организма и более. Среди обследованных детей было 35 (58,5%) мальчиков и 25 (41,5%) девочек. Средний возраст обследованных детей составил 1,7.

Всем больным проводились общеклинические обследования (гемограмма, урограмма, копрограмма), биохимические исследования крови, бактериологические исследования (мазок из зева, крови), рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, НСГ, а так же, по показаниям ЭхоКГ, КТ-исследование. Среди госпитализированных детей 46 (76,7%) по тяжести состояния находились на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) аппаратами SAVINA (Германия), VELLA (США), CWH (Китай). Средняя продолжительность пребывания детей в ОРИТ составила 10, 3±2,7 суток, а продолжительность ИВЛ – 6,3±1,9 суток, летальность отмечалась у 27 (45%) детей.

Результаты исследования и их обсуждения. Наиболее частой причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания в легких – 45 (75%), комбинированная и сочетанная травма – 9 (15%), сепсис – 6 (10%).

У 36 (60%) детей с ПОН было отмечено вовлечение в патологический процесс двух систем органов, у 20 (33,3%) – более трёх, у 4 (6,7%) – поражение четырёх систем, что свидетельствует о высоком риске наступления летального исхода при поражении более трех систем внутренних органов.

Основными системами органов, вовлеченными в патологический процесс, являлись дыхательная, сердечно-сосудистая, центральная нервная системы, желудочно-кишечный тракт. Острая дыхательная недостаточность в сочетании с острой сердечной недостаточностью отмечалась у 52 (86,7%), дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании с недостаточностью центральной нервной системы – в 13 (21,7%), дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность с нарушением функции желудочно-кишечного тракта – в 7 (11,6%), дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность в сочетании поражением печени и почек в 4 (6,7%) случаях.

Объективно общее состояние у всех детей было тяжелое, дыхание частое, поверхностное, затрудненное, тахикардия до 200 ударов в минуту, аритмия, артериальная гипотония, трудно поддающаяся коррекции. При вовлечении в патологический процесс печени отмечались уплотнение и увеличение размеров печени. При поражении почек – олигурия, у 2 (3,3%) – анурия.

Наиболее ранним клиническим проявлением острой сердечной недостаточности явились не купи-

рующаяся в условиях нормализации температуры тела тахикардия, к которой присоединялись в довольно короткое время увеличение печени, нарастающая одышка, цианоз.

В анализе крови, в основном, отмечался высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево, токсическая зернистость нейтрофилов (++++), высокая СОЭ, гипохромная анемия, гипопропротеинемия, диспротеинемия, билирубинемия, повышение уровня мочевины и креатинина.

На ЭКГ выявлялись различные виды обменно-дистрофических нарушений в миокарде. У 43 (71,7%) больных детей отмечались признаки нарушения реполяризации (снижение зубцов Т и удлинение интервала Q-T), у 17 (28,3%) детей – признаки гипоксии миокарда (высокий заостренный зубец Т, при нормальном интервале Q-T).

При ультразвуковом исследовании печени отмечалось уплотнение паренхимы печени и увеличение размеров.

По результатам бактериологического исследования из зева высеяны, в основном, госпитальные штаммы, такие как *Staphylococcus aureus* (20,6%), *Klebsiella pneumoniae* (25,6%), *Pseudomonas aeruginosa* (18,8%), *Streptococcus viridians* (13,5%) и другие.

Всем больным проводили комплексную этиопатогенетическую терапию, направленную на устранение проявлений полиорганной недостаточности, обеспечение адекватного газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержания адекватной церебральной перфузии. У 16 (26,7%) детей на фоне декомпенсированной дыхательной недостаточности и гипоксии использовалась высокочастотная вентиляция легких. При признаках сердечной недостаточности назначались сердечные гликозиды (дигоксин 0,025-0,05 мг/кг/сут.), кардиотропные (допамин 5-6 мкг/кг/мин.), глюкокортикоидные препараты (преднизолон 1-3 мг/кг/сут.), по показаниям антиаритмические препараты (лидокаин 0,5-1,0 мг/кг/час.).

Вывод. Таким образом, наиболее часто причиной развития синдрома полиорганной недостаточности были воспалительные заболевания в легких, комбинированные и сочетанные травмы, сепсис.

Острая сердечная недостаточность всегда сопровождалась дыхательной недостаточностью. У всех с острой сердечной недостаточностью отмечались на ЭКГ-признаки нарушения реполяризации.

Острая сердечная недостаточность как составляющая СПОН в связи со сложным этиопатогенетическим механизмом и, как правило, являющаяся результатом срыва механизмов компенсации с переходом гемодинамики в состояние декомпенсации требует дифференцированного подхода, ранней диагностики, что существенно повышает эффективность лечения СПОН при многих заболеваниях.

Основной адекватной интенсивной терапией является эффективная патогенетически обоснованная тера-

пия основного заболевания, немедленная коррекция критических нарушений функции сердечно-сосудистой системы.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Алимова Х.П., Матякубов Х.Н., Махкамов М.К., Тухтабеков З.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Частота повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей колеблется в довольно широких пределах, составляя от 1-5 % до 20 % случаев. В отличие от изолированных повреждений головы или брюшной полости диагностика сочетанной травмы (СТ) головы и живота весьма затруднительна.

Сложности диагностики как черепно-мозговой, так и закрытой травмы живота обусловлены, во-первых, тем, что большинство больных находятся в состоянии травматического шока, зачастую в бессознательном состоянии, а иногда в терминальном. Во-вторых, одновременное повреждение органов брюшной полости и головного мозга взаимно отягощают друг друга и приводят к отсутствию четкой клинической картины. В лечебных учреждениях частота диагностических ошибок высока и колеблется от 20 до 45%. При этом количество неоправданных лапаротомий, при которых признаков продолжающегося кровотечения не выявлено, а повреждения органов брюшной полости не являются жизненно опасными, составляет 7–28,6%, а при тяжелой сочетанной травме возрастает от 50 до 80%. В 20-25% случаях выявляются повреждения органов живота, которые могут быть устранены не в экстренном порядке или вовсе не требуют хирургического вмешательства.

Цель исследования: провести анализ результатов хирургического лечения детей с абдоминальными повреждениями при СТ.

Материалы и методы нашего исследования основаны на анализе результатов лечения 24 детей с абдоминальными повреждениями при СТ за период с 2018 года по I квартал 2019 года (с момента функционирования отделения хирургии повреждений детского возраста с нейрохирургией). Среди всех пострадавших преобладали мальчики – 62,5% (15 детей), возрасте от 2-х до 18 лет.

По шкале ISS тяжесть сочетанных травм у пациентов с абдоминальными повреждениями составила 28,4 ± 12,2 балла. Комплекс проводимого обследования включал в себя клиническую, лабораторную оценку, обзорную рентгенографию грудной клетки, УЗИ брюшной полости, МСКТ, диагностическую лапароскопию. Стандартная хирургическая тактика включала выпол-

нение лапароскопии, по показаниям лапаротомии, дренирование плевральной полости, стабилизацию костных переломов при скелетной травме и нейрохирургические вмешательства при черепно-мозговой травме, которые требовали urgentное вмешательство по поводу устранения сдавления. Очередность хирургических вмешательств определяли локализацией доминирующей патологии.

Результаты и обсуждение. Причиной сочетанных повреждений в 25 % случаев (у 6 детей) была кататравма, в 75 % (у 18 детей) – дорожно-транспортное происшествие.

Наиболее часто абдоминальная травма сочеталась с черепно-мозговой по сравнению со скелетной, что наблюдалось у 16 пациентов (66,6%). Из них в 70% случаев отмечалось нарушение сознания, ниже 10 баллов по шкале комы Глазго. У 7 пациентов (29,2 %) определялось сочетание абдоминальной и торакальной травмы. Среди повреждений органов и структур груди были отмечены переломы ребер у 3 пациентов, перелом лопатки у 1 пациента, перелом ключицы – у 3 пациентов, наличие гемо- и пневмоторакса отмечено у 4 пациентов, у 1 пациента наблюдалась легочное кровотечение, которое потребовало проведения диагностической торакокопии. На УЗИ наличие крови в латеральных каналах, подпеченочном пространстве, а также в полости малого таза выявлено у 24 детей. При диагностической лапароскопии было установлено: в 9 случаях повреждение селезенки, в 7 случаях повреждение печени, в 2 случаях повреждения поджелудочной железы, в 1 случае разрыв полого органа и в 6 случаях повреждения почек. При повреждениях печени, т.е у 3 больных, выполнялось электрокоагуляция, у 4 больных кровотечение селезенки также остановлено путем электрокоагуляции, у 2 больных осуществлена санация и дренирование сальниковой сумки по поводу травматического панкреатита.

В 15 (62,5%) наблюдениях выявленные при лапароскопии повреждения органов брюшной полости потребовали перехода к широкой верхне-средне-срединной лапаротомии, показаниями к которой были разрыв полого органа брюшной полости у 1 пациента, у 9 пациентов при глубоких повреждениях печени и селезенки и у 2 по поводу разрыва почек.

Выводы. Таким образом, одним из важнейших направлений улучшения медицинской помощи больным с СТ является диагностическая лапароскопия, которая является малоинвазивным методом и не усугубляет тяжесть травматической болезни и в свое время заметно снижает частоту напрасных лапаротомий и диагностических ошибок.

**КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ
НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ И ЛАЗЕРНОЙ
ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОРХОЭПИДИДИМИТОМ**

*Аллазов С.А., Кодиров С.К., Аллазов И.С.,
Умиров Т.Ш.*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский
институт**

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

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

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

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

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

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

Сравнительный анализ показал, что у больных основной группы регресс заболевания наступает на 2-5-е сутки, выздоровление – на 7-12-й день, у больных контрольной группы – соответственно на 5-8-е и 14-21-е

сутки. Кроме того, нагноения инфекционно-воспалительного процесса яичка и придатка в контрольной группе наблюдались в 4 раза чаще, чем в основной.

**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ
ОТРАВЛЕНИЯМИ ЭТАНОЛОМ**

Алламбергенов С.Т., Бегалиев С.М.
Каракалпакский филиал РНЦЭМП

В настоящее время отсутствие устоявшихся взглядов на основные патогенетические звенья алкогольной комы мешает успешному поиску высокоэффективных средств лечения острых отравлений этанолом. Большинство изученных средств обладает умеренным отрезвляющим потенциалом, а эффективность проявляется преимущественно при профилактическом их применении.

Цель работы – изучить возможность применения препаратов, содержащих сукцинат, – цитофлавина в качестве средства лечения алкогольной комы.

Исследования выполнены с привлечением 30 больных с острым отравлением этанолом крайне тяжелой степени тяжести: кома 1 и кома 2. Из них 15 человек составили контрольную группу. Пациенты этой группы получали традиционную терапию острых отравлений этанолом согласно клиническим рекомендациям (инфузионная терапия и витамины). В основную группу были включены 15 больных, которым при поступлении в стационар для лечения алкогольной комы внутривенно капельно вводили препарат «Цитофлавин» 1 раз в сутки в объеме 10 мл на 400 мл 5–10% глюкозы.

Средний возраст пациентов в обеих группах составил 46 лет.

Тяжесть комы определяли по шкале Pittsburg Brain Stem Score (PBSS) (Kelsey S.F. et al., 1991). Оценка тяжести и динамика состояния больных проводилась по шкале APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation).

При поступлении больным проводилось химико-токсикологическое исследование крови, которое заключалось в определении концентрации этанола, общий и биохимический анализ крови, КОС и уровня лактата.

Уровень этанола в крови больных основной и контрольной групп на протяжении 3-часового периода наблюдения колебался от 2,9±0,28‰ до 3,9±0,3‰ и не зависел от тяжести острого алкогольного отравления и проводимой терапии. Продолжительность комы у пациентов основной группы, получавших препарат «Цитофлавин», составила в среднем 1,5–2,0 ч, в то время как больные контрольной группы приходили в сознание лишь через 4,0–4,5 ч после проведенной традиционной терапии.

Обращает на себя внимание тот факт, что даже после восстановления сознания у большинства пациентов контрольной группы длительное время сохраня-

лась симптоматика тяжелого постинтоксикационного алкогольного состояния в виде: психомоторного возбуждения (у 9 больных, 60%), выраженной дисфории (у 10 больных, 66,6%), кардиалгии (у 8 больных, 53,3%), нарушения сердечного ритма (у 6 больных, 40%), головной боли (у 10 больных, 66,6%), тремора конечностей (у 11 больных, 73,3%), нарушения координации движения (у 13 больных, 86,6%). Несколько иная картина была выявлена у пациентов основной группы. Так, применение препарата «Цитофлавин» способствовало не только более раннему купированию алкогольной комы, но и практически более легкому течению постинтоксикационного алкогольного синдрома. У больных основной группы указанные симптомы наблюдались значительно реже. Особо следует подчеркнуть, что высокая отрезвляющая эффективность «Цитофлавина» способствовала значительному сокращению (более чем в 4 раза по сравнению с контролем) сроков пребывания пациентов основной группы в стационаре ($4,1 \pm 0,4$ и $15,6 \pm 6,5$ ч. соответственно).

Выводы. Таким образом, на основании анализа результатов проведенного исследования можно заключить, что использование препаратов, содержащих сукцинат («Цитофлавин»), способствовало не только более раннему купированию алкогольной комы, но и более легкому течению постинтоксикационного алкогольного синдрома и значительному сокращению сроков пребывания пациентов основной группы в стационаре.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

Алтиев Б.К., Джаббаров Ж.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повышение внутрибрюшного давления может оказывать отрицательное влияние на функцию жизненно важных органов и систем, в том числе и дыхательной системы.

Подобное состояние определено как синдром абдоминальной компрессии и без специального лечения может привести к полной потере функциональной активности органов и систем больного.

Цель – изучение влияния повышения внутрибрюшного давления на функцию внешнего дыхания.

В исследование были включены 62 пациента (мужчин 33, женщин 29) с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами, которым проведены измерения внутрибрюшного давления. Больные были разделены на две группы, сопоставимые по возрасту и полу ($p > 0,05$). Внутрибрюшное давление изучено способом оценки давления в мочевом пузыре через катетер Фолея, подключенный к гидромонетру.

Больным основной группы (30) применены способы снижения интраабдоминального давления путем назогастроинтестинальной зондовой декомпрессии в

сочетании с использованием патогенетических способов лечения синдрома энтеральной недостаточности, а в послеоперационном периоде проведена респираторная поддержка путем продленной искусственной вентиляции легких с увеличением положительного давления в конце выдоха. Пациентам контрольной группы (32) проведено традиционное лечение с желудочной декомпрессией. При поступлении показатели внешнего дыхания у обеих групп были идентичными ($p > 0,05$).

После применения методов декомпрессии внутрибрюшного давления показатели внешнего дыхания значительно улучшались: частота дыхания на $29,4\%$ ($18,3 \pm 0,98$ в основной группе и $23,4 \pm 1,45$ в контрольной), DO на $18,5\%$ ($0,424 \pm 0,08$ и $0,397 \pm 0,12$), $ОФВ1$ на $20,5\%$ ($86,4 \pm 2,35$ и $62,4 \pm 2,13$) и $ЖЕЛ$ на $43,4\%$ ($2,66 \pm 0,23$ и $1,67 \pm 0,15$) по сравнению с контрольной группой.

Послеоперационные осложнения со стороны органов грудной клетки в основной группе наблюдались у 7 (23,3%) пациентов (пневмония – у 3, плеврит – у 3, ателектаз – у 1) и в контрольной группе у 12 (37,5%) (пневмония – у 4, плеврит – у 6, ателектаз – у 2).

Таким образом, своевременная диагностика, адекватное мониторирование интраабдоминальной гипертензии и применение методов коррекции её позволяет улучшить показатели функции внешнего дыхания и уменьшает послеоперационные осложнения со стороны органов грудной клетки.

НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*Атажанова Н.М., Атаджанова Н.Ш.,
Кодиров Ш.А., Давлетова Ш.С.*

Отделение экстренной терапии Хорезмского филиала РНЦЭМП

Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная) инфекция – это общее состояние организма, которое является следствием ответной реакции на наличие в организме инфекционного агента или его токсина, которой не было до проведения медицинских процедур и поступления пациента в стационар. Инфекцию следует считать нозокомиальной, если между ее проявлением и процедурой, вызвавшей ее, прошло не менее 48 часов.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ случаев нозокомиальной пневмонии (НП) развившейся у пациентов после хирургических операций.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы истории болезни 166 больных, пролеченных в отделении хирургии за период 2006-2016 гг., у которых послеоперационное течение осложнилось нозокомиальной пневмонией. Из 166 больных 112 (67,5%) мужчин и 54 (32,4%) женщины. Возрастной контингент изученных пациентов выглядел следующим образом: <19 лет – 14-8,4%, 20–44 лет – 89-53,3%, 45–64 лет – 40-24%, от 65 и старше – 24-14,4% больных.

69 пациентам была произведена ИВЛ во время оперативного вмешательства. Имеются многочисленные доказательства 6-21-кратного возрастания риска развития НП у пациентов, находившихся на ИВЛ. Это связано с тем, что нахождение эндотрахеальной трубки в дыхательных путях нарушает многие защитные механизмы. Затрудняет или полностью исключает выделение бронхиального секрета посредством мукоцилиарного клиренса и кашля, нарушает целостность эпителиальной выстилки трахеи. Эндотрахеальная трубка представляет собой своеобразную ловушку для секрета, локализуя его выше раздуваемой манжеты, т. е. проксимальнее трахеи, что в свою очередь может привести к колонизации бактерий в ротоглотке, способствуя проникновению контаминированного секрета между раздутой манжетой и стенкой трахеи в легкие.

Диагноз нозокомиальной пневмонии был подтвержден рентгенологически и аускультативно. По срокам выявления НП больные подразделялись следующим образом:

– в течение первых 5 дней после операции – 90 (54%) пациентов

– после 6-ти дней с момента операции и позже – 76 (45,9%) пациентов. У этих больных были сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь у 2 (4,8%), ИБС. ПИКС – у 6 (1,5%), сахарный диабет – у 2 (0,6%), бронхиальная астма – у 1 (0,3%), ожирение – у 15 (8,9%), последствие перенесенного мозгового инсульта – у 1 (0,2%).

Заболевание начиналось остро с повышением температуры до 38, 6° – 39° и выше.

В 6 случаях (3,3%) выраженные симптомы интоксикации (головная боль, вялость) наступили после кратковременного улучшения общего состояния. В 8 (4,6%) случаях отмечались такие симптомы, как безучастность к окружающему, у 45 больных (26,9%) отмечали тошноту и рвоту.

Вследствие дыхательной недостаточности во всех случаях у пациентов имела место одышка. В отдельные периоды у больных частота дыхания достигала 30-40 в минуту. Цианоз слизистых оболочек и акроцианоз наблюдались в 41,3% случаев. В разгар заболевания отмечался приступообразный кашель у 142 (85,4%) пациентов, начало отхождения мокроты совпадало с улучшением состояния больных.

Боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, испытывали 138 больных (82,9%), затрудненное дыхание отмечали 146 (87,8%) пациентов. Укорочение перкуторного звука отмечено у 142 (85%) больных, у которых на фоне жесткого дыхания выслушивались мелкопузырчатые хрипы, на высоте вдоха выслушивалась крепитация. Бронхиальное дыхание выслушивалось у 68 (40,9%) больных. Чаще всего пневмония была двухсторонней – у 101 больного (60,7%). У 33 больных (20%) была левосторонняя нижнедолевая пневмония, у 22 больных (13%) – правосторонняя пневмония.

Всем пациентам была выполнена рентгенография органов грудной клетки в задне-передней и боковых

проекциях, которая давала возможность установить не только сам факт наличия очаговой инфильтрации легочной ткани (с определением её локализации), но и оценить степень тяжести НП (мультилобарная инфильтрация, быстрое прогрессирование пневмонической инфильтрации).

Учитывая вышеизложенное, можно сделать следующие **выводы**:

1. Принимая во внимания факторы риска и патогенез НП, очевидно что ее профилактика должна включать в себя комплекс взаимосвязанных мероприятий, организационного технического и медицинского характера, мероприятий, усиливающих антиинфекционную защиту самого пациента и снижающих вероятность контаминации и инфицирования.

2. Строгое выполнение мероприятий по инфекционному контролю, обучение персонала и соблюдение правил дезинфекции, использование спиртосодержащих антисептиков для уменьшения риска перекрестного инфицирования.

3. Исключить случаи необоснованной интубации. Уменьшить длительность интубации и механической вентиляции.

**СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИДА
БУЙРАКЛАР ЗАРАРЛАНИШИННИГ КЛИНИК-
ЛАБОРАТОР ХУСУСИЯТЛАРИ**

Аҳмедов И.А., Султонов И.И.

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти

Ишнинг мақсади: сурункали юрак етишмовчилиги ривожланган беморларда буйрақлар функцияси зарарланишига хос клиник-лаборатор белгиларни ўрганиш.

Текширув материали ва усуллари. Сурункали юрак етишмовчилиги аниқланган 45 бемор текширувдан ўтказилди. Асосий касаллик сифатида 15 беморда ревматизм ва юрак нуқсонлари, 10 беморда – юрак ишемик касаллиги, 15 беморда – гипертония касаллиги аниқланиб, эркақлар 27 (67,5%) кишидан иборат бўлдилар.

Текшириш натижалари ва таҳлили. Кузатувимизда 31 беморда (77,5%) танадаги турли даражадаги шиш белгилари аниқланди: 17,5% беморда катта (анасарка даражасида), 35,0% беморда – ўртача ифодаланган (оёқларда кўзга кўринувчан шиш) ва 25,0% беморда – қисман ифодаланган (оёқларда пальпацияда аниқланувчи) шишлар кузатилди. Шишлар энг кўп гипертония касаллигида (86,7%), кейин эса ревматизм ва юрак нуқсонларида (73,1%) ва камроқ частотада, юрак ишемик касаллигида (70,0%) аниқланди. Сийдик чўкмасида протеинурия 60% беморда аниқланди, 57,5% беморда сийдикда ўзгарган эритроцитлар, 15,0% беморда – цилиндрлар, 17,5% – шиллик, 45,0% – бактериялар, 65,0% – оксалат ва 22,5% – фосфат кислотаси тузлари топилди. Зимницкий синамасида суткалик сийдик миқдори 750-1000 мл атрофида бўлди ва олигоурия сифатида ҳисобга олинди. 40,0% беморда тунги порциялардаги сийдикнинг умумий миқдорини кўплиги – никтурия, 37,5% беморда гипостенурия аниқланди.

Қонда азот қолдиқлари миқдорини аниқлаш протеинурия кузатилган 24 беморға тавсия этилиб, уларнинг 16 нафарыда ушбу азот қолдиқларининг меъеридан баяланд бўлиши аниқланди: креатинин миқдори ўртача 116 мкмоль/л, мочевино миқдори – 10,2 ммоль/л атрофида булди. Касалликлар бўйича таҳлил этилганда буйраклар қосача жомча аппаратидаги ўзгаришлар (I тип) – кўпроқ ревматизм ва юрак пороклари натижасида ривожланган юрак етишмовчилигида, буйраклар «бужмайиши олди ҳолати» ҳисобланган ўзгаришлар (II тип) – юрак ишемик касаллиги натижасида ривожланган юрак етишмовчилигида кўпроқ учради.

Хулоса. Демак, СЮЕ фониди буйраклар фаолиятида жиддий ўзгаришлар кузатилади. Ўз вақтида аниқланмаган буйраклар фаолиятининг пасайиши рефрактер юрак етишмовчилиги ривожланишига олиб келади. Ушбу ҳолат сурункали юрак етишмовчилигида беморларни стандарт текширувларига буйракларни функционал текширув усулларида Зимницкий синамасини, буйракларни биохимик маркерлари – қондаги креатинин, мочевино, қолдиқ азот, сийдик кислотаси, ҳамда буйракларни ультратовушли текшириш усуллари киритиш лозимлигини кўрсатади.

ОСОБЕННОСТИ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С НИЗКИМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Барноева С.Б., Султанов С.С.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Пациенты с низким систолическим артериальным давлением (НСАД) предъявляют жалобы на плохое самочувствие (слабость, боли в сердце, головокружение и т.д.) в 2 раза чаще, чем при нормальном систолическом артериальном давлении (САД). Однако церебральное кровообращение при НСАД у молодых женщин остается практически не изученным.

Целью исследования было изучение состояния экстракраниального кровотока у молодых женщин с НСАД.

Материал и методы. Обследованы 69 женщин с НСАД (САД – 99 мм рт.ст. и менее) в возрасте 18-35 лет. Контрольная группа состояла из 35 человек с САД 120-129 мм рт.ст. САД измеряли после 5-минутного отдыха, двукратно, на правом плече в положении сидя, предплечье на столе, с интервалом в 3 минуты. Использовали тонометр A&D UA-777 (AGD Company Ltd., Япония, 2017). Ультразвуковое исследование правой общей сонной артерии проводили с помощью доплерографии на ультразвуковом сканере Logic 7 (General Electric, США, 2014 г.).

Результаты. У женщин с НСАД средняя скорость кровотока общей сонной артерии была больше (медиана 34,3 см/с; 25% – 29,7; 75% – 34,3), чем в группе контроля (30,3 см/с; 26,6-32,7) при $p=0,02$. Индекс сопротивления общей сонной артерии в основной группе также выше (0,79 ед; 0,76-0,79) группы сравнения – 0,75 ед (0,75-0,78), $p=0,001$. У молодых женщин с

НСАД зарегистрирован более высокий систоло-диастолический индекс – 4,5 (4,2-4,5) по сравнению с контрольной группой – медиана 4,3 (4,0-4,5) при $p=0,04$. Исследование пиковой систолической и конечной диастолической скорости кровотока, тонуса общей сонной артерии не выявило различий между группами молодых женщин.

Заключение. Кровоток общей сонной артерии у молодых женщин с низким систолическим артериальным давлением (99 мм рт. ст. и менее) характеризуется повышением средней скорости кровотока, более высокими индексом сопротивления и систоло-диастолическим индексом по сравнению с молодыми женщинами с нормальным систолическим артериальным давлением (120-129 мм рт.ст.).

ЗНАЧИМОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ СИСТЕМ ОРГАНОВ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Мирзаева А.Д., Мустакимов А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Синдром полиорганной недостаточности является одной из серьезнейших проблем современной медицины критических состояний у детей во всех возрастных групп. Это тяжелое общее патологическое состояние, которое характеризуется нарушением или отсутствием функционирования двух и более систем организма ребенка.

Проблема диагностики и терапии полиорганной недостаточности в педиатрической практике в настоящее время остается нерешенной и требует дальнейшего исследования.

Цель исследования – выявить наиболее значимые поражение систем органов при полиорганной недостаточности у детей.

Нами обследовано 64 ребенка в возрасте от 3-х месяцев до 6 лет с полиорганной недостаточностью, находившихся в отделении соматической реанимации и интенсивной терапии РНЦЭМП за период 2017-2018 гг. Среди обследованных детей было 37 (58%) мальчиков и 27 (42%) девочек. Из них у 42 (66%) больных основным диагнозом была полисегментарная форма пневмонии, у 12 (19%) – острая респираторная инфекция, осложненная вторичным менингоэнцефалитом, у 10 (15%) – нефрит, осложненный острой почечной недостаточностью в сочетании печеночной недостаточностью. По возрастам 48 (75%) больных составляли дети до 1 года. Наиболее частой причиной развития полиорганной недостаточности были тяжелая пневмония (в сочетании с сердечнососудистой недостаточностью и печеночной недостаточностью), респираторный дистресс-синдром, вторичный менингоэнцефалит.

Средняя продолжительность пребывания в ОАРИТ детей с синдромом полиорганной недостаточности

составила 7,5± 0,3 суток, а продолжительность искусственной вентиляции легких – 4,2± 0,3 суток.

Всем больным, которые находились в отделении реанимации и интенсивной терапии, проводили комплексную этиопатогенетическую терапию, направленную на устранение проявлений полиорганной недостаточности, обеспечение адекватного газообмена, стабилизацию центральной и периферической гемодинамики и поддержание адекватной церебральной перфузии. С целью стабилизации центральной гемодинамики и поддержания адекватного церебрального перфузионного давления осуществляли волевую и катехоламиновую поддержку (дофамин, добутрекс, адреналин).

Респираторную терапию проводили с использованием всех современных методов, применяемых в педиатрии. У 17 (26%) детей на фоне декомпенсированной дыхательной недостаточности и гипоксемии использовалась вентиляция легких (ИВЛ). Наиболее частой причиной полиорганной недостаточности с неблагоприятным исходом явилось прогрессирование раннего сепсиса, который имел место у 12 (19%) больных и респираторный дистресс-синдром, который был верифицирован у 3 (5%) детей. У всех детей с ПОН и неблагоприятным исходом было отмечено вовлечение в патологический процесс более 3-х систем, а у 5 больных вовлечение 4-х и более систем, что свидетельствует о высоком риске наступления летального исхода при поражении более трех систем внутренних органов.

Выявлено, что недостаточность респираторной системы на протяжении всего периода исследования отмечалась у 100% больных, сердечно-сосудистой – у 52 (82%), центральной нервной системы – у 25 (40%), системы крови – у 13 (2%) детей. Недостаточность мочевыделительной системы была диагностирована у 14 (22%), гепатобилиарной – у 5 (8%) и функции желудочно-кишечного тракта – у 3 (5%) детей, причем гепатобилиарная недостаточность была отмечена на 5-6 сутки с симптомами СПОН.

Таким образом, основными системами органов, вовлеченными в патологический процесс, являются респираторная, центральная нервная, кардиоваскулярная и мочевыделительная системы. Минимальная частота поражения была характерна для гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗОНДОВОГО ПИТАНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПИЩЕВОДА

Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Жалилов Э.Т., Рузматов А.Э., Абдуллаев Ж.С., Исхаков Н.Б.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение: в настоящее время энтеральное зондовое питание (ЭЗП) считается одним из ведущих и наиболее физиологичных способов коррекции нарушений метаболизма и недостаточности питания, закономер-

но наблюдаемых у пациентов, требующих интенсивной терапии (ИТ).

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с повреждениями пищевода.

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП были прооперированы 18 больных с повреждениями пищевода. Мужчин было 14 (77,7%), женщин – 4 (32,3%) в возрасте от 9 до 52 лет. С перфорацией пищевода инородным телом поступило 10 больных, с ятрогенными повреждениями – 7 (из них при диагностической эндоскопии 5, остальные при удалении инородного тела, при бужировании пищевода) и 1 больной с проникающей колото-резаной раной шеи. В первые 6 часов поступило 9 больных, в 7–24 часа – 7 и более суток – 2. Всем больным при поступлении кроме общеклинических обследований также были произведены рентгенологические исследования с водорастворимым контрастом. Клиническая симптоматика повреждений пищевода была полиморфной и зависела от срока возникновения гнойного воспаления в околопищеводной клетчатке шеи и средостения. Бурному развитию гнойного медиастинита способствовало повреждение клетчатки средостения и медиастинальной плевры. Подкожная эмфизема шеи и эмфизема средостения имели место у всех, а в двух случаях травма осложнялась с пневмотораксом. Гнойные осложнения развились у 9 больных, при этом у 4 процесс локализовался в клетчаточных пространствах шеи, а у 5 распространялся на средостение.

При повреждении шейного отдела пищевода у 4 больных была выполнена левосторонняя коллиотомия, ушивание дефекта пищевода с дренированием околопищеводной клетчатки.

У 8 больных с повреждением верхнегрудного отдела пищевода была выполнена шейная медиастинотомия слева с ушиванием дефекта пищевода и активным дренированием средостения по Каншину.

Чрезплевральный доступ применен у 2 больных с повреждением среднегрудного отдела пищевода, медиастинальной плевры с развитием гнойного медиастинита и эмпиемы плевры. Торакотомия выполнена в VI межреберье, справа тщательная санация плевральной полости с широким вскрытием медиастинальной плевры. Дефект среднегрудного отдела пищевода ушит двухрядными швами с укреплением линии швов медиастинальной плеврой. Дренирование средостения выполнено двумя силиконовыми дренажными трубками, плевральную полость дренировали отдельно. Чрезбрюшинный доступ по Савиных применен у 4 больных с разрывами нижнегрудного отдела пищевода. Чтобы предотвратить поступление содержимого желудка и пищевода в средостение, у всех пациентов мы старались ушить дефект пищевода с укреплением линии швов лоскутом из диафрагмы, прядью сальника на ножке и активным дренированием зон повреждений.

При построении программы комплексной интенсивной терапии учитывали объем инфузионно-транс-

фузионных введений (4-5 литр в сутки) с учетом дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК). Вводили низкомолекулярные плазмозаменители, коллоидные растворы, белковые препараты. Антибактериальную терапию проводили с учетом чувствительности микрофлоры. Назначали препараты, улучшающие микроциркуляцию и работу иммунной системы, ингибиторы кининовой системы. Местное лечение медиастинита проводили по принципу лечения гнойных ран (непрерывный лаваж антисептическими растворами с добавлением протеолитических ферментов).

Всем больным установлен силиконовый зонд в пищевод с постоянной аспирацией. Энтеральное зондовое питание (ЭЗП) проводилось у всех пациентов и продолжалось 12-13 дней, а через гастростому – у 8, через энтеростому – у 1. Для ЭЗП использовали различные сбалансированные питательные смеси.

Проведение ЭЗП равномерно в течение всех суток со скоростью введения питательной смеси не более 150 мл/час, под контролем достаточности количества белка и калоража (не менее 3500 килокалорий). Программа нутритивной поддержки должна строиться с учетом характера патологического процесса в средостения, исходного состояния пациента. Дренажи из средостения удаляли на 12-15 сутки после операции.

У 1 пациента сформировался пищеводно-кожный свищ, который впоследствии закрылся самостоятельно. Умерло двое больных от продолжающегося гнойного медиастинита и сепсиса.

Таким образом, раннее энтеральное зондовое питание способствует скорейшей ликвидации гиповолемии, нормализации ОЦК, обеспечивая адекватное энергоснабжение организма и уменьшая интоксикацию у больных с гнойно-септическим осложнением повреждений пищевода.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Ганиев Ш.С.

Бухарский Филиал РНЦЭМП

Актуальность. У пациентов с развившейся внебольничной пневмонией, как правило, поражаются одновременно оба лёгких, несмотря на первоначальные результаты инструментального обследования, указывающих на поражение одного из них. Выключение большей части лёгких из процесса дыхания быстро приводит к развитию тяжелой дыхательной недостаточности, как правило, к концу первых – в течение вторых суток заболевания.

Цель работы: оптимизация параметров принудительной вентиляционной поддержки (ПВП) у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией.

Материал и методы. Произведен анализ параметров респираторной поддержки и газов крови у 12 пациентов (7 женщин, 5 мужчин, средний возраст

41,0±2,3 года) с двусторонней внебольничной пневмонией. Показанием к принудительному респираторному протезированию служили клинические признаки (тахипноэ, цианоз, истощение дыхательной мускулатуры) и результаты инструментального обследования (снижение сатурации крови (SpO₂) ниже 90%, PaO₂ ниже 80 мм рт.ст., увеличение PaCO₂ свыше 45 мм рт.ст.). Замещение попыток неэффективного спонтанного дыхания пациентов проводилось посредством режимов (S)CMV (n=7) и PSIMV (n=5) с исходными параметрами нормовентиляции.

Результаты. Создание достаточно высокого инспираторного потока кислородо-воздушной смеси в 70-75 л/мин (при проведении принудительной вентиляции) посредством установки давления поддержки (Psupp) до значений в 19-22 см вод.ст., положительного давления в конце выдоха (ПДКВ) до 7-9 см вод.ст., частоты дыхания (ЧД) 12-14/мин, соотношения вдох:выдох (I:E) 1:2,0 (2,2) способствовало созданию достаточно комфортных условий для всех пациентов в течение продолжительного периода ПВП (более 48 часов), не требующих медикаментозной синхронизации с респиратором. В случаях, когда выше соблюдаемые условия вентиляции, тем не менее, вновь сопровождались дыхательным дискомфортом (n=5), увеличением Psupp до 25-27 см вод.ст. и, следовательно, скоростью инспираторного потока до 80-83 л/мин, увеличением продолжительности вдоха до 1:1,3 (1,4), удавалось оптимизировать/восстановить оптимальный для пациента режим вентиляции и достичь оптимальных условий комфорта в рамках вентиляционной поддержки.

Заключение. Ключевыми параметрами для синхронизации пациентов с внебольничной пневмонией с принудительной респираторной поддержкой могут служить скорость инспираторного потока (регулируемая посредством давления поддержки при вентиляции с контролем по объёму), оптимизация соотношения вдох/выдох и установка оптимальной величины ПДКВ.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Гафурова Ш.Х., Дадахужаев А.А.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Введение. Возрастающая распространенность, высокая смертность, глубокая инвалидизация больных с весьма ограниченными перспективами восстановления нарушенных функций вследствие мозгового инсульта определяют не только медицинский, но и социальный характер его последствий, а также необходимость разработки эффективной комплексной реабилитации больных. Одновременно встает вопрос о разработке эффективных мер профилактики повторных мозговых инсультов, которые, как известно, приводят к более глубокой инвалидизации и высоким показателям смертности пациентов.

В настоящем сообщении освещены вопросы изучения факторов риска развития повторных НМК.

Материал и методы исследования. Было обследовано 35 больных (20 мужчин и 15 женщин), перенесших ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии в резидуальном периоде. Средний возраст больных составил $58,5 \pm 2,1$ года. Контрольную группу составили 10 больных с ЦВП, получавших общепринятую терапию.

Основные этиологические факторы развития инсульта у наших пациентов: у 19 больных – атеросклероз, у 13 – сочетание атеросклероза и гипертонической болезни. Из исследования были исключены пациенты с тяжелой кардиальной патологией и нарушением сердечного ритма.

Методы исследования: клиничко-неврологическое, психологическое, нейрофизиологическое и инструментальное исследования больных (УЗДГ и ЭЭГ). Степень нарушений жизнедеятельности оценивали при помощи шкалы Рэнкин.

Результаты. Клиническое течение резидуального периода инсульта у всех обследованных больных определялось как ремиттирующее. В клинической картине болезни преобладали остаточные явления очаговых умеренно выраженных неврологических нарушений. При этом варианте органические нарушения, развивающиеся в острый период инсульта, имели тенденцию к регрессу. Как показали наши исследования, повторные НМК наблюдаются в резидуальный период инсульта с частотой до 28%. Причем из них повторные инсульты со стойким неврологическим дефицитом – в 6%. Критериями прогноза повторных НМК являются: высокая АГ (плохо поддающаяся коррекции), ухудшение реологических свойств крови, нарушение схемы лечения или каких-либо других мероприятий из комплекса реабилитации, а также усугубление течения основного заболевания.

Заключение. Таким образом, такие факторы, как коррекция АГ, контроль коагулограммы или реологических свойств крови (обязательное включение в комплекс реабилитации антиагрегантов), полноценное проведение комплекса постинсультной реабилитации больных (как медикаментозной, так и комплекса лечебной физкультуры, психологическая реабилитация пациентов) могут явиться мерами профилактики повторных нарушений мозгового кровообращения. Всё это позволит, на наш взгляд, уменьшить риск развития повторных нарушений мозгового кровообращения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «БАКТИЗЕВ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д.,
Ахмедов Б.С., Рустамова Г.*

**Самаркандский государственный медицинский
институт**

Целью настоящего исследования явилось изучить эффективность препарата «Бактизев» в комплексе лечения больных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛО).

Материал и методы: Обследование и лечение больных проводилось на клинической базе кафедры челюстно-лицевой хирургии Самаркандского государственного медицинского института в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии Самаркандского городского медицинского объединения. В соответствии с намеченной целью исследования нами проведено комплексное обследование больных воспалительными заболеваниями ЧЛО в динамике лечения с применением препарата, разрешённого к использованию в практике здравоохранения – раствора «Бактизев». У 23 больных в период 2018 г., находящихся на стационарном лечении с абсцессами, флегмонами, периоститами и остеомиелитами ЧЛО, в составе комплексной терапии проводилось ежедневное промывание гнойной полости раствором «Бактизев». Кроме того, препарат использовали в качестве антисептического раствора полоскание ротовой полости ежедневно 5-6 раз в сутки. Микробиологическое обследование проводилось после операции вскрытия гнойного очага и в динамике заболевания. Клинические исследования проводились по стандартной схеме и включали в себя опрос больных, сбор анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикальные методы исследования (осмотр, пальпация, перкуссия) и инструментальные, дополнительные методы исследования (лабораторные, микробиологические, рентгенологическое обследование костей лицевого скелета и черепа), а также консультация специалистов.

Результаты исследования. Изучение особенностей клинического течения у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области показало, что проводимая терапия раствором «Бактизев» в комплексе лечения имеет свою антибактериальную эффективность бактериостатическим и бактерицидным воздействием.

Вывод. Таким образом, использование раствора «Бактизев» при комплексном лечении больных с воспалительными заболеваниями позволило улучшить состояние пациентов и предупредить развитие гнойно-воспалительных осложнений за счет положительных качеств. Микробиологическое обследование показывает, что применение раствора «Бактизев» в комплексном лечении даёт снижение количества микроорганизмов после вскрытия гнойного очага и в динамике заболевания, а также помогло в очищении гнойной полости после операции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЦИТИКОЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Дадахужаев А.А., Гафурова Ш.Х.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Большое значение в лечении инсультов отводится уменьшению отсроченных нейрональных потерь. Одним из таких направлений является использование ме-

дикаментов, уменьшающих объем поражения мозга при ишемических инсультах.

Целью исследования явилось изучить уровень неврологического дефицита при острых ишемических инсультах (ОИИ) и оценить эффективность нейропротекторного препарата «Корути» (цитиколин) при их лечении.

Материал и методы исследования. Обследованы 26 больных с ОИИ. Средний возраст больных (20 мужчин и 6 женщин) составил $51 \pm 2,4$ года. Тяжесть больных оценивали по клинической шкале NIHSS и Скандинавской шкале. 14 больных с первого дня заболевания на фоне традиционной терапии получали «Корути» в дозировке 1000 мг 1 раз в день внутривенно капельно. В исследование включены больные с близкими по значению первоначальными клиническими баллами, а также получавшие максимально унифицированную базисную терапию.

Результаты исследования. Средний клинический балл при поступлении у всех больных с ОИИ составил $17,37 \pm 1,4$ балла по шкале NIHSS и $25,25 \pm 1,7$ балла по Скандинавской шкале. Оценка тяжести и степени неврологического дефицита у обследованных больных с ОИИ, принимавших нейропротектор «Корути», по клиническим шкалам показало, что уже на третьи сутки заболевания отмечается достоверное улучшение состояния больных (имеется положительный сдвиг по шкале NIHSS на 24,19%, а по Скандинавской шкале на 24,46%). У больных, не принимавших нейропротектор «Корути», к третьим суткам болезни положительная динамика не имела статистически значимого характера. Сопоставительный анализ показал, что на десятые сутки болезни положительная тенденция к уменьшению неврологического дефицита статистически значимо выше у больных, получавших «Корути». Так, к этому сроку болезни у больных, принимавших «Корути», клинический балл по шкале NIHSS уменьшался на 29,51%, а по Скандинавской шкале увеличивался на 24% ($p < 0,05$) по сравнению с больными, не лечеными НПВС.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, применение нейропротектора «Корути» в острый период ОИИ сопровождается эффективным улучшением клинического течения заболевания.

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ

*Жаббаров Ж.Ю., Муминов А.Ш., Мухидов У.Р.,
Хамдамов У., Орипов А.А., Фозилов Х., Юсупов С.Ю.*

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность проблемы. Венозный тромбоз и легочная тромбоэмболия настолько связаны между собой, что только единое рассмотрение этих двух патологических состояний позволяет осуществить адекватный

патогенетический подход к диагностике, профилактике и лечению как тромбозов, так и эмболии. Актуальность проблемы венозной тромбоэмболической болезни, занимающей большой удельный вес среди непосредственных причин гибели больных при переломах нижних конечностей, диктует необходимость разработки дальнейших мер профилактики, своевременной и адекватной диагностики, эффективного лечения этого грозного осложнения.

Цель исследования: определить роль различных видов остеосинтеза в развитии венозной гипертензии и способствовать тромбообразованию пострадавших с переломами нижних конечностей.

Материалы и методы. В зависимости от возможности осуществления активных движений в коленном суставе больные разделены на 2 группы. В первую группу вошли 38 пострадавших с переломами нижних конечностей после остеосинтеза интрамедуллярным блокирующим штифтом. Во вторую группу вошли 26 больных после накостного остеосинтеза пластиной АО с последующим наложением гипсовой повязки в период 2016-2018 гг. По возрасту, полу, характеру повреждений статистически значимых различий в группах не отмечалось. Обследование проводилось всем пациентам методом цветного дуплексного сканирования на ультразвуковой системе «Mindray DC-7» с линейным датчиком 17,4 Гц (производства КНР).

Результаты и обсуждение. В первые сутки после операции как в 1-ой группе, так и во 2-ой отмечались высокая линейная скорость кровотока, отсутствие фазности кровотока. К концу 2-ой недели скорость и фазность кровотока восстанавливалась в первой группе. Во 2-ой группе кровотоки несколько снижались, но сохранялись высоким, не фазным на протяжении всего периода лечения. В первые сутки после операции у пациентов в обеих группах отмечалась также дилатация вен. По мере восстановления линейной скорости кровотока уменьшался диаметр вен у пострадавших в первой группе исследования. Во второй группе у пациентов на фоне высокой линейной скорости кровотока наблюдалась дилатация вен. Данные проявления свидетельствовали о сохранявшейся венозной гипертензии у пострадавших 2-ой группы на протяжении всего периода лечения.

Всем больным было назначено антикоагулянтное лечение препаратом «Ксарелто» (ривароксабан – ингибитор фактора Ха) 15 мг/сутки в течение 1-го месяца. Во время пребывания в стационаре у больных не был зарегистрирован тромбоз глубоких вен (ТГВ). При амбулаторном наблюдении больных обеих групп в течение 3 месяцев, у пострадавших второй группы обнаружен ТГВ нижних конечностей в 6 (15,8%) случаях.

Выводы. Имобилизация нижней конечности гипсовой повязкой у больных приводит к замедлению тока крови в венах нижней конечности, что обуславливает развитие венозной гипертензии и способствует тромбообразованию глубоких вен. Применение

метода ранней функциональной нагрузки после блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза создает благоприятные условия для восстановления венозной гемодинамики в ранние сроки и максимально снижает риск развития венозных тромбоэмболических осложнений у больных с переломами нижней конечности.

**ҚҰЛ ЖАРОҲАТЛАРИ ВА ҚҰЛ КАФТ, БИЛАК, ЕЛКА
СОҲАСИДАГИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИ ВАҚТИДА
ЕЛКА ЧИГАЛИНИ ЎТКАЗУВЧИ АНЕСТЕЗИЯ ЙЎЛИ
БИЛАН ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ.**

*Жумаев Н.Б., Жўраев О.Э., Холбўтаев Д.Х.,
Худойбердиев А.А.*

СОФ РНЦЭМП, г. Гулистан

2017-йил мобайнида РШТЁИМ СВФ қўшма жароҳатлар бўлимига қўл кафт, билак, елка соҳаси суякларининг ёпиқ ва очик синишлари ташхиси билан ётқизилган 73 нафар беморларга амалиёт вақтида елка чигалини ўтказувчи анестезия усулида оғриқсизлантириш қўлланилди. Шулардан 30 тасида билак, тирсак суяклари жароҳати, 38 тасида елка суяги жароҳати ва 5 нафарида қўл бармоқ-кафт суяклари жароҳатлари аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши 35-45 ёшни ташкил қилади.

Премедикация хонада анъанавий усулда бажарилди. Операция хонасида ангиокатетер G 18-20 қўйилиб инфузион даво давом эттирилди. Беморга керакли ҳолат яратилиб ўмров усти соҳасини 70%ли спирт билан асептик ишлов берилиб, пункция соҳаси маҳаллий оғриқсизлантирилиб, G 18-20 ангиокатетер игнаси ёрдамида елка чигали парестезия билан топилди ва 600 мг Sol.Лидокаин Sol.Навокаин 0.5% 20 мл да эритилиб – елка чигали соҳасига юборилди. Бемор 10-15 мин. кузатилиб мотор, оғриқ сезгиси камайгач амалиёт бошланди. Амалиёт 1 соатдан 3 соатгача давом этган. Операция вақтида психоэмоционал зўриқишни олдини олиш ва қалтираш кузатилганда седатация мақсадида Сибазон 10 мг в/и юборилди. Инфекцион асоратларни олдини олиш мақсадида амалиётдан олдин антибактериал терапия бошланди ва амалиёт вақтида ҳам антибиотик қўлланилди.

Амалиёт даврида гемодинамик кўрсаткичлар кардиомонитор кузатувида бўлди, АҚБ-120\80- 100\60 мм.смм. уст. Пс-96-72 та 1 дақ. НОС-20-16 та 1 дақ. SPO2-96-98% сақланган.

Ўтказувчи анестезия усули қўлланилган вақтида беморларнинг ҳеч бирида нейротоксик аломатлар, операциядан кейинги даврда ҳам асоратлар кузатилмади. Беморда операция сўнггида АКБ, НОС меъёрий даражаларда, эс-хуши ўзида, кузатув учун ОРИТ га олиб тушилди ва 3-4 соат назоратда ушланди, операциядан кейинги оғриқсизлантириш 1.5-2 соатгача етди.

Хулоса: Бизнинг амалиётда елка чигали ўтказувчи анестезия усулини нафас йўллари касалликлари ва юрак қон томир касалликларида жарроҳлик амалиётларда қўлланилиши беморда гемодинамик ва респиратор

кўрсаткичларига ноҳўя тасири кузатилмади ҳамда қўл соҳасидаги жарроҳлик амалиёти учун етарлича миорелаксация ва анестетик таъсирга эга бўлди.

**РОЛЬ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И
ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Жуманазаров Э.М., Норматова Ш.А.

**Ферганский филиал Ташкентской медицинской
академии**

Здоровье человека во многом складывается из его привычек. Это касается не только образа жизни, но и правильного питания. Овощи и фрукты в рационе позволяют сердечно-сосудистой деятельности работать в полной мере и не испытывать недостатка полезных веществ.

Сердечно-сосудистые болезни занимают первое место среди причин смерти, составляя 46% смертности мужчин и 64% смертности женщин. Также важна обусловленная болезнями сердца инвалидность, составляющая примерно 29% всех случаев инвалидности.

Различные заболевания сердечно-сосудистой системы требуют ранней диагностики, чтобы человек мог как можно дольше сохранять жизнеспособность и работоспособность. Еще важнее профилактика болезней с помощью здорового образа жизни и здоровых пищевых привычек. Сюда, конечно, относится отказ от курения, умеренное употребление алкоголя и активное движение (не менее 30 минут ежедневно), а также сокращение времени сидячего образа жизни. Физическая нагрузка для пациентов с сердечно-сосудистыми болезнями должна исходить из индивидуальных рекомендаций.

Овощи и фрукты должны присутствовать на ежедневном столе каждого человека. Это источник витаминов, минералов и клетчатки, которая необходима для укрепления сердечной мышцы и предотвращения серьезных болезней, связанных с сосудами. Они – основные источники получения клетчатки, наряду с крупами и бобовыми продуктами. Клетчатка обладает свойством по выведению вредного холестерина и нормализует давление. Это особенно актуально для гипертоников, которым рекомендуются подобные блюда.

Овощи и бобовые – незаменимый источник витаминов, минералов и пищевых волокон. Овощи нужно тушить, хотя можно также измельчать их и есть в сыром виде. Полезно есть больше свеклы и тыквы, недорогих отечественных овощей. Если, например, съесть в день на одну порцию больше овощей и фруктов, риск заболевания сердечно-сосудистыми болезнями снижается на 4 %, риск инфаркта – на 6 %. Овощи способствуют снижению высокого кровяного давления. Рекомендуется ежедневно есть овощные салаты с растительным маслом. За день нужно съесть как минимум 300–400 граммов овощей.

Фрукты и ягоды обеспечивают снабжение организма витаминами, углеводами и минералами, а также антиоксидантами. Ягодами и соками можно приправлять каши. Продукты этой группы следует ежедневно есть в количестве около 200 граммов.

Рациональное питание является неотъемлемым компонентом здорового образа жизни. Очень важно обращать внимание на формирование и воспитание рациональных пищевых привычек с раннего возраста, чтобы в зрелом возрасте проблем со здоровьем, связанных с питанием, у человека уже не возникало. Во множестве клинических исследований и наблюдений подтверждено положительное влияние на течение сердечно-сосудистых заболеваний низкокалорийного рациона питания, богатого овощами, фруктами, рыбой, злаками и орехами. Согласно многочисленным исследованиям показано, что правильно составленное и применяемое здоровое питание способствует профилактике (предупреждению) развития сердечно-сосудистых заболеваний даже при наличии факторов риска и наследственной предрасположенности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТИКОЛИНА В РАННЕМ ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ.

Зайлобидинов Г.Б., Умаров О.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Согласно международным эпидемиологическим исследованиям церебральный инсульт в большинстве стран занимает 2–3-е место в структуре общей смертности [ВОЗ 2011 г].

Церебральный инсульт является ведущей причиной инвалидизации населения. По данным национального регистра инсульта, до 1/3 пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи, а возвращаются после инсульта к прежней работе не более 10–15 % пациентов [М.Ю. Мартынов, 2014]. В последние годы наблюдается «омоложение» инсульта с увеличением его распространенности у лиц трудоспособного возраста, одновременно в развитых странах отмечается дальнейшее повышение средней продолжительности жизни, что приводит к росту числа случаев этого заболевания в старших возрастных группах [ВОЗ 2011 г].

Основными принципами лечения ОНМК является экстренность, интенсивность, патогенетическая направленность и комплексность, а важнейшей задачей лечения – назначение медикаментозных средств, устраняющих изменения реологических свойств крови. Своевременно и грамотно проведенная базисная и нейропротективная терапия в условиях скорой медицинской помощи имеет важное значение. Следует применять препараты, которые не угнетают ауторегуляцию мозгового кровообращения. В настоящее время цитопротекция остается важной составляющей лечения инсульта в острейший период, в том числе и на догоспитальном этапе, так как позволяет расширить

пределы окна терапевтических возможностей для проведения тромболизиса и снизить процент осложнений после него.

У больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения применение цитиколина начиная с первых часов заболевания способствует более быстрому уменьшению неврологической симптоматики и более полному функциональному восстановлению.

При анализе шкалы Бартела на 30-й день ишемического инсульта установлено, что назначение цераксона сопровождалось более значимым восстановлением таких функций, как личная гигиена, одевание, прием пищи, ходьба, переход со стула на кровать, самостоятельное использование туалета и подъем по лестнице, т. е. функций, способствующих снижению зависимости от окружающих. При изучении функционального исхода по модифицированной шкале Рэнкина также установлены различия между основной группой и группой сравнения. В основной группе было достоверно больше пациентов, способных выполнять обычные действия в полном объеме или имеющих минимальные нарушения, и достоверно меньше больных, полностью зависящих от окружающих [Н.М. Невзоров, 2012]. Уменьшение двигательных нарушений под влиянием цитиколина может быть связано с его влиянием на размеры очага, а также с его избирательным действием на метаболизм двигательных областей коры больших полушарий головного мозга [Silveri M.M., 2008] и на структуру пирамидных нейронов V слоя коры [Hurtado O., 2010].

Цитиколин также стимулирует дифференцирование и рост глиальной ткани, что может оказывать дополнительное трофическое воздействие на нейроны и способствовать более полному восстановлению [Шавловская О.А., 2016].

Таким образом, литературные данные показывают, что назначение цитиколина на догоспитальном этапе улучшает течение инсульта (снижение показателей: проведено койко-дней в стационаре, выписано в удовлетворительном состоянии, летальные случаи), при этом не изменяет основные параметры сердечной деятельности (АД, ЧСС) и не препятствует проведению адекватной гипотензивной терапии. Оценка действия препарата врачами ССМП была положительной, отмечена его хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов.

В г. Фергане за 2017 г. по поводу острых нарушений мозгового кровообращения было 458 обращений, из них госпитализировано 432.

Учитывая вышеизложенное можно сказать, что включение в стандарты лечения больных с инсультом в практике скорой помощи может способствовать уменьшению летальных исходов, инвалидизации, укорочению койко-дня стационарного лечения, и улучшению результатов ранней реабилитации больных с инсультами.

АРТЕРИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТОНИИ И ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Зияев Ю.Н., Мадреймов А.К.

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,

Нукусский филиал РНЦЭМП

Служба экстренной медицины (СЭМ) Нукусского филиала за последний год своей деятельности достигла значительных успехов. Этому способствовала инициатива Руководства правительства Республики Узбекистан с его новыми реформами. Базовыми, целенаправленными векторами развития явились указы и постановления Президента Республики Узбекистан, которые стали основополагающими директивными документами, регламентирующими организацию и дальнейшее развитие Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Огромную роль сыграли Указ Президента Республики Узбекистан №УП – 4985 от 16.03.2017 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» и Постановление Президента Республики Узбекистан №ПП-2838 от 16.03.2017 г. «О мерах по дальнейшему укреплению материально-технической базы и организация деятельности системы экстренной медицинской помощи».

Республика Каракалпакстан принимает самое активное участие в Государственной программе реформирования системы здравоохранения. За эти годы республика добилась больших успехов в сфере качественного оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим, особенно на госпитальном этапе кардиологической службы экстренной медицины. Так, в отделении неотложной кардиологической помощи пациенты обслуживаются врачами-кардиологами высшей и первой категории. В стационаре СЭМ НФ РНЦЭМП за последние годы наблюдается тенденция артериальной гипертензии (АГ) с негативными последствиями. В этой связи нами проведено исследование АГ и определение путей эффективности лечения.

Цель исследования – изучить и проанализировать эффективность лечения АГ, а также изыскание путей оптимизации профилактики мозговых инсультов с применением антиагрегантной терапии.

Методы и материалы. Проведенное исследование проанализировано методом сравнительного анализа и пропорционального соотношения статистических показателей деятельности отделения неотложной кардиологии НФ РНЦЭМП. Использованы в качестве материалов годовые отчеты, истории больных АГ за 2015–2017 гг.

Результаты исследования. За 2015 год в отделении неотложной кардиологии и терапии НФ РНЦЭМП пролечено и выписано 2005 (100%) больных. Умерло 31, летальность составила 1,5%. Артериальная гипертензия

(АГ), то есть гипертонические кризы в 2015 году были у 713 больных, что составило 35,7% от общего числа получивших лечение и 5,5 средних проведенных койко-дней. И в 2017 году число больных составило 2069 (103,2%), умерло 36, летальность 1,7% и АГ 732 – 35,4%, средних койко-дней – 5. Из этого следует, что наблюдается прирост госпитализации и оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП) на 3,2% и стабилизация летальности на уровне 1,6%, а также заболеваемости АГ – на 35,5%. В этой связи нами составлены и исследованы две группы из числа 732 пациентов, получивших лечение от АГ в 2017 г. В 1 группу вошли 113 человек, получивших согласно стандарту антигипертензивное лечение с применением антиагрегантов – тромбопол, тромбоасс по 150 мг два раза в сутки. Вторая группа составила 117 человек, получивших то же лечение, за исключением антиагрегантов – тромбопола и тромбоасса. В результате проведенного исследования выяснилось, что у пациентов 1 группы состояния улучшилось и АГ снизилась до целевого уровня на 3 сутки, а у пациентов 2 группы АГ до целевого уровня снизилась на 5 сутки. Это свидетельствует об эффективности проведенного лечения антиагрегантами по 150 мг два раза в сутки и доведения АГ до целевого уровня на 3 сутки. Таким образом, наше исследование показало, что использование антиагрегантов – препаратов аспирина по 150 мг два раза в сутки при антигипертензивной терапии положительно влияет и дает позитивный результат лечения с улучшением состояния, самочувствия больного и быстрого достижения целевого уровня артериального давления (АД) при гипертонических кризах на 3 сутки.

Выводы. 1. За исследованный период деятельности отделения неотложной кардиологии и терапии НФ РНЦЭМП с 2015 по 2017 г. наблюдается позитивная тенденция прироста пролеченных на 3,2% и стабилизации летальности на уровне 1,6%, а также заболеваемости АГ – на 35,5%. 2. Использование антиагрегантной терапии при лечении АГ показало эффективность оказания ЭМП и быстрого достижения целевого уровня АД на 3 сутки госпитализации. 3. В целях усовершенствования и улучшения качества лечения АГ и профилактики мозговых инсультов необходимо оптимизировать обеспечение антиагрегантами отделения РНЦЭМП.

ВЛИЯНИЕ КАРБОКСИПЕРИТОНИУМА НА ТЕЧЕНИЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

Ибрагимов А.А., Болтаев Э.Б., Шодмонов Ж.Б.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. В настоящее время с развитием малоинвазивных технологий в хирургии количество лапароскопических операций прогрессивно растёт. Однако при сравнительно небольшой травматизации тканей при данных операциях могут отмечаться значимые изменения со стороны жизненно важных функций организма, обусловленные наложением во время опе-

раций карбоксиперитониума, и как результат, повышение внутрибрюшного давления. Физиологические изменения при пневмоперитониуме становятся клинически значимыми при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также в случае продолжительности операции более 2 ч. Вызванный инсуфляцией CO₂ пневмоперитониум уменьшает венозный возврат и снижает сердечный выброс. Нарушается венозная циркуляция в бассейне нижней полой вены. Пневмоперитониум увеличивает системное сосудистое сопротивление и повышает диастолическое АД. Нарушается кровоток в артериях брюшной полости. Сдавление лёгких при поднятии диафрагмы снижает остаточную ёмкость и увеличивает мёртвое пространство. Данные изменения опасны для пациентов, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и лёгочной систем: обструктивные заболевания лёгких; сердечно-сосудистая недостаточность 2-3 степени; перенесённый инфаркт миокарда; перенесённые операции на сердце.

Цель – исследовать гемодинамический профиль у больных во время лапароскопических операций.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты исследований 64 пациентов, оперированных по поводу острого калькулёзного холецистита и кист яичников. Возраст исследуемых больных от 30 до 70 лет, при этом больных старше 60 лет было 9 (14%), у которых имелась сопутствующая сердечно-сосудистая патология. Всем больным при поступлении в клинику проводилось комплексное обследование, которое включало клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Клиническое обследование проводилось традиционными методами и состояло из изучения жалоб, сбора анамнеза (особое внимание уделялось анамнезу сердечно-сосудистых заболеваний), осмотра и физикального исследования больного. Определение АД, ЧСС, Ps, ЧД и SaO₂ начинали сразу же после поступления больных в операционную. Все больные были поделены на две группы: 1 группа – оперирование в условиях пневмоперитониума, 2 группа – лапаротомический доступ. Лапароскопические операции были проведены у 29 больных. Производилось неинвазивное мониторирование на следующих этапах лапароскопических вмешательств: 1 – исходные данные, 2 – после индукции, 3 – после интубации трахеи, 4 – инсуфляция CO₂ в брюшную полость, 5 – изменение положения тела, 6 – основной этап операции, 7 – окончание операции и общей анестезии. Операции с использованием лапаротомного доступа были проведены у 35 больных. Все хирургические вмешательства выполнялись под общим комбинированным эндотрахеальным наркозом аппаратом фирмы Draeger Fabius по полужакрытому контуру с использованием кетамин-прополовой смеси (кетофолом) в соотношении 1:1 и препаратами НЛА.

Результаты. Премедикация обычная за 30 минут до операции. Исходные показатели гемодинамики

до операции в среднем колебались в пределах АД 130/80-150/95, Ps 80-86 уд/мин, ЧД 16раз/мин, SpO₂ 92-96%. При выполнении лапароскопических операций наблюдались следующие изменения центральной гемодинамики. После индукции отмечено понижение уровня систолического артериального давления и диастолического артериального давления соответственно на 10,7% и 13% и ЧСС на 1,8% по сравнению с исходным уровнем. Уменьшение при индукции кетофолом гемодинамических показателей обусловлено воздействием кетофола на сосудистый тонус и сократимость миокарда. На фоне инсуфляции CO₂ в брюшную полость отмечено достоверное повышение исследуемых показателей, а именно, систолическое артериальное давление на 10,3%, диастолическое артериальное давление на 13% и ЧСС на 18,6%, по сравнению с исходным уровнем. На этапе изменения положения тела исследуемые показатели продолжают оставаться выше исходного уровня, а именно, систолическое артериальное давление на 12%, диастолическое артериальное давление на 17%, ЧСС на 18,9%. На фоне основного этапа операции показатели гемодинамики оставались на прежнем уровне: систолическое артериальное давление на 14,1%, диастолическое артериальное давление на 15,2% и ЧСС на 20,7%, по сравнению с исходным уровнем. Динамика исследуемых показателей гемодинамики у больных, оперированных с использованием лапаротомного доступа: на фоне основного этапа операции систолическое артериальное давление увеличилось на 10,7%, диастолическое артериальное давление на 12,5%, ЧСС на 12%, что связано с действием кетамин на центральную гемодинамику. Интраоперационно гемодинамические изменения были наиболее выражены при лапароскопических операциях с использованием карбоксиперитониума на этапах инсуфляции углекислого газа, изменения положения тела и основного этапа операции. Они характеризовались повышением АД, тахикардией, увеличилось сопротивление на вдохе на 8-14 к Pa и снижение SaO₂ на 2-4%.

Заключение. Полученные данные наглядно демонстрируют негативное влияние карбоксиперитониума на состояние пациентов, особенно с сопутствующей кардиальной патологией, при проведении лапароскопических операций. Актуальным является вопрос о совершенствовании анестезиологического обеспечения, а также премедикации у данной категории пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ И ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ибрагимов А.А

Бухарский филиал РНЦЭМП

Инфузионная терапия у больных с тяжелой травмой и полиорганной недостаточностью является одним из жизненноспасительных направлений интенсив-

ной терапии, так как основной целью инфузионной терапии у этой категории пациентов является обеспечение доставки кислорода тканям в условиях его повышенного потребления. Именно инфузионная терапия является мероприятием первого выбора для поддержания сердечного выброса и гемодинамики в целом. Согласно по закону Франка–Старлинга, повышение преднагрузки под влиянием инфузионной терапии при сохранении сократительной способности миокарда приводит к стабилизации артериального и пульсового давления и центрального венозного давления (ЦВД).

Развитие синдрома системной воспалительной реакции и органно-системных повреждений при тяжелой травме, прежде всего, связано с неконтролируемым распространением провоспалительных медиаторов эндогенного происхождения, с последующей активацией под их влиянием макрофагов, нейтрофилов, лимфоцитов и ряда других клеток в других органах и тканях, с вторичным выделением аналогичных эндогенных субстанций, повреждением эндотелия и снижением органной перфузии и доставки кислорода. В условиях нарушенного гомеостаза деструктивные эффекты цитокинов и других медиаторов воспаления превалируют, что приводит к нарушению проницаемости и функции эндотелия капилляров, запуску синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), формированию отдаленных очагов системного воспаления, развитию моно- и полиорганной дисфункции. В физиологических условиях движение жидкости между капилляром и интерстицием определяется законом Старлинга, но в условиях выраженного воспалительного каскада, на фоне повышенной проницаемости капилляров распределение жидкости и коллоидной части плазмы, и в частности альбумина, между пространствами перестает быть уравновешенным. Развивающееся под действием цитокинов нарушение микроциркуляции – это, прежде всего, повреждение эндотелия, активация эндотелиоцитов набуханием и экспрессией адгезивных молекул, то есть так называемый «эндотелит», который является причиной вазодилатации, увеличения проницаемости, капиллярной «утечки», потери жидкости. Именно ряд этих патологических реакций ведет к гиповолемии вследствие перераспределения жидкости, что и является причиной снижения преднагрузки у больных тяжелым сепсисом.

Исходя из вышеизложенных патофизиологических процессов, основными задачами инфузионной терапии у терапии у больных с тяжелой травмой и полиорганной недостаточностью являются: восстановление и поддержание гемодинамики посредством увеличения объема циркулирующей крови, улучшение микроциркуляции и доставки кислорода к тканям; восстановление нормального распределения жидкости между секторами организма – внутриклеточным, интерстициальным и сосудистым; коррекция

расстройств гомеостаза; снижение концентрации медиаторов септического каскада и токсических метаболитов с целью предотвращения активации каскадных систем, в том числе коагуляции; поддержание адекватного уровня коллоидно-осмотического давления плазмы; профилактика реперфузионных повреждений; поддержание мочеотделения. Инфузионная терапия всегда требует ответа на следующие вопросы: 1) тип инфузионной среды (коллоиды или кристаллоиды); 2) объем и темп инфузии (зависит от волевого статуса); 3) конечная цель инфузии (АДср не менее 70 мм рт.ст. и ЧСС менее 110 в мин); 4) безопасность как самих препаратов, так и их эффектов. Ответам на эти вопросы будут посвящены настоящее сообщения.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА «СУКЦИНАСОЛ»

Ибрагимов Д.Ф., Каримов Х.Я., Фаязов А.Д., Туляганов Д.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, НИИ гематологии и переливания крови МЗ РУз.

Цель настоящего исследования состояла во внедрении в практику проведения инфузионно-трансфузионной комплексной терапии тяжелообожженных препарата сукцинасол.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 118 пострадавших с обширными глубокими ожогами (индекс тяжести поражения по Франку составил от 45 до 90 ед.) в возрасте от 18 до 65 лет; из них 93 мужчины и 25 женщин. Основную (I) группу составили 64 пострадавших; контрольную (II) – 54. Группы были сопоставимы по возрасту, тяжести термической травмы и наличию сопутствующей патологии.

Методы исследования включали клинические – определение глубины и площади ожоговой поверхности, индекса тяжести поражения по Франку, определение артериального давления, центрального венозного давления и темпа почасового диуреза; лабораторные – клинический анализ крови, анализ газового состава крови. Биохимическое обследование крови включало данные об общем белке, альбумине, мочеvine, креатинине, глюкозе.

Мониторинг данных показателей для оценки адекватности проводимого лечения и коррекции инфузионно-трансфузионной терапии проводился в периоде ожогового шока (1–3 сутки) и периоде острой ожоговой токсемии (7–10 сутки).

Все обследованные пострадавшие получали инфузионно-трансфузионную, антибактериальную, респираторную терапию на фоне консервативного лечения ожоговых ран. Пострадавшие, входящие в ос-

новную группу, с первых суток поступления получали дополнительно инфузионный раствор “Сукцинасол” по 400 мл в сутки, в течение 5 дней по внедренному алгоритму.

Результаты исследования. Применение препарата “Сукцинасол” привело к снижению выраженности клинических проявлений синдромов эндогенной интоксикации, метаболических нарушений и полиорганной недостаточности, позволяя улучшить непосредственные результаты хирургических вмешательств. У больных, которым вводился сукцинасол, отмечалось более полная коррекция метаболического ацидоза. К исходу периода шока после инфузии сукцинасола сатурация смешанной венозной крови увеличилась на 9,9% ($p < 0,05$), величина рН увеличивалась на 0,1 ед. и достигала нормальных значений (7,3 ед.), дефицит буферных оснований, определяемый по величине ВЕ, снижался на 6-7 ед. ($p < 0,05$). В этот же срок на фоне инфузии антигипоксантов отмечено улучшение газового состава крови, рост показателя rCO_2 достигал 4-5 мм рт.ст.

Клинически определяемая эволюция ожоговой раны показала ускорение процесса заживления ран в среднем на 4–5 дней за счет более быстрого отторжения струпа и формирования грануляций, более частое возникновение процессов краевой эпителизации и снижение частоты гнойно-септических осложнений, что позволяло подготовить раны к пластике.

Выводы. Накопленный опыт клинического использования препарата «Сукцинасол» свидетельствует о больших перспективах растворов на основе янтарной кислоты как компонента инфузионной терапии при ожоговой болезни на госпитальном этапе и позволяет рекомендовать внедрение препарата в клиническую практику комплексного лечения тяжелообожженных.

Сукцинасол, имея такие свойства, как антиоксидантное, протившоковое, энергетическое, дезинтоксикационное, диуретическое, является эффективным для этих целей средством. Лечение должно начинаться как можно раньше в объеме по 400 мл в течение 5-7 суток после травмы.

**ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ
ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
ВЫСОКОГО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА**

Изюмов Д.П., Изюмова Г.А.

**Хорезмский филиал ОМПМЦ,
Хорезмский филиал РНЦЭМП**

Адекватная анестезия и послеоперационная аналгезия позволяет значительно снизить количество осложнений у пациентов с хирургической патологией грудной клетки и брюшной полости.

Цель – создание интегральной концепции прогнозирования острых неврологических осложнений у пациентов анестезиолого-операционного риска.

Материалы и методы. В исследование включены 31 больной, находившийся на лечении в отделении реаниматологии Хорезмского филиала РНЦЭМП. Из них 22 (71%) мужчины и 9 (29%) женщин. По ASA тяжесть соматического состояния у больных составляла 3 балла.

Всем больным проведены клиничко-биохимические, инструментальные, нейрофизиологические обследования. Различия по частоте осложнений определяли двусторонним критерием Фишера.

Результаты. Послеоперационные осложнения возникли у 25 (80,6%) больных: после торакальных операций – у 8 (32%), абдоминальных – у 17 (68%). После операции у 4 (12,9%) возникли кардиореспираторные нарушения.

Наибольший интерес представляют нарушения кровообращения в центральной нервной системе и возможность их прогнозирования. Нарушения церебральной гемодинамики в послеоперационном периоде наблюдались у 13 (41,9%) больных. Изменения лабораторных данных у 4 (12,9%) больных также свидетельствовали о тяжелых полиорганных нарушениях. В неврологическом статусе у 7 (22,6%) больных преобладала общемозговая симптоматика, у 2 (6,4%) – угнетение сознания до оглушенности, нарушение психики – у 3 (9,7%). Расстройства настроения в виде раздражительности или апатического состояния наблюдались у 13 (41,9%) больных.

Таким образом, развитие послеоперационных неврологических осложнений объясняется частотой вторичных цереброваскулярных нарушений, состоянием соматического, которое необходимо при выборе метода оперативного вмешательства.

Выводы. Уточнение и расширение показаний к профилактике – основной путь снижения числа осложнений и улучшений непосредственных результатов профилактического лечения.

**ПУТИ ИНТЕГРАЦИИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
Организации экстренной медицинской
помощи при критических состояниях в
неотложной неврологии**

*Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Маджидова Е.Н.,
Абдуллаев Х.К., Курбанова Н.Б., Худайбергенов Б.С.*

**Хорезмский филиал ОМПМЦ,
Хорезмский филиал РНЦЭМП**

Анализ оказания экстренной медицинской помощи в Хорезмском филиале РНЦЭМП характеризуется ростом 22% экстренно госпитализированных больных. В целях обеспечения своевременности и качества оказываемой экстренной медицинской помощи, а также единства преемственности лечебно-диагностического процесса, организация работы на соответствующих уровнях строится на разработанных лечебно-диагностических стандартах.

Цель – внедрение в систему неотложной неврологии научно-обоснованных принципов организации

специализированной экстренной медицинской помощи при критических состояниях.

Материалы и методы. В основу настоящего исследования положен анализ нервно-психических расстройств, наблюдавшихся у 148 пострадавших во время и после крупных катастроф (взрыва, пожаров, ДТП), поступивших в Хорезмский филиал РНЦЭМП. Из них мужчин было 71 (47,9%), женщин – 57 (38,5%), детей – 20 (13,6%). Для внедрения научно-обоснованных принципов использовались следующие критерии: 1 – наличие специализированных бригад скорой медицинской помощи, 2 – анализ всего комплекса спасательных и медицинских мероприятий, 3 – развитие нервно-психических расстройств вследствие внезапно возникшей психотравмирующей ситуации.

Результаты. Тщательная обработка полученных данных дает возможность схематически выделить три периода развития ситуации, в которых наблюдались различные нервно-психические нарушения:

1. Острый, характеризующийся внезапно возникшей угрозой собственной жизни и гибели близких.

2. Формирование состояния психической дезадаптации, при котором психоэмоциональное напряжение сменяется повышенной утомляемостью и демобилизацией с астенодепрессивными проявлениями.

3. Приобретение актуальности психогенно-травмирующих факторов изменением жизненного стереотипа, сложной эмоциональной переработкой ситуации, оценкой собственных переживаний и ощущений.

В остром периоде аффективно-шоковые состояния наблюдались у 88 (59,5%) пострадавших. Во втором периоде у 51 (34,5%) пострадавшего наблюдались полиморфные невротические расстройства с адаптационными реакциями, а у 9 (6%) – пограничные формы психических расстройств с психосоматическими нарушениями. Специальный обобщенный анализ позволяет проследить динамику возникновения и развития нервно-психических расстройств от этапа внезапно развившейся экстремальной ситуации. Создание подразделений (совместно с психологами и парамедиками) с элементами специализированной помощи повысит уровень и значительно улучшит качество экстренной медицинской помощи при критических состояниях. Собственно медицинские и медико-профилактические мероприятия дают возможность совершенствования учетно-отчетных документов с определением эффективности оказания экстренной медицинской помощи.

Выводы. Таким образом, внедрение научно-обоснованных принципов полностью соответствует современным тенденциями организации экстренной медицинской помощи, что позволит достичь наибольшей оперативности и повышения эффективности оказываемой помощи при критических состояниях в неотложной неврологии, а также максимально оптимизировать лечебно-диагностический процесс.

СИСТЕМО-ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Изюмова Г.А., Изюмов Д.П.

Хорезмский филиал ОМПМЦ,
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Комплиментарный подход, используемый в диагностике ЦВЗ (цереброваскулярные заболевания), способствует раскрытию особенностей регуляторных функций головного мозга, интегративной роли ЦНС (центральной нервной системы) в формировании межсистемных отношений.

Цель – обобщить результаты системно-интегративного психофизиологического подхода в диагностике мозговых инсультов с наличием в анамнезе ТИА (транзиторно-ишемических атак) и исхода заболевания.

Материалы и методы. Включено 130 пациентов, которые были разделены на 4 группы:

1. 75 больных с артериальной гипертензией,
2. 22 больных с хронической ишемией мозга,
3. 18 больных с ожирением,
4. 15 больных с сахарным диабетом.

Полученные данные подвергнуты факторному анализу на основе матриц с использованием трех блоков предлагаемого подхода:

1. Психологическое исследование.
2. Нейрофизиологическое.
3. Психофизиологическое.

Результаты. У 74 больных с ТИА в анамнезе инсульт произошел в период от 10 месяцев до 3,8 года; у 28 – до 6 месяцев до 1 года; от 3 до 5 лет у 23; от 5 до 10 лет – у 10.

Инсульт в каротидном бассейне развился у 85 больных, в вертебро-базиллярном – у 45.

При нарушении циркуляции в каротидном бассейне мозговой инсульт развивался не только чаще, но и в более ранние сроки, чем инсульт, обусловленный недостаточностью в вертебро-базиллярном бассейне. Среди 59 больных с геморрагическим инсультом у 37 не было ТИА в анамнезе. У 71 больного с ишемическим инсультом у 24 не было ТИА. При прогностической оценке необходимо учитывать характер ТИА (локальный, общемозговой, смешанный). Если ТИА проявляется локальными симптомами, прогноз хуже. Анализ большого числа мозговых инсультов позволили оценить прогностическое значение ТИА в отношении возможности наступления повторного мозгового инсульта, поражения и исходов.

Таким образом, использование данного подхода оказалось перспективным для получения объективных данных в патогенезе нейропсихологических нарушений, о состоянии компенсаторных механизмов при хронической сосудисто-мозговой недостаточности.

Вывод. Предложенный подход обеспечивает хорошие результаты в диагностике, профилактике мозговых инсультов, определяя перспективность дальнейшего внедрения в неврологическую практику.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ ВА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ 2-ТИПИДА ГЕМОДИНАМИК КЎРСАТКИЧЛАРНИНГ КЛИНИК АҲАМИЯТИ

Исламова К.А., Ишанкулова Н.Н.

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институту

Ишнинг мақсади. Артериал гипертензия (АГ) ва қандли диабет (ҚД) 2-типида юрак қон-томир тизимида кечадиган гемодинамик бузилишларни аниқлаш.

Текшириш материали ва усуллари. СамМИ клиникаси 1-терапия бўлимида ҚД билан касалланган 80 нафар бемор текширувдан ўтказилди. Текширувдан ўтказилганларнинг 30 нафарини эркаклар (37,5%), 50 нафарини эса аёллар (62,5%) ташкил этди. Беморларнинг ўртача ёши – 59, касалликнинг ўртача давомийлиги – 6-9 йилни ташкил қилади. Касаллик ривожланишини беморларнинг 9 (11,25%) нафари овқат режимининг бузилиши билан, 18 (22,5%) нафари кучли руҳий зўриқиш (стресс) билан боғласа, 53 (66,25%) нафари касаллигини ҳеч нарса билан боғлай олмади. Текширувдагилардан қандли диабет касаллиги фонидида юрак қон томир тизими касалликлари бирга кечган беморлар 49 (61,25%) нафарни ташкил қилди. Шундан 34 (69,4%) нафарида гипертония касаллиги, 13 (26,5) нафарида юрак ишемика касаллиги, 2 (4,1%) нафарида ревматизм ва юрак нуқсони аниқланди. Беморлар стандарт асосида текширувдан ўтказилди.

Олинган натижа ва хулосалар. Семизлик АГ ва ҚД 2-типига олиб келувчи хавф омиллари ҳисобланади. Текширувларда 8 (10%) беморда вазн дефецити, 20 (25%) беморда нормал тана вазни, 26 (32,5%) беморда I даража семизлик, 24 (30%) беморда II даража семизлик, 2 (2,5%) беморда III даража семизлик кузатилди. Артериал қон босими (АКБ) ўлчанганда 26 (32,5%) нафарида нормал, 22 (27,5%) нафарида I даражали АГ, 19 (23,75%) нафарида II даражали АГ, 6 (7,5%) нафарида III даражали АГ, 7 (8,75) нафарида IV даражали АГ аниқланди. Текширувдаги беморларнинг 48 (60%) нафарида юрак қисқаришлар сони нормасистолик типни, 25 (31,25%) нафарида тахисистолик типни, 3 (3,75%) нафарида титроқ аритмия тахисистолик типни ташкил қилди. ЭКГ таҳлил қилинганда беморларнинг 19 (23,75%) нафарида метоболик, диффуз-дистрофик ва чуқур ўзгаришлар, 13 (16,25%) нафарида ишемия (4 нафарида миокард инфарктдан кейинги чандиқ) белгилари, 10 (12,5%) нафарида аритмия, (3 нафарида титроқ аритмия, 6 нафарида экстрасистолия, 2 нафарида Гисс тутами блокадаси), 6 (7,5%) нафарида сурункали коронар қон айланиш етишмовчилиги, 1 (1,25%) нафарида чап қоринча етишмовчилиги белгилари, 60 (75%) нафарида чап қоринча гипертрофияси, 2 (7%) нафарида иккала қоринча гипертрофияси аниқланди. Демак, қандли диабет 2-типининг ҳам асорати сифатида ҳам йўлдош касаллиги сифатида артериал гипертензия ри-

вожланиши юрак қон-томир тизимида гемодинамик бузилишларнинг чуқурлашувига сабаб бўлади. Гемодинамика бузилишлари ҚД 2-типининг қон-томир асоратига мос равишда кучайиб боради. Шу сабабли ҚД касаллигида комплекс даво фонидида гипертрофияни нормаллаштириш, артериал гипертензияни камайтириш гемодинамик бузилишларни олдини олишга хизмат қилади.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ II ТИПИНИ КЕЛТИРИБ ЧИҚАРУВЧИ ХАВФ ОМИЛЛАРИ

Исламова К.А., Тоиров Э.С.

Самарқанд Давлат Тиббиёт Институту

Ишнинг мақсади: Қандли диабет II типни билан оғриган беморлар ўртасида касалликни келтириб чиқарувчи омилларини ўрганиш.

Материал ва текширув усуллари: Текширувдан 80 бемор ўтказилди. Беморларнинг 50 (62,5%) аёллар, 30 (37,5%) эркаклар ташкил этди. Бизнинг текширувларида қандли диабет касаллиги 50 ёшдан кейин кўпроқ учраши аниқланди. 50 ёшдан катта кишилар аёллар орасида 46 (92,0%), эркаклар орасида эса 26 (87,0%) кўрсаткичга эга бўлди. Барча беморлар стандарт текширув усуллари билан бирга касалликни келтириб чиқарувчи омилларни ўрганиш мақсадида касаллик тарихи, тана вазни, бўй узунлиги, АКБ, пульси, овқатланиш тартиби ўрганилди.

Олинган натижалар: Текширувдаги беморларнинг 18 (22,5%) нафари касаллик келиб чиқишини руҳий зўриқиш билан, 4 (5,0%) нафари овқат режимининг бузилиши билан боғласа, 5 (6,25%) нафари оиласида ҚД борлиги билан боғлайди. Беморлардан 53 (66,25%) нафари касаллигини ҳеч нарса билан боғлай олмайди. Беморларнинг тана вазни ва бўй узунлиги ўлчаниб Китле индекси ўрганилганда 20 (25,0%) беморда тери ости ёғ клетчаткасини нормал ривожланиши, 29 (36,25%) беморда I даражадаги семизлик, 19 (23,75%) беморда II даража семизлик, 4 (5,0%) беморда III даража семизлик аниқланади. Бу беморлардан фарқли равишда, 8 (10,0%) беморда тери ости ёғ клетчаткасини меъёридан паст ривожланганлиги хос бўлди. Назоратдаги беморлардан 8 (10,0%) нафарида гипертония касаллиги I босқичи, 32 (40,0%) нафарида гипертония касаллигининг II босқичи, 2 (2,5%) нафарида III босқичи аниқланди. Пульс текширувида 16 беморда кучсиз пульс аниқланиб (20,0%), 26 беморда (32,5%) тахикардия (пульсининг минутига 90 зарбадан кўп бўлиши), 2 беморда (2,5%) – брадикардия (пульсининг минутига 60 зарбадан кам бўлиши) характерли бўлди. Юрак ритмининг бузилишларидан экстрасистолия 6 (7,5%) беморда, титроқ аритмия 3 (3,75%) беморда (тахисистолик тури) ривожланганлиги топилди. Қолган 27 беморда (33,75%) пульс ўзгаришсиз бўлди. Беморларнинг ҚД II типни билан оғриганлиги аниқлангандан кейин 18 (22,5%) нафари пархезга риоя қилаётган бўлса, қолган 62 (77,5%) нафар бемор умуман пархезга риоя қилмаслиги аниқланди.

Хулоса: Демак, ҚД II типі ўрта ёшда (50 ёшдан кейин) кўп учраши кузатилди. Касалликни келтириб чиқарувчи сабаблар семизлик, артериал гипертензия, овқатланиш режимининг нотўғрилиги сабаб бўлаётган бўлса, ҚД II типиди уларни қўшилиб келиши юрак қон-томир ва ички аъзо касалликларини оғир кечишига олиб келиши кузатилди. Шунинг учун, хавф омиллари кузатилганда қондаги қанд миқдорини назорат қилиш ҚД II типини олдини олишга хизмат қилади.

РОЛЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В СХЕМЕ ПРОТИВОШОКОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМЕ

*Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Туляганов Д.Б.,
Абдуллаев У.Х.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Тяжелая ожоговая травма всегда является шокогенным поражением. Ожоговый шок проявляется гемодинамическими расстройствами, нарушениями микроциркуляторного русла, почечной функции, функции желудочно-кишечного тракта и изменениями психо-эмоционального состояния пострадавшего.

Ожоговый шок рассматривается как разновидность травматического, но в нем имеются и существенные отличия от типичного травматического шока, которые определяются массивными сдвигами водных пространств с развитием длительно сохраняющегося отека в зоне поражения. Выход жидкости из сосудистого русла в интерстициальное пространство приводит к гиповолемии.

Результаты собственных исследований показывают, что частота встречаемости ожогового шока разной степени тяжести среди госпитализируемого контингента пострадавших составляет 16,9%. Из них 39,3% составляет ожоговый шок тяжелой и крайне тяжелой степени, при которых отмечаются значительные нарушения витальных функций организма. При этом летальность в периоде ожогового шока в структуре общей летальности от ожогов составляет 1,6%.

Инфузионно-трансфузионная терапия в раннем периоде после травмы является одним из основных компонентов в схеме противошоковой терапии, так как чем быстрее восстанавливается микроциркуляция, тем ниже вероятность развития синдрома полиорганной недостаточности. Однако, при тяжелом ожоговом шоке быстрое восполнение сосудистого русла кристаллоидами, коллоидами и глюкозированными растворами не всегда позволяет восстановлению микроциркуляции и клеточного гомеостаза, иногда даже создает условия для развития СПОН за счет развития тканевого отека, особенно в слизистой кишечника и легких, нарушения микроциркуляции в которых наиболее выражены при шоке. Поэтому необходимо стремиться к восстановлению микроциркуляции в короткие сроки, используя адекватное минимальное количество жид-

кости, необходимой для поддержания физиологических функций организма.

Изучая данные литературы, основываясь на собственном опыте в ежедневной клинической практике для расчета объема инфузионной терапии для взрослых пациентов, мы придерживаемся формулы Назарова П.И. (1994г.): $ИТ = 3 \times МТ \times ОПО$. Для расчета объема инфузионной терапии у тяжелообожженных детского возраста применяется формула Darrow D.C. (1964г.): $ИТ = ФП + 2 \times МТ \times ОПО$. Максимальный показатель общей площади ожога равняется 50% поверхности тела. Соотношение кристаллоидов и коллоидных растворов в первые сутки составляет 3:1. Во вторые сутки – тот же объем жидкости, но соотношение растворов 1:1, а также плазма и альбуминотрансфузия.

Несмотря на широкое использование этих расчетных формул при определении необходимого объема инфузии должен иметь место индивидуальный подход с учетом соматического статуса пациента, показателей динамического мониторинга ЦВД и почасового диуреза.

Таким образом, значительные сдвиги водных пространств организма при ожоговом шоке, гемоконцентрация с гиповолемией приводят к нарушению микроциркуляции, обуславливают нарушения функции органов и систем. Адекватная по качеству и составу инфузионная терапия, направленная на восполнение ОЦК, ликвидацию нарушений микроциркуляции и нормализацию гемодинамики, создает благоприятные условия для более компенсированного течения последующих периодов ожоговой болезни, соответственно способствует улучшению результатов лечения.

БОЛАЛАРДА ПИОПНЕВМОТОРАКСНИ ДАВОЛАШ

Каримов Р.О.

**Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали
Болалар жарроҳлиги, анестезиология ва
реаниматология кафедраси**

Пиопневмоторакс деструктив пневмониянинг плеврал асоратли турларидан бири бўлиб, бунда плевра бўшлиғида ҳаво ва йиринг тўпланиши билан характерланади. Касалликни кечишини инобатга олиб, бунда ўз вақтида рационал адекват хирургик даволашни талаб қилади. Пиопневмотораксни даволашда касалликка эрта ташхис қўйиш плеврал бўшлиқни ўз вақтида тўғри ва адекват дренажлашга боғлиқ.

Клиник-рентгенологик текширувлар натижасига кўра пиопневмотораксда ўпканинг бронхоплеврал оқма билан зарарланган соҳаси плеврал бўшлиқдаги суюқлик сатҳидан юқорида бўлиши аниқланди. Шунинг учун плеврал бўшлиқдаги ҳаво ва йирингни тўлиқ эвакуация қилиш учун плеврал бўшлиқни юқоридан Сельдингер бўйича пункция қилиб ингичка катетер ўрнатиш, пастки қисмидан дренажлаш ўтказиш мақсадга мувофиқ топилди. Бунда юқоридаги катетердан плеврадаги ҳаво чиқиб ва ундан плеврал бўшлиқни ювиш учун дезинфекцияловчи суюқлик (фурациллин, декасан) юборилди.

Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази йирингли жарроҳлик бўлимида 2016-2017 йилларда 34 бемор пиопневмоторакс билан даволанди. Бунда рентгенологик маълумотларга асосланиб юқоридаги усул бўйича дренажлашдан кейинги 1-соатлардан бошлаб 28 беморда аҳволининг тез яхшиланиши кузатилди, 4 беморда катта бронхиал оқма бўлганлиги учун ўпка ёзилиши 2-3 кундан кейин кузатилди. 2 беморда ўпканинг ёзилиши даволашнинг кечки даврларида кузатилди. Бу дренажлаш усули билан даволашда беморларни касалхонада даволашни муддатлари қисқаришига эришилди. Шундай қилиб, ўпкани зарарланган жойини эътиборга олиб дренажлаш плеврал бўшлиқдан йиринг ва ҳавони тез эвакуациясига олиб келади, ўпкани ёзилишини тезлаштиради. Бунда ўпкадаги зарарланган ўчоқ тўлиқ тозаланиб бронхоплеврал оқмалар тез битишига эришилди.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ «ОСТРОЙ МОШОНКИ» У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Касимов З.Н., Аллаев М.Я., Расулов Я.М.,
Хакимов У.К., Халилов Ш.К.*

Андижанский филиал РНЦЭМП

Острые хирургические заболевание яичек, объединенные общим термином «синдром отечной мошонки» (СОМ), являются одной из распространенных патологией детской уроандрологии. Большинство этих патологий могут привести к аутоиммунной агрессии и атрофии яичка при несвоевременном лечении. Консервативное лечение и выжидательная тактика является причиной атрофии яичка в 60-80% случаях. Это не только является причиной нарушения репродуктивной способности человека, но и служит поводом к психической травме ребенка, его родителей и сексуальных расстройств у мужчин в будущем.

Цель и задача. Улучшение результатов лечения острых хирургических заболеваний яичка и его придаток, сохранение яичка как гормонального органа и его репродуктивной функции.

Материал и методы. Мы произвели анализ лечение 132 детей, поступивших с диагнозом СОМ за 2009-2018 гг. в детское хирургическое отделение АФ РНЦЭМП. Из них дети 0-3 лет – 17 (13%), 4-10 лет – 20 (15%), 11-14 лет – 28 (21%), 15-18 лет – 67(51%).

Результаты и обсуждение. Перекрут гидатаида с некрозом – 64 (48,8%) больных. Все они оперированы в экстренном порядке. Перекрут яичка – 23 (17,5%) больных. Все были оперированы. У 17 больных яичко сохранено. У 6 больных произведена орхоэктомия из-за позднего поступления. С неспецифическим орхоэпидидимитом поступило 32 (24%). Все они получали консервативное лечение. В течение 5-6 дней производили блокады семенного канатика с новокаином и антибиотиком по Лоренц-Эпштейну. 13 детей поступили с травмой, у 9 (7%) гематома мошонки. Из них у 3 больных произведено удаление гематомы. 4 (3%) ребенка с ранением мошонки – разрыв белочной оболочки и

эвентрация яичка – первичная хирургическая обработка рана. Оперативное лечение произведено 94 (71%) больным. Консервативное лечение 38 (29%) больным.

Выводы. Таким образом, при острых хирургических заболеваниях яичка целесообразно придерживаться активной хирургической тактики, что способствует профилактики тяжелых последствий этих заболеваний, атрофия яичка и бесплодия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Койуров А.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель: оценить эффективность и безопасность тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST старческого возраста.

Методы: включались больные, поступившие в первые 6 часов развития острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST не менее чем в 2 смежных отведениях ЭКГ на 2 мм и более, не имевших стандартных противопоказаний к проведению тромболитической терапии. Тромболитическая терапия проводилась при помощи внутривенной инфузии 1,5 млн стрептокиназы в течение 60 минут. Тромболитическая терапия считалась эффективной, если на ЭКГ, снятой через 3 часа после начала тромболитической терапии, имелось уменьшение элевации сегмента ST на 50% и более по сравнению с исходной. Для оценки статистической достоверности различий использовался критерий квадрат.

Результаты: было проанализировано 50 пациентов старше 75 лет и 176 пациентов моложе 75 лет, которым проводилась тромболитическая терапия и 36 пациентов старше 75 лет, которым тромболитическая терапия не проводилась. У пациентов моложе 75 лет электрокардиографические признаки реперфузии имелись у 122 человек, что составило 69%. В группе пациентов старше 75 лет признаки реперфузии имелись у 37 пациентов, что составило 74%. Достоверной разницы в частоте электрокардиографических признаков реперфузии у пациентов моложе и старше 75 лет не отмечено. Внутрибольничная летальность у пациентов старше 75 лет, не получавших тромболитическую терапию, составила 50%, а в группе больных, получавших тромболитическую терапию, летальность составила 14%, что достоверно ниже ($p=0,038$). Частота геморрагических осложнений у пациентов старше 75 лет, получавших тромболитическую терапию, была достоверно выше (28%), чем у пациентов старше 75 лет, не получавших тромболитическую терапию (5%, $p=0,0004$), и у больных моложе 75 лет, получавших тромболитическую терапию (8%, $p=0,002$).

Однако при анализе структуры геморрагических осложнений увеличивается количество геморрагий, не влияющих на прогноз, таких как кровотечения из мест венепункций, а число клинически значимых геморрагий у пациентов старше 75 лет, получавших тромболитическую терапию достоверно не увеличивается (6% по сравнению с 5% у пациентов старше 75 лет, не получавших тромболитическую терапию, и 2% у пациентов моложе 75 лет, получавших тромболитическую терапию).

Выводы: проведение тромболитической терапии у больных старческого возраста в первые 8 часов инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST позволяет снизить госпитальную летальность. При этом количество клинически значимых геморрагий, требующих лечения, достоверно не увеличивается.

ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНОЙ СУМКИ ПРИ ГНОЙНЫХ ПЕРИКАРДИТАХ У ДЕТЕЙ

Косимов З.Н., Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Гнойный перикардит (ГП) – тяжелая, угрожающая жизни патология сердечной сумки, являющаяся первичным или септическим осложнением, нередко заканчивающимся неблагоприятным исходом.

За период 2014-2019 гг. в Андижанском филиале РНЦЭМП наблюдались 14 детей с ГП различного возраста. 11 детей были младшего возраста. У 4 детей ГП был первичным, у – 10 вторичным, т.е. у 3 после гематогенного остеомиелита, у 2-х – деструкция легких, у 4-х – после ожоговой токсемии и у 1-го ребенка с сахарным диабетом. Диагноз был установлен на основании клинических, рентгенологических данных, а также данных ЭхоКГ-исследования. Проводились ЭКГ, КИГ, рентгенокардиометрия. Эхокардиометрия сердца и сосудов проводилась на аппарате «УЗКАР-3». У больных произведена однократная пункция перикарда в виде серозного выпота по Ларю. У 8 больных – дренирование сердечной сумки по Сельдингеру катетером №1 и №1,4, где выпот имел гнойный характер. При пункции была удалена вся жидкость. Ежедневно, по 2-3 раза производилось промывание сердечной сумки, теплым раствором фурацилина, ферментами, с последующим введением диоксидина по 5-10 мл. После эвакуации жидкости у всех больных сразу наступило клиническое и рентгенологическое улучшение. Бактериологический анализ гноя выявил в большинстве случаев золотистый стафилококк резистентный ко многим антибиотикам. Имел место комплексный принцип лечения гнойной инфекции у детей. Катетер в полости перикарда находился от 6 до 10 дней и был удален после полного осушения полости. В результате 13 детей были выписаны с полным выздоровлением, каких-либо нарушений со стороны

сердечного ритма выявлено не было. Лишь в 1 случае наблюдался летальный исход – ребенок 2-летнего возраста с ГП, у которого было удалено 400 мл гнойной жидкости. Тампонада сердца наступила в первые сутки.

Таким образом, залогом успешного лечения ГП у детей является длительная катетеризация полости перикарда и санация на фоне комплексного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОНТЕДЖИ У ДЕТЕЙ

Косимов М.А., Тожибоев Б.А.

Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

По данным различных авторов (А. И. Горенштейн, Б.Л.Гольдман, 1981 г.; Ходжаев Р.Р., Шоматов Х.Ш., 2005 г.) переломо-вывихи составляют 0,4-5,5% среди переломов предплечья, несмотря на их относительную редкость, неудовлетворительные результаты лечения достигают до 95%, а среди всех остаточные вывихи головки лучевой кости и несращённые локтевые кости переломо-вывихи Монтеджи составляют 11-13%. Малоэффективность общепринятых методов лечения, нередко сопряженных с множественными осложнениями, диктует поиск более рациональных методов, обеспечивающих точную репозицию и стабильную фиксацию отломков.

В течение с 2017 г. по 2019 г. в Сырдарьинском филиале РНЦЭМП лечились 19 детей с переломами диафиза локтевой кости в сочетании с вывихом головки лучевой кости в возрасте от 1 года до 18 лет: из них мальчики – 11 (57.81%), девочки – 8 (42.1%). 16 (84.2%) больных обратились первые 6 часов с момента травмы, 2 (10.5%) больных – в течение 24-48 часов, а 1 (5%) больной – после трех дней получения травмы, все лечились у местных врачей.

У 12 (63.1%) больных мы применяли консервативное лечение, которое заключается в закрытом вправлении головки лучевой кости с репозицией отломков локтевой кости под внутривенным наркозом. Под ЭОП контролируем репонированные костные отломки, после чего накладывали гипсовую лангету. После уменьшения отека повторяли контрольную рентгенографию на 2-3-ьи сутки. Безуспешные закрытые репозиции и вторичные смещения костных отломков локтевой кости потребовали применения более рациональных методов лечения.

Позднее обращение 5 больных за медицинской помощью не позволило закрытому вправлению компонентов повреждений Монтеджи. Хотя у трех больных была вправлена головка лучевой кости, но неудовлетворительные состояния костных отломков локтевой кости потребовало оперативного вмешательства, которое объясняется в интерпозиции мягких тканей в области перелома.

Из существующих оперативных методов лечения больных с повреждением типа Монтеджи мы чаще применяли следующие методы:

1 – закрытая репозиция с антеградным интрамедуллярным остеосинтезом локтевой кости и их фиксация гипсовой лонгетой при успешном вправленном головки лучевой кости;

2 – открытое вправление головки лучевой кости с ретроградным интрамедуллярным остеосинтезом локтевой кости и фиксация гипсовой лонгетой;

3 – открытое вправление головки лучевой кости с ретроградным интрамедуллярным остеосинтезом локтевой кости и их фиксация с аппаратом Илизарова;

При позднем обращении за медицинской помощью больных развитая мускулатура, широкий канал локтевой кости и сложности биомеханики локтевой кости у подростков с повреждением Монтеджи требуют более стабильных методов фиксации. С этой целью в нашей клинике широко применяется открытое вправление головки лучевой кости с ретроградным интрамедуллярным остеосинтезом локтевой кости и их фиксация с аппаратом Илизарова по методу клиники НИИТО МЗ РУз.

Выводы. Анализ результатов лечение детей с повреждениями Монтеджи общепринятыми методами снижает развития вторичных смещений отломков, развития параартикулярных процессов в мягких тканях, контрактуры, тугоподвижности и деформации локтевого сустава. Своевременное обращение больных с повреждениями Монтеджи в лечебных учреждениях снижает риск неудовлетворительных результатов лечения. При длительном лечении больных гипсовыми повязками, ограничивающих движение в локтевом суставе, приводит к контрактуры локтевого сустава. Закрытая вправление головки лучевой кости с закрытой репозицией локтевой кости с антеградным интрамедуллярным остеосинтезом локтевой кости дает возможность сохранить целостность кожи больного, и не нарушает кровообращения на месте перелома, что сокращает срок реабилитации на 2-3 недели.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НА РЕАНИМАЦИОННОМ И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСЛЕДСТВИЙ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАНЫХ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА

Косимходжиев М.И., Давлатов Б.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Как известно, достижения медицинской науки в последние десятилетия способствовали снижению летальности при множественных и сочетанных травмах (МСТ), однако тяжесть и стойкость соматических и вегетативных расстройств является причиной инвалидизации, в особенности больных с травмами позвоночника.

Цель исследования. Изучение вопросов социальной адаптации больных с МСТ с применением различ-

ных физических методов лечения и реабилитационных мероприятий на всех этапах травматической болезни (ТБ), в особенности на реанимационном и госпитальном этапах медицинской помощи.

Материалы и методы. Материалом для анализа послужило изучение 39 больных с множественной и сочетанной травмой позвоночника (МСТП), из них мужчин – 26 (66,7%), женщин – 13 (33,3%), в основном пострадавшие молодого трудоспособного возраста.

По уровню повреждения позвоночника и спинного мозга (СМ) больные распределялись следующим образом: шейный отдел позвоночника – 4 больных (9,5%), грудной отдел – 6 больных (19%), поясничный отдел – 19 (71,5%) больных.

Результаты и обсуждения. При разработке плана и выполнения лечебных мероприятий, в том числе и упражнения ЛФК, в каждом конкретном случае нами учитывались следующие особенности МСТП:

- уровень и количество поврежденных сегментов позвоночника и их характер (стабильный, нестабильный),
- локализация и степень травмы СМ,
- сопутствующие осложнения позвоночной травмы,
- степень выраженности внепозвоночных повреждений и заболеваний,
- периоды ТБ и компенсаторных возможностей организма,
- реабилитационный диагноз.

Задачей медицинской реабилитации у вышеперечисленных групп больных были этапные мероприятия, включающие: ранний, восстановительный и отдаленные этапы.

Ранняя реабилитация – дисциплина, находящаяся на стыке таких специальностей, как нейрореаниматология, нейротравматология, неврология, нейрофизиология, ЛФК, физиотерапия, логопедия, нейропсихология, эрготерапия. В остром периоде ТБ реабилитационные мероприятия ограничиваются проведением физических упражнений, направленных на нормализацию сердечно-сосудистой деятельности, борьбу с дыхательной недостаточностью, профилактику пневмонии на увеличение мышечной силы, предупреждение и лечение мышечной атрофии, контрактур, тугоподвижности и деформаций суставов, трофических нарушений и др. Являющиеся осложнениями травм ЦНС и так при длительной иммобилизации конечностей. Выше указанные мероприятия осуществляются на реанимационном и госпитальном этапах МСТП.

Восстановительный этап реабилитации включает комплекс упражнений ЛФК, направленных на восстановление нарушений функций, не только нервно-мышечного аппарата, но и предупреждению и устранению повышенной спастичности мышц, а также болевого синдрома. В зависимости от исходного состояния двигательных функций упражнения ЛФК направлены на развитие опоры и подвижности туловища и конечностей. На данном этапе большое значение приобретает психо-эмоциональная и бытовая адаптации, включающие навыки по самообслуживанию с обучением сиде-

ния и стояния, обучение ходьбе с применением специально разработанных приемов замыкания коленных суставов и опоры, широко используются механотерапия, массаж, электростимуляция.

Такая детализация объема специализированной помощи в различных периодах ТБ позволяет направить многоступенчатые и сложные реабилитационные мероприятия в нужном направлении, что в целом обеспечивает адаптацию больных в новых условиях.

Отдаленный реабилитационный период включает в себя реабилитацию больных с последствиями тяжелой травмы позвоночника, где основную роль играет санаторно-курортное лечение. На данном этапе реабилитации часто целесообразным бывает сочетание ряда физических методов, дополняющих друг друга, влияющих на различные саногенетические механизмы в целях суммирования их действия для более активной реакции организма. Применение всех физиотерапевтических методик, а также при комбинированном использовании физических методов нужно соблюдать строгую последовательность назначения, этапность их применения и терапевтический интервал между процедурами, в противном случае превышение функционального порога может привести к срыву систем адаптации.

Анализ ближайших и отдаленных результатов комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, позволяет утверждать, что при повреждениях шейного отдела позвоночника хорошее восстановление функций отмечалось в 2 (5,1%) наблюдениях, в 2 (5,1%) оно было удовлетворительным. Из 6 (15,4%) пострадавших с осложненными МСТП на фоне переломов грудного отдела позвоночника у 4 (10,3%) было хорошее восстановление функции СМ, у 1 (2,6%) – удовлетворительное, у 1 (2,6%) – без перемен. При травме поясничного отдела позвоночника (у 11 (28,2%)) наблюдалось почти полное восстановление функции СМ, у 4 (10,3%) частичное, у 4 (10,3%) регресса симптоматики не отмечалось.

Выводы. Таким образом, дифференцированное и комплексное применение разнообразных методов восстановления и компенсации двигательных функций позволяет существенно повысить общий эффект нейрохирургического и ортопедического лечения больных с МСТП, способствующий их оптимальной физической и социальной реабилитации.

СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОГО ТРАКТА ПРИ СОЧЕТАНИИ АНТИБИОТИКОВ С ИММУНОМОДУЛЯТОРАМИ

Мадаминов Ф.А., Мадаминов А.С.

Отделение хирургии №2 ХФ РНЦЭМП

Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная) инфекция – это состояние организма, которое является следствием ответной реакции на наличие в организме инфекционного агента или его токсина, ко-

торой не было до проведения медицинских процедур и поступления пациента в стационар. Возникшую инфекцию следует считать нозокомиальной, если между ее проявлением и процедурой, вызвавшей ее, прошло не менее 48 часов.

Цель исследования. Изучение снижения частоты развития нозокомиальной инфекции мочевого тракта (НИМТ) при сочетании антибактериальных препаратов с иммуномодуляторами.

Материал и выводы. Ретроспективно нами изучены истории болезни 178 больных в возрасте от 14 до 84 лет, получивших стационарное лечение в отделении в течение 2018 г. и январе месяце 2019 г. Спустя двое суток после выполнения эндоурологических и традиционных вмешательств у пациентов появились симптомы инфекции мочевого тракта (ИМТ). С целью профилактики развития НИМТ больным назначены антимикробные препараты: цефалоспорины, фторхинолоны и иммуномодуляторы. Больные были разделены на две группы. В 1-ю группу были включены 106 больных. С целью профилактики НИМТ они получали цефуроксим – парентеральный цефалоспорин 2-го поколения по 0,75 г 3 раза в сутки внутримышечно или внутривенно в течение 7 дней и фторхинолоновый антибиотик 3-го поколения левофлоксацин парентерально по 500 мг, содержащийся в 100 мл инфузионного раствора 5 дней с последующим пероральным приемом по 500 мг в течение 7 дней. 2-ю группу составили 72 больных, которым с целью профилактики НИМТ на фоне вышеуказанных антибактериальных препаратов назначали иммуномодулятор отечественного производства иммуномодулин по 1 мл внутримышечно 1 раз в день в течение 10 дней

Результаты. В первой группе НИМТ встречалась у 26 (25%) больных. Скрытая бактериурия имела место у 12, острый эпидидимит – у 4, гнойный уретрит – у 6, острый пиелонефрит – у 3, уросепсис – у 1. Во второй группе НИМТ отмечалось у 12 (17%) больных, из них скрытая бактериурия – у 6 пациентов, острый эпидидимит – у 2, гнойный уретрит – у 2, острый пиелонефрит – у 2.

Выводы. При применении антибактериальных препаратов в сочетании с иммуномодуляторами частота развития НИМТ снизилась на 8%, кроме того, НИМТ будет протекать в легких формах, что доказывает ключевую роль в развитии инфекции резистентности макроорганизма.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПОНДИЛОДИСЦИТА

*Мамадалиев А.Б., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю,
Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б., Ташланов М.М.*

Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Спондилит характеризуется тяжестью течения и высокими показателями неудовлетворительных результатов.

Материал и методы. В нейрохирургическом отделении АФ РНЦЭМП с 2015 по 2018 год было проведено 237 оперативных вмешательств по поводу осложненных грыж поясничного отдела позвоночника, из них у 5 (2,1 %) больных послеоперационный период осложнился спондилодисцитом. Все больные женского пола. Возраст больных от 35 до 60 лет.

При клиничко-неврологическом обследовании отмечено наличие сильного болевого синдрома, который усиливался при движениях в постели, нарушение чувствительности в виде гипестезии и онемения в зоне иннервации вовлеченных в процесс корешков, повышение температуры тела.

При исследовании крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ. На спондилограммах и МСКТ позвоночника патологический процесс отмечался на уровне одного позвонка у 3 (60,0 %) и на уровне 2-х смежных позвонков у 2 (40,0 %) больных.

Больным назначали комбинацию антибиотиков, обезболивающих, препаратов, улучшающих кровообращение, НПВС и гормональную терапию.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения у 3 больных отмечено улучшение состояния, исчезновение болевого синдрома, регресс неврологической симптоматики. Больные активизированы через 14 дней после операции. У 2 больных в дальнейшем продолжали лечение по месту жительства и улучшение наблюдали через 3 месяца после операции.

Вывод. Таким образом, послеоперационный спондилодисцит является тяжелым осложнением и требует длительного лечения.

ТРУДНОСТИ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Мамедов Б.К., Хамроев Д.К., Темиров Ф.У.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Современные представления о проведении нутритивной поддержки у детей с тяжелой термической травмой основаны на знаниях о метаболических расстройствах, возникающих в результате воздействия термического поражения. При этом стремительное увеличение энергопотребностей сочетается с невозможностью проведения естественного питания в связи с проведением искусственной вентиляции легких и парезом желудочно-кишечного тракта, а также наличием стрессовых язв. Качественная нутритивная поддержка позволяет добиться снижения частоты осложнений, а также сократить длительность синдрома полиорганной недостаточности. Однако, несмотря на явную эффективность применения нутритивной поддержки, до сих пор не ясно, когда и в каком объеме начинать ее проведение.

Цель исследования: клиническая оценка назначения раннего (от момента травмирования) энтерального питания.

Материалы и методы. В периоде 2015-2018 гг. в детском реанимационном и комбустиологическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП обследовано 29 детей с тяжелой термической травмой ввозрасте от 1 до 3-х лет с термическим поражением (III Б-IV ст. – от 30 до 60% П.Т.).

Результаты исследования. Искусственное кормление осуществлялось через зонды небольшого внутреннего диаметра (3-5 мм), установленные назогастрально сразу после выхода из шока на 3-5сутки после травмы. Кормление проводилось капельно полуэлементными смесями медленно (7 раз с 2-часовым интервалом) малыми объемами с постепенным увеличением концентрации растворов до необходимого максимума и объема смеси. Недостающую энергетическую потребность компенсировали препаратами для парентерального питания. В большинстве случаев назначение энтерального питания сопровождалось различными проявлениями дисфункции пищеварительного тракта. Из наблюдаемых детей у 4-х человек наблюдалась многократная рвота, в 7 случаях – диарея. Парез желудочно-кишечного тракта отмечен у 12 наблюдаемых детей. В 3 случаях из 10 были отмечены диарея, нарушение эвакуации содержимого желудка, что было расценено как результат нарушения техники кормления (указанные расстройства корригировались уменьшением концентрации препарата). Кровотечения из желудочно-кишечного тракта отмечены в 1-м случае. Полученный в процессе работы опыт способствовал разработке тактики, позволяющей нивелировать такие нарушения посредством подбора оптимальной смеси, техники ее введения (в ряде случаев – проведение зонда в тощую кишку) и мониторинга состоятельности энтеральной поддержки.

Обсуждение. Методика раннего энтерального питания у детей раннего возраста в критических состояниях является инвазивной процедурой, требующей к себе соответствующего отношения. Назначение раннего энтерального питания детям с ожоговой болезнью сопряжено с рядом технических сложностей, поэтому необходимо методическое обучение медицинского персонала, прежде всего, сестринского, а также проведение биохимического и инструментального мониторинга.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*Махкамов К.Э., Джуманов Л.М., Махкамов М.К.,
Тухтабеков З.Л., Насимов С.Т., Усмонов А.Н.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Черепно-мозговая травма у детей является наиболее распространенным видом травмы, встречается чаще, чем у взрослых и, по данным различных авторов, составляет 21-75% всех госпитализированных.

В структуре смертности детей ведущее место занимают несчастные случаи, среди которых черепно-мозговые повреждения составляют 35-56,9% и у 10% детей являются основной причиной смерти. Анализируются особенности течения травматического повреждения головного мозга у детей, однако не уделяется должного внимания возрастной характеристике клинических форм ЧМТ, значительно варьирующей в зависимости от того, в каком возрасте была получена травма.

Целью исследования явилось выявление особенностей клинического течения тяжелой ЧМТ у детей первого года жизни.

Материалы и методы. За период 2018 г. в отделении хирургии поврежденных детского возраста с нейрохирургией РНЦЭМП пролечено 101 больной ребенок первого года жизни с тяжелой ЧМТ.

В первые 6 ч после травмы госпитализированы 63 ребенка, спустя 1-3 сут – 31, 3-10 сут – 6 и 10-14 сут – 1. У 64 детей была закрытая, у 30 – открытая непроникающая и у 7 – открытая проникающая ЧМТ. Ушибы тяжелой степени были у 53 детей и у 27 – ушиб со сдавлением.

Диффузных аксональных повреждений в этом возрасте мы не наблюдали. Перелом свода черепа был у 79 детей (78,2%), основания черепа – у 22 (21,8%). У 72 детей ушибы мозга сопровождались субарахноидальным кровоизлиянием. Внутрочерепная гематома и гидрома диагностирована у 24 детей, у 14 – вдавленные переломы. Потеря сознания у детей первого года жизни наблюдается редко – в 20,7% случаев. Поэтому наиболее часто родители обращаются к врачу по поводу появления у ребенка податопневротической гематомы. Поступили в клинику в удовлетворенном состоянии (по ШКГ – 15 баллов) 24% детей в возрасте до года, 38% – в оглушенном состоянии (13-14 баллов), 24% – в состоянии сопора (9-12 баллов) и 14% в коматозном состоянии (4-8 баллов). Светлый промежуток был у 21 ребенка (20,8%). Однократная или многократная рвота отмечена у 48 детей. Чаще родители обращали внимание на заторможенность, сонливость, вялость ребенка (42 детей). Психомоторное или двигательное возбуждение было у 18 детей. Грубые неврологические расстройства в виде выпадений функций наблюдались у единичных больных. Эписиндром был у 21 ребенка. Постуральные реакции, декортикационная и дезеребрационная ригидность были соответственно у 8 детей. Скудность очаговой и общемозговой симптоматики у детей первого года жизни, стертое и малосимптомное течение тяжелой черепно-мозговой травмы создает видимость легкости травмы.

Исходы ЧМТ у детей до 1 года при своевременной диагностике и адекватном лечении благоприятны. Показание летального исхода – 8,08%.

Вывод. Анатомо-физиологические особенности черепа и головного мозга у детей первого года жизни (наличие родничков и открытых швов, сравнительно малое основание черепа по отношению к своду, широкие субарахноидальные щели, высокая гидрофиль-

ность и функциональная незрелость ткани мозга, незначительная дифференцировка корковых центров и богатая васкуляризация мозга) своеобразно влияют на клинические проявления ЧМТ в этом возрасте.

ПАТОГЕНЕЗ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ

Махмудов Х.О., Аббосхонов Г.Х., Исаков А.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

По результатам экспериментально-клинических исследований в формировании жировой эмболии мы усматриваем два пути его развития: внешний и внутренний.

Внешний путь – распространение жира с током крови после попадания в сосудистое русло приводит к эмболизации сосудов легких и органов большого круга кровообращения различной степени тяжести.

Мы считаем, что эмболы проникают в сосуды малого и большого круга одновременно, а в сосудах легких задерживаются лишь наиболее крупные жировые глобулы. Подтверждением этого является их обнаружение в крови, взятой из подключичной и периферической вен во время обработки костномозгового канала при операциях на трубчатых костях. В пользу одновременного поступления жира в сосуды малого и большого круга кровообращения свидетельствуют такие ранние достаточно постоянные симптомы синдрома жировой эмболии, как гипертермия, петехии, печеночная и почечная дисфункции, желтуха, изменения сетчатки, которые трудно объяснить только жировой эмболией легких. Эмболизация сосудов легких и других органов приводит к нарушению микроциркуляции развитию СПОН. В первую очередь поражаются печень и легкие с развитием функциональной недостаточности. Защитным механизмом является активация липоидеретической функции организма, что заключается в активации различных групп липаз, фагоцитарной активности, которая при отсутствии блокады провоцирующих факторов может принимать патологический характер и приводить к возникновению порочного круга. О снижении липазной активности в результате потребления свидетельствуют многочисленные исследования, показавшие различную активность липолитических ферментов в разные сроки развития патологического синдрома. Все эти процессы приводят к нарушению системного метаболизма жира, нарушению эмульсионной стабильности липидов плазмы и накоплению токсичных продуктов нарушенного метаболизма липидов. Результатом этих процессов является внутрисосудистое формирование жировых глобул, их циркуляция в крови и дальнейшая эмболизация сосудов малого и большого круга кровообращения.

Таким образом, исходом внешнего пути формирования синдрома жировой эмболии является развитие функциональной недостаточности печени и легких с истощением их липоидеретической функции. Данные обстоятельства явились основанием для обоснов-

вания и использования субстрата, корригирующего, прежде всего, печеночную недостаточность, таковым нам представляется Гепасол А, который способствует нормализации метаболических процессов в печени: синтез альбумина, апопротеинов, транспортных форм липопротеидов, повышает антиоксидантный потенциал, купирует активацию процессов перекисного окисления.

До настоящего времени наиболее распространенным способом профилактики и лечения жировой эмболии является внутривенное использование препарата липостабил (эссенциале).

К недостаткам данного способа следует отнести то, что эффективное действие липостабила (эссенциале) проявляется лишь при длительном его применении в больших дозах (до 2 гр/сутки), а введение препарата в дозе 20-40 мл в течение даже нескольких суток не влияет на удаление жировых глобул из крови, что подтверждено нашими экспериментальными исследованиями. Другим способом является внутривенное введение 33% раствора этилового спирта. Однако спирт имеет узкую терапевтическую широту действия препарата, низкий темп его утилизации организмом и даже профилактическая его доза может вызывать интоксикацию, побочные эффекты в виде тошноты, рвоты, двигательного возбуждения. 2-летний опыт применения Гепасола доказал 100% его эффективность при лечении и профилактике данного синдрома.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Мирсайдуллаев М.М., Ортиков М., Йулдошев А., Соткинов Т.Х.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель. Дать клинико-эпидемиологическую характеристику госпитализированным кардиологическим больным с ХСН в зависимости от сократительной функции левого желудочка, выявить предикторы снижения фракции выброса (ФВ).

Методы исследования. В исследование включены 65 больных, поступивших в отделение экстренной кардиологии Наманганского филиала РНЦЭМП (средний возраст $67,6 \pm 9,9$ года, 30 мужчин и 35 женщин), которым установлен диагноз ХСН и проведено стандартное ЭхоКГ-исследование с определением ФВ по Teichholz. Участники с ФВ ЛЖ $\geq 50\%$ классифицировались как имеющие сохранную ФВ, с ФВ $< 50\%$ – как сниженную.

Результаты. По результатам исследования 30 (46%) пациентов имели сниженную и 35 (54%) – сохранную ФВ ЛЖ. Сравнимые группы оказались сопоставимы ($p > 0,1$) по возрасту и полу, у пациентов обеих групп одинаково часто встречались артериальная гипертензия и стенокардия, сахарный диабет, фибрилляция предсердий, приобретенные пороки сердца. Среди пациентов со сниженной ФВ значительно чаще встречался в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (73,3%

против 25,7%; $p < 0,001$). Частота клинических симптомов между группами различалась за счет более частой регистрации у больных со сниженной систолической функцией ЛЖ отека легких (19% против 0%, $p = 0,030$), пароксизмального ночного удушья (63,3% против 5,7%, $p < 0,001$), положения ортопноэ при поступлении (56,6% против 0%, $p < 0,001$), застойных хрипов в легких (66,7% против 8,5%, $p = 0,001$), периферических отеков (43,3% против 14,3%, $p = 0,040$). У больных с сохранной систолической функцией отмечены более высокие цифры систолического (150 против 119 мм рт.ст., $p < 0,001$) и диастолического АД (88 против 76 мм рт.ст., $p < 0,001$). При сравнении лабораторных показателей в группе больных со сниженной ФВ обнаружены более высокие уровни мочевины (9,80 против 6,00 ммоль/л, $p = 0,004$). Выявлены обратные корреляции ФВ с содержанием мочевины ($r = -0,41$, $p = 0,005$).

По данным рентгенографии, в группе больных со сниженной ФВ чаще обнаруживались кардиомегалия (50% против 5,7%, $p < 0,001$) и признаки застоя в легких (36,6% против 0%, $p = 0,002$). По данным ЭхоКГ, у больных ХСН со сниженной систолической функцией значительно чаще встречались локальные нарушения сократимости (80% против 14,3%, $p < 0,001$), индекс массы миокарда ЛЖ у этой группы пациентов значительно превышал показатели группы сравнения (149 против 119 г/м², $p = 0,001$), более выраженными оказались нарушения диастолической функции (Е/А 3,3 против 0,8, $p = 0,001$).

Выводы. Среди госпитализированных больных с ХСН почти половина составили пациенты с сохранной систолической функцией ЛЖ. Наличие в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда – основной предиктор снижения сократительной функции ЛЖ. Положение ортопноэ, отек легких и рентгенологические признаки застоя в легких являются наиболее специфичными клиническими признаками низкой сократительной функции левого желудочка у больных ХСН (специфичность 100%).

ВЛИЯНИЕ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Назарова М.Х., Курёзов Р.С., Акилова Ш.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Целью данной работы явилось изучение влияния β -адреноблокаторов на структурно-функциональные изменения миокарда у больных, перенесших инфаркт (ИМ), осложненный острой аневризмой левого желудочка (ОАЛЖ) в ранние и отдаленные сроки.

Материал и методы. Обследованы 25 больных с ИМ, осложненным ОАЛЖ в возрасте от 31 до 72 лет. Средний возраст составил $54,26 \pm 0,53$ года. Больные госпитализированы в отделение кардиотерапевтической реанимации и неотложной кардиологии с терапией

№1 РНЦЭМП, где проведено базисное лечение. Пациенты рандомизированы в две группы: в первую группу включены 13 больных, получавших стандартную терапию (β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, антикоагулянты, антиагреганты), во вторую группу включены 12 больных, получавших стандартную терапию без β -адреноблокаторов (которым последний был противопоказан).

Геометрические, структурные и гемодинамические характеристики сердечной мышцы изучались при помощи эхокардиографии. Определяли конечный диастолический (КДР) и конечный систолический (КСР) размеры полости левого желудочка, размер левого предсердия (ЛП), толщину межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщину задней стенки (ТЗСЛЖ). Вычислялись следующие количественные показатели: фракция выброса (ФВ), конечный диастолический (КДО) и конечный систолический (КСР) ударный объем (УО) ЛЖ. Все больные на фоне базисной терапии обследованы в двух этапах: 1-5-ые сутки и через 6 месяцев от начала болезни. Статистический анализ материалов проводился с использованием критерия *t* Стьюдента. Достоверным считали результат статических исследований при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В обеих группах отмечались статически значимое нарастание КДР ЛЖ, но в конце 6-го месяца показатели КДР ЛЖ в 1 группе достоверно уменьшались. Средние значения КСР ЛЖ в исследуемых группах больных имели сходную динамику. Объемные характеристики (КДО, КСО) ЛЖ достоверно сходно возрастали в обеих группах. Гемодинамические изменения характеризовались тем, что у больных 1 группы происходил значимый рост УО ЛЖ ($88,47 \pm 2,47$). Функциональное состояние ЛЖ мы оценивали по его ФВ – наиболее популярного интегрального показателя сократительной способности миокарда. К 6 месяцу исследование во 2 группе ФВ ЛЖ практически не изменялось, а в группе 1 отмечалось возрастание ФВ ЛЖ (от $40,5 \pm 0,97$ возрастало до $46,31 \pm 0,71$).

Полученные данные показывают, что β -адреноблокаторы + базисная терапия в значительной степени противостоят изменению сферичности полости ЛЖ, увеличивают сердечный выброс, улучшая внутрисердечную гемодинамику, благоприятно влияют на клиническое течение заболевания.

РОЛЬ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н., Хайдарова Д.Д.,
Хасанжанова Ф.О., Насырова Д.А.*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский институт**

Заболевания сердечно-сосудистой системы являются ведущей причиной смертности и утраты трудоспособности во всех развитых странах мира. Вклад

ишемической болезни сердца (ИБС) в смертность от сердечно-сосудистых событий (ССС) составляет около 50%. Учитывая большую клиническую и социальную значимость ИБС, выявление и изучение новых факторов, предрасполагающих к ухудшению ее течения, а также разработка мероприятий, направленных на сохранение здоровья граждан, являются актуальными задачами современного здравоохранения.

Цель исследования: изучить влияние аффективных нарушений на уровень цитокинов при нестабильной стенокардии.

Материалы исследования: на базе СФ РНЦЭМП в отделениях экстренной терапии и кардиореанимации было обследовано 133 больных (102 мужчины и 31 женщина) в возрасте от 35 до 75 лет (средний возраст $62,57 \pm 0,75$ года), страдающих нестабильными формами ИБС, поступивших в первые 2-6 часов от начала приступов. Все больные тестировались с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Взятие крови производилось натощак, между 9 и 10 часами утра. Содержание цитокинов определялось методом мультиплексного анализа белков на приборе BioPlex (фирма BioRad, США), с использованием соответствующих коммерческих тест-систем для определения IL-1 β , IL-6 и TNF α (фирма BioRad, США). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета SPSS 14.0. Данные представлены в виде среднего значения величины со среднеквадратичной ошибкой среднего. Достоверность различий оценивалась с помощью теста Манна–Уитни.

Результаты исследования. На основании данных психопатологического обследования все пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составил 71 больной ИБС с клинически значимыми тревожно-депрессивными нарушениями, вторую – группу сравнения – 62 больных ИБС без аффективных расстройств. В свою очередь, больные из основной обследуемой группы были разделены на три подгруппы в зависимости от вида аффективного расстройства: изолированного депрессивного, изолированного тревожного или коморбидного варианта подобных нарушений настроения – тревожной депрессии. При сопоставлении основной обследуемой группы с группой сравнения по основным демографическим и клиническим характеристикам было выявлено несколько достоверных статистических различий. Так, среди больных ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными нарушениями было больше женщин, чем среди пациентов с ИБС. Анализ содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови показал, что у больных ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами уровни IL-6 и TNF α были выше, чем в контрольной группе сравнения ИБС без нарушений настроения и эти различия были статистически достоверными ($p < 0,05$). Различия по уровню IL-1 было статистически недостоверным. Также были проанализированы уровни цитокинов в группах больных ИБС, страдающих изолированными депрессивными, изолированными тревожными рас-

стройствами и тревожной депрессией, в сравнении с группой контроля. В группе больных ИБС в сочетании с тревогой был достоверно выше уровень IL-6. В группе больных ИБС в сочетании с депрессией были достоверно выше уровни IL-6 и TNF α . В группе больных ИБС в сочетании с тревожной депрессией достоверно выше был уровень TNF α .

Выводы. Таким образом, при сравнении маркеров воспаления – цитокинов у больных ИБС в зависимости от наличия или отсутствия аффективных нарушений тревожно-депрессивного спектра были получены результаты, ассоциирующиеся с повышением IL-6 и TNF α у лиц с коморбидной патологией. Возможно, в этом причина высокой летальности больных ИБС с расстройствами настроения, возможно, это связано с другими факторами.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ниматов Ш.М., Тургунбоев Ш.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП

С целью изучения дополнительных диагностических критериев клинических ситуаций при нефатальном остром коронарном синдроме (ОКС) у лиц разного пола и возраста проведен анализ данных 200 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиотерапевтической реанимации в ФФ РНЦЭМП в 2018 году. Все пациенты лечились консервативно. Женщины (Ж) были разделены на две возрастные подгруппы: < 70 лет (n=32) и > 70 лет (n=50); 118 мужчин (М) – на три: < 50 лет (n=28), от 50 до 60 лет (n=38) и >70 лет (n=52). Анализ факторов риска ОКС показал, что курение было одинаково распространено в группах М<50 лет и 50-60 лет, где курили 60,7 и 60,5% пациентов, что было достоверно реже, чем у М>70 лет (26,9%). Только 1 Ж 70 лет отметила факт курения в течение 15 лет. Сахарным диабетом страдали 34,5% Ж< 60 и 26,0% Ж> 60 лет, что было достоверно чаще, чем в группе М (соответственно 7,1; 10,5 и 9,6%). Избыточную массу тела и ожирение (индекс МТ=25,0 – 29,9 и >30кг/м²) имели 28 и 56% Ж< 60 лет и 29,3 и 56,1% Ж> 60 лет; а также 31,6 и 42,1 % М<50 лет; 38,5 и 42,3% М<60 лет и 39,5 и 18,5% М>60 лет. Таким образом, в группе М с ОКС в возрасте старше 70 лет, в отличие от женщин, распространенность ожирения снижается. 7,3% Ж и 11,9% М ранее перенесли ОНМК, 22,0% Ж и 32,2% М – острое коронарное событие. Распределение всех случаев ОКС у Ж показало достоверное преобладание нестабильной стенокардии (НС) у Ж < 70 лет (50,0%) и недостоверное (40,0%) у Ж >70 лет, при этом частота ОИМ с подъемом ST (СТОИМ) не различалась и составила 28,2% и 30,0%. У М в группах <50 лет и >70 лет наиболее часто встречался СТОИМ (46,4 и 44,2%), в

то время как в возрастной группе М 50-60 лет все виды ОКС встречались одинаково часто.

Для выяснения информативности использования дополнительного критерия оценки реактивности иммунной системы на основании лейкоцитарной формулы по Л.Х. Гаркави (1990) проанализирована частота встречаемости реакции типа «стресс», при которой процент лимфоцитов снижается менее 20. Этот тип реакции встретился у 53,8% М <50 лет с СТОИМ, у 37,5% М этого возраста с НСТОИМ и только у 14,3% пациентов с НС (p=0,03). Это же явление на уровне тенденции отмечалось в следующих возрастных группах М, у которых частота реакции стресса была выше при более обширных поражениях (50-60 лет: 46,1% при СТОИМ и 25,0% при НС; >60 лет – соответственно в 43,5 и 27,2% случаев).

У Ж<70 лет реакции стресса обнаружено только в 9,4% одинаково часто при всех видах ОКС. У пациентов >70 лет с СТОИМ реакция стресса встречалась в 33,3% при 6,6% при НСТОИМ ((p=0,037) и 10,0% при НС (p=0,05). Можно видеть, что реакция стресса соответствует клинической тяжести состояния у М <50 лет и Ж>70 лет с СТОИМ. Наши предыдущие исследования показали важность учета времени возникновения ОКС. Подобный анализ проведен и в данной выборке пациентов. Оказалось, что в группе М<50 лет в 9 из 13 случаев начало болевого синдрома при ОИМ с подъемом ST приходилось на ночные (0-12) или утренние (6-12) часы, в следующей возрастной группе 50-60 лет – болевой синдром наиболее часто возникал в утренние часы (6-12) и смещался на послеобеденное время в группе М>70 лет. Четкое циркадианное распределение отсутствовало при НС и было менее выражено при ОИМ без подъема ST. У женщин >70 лет циркадианная динамика была сходна с полученной в группе М <50 лет: в 8 из 11 случаев с точно указанным временем развития болевого синдрома он пришелся на ночные и утренние часы. Пик начала болевого синдрома при ОИМ без подъема ST в 100% в группе Ж<70 лет пришелся на послеобеденные часы и был менее выражен в старшей возрастной группе. При НС зависимости времени возникновения болевого синдрома от времени суток не наблюдались.

Заключение. Основными факторами риска развития ОКС у женщин, особенно до 70 лет, являются метаболической синдром в виде избыточной массы тела и ожирения и сахарного диабета: у мужчин – курение, а также избыточная масса тела и ожирение.

Дополнительными критериями, свидетельствующими о возможном ОИМ с подъемом ST в группе мужчин моложе 50 лет и женщин старше 70 лет могут быть возникновение реакции стресса по Л.Х. Гаркави, определяемой на основании снижения количества лимфоцитов менее 20% в лейкоцитарной формуле крови, а также возникновение болевого синдрома в ночные или утренние часы.

ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ У ВЗРОСЛЫХ

Ортиков О.Р., Хакимов Ш.К.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение. Среди всех повреждений человеческого скелета открытые переломы костей кисти составляют больше 10%. В большинстве случаев повреждения кисти сопровождаются открытыми переломами фаланг пальцев и пястных костей, а также сочетаются с повреждениями сухожилий, нервов и других функциональных структур кисти, которые составляют около 51%. В нами доступной литературе имеются многочисленные работы по лечению таких повреждений.

Материалы и методы исследования. Наше исследование основано на результаты анализа лечения 108 больных с открытыми переломами пальцев кисти с 2016 по 2018 год. Из них мужчин – 66 (61,2%), женщин – 42 (38,8%). Возраст больных колебался от 20 до 60 лет. Повреждение I пальца отмечено в 36 (33,4%) случаях, II пальца – в 15 (13,8%), III пальца – в 27 (25%), IV пальца – в 21 (19,5%), V пальца – в 9 (8,3%) случаях.

Лечение открытых переломов пальцев кисти заключалось в следующем:

- ПХО раны открытых переломов пальцев кисти следует проводить очень тщательно и в то же время экономно. Удалять нужно явно нежизнеспособные, размятые ткани. Костные отломки, плотно связанные с надкостницей и мышцами, не следует удалять.

- Репозиция костных отломков и создание хорошей стабильности, дает возможность раннего движения в межфаланговых и пястнофаланговых суставах.

- Применение различных вариантов малоинвазивного внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза методами Черкес Заде, Коршунова–Лазарева с шарниром и без шарнира в модификации.

- Закрытие кожной раны с применением в необходимых случаях первичной кожной пластики (пластика местной тканью и свободной кожной пластики).

- Всем переломам, сопровождающимся повреждением сухожилий и нервов, производилось сшивание (тенорафия по методам Кюнео и Розова, нейрорафия с наложением эпинеуральных швов).

- Профилактика раневой инфекции путем строгого соблюдения правила септики и антисептики, тщательное атравматичное ПХО раны (бережное отношение к мягким тканям, хороший гемостаз, улучшение микроциркуляции, ведение противостолбнячной сыворотки – одну дозу – 0,5 мл в/м).

- Применение антибиотиков внутримышечным введением, которое подавляет патогенетические механизмы воспаления путем улучшения микроциркуляции и снижения отека, а также созданием максимальной концентрации в зоне повреждения.

- Правильное проведение периода реабилитации с использованием комплекса физиотерапии, ЛФК и трудотерапии.

Результаты лечения изучены во всех случаях. Из всех 108 пациентов в 90 (83,4%) случаях отмечены хорошие анатомо-функциональные результаты, в остальных 18 (16,6%) фиксированы хорошие анатомические результаты, однако у этих пациентов имелось изначально повреждение сгибателей пальцев, что в периоде разработки пальцев незначительно ограничивало функции кисти.

Заключение. На основании оценки достигнутых результатов следует, что оперативный метод лечения с применением первичного остеосинтеза малоинвазивными способами обеспечивает, прежде всего, хорошее сопоставление отломков и их прочную фиксацию. Этим создается возможность ранних движений в суставах пальцев и кисти.

АГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Пулатов О.Я., Камилова У.К.

Ташкентская медицинская академия

Цель. Оценить параметры агрегационной активности тромбоцитов у больных инфарктом миокарда молодого возраста.

Материал и методы исследования. Обследованы 74 больных острым инфарктом миокарда (ОИМ). В исследование включали больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ давностью не более 6 часов от начала ангинозных болей. Больные были разделены на 2 группы: 38 больных ОИМ молодого возраста составили 1 группу и 36 больных ОИМ в возрасте старше 60 лет составили 2 группу. Оценивали показатели агрегационной активности тромбоцитов. В качестве индуктора был использован АДФ. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев.

Полученные результаты. Анализ результатов исследования показал, что у больных 1 группы, как и у больных 2 группы, исходные показатели агрегационной активности тромбоцитов (ААТ) были достоверно выше, чем у здоровых лиц – $1,98 \pm 0,36$ мкмоль АДФ и $1,99 \pm 0,41$ мкмоль АДФ против $4,78 \pm 0,22$ мкмоль АДФ у здоровых лиц ($P < 0,001$) и $P < 0,005$). Показатели скорости агрегации тромбоцитов (Vagr) в 1 группе составили $1,96 \pm 0,27$ см/мин и во 2 группе $1,83 \pm 0,41$ см/мин против $0,34 \pm 0,5$ см/мин у здоровых лиц соответственно, $P < 0,01$. У больных ИМ максимальная амплитуда агрегации (Amax) также была достоверно выше, чем у здоровых добровольцев и составляла в 1 группе $3,28 \pm 0,33$ см, во 2 группе $2,75 \pm 0,54$ см против $0,5 \pm 0,07$ см у здоровых лиц, соответственно ($P < 0,001$).

Вывод. Агрегационная способность тромбоцитов у больных ОИМ характеризовалась более высокими показателями скорости агрегации и агрегационной активности тромбоцитов у больных в молодом возрасте.

ТРАНЗИТОРНАЯ СТРЕССОВАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Д.М.Сабиров^{1, 2}, А.К.Койиров¹, Х.И. Саттаров¹, М.Б.Красненкова², С.Р.Кенжаев¹, С. Ш Хаитов¹, Н.Т. Эгамова¹.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Актуальность. В последнее время большое внимание уделяется состоянию метаболических процессов, особенно нарушениям углеводного обмена при ишемической болезни сердца.

Цель исследования: изучение транзиторной стрессовой гипергликемии при остром коронарном синдроме (ОКС) без подъема сегмента ST.

Материал и методы. Обследовано 173 больных (мужчин – 120, женщин – 53) с ОКС без подъема ST и без сахарного диабета в анамнезе. Средний возраст больных составил 59±11 лет. Исследование тропонина и МВ-КФК и их динамику использовали для дифференциальной диагностики нестабильной стенокардии (НС) и инфаркта миокарда (ИМ). У 152 (78,7%) больных наблюдалась артериальная гипертензия. Систолическое артериальное давление при поступлении в стационар составляло 141±21,1 мм рт.ст., диастолическое – 86,2±11,6 мм рт. ст. Избыточную массу тела и ожирение имели 134 (69,4%) больных. Содержание глюкозы (ммоль/л) в крови изучали трижды: при поступлении, на 3 и 7 сутки лечения.

Результаты. Больных с нестабильной стенокардией было 102 (63,2%), с инфарктом миокарда – 71 (36,8%). Содержание глюкозы при поступлении составляло 6,7±2,4 ммоль/л; на 3 день 6,0±1,6 ммоль/л; и на 7-е сутки 5,8±1,3 ммоль/л. Гликемия у больных с ИМ была достоверно выше, чем у больных с НС (6,8±0,7 и 5,7±0,6 ммоль/л, соотв., $p=0,04$), как при поступлении, так и на 3 (6,5±0,75 и 5,5±0,4 ммоль/л, соотв., $p=0,012$) и на 7 день лечения (6,4±0,8 и 5,5±0,8 ммоль/л, соотв., $p=0,03$). Уровень глюкозы у больных с депрессией ST на ЭКГ оказался выше по сравнению с пациентами без данных изменений (6,8±0,74 и 5,8±0,6 ммоль/л, $p=0,003$). У больных с ИМ, имеющих сопутствующую артериальную гипертензию, уровень глюкозы был выше, чем у пациентов без АГ (6,7±0,41 и 5,4±0,34 ммоль/л, $p=0,006$). Результаты многофакторного регрессионного анализа показали, что уровень гликемии был ассоциирован с уровнем липидемии, КФК-МВ, возрастом пациентов, массой тела, и наличием АГ.

Заключение. Уровень транзиторной стрессовой гипергликемии при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST у больных без сахарного диабета зависит от массивности некроза миокарда, уровня липидемии, возраста пациентов, массы тела и наличия артериальной гипертензии.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И АДЕКВАТНОСТИ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ИНТРА- И ПОСТОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ ПРИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Садыкова М.А., Кадилов Р.И

Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Центральные сегментарные блокады существенно расширили возможности анестезиологического пособия в различных областях хирургии. При некоторых обстоятельствах, характерных для экстренного контингента больных, значительно повышается риск осложнений анестезии, который даже может превышать анестезиологический риск самой операции. Поэтому в последние годы анестезиологи при операциях на органах малого таза и нижних конечностях отдают предпочтение регионарной анестезии.

Цель. Сравнить состояния гемодинамики и адекватность анестезии при общей и регионарной анестезии в интра- и постоперационном периоде при травматологических операциях для выбора оптимального метода анестезии.

Материал и методы. Выполнялись травматологические операции в области таза и нижних конечностей по поводу последствий травм у 84 пациентов в возрасте 18-84 лет в условиях СА, анестезиологический риск которых составлял 2-3 класс (ASA). Характер оперативных вмешательств: интрамедуллярный остеосинтез голени и бедра, остеосинтез медиального перелома шейки бедренной кости, интрамедуллярный остеосинтез большеберцовой кости пластинами АО, остеосинтез костей голени по Илизарову, вправление вывихов стопы аппаратом Илизарова. Продолжительность операции составляла от 1 до 3,5 часов. Премедикация за 30-40 минут до транспортировки в операционную. Преинфузия до 600 мл кристаллоидными растворами. Для СА использовали 0,5% бупивакаин в сочетании с 40% глюкозой (не более 20мг), который вводили интратекально на уровне vLIII – vLIV. Оперативное вмешательство начинали через 5-6 минут после интратекального введения местного анестетика. Об эффективности анестезии судили по общепринятым клиническим признакам: частота сердечных сокращений (ЧСС), среднему артериальному давлению (САД), сатурации кислорода (SpO_2), которые контролировали с помощью монитора BPM – 300 фирмы «Biosis». Гемодинамику оценивали методом эхокардиографического исследования аппаратом «SA – 600» фирмы MEDISON (Южная Корея). Исследования проводили в 4 этапа: I-й этап – до операции, II-й этап – начало операции, III-й – основной этап операции, IV-й – после окончания операции.

Результаты исследования и обсуждение. Через 6-8 минут после интратекального введения регистрировали полную сегментарную сенсорно-моторную

блокаду. Признаков угнетения функции внешнего дыхания, а также достоверных изменений со стороны (SPO₂) не регистрировали. На II этапе отмечали достоверное снижение показателей центральной гемодинамики относительно исходных показателей, на III этапе исследования также отмечено достоверное снижение САД относительно исходного этапа на 12,8%, а относительно предыдущего этапа САД достоверно увеличился на 10,5%, ЧСС на 11,2% соответственно. Окончание операции характеризовалось стабильными показателями центральной гемодинамики, (SPO₂) оставался стабильным.

СА характеризовалось прекрасной мышечной релаксацией в зоне оперативного вмешательства. Послеоперационный период характеризовался в течение 3-4 ч. хорошей анестезией, 7-8 ч. – отсутствием болевого синдрома, что обеспечивало раннюю активацию и быстрое восстановление функции желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Таким образом, субарахноидальная анестезия бупивакаином у экстренных травматологических больных один из эффективных и безопасных способов регионарной анестезии, не оказывающий выраженного отрицательного влияния на основные системы жизнеобеспечения.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ГИПОТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АМЛОДИПИНОМ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сайдалиев Р.С., Жалолов Б.З.

В настоящее время вопрос о целесообразности длительной непрерывной терапии артериальной гипертензии (АГ) остается актуальным. Гипотензивные препараты используются для длительного лечения АГ-должны оказывать стабильное гипотензивное действие не вызывать побочных явлений, в том числе метаболитических нарушений и ухудшать функционального состояния органов мишеней. Влияние препаратов на внутрисердечную гемодинамику при длительной гипотензивной терапии до сих пор изучено недостаточно глубоко.

Целью явилось изучение эффективности длительной антигипертензивной терапии амлодипином у больных синдромом АГ.

Нами исследовано 35 больных АГ, и 10 из них имели мягкую АГ (диастолическое АД 90-104 мм рт.ст.) 20 умеренную АГ (ДАД – 015-114 мм рт.ст.) и 5 больных тяжелой АГ (ДАД более 115 мм рт.ст.) 20 больных не получало антигипертензивной терапии (контрольная группа.) 15 больных получили 6-месячную курсовую терапию амлодипином в дозе 20 мг\сутки (основная группа) Все включенные больные АГ имели признаки диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ) в виде замедления процесса активной релаксации

– удлинение фазы изоволиметрической релаксации (ФИР) и извращения доплеровского спектра диастолического наполнения в виде увеличения вклада предсердной систолы. 77% включенных в исследование имели признаки гипертрофии ЛЖ т.е. увеличение массы миокарда ЛЖ более 131г/м² у мужчин и 110 г/м² у женщин рассчитанного с применением методики PENN

Включенные в исследование больные АГ имели хороший или удовлетворительный гипотензивный эффект по данным проведения острого лекарственного теста. В дальнейшем в ходе наблюдения летальность имела место только в группе больных не получивших антигипертензивную терапию. в группе получавшей амлодипина не было выявлено признаков выскальзывания из под действия препарата. Переносимость терапии была хорошей только у двух больных отмечалось отеки на ногах, Оценка эффективности антигипертензивной терапии проводилась с применением метода измерения АД по Короткову и с применением метода ДопплерЭХОКГ. С последующим применением моделей внутрисердечной гемодинамики и метода компьютерного моделирования.

Обследование проводилось до, на 3-м месяце наблюдения и в конце 6-месячного наблюдения. В группе длительного наблюдения без проведения гипотензивной терапии при сроке наблюдения 6 месяцев не выявлено существенных изменений, в характере внутрисердечной гемодинамики ни одного больного как по данным 3-х, так по данным 6-месячного наблюдения, что вероятно связано с относительно не продолжительном сроке наблюдения.

В группе длительной терапии амлодипином достоверно регрессия массы миокарда ЛЖ, достигаемая в основном за счет уменьшения толщины стенок ЛЖ при отсутствии изменения объема полости ЛЖ. В тоже время имело место ускорение процессов активной релаксации ЛЖ при гипотензивной терапии амлодипином более выражена на третьем месяце гипотензивной терапии: так ФМР ЛЖ уменьшилась с 96,5±5,5 м/сек до 83,4± 4,2м/сек. По данным 3-х месячной терапии и до 82.1 ±4. 8 при 6-месячной терапии P<0,01.

Улучшению активной релаксации сопутствовало улучшение доплеровского спектра диастолического наполнения ЛЖ сердца, обусловленное основным увеличением пиковой скорости раннего диастолического наполнения (PE) и меньшей степени изменением величины пиковой скорости предсердного диастолического наполнения (PA) Так PE ЛЖ возросло с 0,46±0,02 до 0,59±0,05 и до 0,62±0,04 по данным 3-х и 6-ти месячного наблюдения P<0.01. В то же время PA при исходном значении 0,54±0,05 стало 0,53±0,04 и 0,51±0,06 Как по данным 3х и 6-ти месячного наблюдения.

Однако отношение данных скоростей доплеровский диастолического наполнения (отношение PA, PE) возросло на 6,9% и 8,8%, P<0,02 по данным 3-х и 6-ти месячного наблюдения (динамика представлена с учетом величины сдвига гемодинамического параметра, его знака и частоты встречаемости)

В то же время терапия амлодипин не приводит к существенным изменениям таких расчетных показателей, как комплаенс податливости, отражающий эластичность свойства камеры ЛЖ, так и к изменению величины конечно-диастолического давления ЛЖ.

Таким образом, 6-месячная непрерывная терапия амлодипином приводила к ряду благоприятных изменений внутрисердечной гемодинамики в частности к укорочению ФИР ЛЖ, и к увеличению отношения PE\PA – улучшения доплеровского спектра диастолического наполнения на фоне регрессии ГЛЖ и хорошего гипотензивного эффекта амлодипина.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ИВЛ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Сатвалдиева Э.С.¹, Сабиров Д.С.², Закиров Т.Ш³

**Ташкентский институт усовершенствования врачей¹,
Республиканский научный центр экстренной
медицины,² Бухарский филиал РНЦЭМПЗ**

За рубежом уделяется пристальное внимание вопросам патогенеза, лечения и профилактики осложнений и побочных эффектов ИВЛ [Rello J., 2003, Uhlig S., 2004]. Большой поток информации обусловлен как высокой частотой возникновения осложнений, так и тем влиянием, которое они оказывают на важнейшие показатели качества работы ОРИТ (сроки пребывания больного в палате интенсивного наблюдения, суммарная стоимость лечения, уровень летальности и т.д.)

Целью исследования явилось внедрение протоколов подбора безопасных режимов и параметров вентиляции, а также оптимизации интенсивной терапии с ранним включением нутритивной поддержки, рациональной антимикробной дээскалационной терапии при вентилятор-ассоциированном повреждении легких у детей, находящихся на длительной ИВЛ.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни разных категорий больных и проспективных исследований пациентов, находящихся на ИВЛ длительностью более 48 часов за 2016 – март 2018 гг. У 31% детей были выявлены вентилятор-ассоциированные повреждения легких. Средняя длительность пребывания на ИВЛ составила 8,9±2,2 дня. В 82% случаях в альвеолярном аспирате высевалась *Ps.aureginosa*, в 40% – *Kl.pneumonia* или их комбинации. Данная микрофлора была резистентной ко всем известным антибиотикам в 95% случаях. Дети в тяжелом состоянии поступали со всех регионов страны. Летальность в данной категории больных составила 18%.

Результаты исследования. Пациенты, которым проводилась продленная ИВЛ/ВИВЛ были представлены следующей патологией: ЧМТ, церебральные комы – 42%, травматические кровоизлияния (дети до 1 года) – 24%, метаболические комы – 11%, инфекционные комы – 10%, инфекционные заболевания нервной системы (синдром Ландри (Гиена-Барре) – 7%, наслед-

ственно-дегенеративные заболевания нервной системы (прогрессирующие мышечные дистрофии Дюшенна, Верднига-Гоффмана, миотонии) – 6%.

На основании исследований разработаны алгоритмы подбора режимов и параметров вентиляции (ИВЛ/ВИВЛ), режимов неинвазивной вентиляции и протоколы ухода за верхними дыхательными путями в целях снижения частоты развития легочных осложнений: баротравмы, вентилятор-ассоциированной пневмонии.

Разработаны протоколы антибактериальной терапии на основе доказательного микробиологического мониторинга биологических сред: альвеолярного аспирата, мокроты в зависимости от длительности нахождения пациента на продленной ИВЛ/ВИВЛ.

Выводы. Внедрение протоколов комплексной интенсивной терапии при вентилятор-ассоциированном повреждении легких у детей, находящихся на продленной ИВЛ/ВИВЛ способствовали снижению легочных осложнений в 3,5 раза и смертности в данной категории реанимационных больных в 2 раза.

КЎКРАК ҚАФАСИ ЖАРОҲАТЛАРИДА ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

*О.А.Собиров, Г.О.Отабаева, Ю.Х.Бекчанова,
Д.А.Хужаева*

**Республика Шошинч Тиббий Ёрдэм Илмий
Маркази Хоразм филиали**

Бугунги замонавий тиббиётда барча инвазив ташхис, хирургик ва хирургик бўлмаган даволаш муолажаларини анестезия усулларисиз тасаввур қилиш қийин. Маълумки оғриқ, тўқима жароҳати ва яллиғланиш белгиси ҳисобланади. Кўкрак қафаси жароҳатларида оғриқ кўпгина ҳолатларда ҳаёт учун хавфли бўлган плевра-пульмонал шок ҳолатига сабаб бўлади. Кўкрак қафаси жароҳатларида оғриқсизлантириш усулларининг комбинациясини қўллаш, беморларда ҳаётин муҳим органлар функциясини яхшилаш ва эрта меҳнатга яроқлилигини тиклаш катта аҳамият касб этади.

Кўкрак қафаси жароҳатларида, қовурғаларнинг кўплаб синишидан ҳар бир нафас ҳаракатида қовурғалараро нервларда оғриқ импульсларини ҳосил бўлишига олиб келади. Бунда фақатгина наркотик препаратлари билан чекланиш, бемор организмда оғриқ импульсларини ҳосил бўлишини, ўтказилишини тўлиқ бартараф эта олмайди, оғриқсизлантириш самарадорлиги етарли бўлмайди. Бу эса организмдаги патологик хусусиятга эга бўлган биологик актив моддаларнинг ишлаб чиқарилиши кучайтиради ҳамда барча аъзолар тизими фаолиятига салбий таъсир этади.

Кўкрак умуртқаси ThIII-ThIV соҳасини перидурал катетер ёрдамида оғриқсизлантириш усули билан наркотик препаратларни биргаликда қўллаш, даволаш самарадорлигини яхшилайдди. Амалиётда 36 нафар беморнинг кўкрак қафаси ёпиқ жароҳатлари билан, кўплаб қовурғаларнинг синишини оғриқсизлантириш усуллари таҳлил қилинди. Беморларнинг ёшлари 18 дан 80 ёшгача, ўртача 49 ёш. Шулардан 14 нафари (38,8%) аёллар, 22 нафари (61,2%) эркекларни ташкил этади. Беморларнинг 18 нафарига (50%) (I-гурух) наркотик препаратлари ишлатилган бўлса, 18 нафарига (50%) (II-гурух) наркотик препаратлари билан

биргаликда кўкрак умуртқасининг ThIII-ThIV соҳаларига перидурал катетер ёрдамида оғриқсизлантириш усули ўтказилган. Иккала гуруҳнинг даволаш самарадорлигини баҳолаш учун оғриқ кучи (10 балли системада), нафаслар сони, пульс, қонни кислородга тўйиниши-SpO₂ ва асорат-гипостатик зотилжам кўрсаткичлари таҳлил қилинди.

	Таҳлил кўрсаткичлари	I-гуруҳ	II-гуруҳ
1	Оғриқ кучи (10 балли система)	6 балл	3 балл
2	Нафаслар сони	28-32 та	20-24 та
3	Пульс	110-120 марта	80-100 марта
4	SpO ₂	60-80%	90-96%
5	Асорат-гипостатик зотилжам	30(83,3%)	6(16,7%)

Хулоса. Бундан бизга маълумки кўкрак қафаси жароҳатларида оғриқсизлантиришнинг наркотик дори воситалари билан кўкрак умуртқаси ThIII-ThIV соҳасини перидурал катетер ёрдамида оғриқсизлантиришни биргаликда қўллаш беморда ҳаётий муҳим органлар функциясини яхшилайдди. Бу эса беморни қисқа вақт ичида меҳнатга яроқлилик фаолиятини тиклашга ҳамда асоратлар камайишига олиб келади.

ВЛИЯНИЕ АНТАГОНИСТА АТ1-РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА ИТЕЛМИСАРТАНА НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА И ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОТЯГОЩЕННОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

*Тауров М.Ш., Закирова Д.Р., Рахимов Э.З.,
Акрамова Ш.Р., Бакамов Д.У.*
РНЦЭМП, Бухарский филиал

Цель исследования: изучить и оценить влияние 4-недельной терапии блокатором АТ1-рецепторов кандесартаномна состоянии микроциркуляторного русла и углеводный обмен у больных ишемической болезнью сердца(ИБС), ассоциированной с сахарным диабетом (СД) 2-го типа.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 20 больных ИБС, ассоциированной с СД 2-го типа, в возрасте $57,1 \pm 8,1$ лет. В среднем стаж ИБС составил $5,7 \pm 4,2$ года, стаж СД 2-го типа $-9,5 \pm 9,6$ лет. Пациентам назначался телмисартан в дозе 80 ± 40 мг/сут. Больные обследовались исходно и через 1 месяц после начала терапии. Показатели микроциркуляции оценивались методом лазерной доплеровской флоуметрии с выполнением окклюзионной пробы и оценкой исходного показателя микроциркуляции, максимального постокклюзионного кровотока. Прироста капиллярного кровотока. У всех пациентов исходно диагностировалось снижение показателя микроциркуляции по сравнению со здоровыми лицами. Углеводный обмен оценивался по данным орального глюкозотолерантного теста, уровню гликозилированного гемоглобина.

Результаты. По данным лазерной доплеровской флоуметрии к окончанию курсовой терапии Телмисартаном регистрировался достоверной прирост исходного показателя микроциркуляции на 28,5% ($p < 0,002$). Отмечалось увеличение показателя максимального постокклюзионного кровотока с $6,8 \pm 1,8$ перф.ед. до $9,2 \pm 1,5$ перф.ед (35,1%); $p < 0,001$, прироста капиллярного кровотока с $4,5 \pm 1,3$ перф.ед. до $6,2 \pm 1,3$ перф.ед.(38,5%); $p < 0,001$. Также уменьшалось время восстановления тканевой перфузии до исходного уровня на 21,6%. Произошло изменение гемодинамических типов микроциркуляции (из 16 больных со спастическим гемодинамическим типом 12 «перешли» в нормоциркуляторный тип). Уровень глюкозы натощак уменьшился на 23,1% и составил $6,0 \pm 1,26$ ммоль/л ($p < 0,001$). Одновременно было отмечено достоверное снижение уровня постпрандиальной гликемии с $11,2 \pm 3,7$ ммоль/л до $7,9 \pm 2,5$ ммоль/л ($p < 0,001$). Показатель гликозилированного гемоглобина снизился недостоверно.

Заключение. У больных ИБС, ассоциированной с СД 2-го типа, имеет место нарушение состояния микроциркуляторного русла. Прием телмисартана в средней дозе 80 ± 40 мг в сутки способствовал достоверному улучшению показателей микроциркуляции. Благодаря способности телмисартана устранять повышенную активность ренин-ангиотензиновой и симпатической систем, улучшать реактивность приносящих сосудов, в результате терапии произошли благоприятные изменения гемодинамических типов микроциркуляции. Одновременно выявлено положительное влияние телмисартана на углеводный обмен.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Касымова Б.С.,
Кадырова Ф.Ш., Хайдарова Д.Д.*

Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения кардиологических больных, результаты отечественных и зарубежных исследований свидетельствуют о том, что сердечно – сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее актуальной проблемой большинства стран мира и в XXI веке. Именно ССЗ определяют летальность, трудовые потери в большинстве стран мира, среди которых наибольший удельный вес занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) и в частности инфаркт миокарда (ИМ). При ведении таких больных врач должен четко понимать своевременность диагностически и точно определить степень риска для применения правильного алгоритма действий. Алгоритм действий должен

включать тромболизис, ангиопластику или стентирование коронарных сосудов. Своевременное решение этой задачи позволяет уменьшить объем поражаемого миокарда, ведет к улучшению прогноза и повышению выживаемости больных.

Цель исследования. Изучение гемодинамических показателей систолической функции левого желудочка в зависимости от тактики лечения в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. Нами было обследовано 87 больных (53 мужчин и 34 женщин), перенесших острый ИМ с зубцом Q. Средний возраст больных составил $59,7 \pm 12,3$ года. У 38 больных был диагностирован передний, у 24 – задний ИМ. В исследование не включались пациенты с повторным инфарктом миокарда. В зависимости от проведенной терапии больные разделены на 2 группы. 1-я группа – 49 больных, которые получали только консервативную терапию, согласно стандарту, 2-я группа – 38 больных, у которых, кроме консервативной терапии, проведены системный тромболизис. Всем больным проводилось эхокардиографическое и доплер-эхокардиографическое исследование. Первичное обследование больных проводилось в остром периоде инфаркта миокарда в течение первых 10 дней. В дальнейшем повторные исследования в том же объеме проводились через 3 и 6 месяцев после ИМ.

Результаты. У больных 1-й группы к шестому месяцу заболевания заметно увеличились размеры полости ЛЖ: КДРЛЖ – от $5,48 \pm 2,9$ до $6,07 \pm 2,78$ см, т.е. на 7,8% ($p < 0,05$). Во 2-й группе КДР ЛЖ имел тенденцию к уменьшению: от $5,59 \pm 2,98$ до $5,56 \pm 3,30$ см.

Такая же динамика наблюдалась и в отношении КСР ЛЖ. Увеличение полости ЛЖ у больных этой группы сопровождалось изменением ее геометрии – она приобрела более сферическую форму. Об этом свидетельствовала тенденция к росту индекса сферичности левого желудочка (от $0,58 \pm 0,08$ до $0,62 \pm 0,08$; $p > 0,05$). Увеличение размеров и объемов

ЛЖ сердца у пациентов 1-й группы сопровождалось увеличением толщины стенок ЛЖ. В результате этого индекс относительной толщины стенки миокарда (индекс относительной толщины стенки ЛЖ $2H/D = (ТМЖП + ТЗСЛЖ) / КДР ЛЖ$) к концу исследования

значительно уменьшился. Во 2-й группе этот показатель достоверно не изменился. В начале исследования исходные значения ФВ ЛЖ достоверно не различались и составляли соответственно $44,35 \pm 3,27$ и $45,14 \pm 4,22\%$. ФВ ЛЖ во 2-й группе достоверно увеличилась до 54,75%, в 1-й группе дилатация полости ЛЖ сопровождалась снижением сократительной способности: ФВ ЛЖ снизилась на 42,35%.

Выводы. Таким образом процесс ремоделирования у больных получившие системный тромболизис носил адаптивный характер с поддержанием удовлетворительной сократительной способностью ЛЖ, с определенным сокращением зоны постинфарктного рубца и приостановкой процесса прогрессирующей эксцентрической гипертрофии неповрежденного мио-

карда в результате восстановления коронарного кровотока пораженного участка. Тогда как в 1-й группе отмечалось снижение ФВ и появление клинических признаков ХСН.

ВЛИЯНИЕ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА НА ТЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Касимова Б.С., Якубова Д.М., Насырова Д.А.

**Самаркандский филиал РНЦЭМП
Самаркандский государственный медицинский институт**

Ежегодно в мире госпитализируются более 4 миллионов больных с нестабильной стенокардией (НС) или острым инфарктом миокарда (ОИМ). Обращаемость на станции скорой медицинской помощи по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы постоянно увеличивается и колеблется от 24 до 50% в городах разных регионов.

Особенно нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда достаточно часто встречаются среди пациентов на фоне гиперурикемии.

Цель исследования: изучить особенности нарушения функции печени у больных нестабильной стенокардией с повышенным уровнем мочевой кислоты в крови.

Материалы исследования: исследование проведено у 114 больных с НС, поступивших в 2016-2018 гг. в отделение соматической реанимации Самаркандского филиала РНЦЭМП впервые 2-6 ч от начала ангинозных приступов. Особое внимание обращали на связь уровня МК в крови с тяжестью клинического течения НС.

В зависимости от содержания МК в крови при поступлении в клинику было выделено две условных группы больных с НС: с умеренно высоким содержанием в крови МК – $401,7 \pm 14,8$ ммоль/л ($P < 0,001$), который находится в пределах верхних границ контроля, и чрезмерно высоким содержанием ($581,0 \pm 23,2$ ммоль/л), превышающим среднее значение контроля на 116,5% ($P < 0,001$). До лечения протокол обследования включал оценку клинических параметров (ЭхоКГ, ЭКГ); одновременно в сыворотке крови определяли уровень КФК, МВ КФК и СОД, активность NOS и НАДФН-зависимой НР, содержание глюкозы, в мембранах эритроцитов – стабильных метаболитов NO (NO₂- и NO₃-), ONOO-. Функцию печени оценивали по уровню АСТ, АЛТ, мочевины, ЩФ, ГТП, протромбиновому индексу, содержанию общего белка, креатинина, билирубина (прямого и непрямого), ОХ и его фракций, ТГ. У пациентов с чрезмерно высоким содержанием МК в сыворотке крови были более выражены нарушения, характеризующие функцию печени, а в мембранах эритроцитов процессов, отражающих интенсивность обмена NO, – стабильных метаболитов NO, концентрации ONOO-, активности НАДФН-зависимой НР и NOS, а также фермента антиоксидантной защиты СОД.

Результаты исследования: у больных с НС до проведения интенсивной терапии с умеренно высоким содержанием МК уровень креатинина (КН) в сыворотке крови превышал контроль на 14,2% ($P<0,05$), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 12,0%, глюкозы – соответственно на 17,0 ($P<0,05$) и 38,5 ($P<0,001$)%, на фоне снижения концентрации мочевины – на 18,8 и 17,9% ($P<0,01$) и увеличения количества СКФ – на 8,3 ($P<0,05$) и 27,0% ($P<0,01$). У больных с чрезмерно высоким содержанием МК активность АСТ и АЛТ превышала контроль на 108,6 и 88,6% ($P<0,001$), уровень билирубина (общий и прямой) и ЩФ – на 94,2, 118,2 и 62,9% ($P<0,001$), содержание общего белка снизилось на 22,0% ($P<0,02$), ОХ и ЛПНП увеличилось на 32,3 и 60,1% ($P<0,001$), а ЛПВП снизилось на 36,6% ($P<0,001$), на фоне уменьшения протромбинового индекса на 19,8% ($P<0,05$) и увеличения показателя тимоловой пробы на 93,5%. Изменения уровня кардиоспецифических ферментов крови МВ КФК также были связаны с различным уровнем МК в крови. Так, у больных с умеренно высоким содержанием МК активность КФК и МВ КФК превышала контроль на 21,8 и 15,2% ($P<0,05$ и $P>0,05$), а у больных с чрезмерно высоким содержанием МК – на 37,9 и 85,3%. Действительно, у больных с НС с чрезмерно высоким содержанием МК в крови отмечаются более низкие показатели ЭхоКГ. В среднем по группе у больных с НС ФВЛЖ составила $38,8\pm 1,20\%$, КДИ – $65,5\pm 2,42$ мл/м², КСИ – $33,6\pm 2,21$ мл/м².

Вместе с тем у больных с НС с чрезмерно высоким содержанием в крови МК ФВЛЖ был на 1,4% ($P<0,05$) ниже, чем в группе больных с умеренно высоким содержанием в крови этого пуринового основания. Та же тенденция сохраняется и в показателях КДИ и КСИ. У больных с чрезмерно высоким содержанием в крови МК на 16,7% больше частота случаев элевация и/или депрессия сегмента ST, на 12,7% случаев инверсии зубца Т.

Выводы. Таким образом, необходимо отметить, что наиболее выраженные изменения изучаемых показателей отмечались у больных с чрезмерно высоким содержанием МК. Следовательно, глубина нарушений функций печени у больных с НС зависит от уровня МК в крови и обусловлена, по-видимому, сочетанием элементов циркуляторной и тканевой гипоксии, что существенно увеличивает риск развития рецидива НС, острой левожелудочковой недостаточности. Полученные данные обосновывают необходимость использования в этот период заболевания гепатопротекторов и трикодепрессантов.

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ

Ташланов М., Махмудов А.А.

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Эпилепсия, несмотря на его амбулаторную направленность, всё же несёт на себе долю в структуре обращений в экстренном порядке. В приём-

ное отделение (ПО) Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (АФРНЦЭМП) ежедневно, в среднем, обращаются 6-9 больных с эпилептическими припадками (ЭП), судорожным синдромом (СС). Оказание экстренной медицинской помощи предписано в соответствующих протоколах, госпитализация данной категории больных не входит в реестр, являясь прерогативой амбулаторного сектора. Больные с ЭП и СС при обращении в ПО занимают больше времени, как правило, уходят недовольными и зачастую не выполняют предписания врача ПО о необходимости лечения в амбулаторном порядке, в связи с этим велика доля повторных обращений.

Цель исследования. Поиск эффективных методов лечения эпилепсии травматического и нетравматического генеза.

Материал и методы. В 2000 году с целью адекватного лечения посттравматической гипертензионной головной боли нами был модифицирован способ региональной лимфотропной терапии – межфасциальная лимфотропная терапия (МЛТ). Наряду с успешным воздействием на интенсивность болевого и гипертензионно-синдромов у больных с перенесенной черепно-мозговой травмой было отмечено значительное снижение и невротических проявлений, а так же наблюдалось снижение периодичности эпилептических припадков травматического генеза. Исходя из этого, МЛТ была целенаправленно применена у больных с эпилептическими припадками нетравматического генеза.

Обследовано 125 больных, обратившихся в ПО с теми или иными проявлениями ЭП и СС. В процессе диагностики исключается органическая патология, проводится оказание помощи, направленное на снижение болевых ощущений, введение спазмолитических, седативных препаратов, психологическая помощь, выдаётся направление на амбулаторное лечение.

Из числа обратившихся в ПО проходили лечение в амбулаторном порядке 126 больных (56,5%). До 2015 года подобным больным амбулаторное лечение проводилось традиционным способом – транквилизаторы, антидепрессанты, седативные, адаптогены и т.п. Начиная с августа 2015 года, наряду с основной терапией, начали применять метод МЛТ.

По данным 2013-2017 гг. отмечается увеличение доли пациентов мужского пола (2013-2015 гг. – женщин 86%, мужчин 14%; 2015-2017 гг. – 68% и 32% соответственно), средний возраст составил 25,7 лет (до 2015г.), а в последнее время, увеличилось обращения пациентов в возрасте 16-19 лет (в среднем – 23,6 лет).

Методика МЛТ описана нами ранее для лечения посттравматической головной боли и зарекомендовавшей себя как метод выбора при отёках головного мозга и синдроме головной боли при черепно-мозговой травме.

Результаты. Нами выделены две основные группы: первую составили 64 больных, леченные традиционным

способом, который применяется и ныне неврологами и терапевтами, вторую группу – 29 больные, которым наряду с традиционной терапией проводилось МЛТ. Третью группу составили 33 больных, которым проводилось лечение исключительно методом МЛТ.

В первой группе повторные обращения составили: в первый месяц – 38 (59,4%), 3 месяца – 29 (45,3%), 1 год – 48 (75%). Причём, при повторных обращениях больные имели дополнительно элементы депрессивности, разочарованности в методах лечения – «особая болезнь», «неизлечимая болезнь».

В второй группе повторные обращения составили: в первый месяц – 13 (44,8%), 3 месяца – 10 (34,5%), 1 год – 5 (17,2%). Повторные обращения в этой группе носили более рациональный характер – «закрепить» полученный эффект от лечения, пройти дополнительный курс лечения для снятия астеничности, боязнь возврата болезни.

В третьей группе повторные обращения составили: в первый месяц – 11 (33,3%), 3 месяца – 23 (69,7%), 1 год – 2 (6,1%). Повторных обращений практически не было, не считая интереса лечащего врача (активный вызов) о состоянии пациента, степени достижения желаемого результата.

Выводы: Таким образом, выяснилось, что МЛТ основанная ранее как метод лечения синдрома головной боли способствует быстрому достижению эффектов комплексном лечении ЭП и СС в амбулаторных условиях.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Темиров Ф.О., Саидов С.М., Шаропов О.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Одним из проявлений органной дисфункции при тяжелой термической травме является синдром кишечной недостаточности (СКН), протекающий в виде тошноты, рвоты, икоты, пареза кишечника или диареи, острого расширения желудка или кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и, несомненно, ухудшающий течение и исходы ожоговой болезни.

Цель исследования. Выявить частоту развития СКН у детей с тяжелой термической травмой и оптимизировать профилактику и терапию СКН.

Материалы и методы. Исследование имело наличие информированного согласия родителей, носило рандомизированный, проспективный, сравнительный, контролируемый дизайн, включало 630 детей в возрасте от 4 месяцев до 15 лет, поступивших в состоянии ожогового шока (ОШ) с площадью поражения от 8 до 95% общей площади поверхности тела (ОППТ). Пациенты были разделены на 3 группы, соответственно степени ОШ, и из них группу исследования (n=45) и группу сравнения (n=30) составили пострадавшие с ОШ 2 и 3

степени, сопоставимые по возрасту, площади поражения и индексу тяжести поражения.

Результаты и их обсуждение. В группе пострадавших с ОШ 1 степени (n=306) клинические признаки СКН отмечены в 15 случаях (4,9%) в виде тошноты и рвоты.

Среди пациентов второй группы с ОШ 2 степени (n=264) и течение СКН зафиксировано в 155 случаях (58,7%), из них желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) случилось у 4 детей (1,55%).

В группе больных с ОШ 3 степени (n=50) и течение СКН детектировано в 100% случаев и из них ЖКК произошло у 10 детей (20%).

Пострадавшим группы исследования с первых часов поступления в комплекс интенсивной терапии включались препараты коррекции агрегатного состояния крови по индивидуальной схеме, стимуляторы моторики кишечника, блокаторы H₂ рецепторов, ингибиторы H⁺-K⁺-АТФ-азы (блокаторы протонной помпы), пребиотики, пробиотики и симбиотики, ангиопротекторы. После стабилизации гемодинамического и кислородного статуса начиналось проведение нутритивной поддержки, сочетающей энтеральное и парентеральное питание и включающей пошаговое (суточное) увеличение объема доли энтерального питания на 20-25% рассчитанного фактического расхода энергии.

Результатом выбранной терапии в группе исследования стали раннее купирование проявлений СКН (24-48 часов), полноценное усвоение нутритивной поддержки, снижение числа осложнений СКН, в том числе отсутствие ЖКК. В тоже время, в группе сравнения клиника СКН была отмечена в 100% случаев, сохранялась в течение острого периода ожоговой болезни (до 72 часов и более) и сопровождалась развитием ЖКК (6,7%).

Заключение. 1. Основными моментами профилактики развития СКН являются нормализация гемодинамики, устранение расстройств в системе микроциркуляции и гемостаза, минимизация нарушений транспорта кислорода, раннее назначение препаратов противоязвенной терапии.

2. Пациентам с ожоговым шоком 2 и 3 степени требуется продление противоязвенной и антикоагулянтной терапии, четкие расчет фактического расхода энергии и проведение комбинации энтерального и парентерального питания.

СПОРТ ТРАВМАЛАРИДА РШТЁИМСФ ТТЁ БЎЛИМИ ВА ТРАВМАТОЛОГИЯ БЎЛИМИДА ТЕЗ ТИББИЙ ЁРДАМ ХИЗМАТИ

Тияков Х.А., Назаров С.П., Абдуллаев Ш.Б.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Ҳозирги вақтда Самарқанд вилоятида болалар ва ўсмирлар спортини қўллаб-қувватлаб, юқори марраларга эришилишига катта эътибор қаратилмоқда. Болалар ва ўсмирлар ўртасида спорт билан шуғулланувчилар сони тобора ортиб бормоқда. Шу борада олиб борилган 2 йил-

лик кузатув натижаларини таҳлил қилганда Самарқанд вилоятида 5 мингга яқин жиддий шикастланиш ҳолатлари аниқланди (шулардан 73%-ўғил болалар, 27%-қиз болалар). Бу кўрсаткич умумий олганда ушбу ҳудудда содир бўлган жами шикастланишларнинг 24% ни ташкил қилди. Бу шикастланишларнинг ярмидан купини енгил травмалар ташкил қилиб, стационар шароитда ётиб даволанишни талаб қилмайди.

2018 йил мисолида РШТЁИМСФ га ТТЁ томонидан олиб келинган 21 та спорт жароҳатини таҳлил қилдик. Улар орасида ўмров шикастланиши (5 та ҳолатда), умров суяги акромиал охиридан чиқиши (2 та ҳолатда), қўлдаги пай ва боғламлар шикасти (3 та ҳолатда), қўл эркин суяклари синиши (4 та ҳолатда), оғир политравмалар (1 та ҳолатда), оёқ суяклари синиши (3 та ҳолатда), умуртқанинг компрессион синишлари (3 та ҳолатда) кузатилди. Беморларнинг 7 таси (34%) жароҳлик муолажаларига муҳтож эди. Операциядан кейинги асоратлар бирор ҳолатда ҳам аниқланмади. Сатационар шароитда даволанишнинг ўртача муддати 4-11 кунни ташкил қилди. Реабилитациядан сўнг турли хил муддатларда барча беморлар умумий ва спорт қобилиятини тўлиқ тиклади.

Кузатув натижалари қуйидагича:

1) Шикастланишларнинг ўрта ва оғир даражаларининг миқдори спорт фаолиятидаги умумий шикастланишларнинг кичик фоизини (34%) ташкил этди.

2) Спорт мусобокаларида бахтсиз ходисалар профилактикаси (химоя кийимлари, спорт анжомларининг мустаҳкамлиги, юмшоқ тушакларнинг мавжудлиги) мусобака ташкилотчилари, мурабийлар ва спортчилар дастурида булиши керак.

3) Спортчилар соғлом бўлганлиги сабабли шикастланишдан кейин оператив даволанган беморларда асорат кузатилмади.

4) РШТЁИМСФ нинг барча бўлимлари, хусусан ТТЁ бўлими спорт травмалари ва бошқа травмаларда малакали тиббий ёрдам кўрсатиш учун барча имкониятларга (шиналар, транспортировка учун махсус замбиллар) шунингдек малакали шифокорларга эга.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Туляганов Д.Б., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х.,
Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Гофуров А.Н.*
Джизакский филиал РНЦЭМП

Как известно, варикотромбофлебит – осложнение варикозной болезни подкожных вен нижних конечностей – считается наиболее частым экстренным состоянием в сосудистой хирургии. Опасность этого осложнения обусловлена его склонностью к нарастанию в проксимальном направлении по просвету большой подкожной вены с последующей фрагментацией и миграцией оторвавшегося тромба в малый круг кровообращения, вызывая тем самым, фатальную тромбоэмболию легочной артерии и ее ветвей.

Цель. Систематизация собственного клинического опыта по ведению больных с варикотромбофлебитом нижних конечностей.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2018 гг. в Джизакском филиале РНЦЭМП проведено стационарное лечение 56 больных с варикотромбофлебитом: 36(64,3%) женщин и 20(35,7%) мужчин в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст – 48,5 лет). Острый восходящий варикотромбофлебит большой подкожной вены (БПВ) диагностирован у 40 (71,4%) пациентов, ограниченный тромбофлебит на уровне голени – у 16 (28,6%).

Показанием к хирургическому лечению, основной задачей которой является хирургическая профилактика ТЭЛА, является переход видимой проксимальной границы тромба на бедро, что имело место у 35 (62,5%) больных. При этом предпочтение отдаем кроссэктомии: после пересечения БПВ у устья проверяем наличие хорошего ретроградного кровотока, перевязываем все притоки, иссекаем БПВ в пределах раны. У 2 (3,6%) больных головка тромба достигала сафено-фemorального соустья и переходила в бедренную вену, в связи с чем кроссэктомия была дополнена тромбэктомией. У 5 (8,9%) пациентов с ограниченным варикотромбофлебитом на уровне голени, у которых отсутствовал выраженный перифлебит, с целью профилактики рецидива тромбоза и тромбоэмболического синдрома выполнена флебэктомия.

Медикаментозную профилактику инфекционных осложнений и прогрессирования тромбоза начинали до операции и продолжали в послеоперационном периоде. Консервативная терапия включает назначение антикоагулянтов (гепарина, фраксипарина), антибиотиков, НПВС, антигистаминных препаратов, антиагрегантов, венотоников (детралекс, флебодиа), местное лечение (гепариновая мазь, физиотерапия).

Летальных исходов и послеоперационных осложнений не отмечено.

Таким образом, стандартизация подходов к выбору тактики хирургического лечения варикотромбофлебитов нижних конечностей с учетом распространенности и локализации процесса, отношения головки тромба к устью БПВ позволяет избежать фатальной ТЭЛА и улучшить результаты терапии.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Тожибоев М.П., Туляганов Д.Б., Даминов Б.Н.,
Нахалбаев Р.Т., Холмиразев Б.Ф., Абдулахатов М.*
Джизакский филиал РНЦЭМП

Одним из серьезных осложнений у хирургических больных является тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК), риск возникновения которого достигает 30% случаев. Наиболее часто тромботические осложнения возникают у пациентов ортопедо-травма-

тологического профиля и после абдоминальных операций. Опасность развития тромбоэмболических осложнений особенно велика у больных старше 45 лет на 7–14 сутки после травмы или операции. Это связано с наличием у хирургических больных всех факторов триады Вирхова, т. к. механические повреждения тканей приводят к изменению состояния сосудистой стенки, гиперкоагуляции крови, венозному стазу, усиливающему вследствие длительной послеоперационной гипокинезии.

Цель. Оценка эффективности применяемого в клинике комплекса мероприятий по профилактике послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Материал и методы. В отделении экстренной хирургии Джизакского филиала РНЦЭМП с 2014 г. применяется протокол комплексной профилактики флеботромбозов и ТЭЛА, эффективность которого изучен у 75 больных, оперированных широким лапаротомным доступом по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Мужчин было 30 (40,0%), женщин – (60,0%). Средний возраст пациентов, включённых в исследование, составил 44,5 лет с диапазоном от 28 до 75.

Программа профилактики венозных тромбозов включала: эластичное бинтование нижних конечностей; применении антикоагулянта прямого действия – гепарина в дозе по 5000 ЕД подкожно непосредственно перед экстренной операцией и каждые 12 часов после операции в течение 4-5 дней, общестимулирующую и дыхательную гимнастику в постели; движения в голеностопных, коленных и тазобедренных суставах, подтягивание пяток к ягодицам, активное трение стопой одной ноги голени и бедра другой каждые 30-40 мин; раннее послеоперационное восстановление активности пациентов, лечебную физкультуру; умеренную гемодилюцию – Ht-30%. Перед началом введения гепарина определяем количество тромбоцитов и гемоглобина, величину гематокрита, показатели коагулограммы.

Результаты. На фоне проводимого комплекса мер профилактики тромбоэмболических осложнений показатели коагулограммы указывали на стабильное сохранение нормокоагуляции и некоторое увеличение фибринолитической активности крови.

Нефатальный флеботромбоз после операции отмечен у 3 (4,0%) больных, в том числе восходящий варикотромбофлебит большой подкожной вены – у 2 (2,7%), илеофemorальный тромбоз – у 1 (1,3%). Оба пациента с восходящим варикотромбофлебитом были подвергнуты операции – кроссэктомии с целью хирургической профилактики тромбозов легочной артерии (ТЭЛА). Анализ причин этого осложнения показало, что применение эластичных бинтов с недостаточной шириной, особенно у тучных больных с конусовидной формой нижней конечности, может привести

к развитию «эффекта жгута», который замедляет опорожнение соответствующего сегмента вены и травмирует ее. С учетом этого обстоятельства за последний год мы начали использовать преимущественно компрессионные чулки отечественного производства, на фоне применения которых мы пока еще не отмечаем флеботромбозы в системе нижней полой вены.

Фатальная ТЭЛА констатирована у 1 (1,3%) пациентки 58 лет, оперированная по поводу ущемленной гигантской послеоперационной вентральной грыжи.

Таким образом, профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у больных с острой абдоминальной патологией должна носить комплексный характер. Обязательным компонентом такой профилактики должно стать периоперационное применение прямых антикоагулянтов и компрессионного трикотажа.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б.

Самаркандский государственный медицинский институт, кафедра психиатрии, медицинской психологии и наркологии

На сегодняшний день ишемическая болезнь сердца является не редко встречающимся заболеванием среди людей страдающих алкогольной зависимостью. В последние годы является необходимым оптимизация алгоритма оказания медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца, страдающих алкогольной зависимостью в преморбиде. В результате чего, ожидается повышение продолжительности жизни пациентов с ишемической болезнью сердца.

Цель исследования: проанализировать течение психотических форм синдрома отмены алкоголя у пациентов с различными вариантами ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. Исследование проведено в приемном отделении СФ РНЦЭМП в период 2017–2018 гг. Общее количество пациентов с ИБС, поступивших в отделение за 1 года, составило 41 человека, средний возраст 52,6 года. В работе использовались клинико-психопатологический, соматический и статистический методы исследования.

Результаты исследования. По формам ишемической болезни сердца больные разделились следующим образом: стабильная стенокардия напряжения – у 41 пациента (50%), постинфарктный кардиосклероз – 8 пациент (20%), нарушения сердечного ритма – 10 человек (25%), нестабильная стенокардия с оперативным лечением в анамнезе (стентирование или аортокоронарное шунтирование) – 3 больных (7,5%).

Артериальная гипертония как фоновое для ишемической болезни сердца заболевание регистрировалось в 20 (50%) случаях. Развитие алкогольных психозов среди пациентов с ишемической болезнью сердца зарегистрировано у 12 больных (30% случаев). При этом средний возраст пациентов с ИБС оказался ожидаемо существенно выше такового у больных с синдромом отмены без коморбидности по ИБС – $52,3 \pm 6$ и $43,7 \pm 2$ года соответственно. Анализируя клинические проявления психотических форм течения синдрома отмены алкоголя у пациентов с ишемической болезнью сердца, были выделены следующие особенности: однообразность психопродуктивной симптоматики, чаще всего галлюцинации носят характер зрительных обманов восприятия в виде незнакомых людей, детей, лиц другой национальности или домашних животных, сопровождаются бредом ущерба. Характерной особенностью так же являются относительно небольшие по длительности алкогольные эксцессы, предшествующие развитию психозов. Благоприятное течение психоза с купированием психотических расстройств в течение суток наблюдалось у 30 больных (75% случаев).

Заключение. Таким образом, клиническая картина психотических форм алкоголизма у больных с ишемической болезнью сердца имеет специфические особенности: развитию психозов предшествуют более короткие алкогольные эксцессы; галлюцинаторные переживания сопровождаются бредовыми идеями ущерба; после купирования психотических расстройств длительное время сохраняются нарушения когнитивных функций.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКЕ У ДЕТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Турсунов Д.К.¹, Мухитдинова Х.Н.², Назаров Б.М.¹

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи¹

Ташкентский институт усовершенствования врачей²

Многогранность нарушений водного баланса и связанными с ними изменениями гемодинамики, по видимому, до сих пор обуславливают отсутствие конкретных рекомендаций.

Цель – выявить влияние коррекции нарушений водного баланса на функции левого и правого желудочков сердца, особенности изменений функции сердца методом эхокардиографии при искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Материал и методы исследования. Обследованы 26 детей с ТЧМТ в ОРИТ, из них девочек было 10, мальчиков – 16 в возрасте 5 – 6 лет. Пациенты разделены на две группы: 1 группа – в процессе лечения (с первых часов послеоперационного периода) в связи с адекватностью (КОС в пределах нормы) дети оставались на спонтанном дыхании; 2 группа – 10 больных (2 – сочетанная ТЧМТ с повреждением органов брюшной поло-

сти, 8 – ТЧМТ+ перелом конечности и тазовых костей) выполнялась ИВЛ с поддержанием гемодинамики допапином $4-6$ мкг/кг в минуту. Инфузионная терапия проводилась под контролем АД, ЦВД, выделительной функции почек.

Неинвазивный гемодинамический мониторинг, проводимый в отделении реанимации заключался в измерении сатурации крови кислородом, частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АДс) систолического, диастолического (АДд), среднего (АДср), центрального венозного давления (ЦВД), объема инфузионной терапии, выделительной функции почек. Измеряли параметры центральной гемодинамики: ударный объем (УОЛЖ, УОПЖ), минутный объем кровообращения (МОКЛЖ, МОКПЖ), фракции выброса (ФВЛЖ, ФВПЖ) левого и правого желудочков ультразвуковым методом аппаратом фирмы NITASNI. Соотношение коллоидов к кристаллоидам составляло 1:3 или 1:2. При устранении гиповолемии, стабилизации показателей системной гемодинамики, объем инфузионной терапии сокращали, так как появлялась возможность энтерального зондового питания практически в полном объеме физиологической потребности.

Обсуждение результатов исследования. В комплексной интенсивной терапии суточный объем жидкости пациентам 1 группы проведен в количестве $105,4 \pm 39,1$ мл/кг, из них $35,5 \pm 7,5$ мл/кг внутривенно, детям 2 группы объем водной нагрузки, проведенной по показаниям, составил $186,6 \pm 23,1$ мл/кг в сутки, внутривенно – $59,6 \pm 11,5$ мл/кг. Таким образом, у детей, находящихся на аппаратной ИВЛ объем водной нагрузки превышал физиологическую потребность почти вдвое. Выделительная активность почек соответствовала количеству введенной жидкости: в 1 группе $4,1 \pm 1,1$ мл/кг в час, во 2 группе – $9,4 \pm 0,8$ мл/кг в час. Состояние сердечно-сосудистой системы 1 группы отличалось повышением АДс на 43%, АДд – на 50%, ЧСС на 10%. Обращало внимание отсутствие существенных различий параметров гемодинамики (УО, МОК, ФВ левого и правого желудочков) в обеих группах.

Вывод. Наклонность к артериальной гипертензии, тахикардальный синдром, в условиях необходимости ограничения инфузии, в связи с острой дыхательной недостаточностью, требуют более критической оценки состояния и определения показаний к ИВЛ при ТЧМТ.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Турсунов Д.К.¹, Мухитдинова Х.Н.², Сатвалдиева Э.А.², Сабилов Д.С.¹

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи¹

Ташкентский институт усовершенствования врачей²

Актуальность. Самой характерной чертой травматического шока в раннем возрасте является способ-

ность детского организма длительно поддерживать нормальный уровень артериального давления даже после тяжелой травмы. Свойственная детям физиологическая симпатотония, обуславливает стойкую централизацию кровообращения, способную обеспечить компенсацию более выраженной гиповолемии, чем в сходной ситуации у взрослого человека. Однако в литературе недостаточно данных по изменениям гемодинамики при тяжелой черепно-мозговой травме у детей до 3 лет.

Цель исследования. Изучить и дать оценку особенностям изменений гемодинамики при тяжелой черепно-мозговой травме в младенческом возрасте.

Материалы и методы исследования. Нами изучены показатели центральной и периферической гемодинамики артериальное давление (АД), ударный объем (УО), минутный объем крови (МОК), общее периферическое сопротивление (ОПСС), общий вегетативный тонус (ОВТ), потребление миокардом кислорода (ПМК), частота сердечных сокращений (ЧСС), показатель сатурации кислорода, температура тела (T°) у 23 детей в возрасте $2,1 \pm 0,6$ лет. Всем больным осуществлялся мониторинг лабораторно-клинических показателей, биохимические показатели крови, коагулограмма, КЩС. Результаты обработаны методами вариационной статистики при помощи программы Microsoft Excel.

Больным 1 группы (39%) в возрасте до 3 лет с ТЧМТ средней тяжести интенсивная терапия в условиях ОРИТ проводилась на протяжении $6,2 \pm 0,35$ дней, 2 группы (30% детей) с ТЧМТ тяжелой степени – $15,6 \pm 2,3$ суток, 3 группе (31%) с очень тяжелой ТЧМТ длительностью 30 ± 8 суток. У 6 больных 1 группы (9) диагностирована ОЧМТ, 1-ЗЧМТ, 1 – эпидуральная гематома, 1 – САК, у 4 – УГМ средней степени тяжести, 1- ТЧМТ сочетанная с переломом левой бедренной кости без смещения костных отломков, 1- закрытый перелом левой большеберцовой кости, 1 – травма правой стопы. Оперированы- 5.

Во 2 группе рассматривались 7 детей, из которых у 4 – ЗЧМТ, 2-ОЧМТ, 6 – УГМ тяжелой степени, 2-субдуральная гематома, 3 внутримозговая гематома, 2 – САК. Оперированы- 6.

В 3 группе (7) – ЗЧМТ – 3, ОЧМТ-1, УГМ тяжелой степени с вовлечением стволовых структур – 4, у 1-внутри-мозговая гематома, 1 больного выявлена сопутствующая тяжелая пневмония. Оперированы – 4.

Результаты и их обсуждение. Показатель АД в 3 группе (очень тяжелых больных с ТЧМТ) на протяжении всего наблюдения (25 суток) оставался выше показателя в первой и второй группах. Показатель ОПСС был самым высоким в 3 группе в течение 25 суток лечения, оставаясь на повышенном на 70% уровне и на 23 сутки лечения. В эти же дни показатель УО и МОК уменьшались наиболее значительно: на 3 сутки $23 \pm 2,6$ мл, на 12 сутки – $18,5 \pm 1,2$ мл ($p < 0,05$), на 23 сутки – $24,6 \pm 2,3$ мл. Обнаружено достоверное уменьшение МОК на 12 сутки на до $2,4 \pm 0,3$ л/мин ($p < 0,05$).

Таким образом, показателем наиболее выраженного травматического повреждение органов при ТЧМТ были высокое ОПСС, на фоне уменьшения УО, МОК. Несмотря на отсутствие существенных отличий степени гиперсимпатотонии и показателя повышения потребления миокардом кислорода. Эффективность интенсивной терапии и коррекции отклонений гомеостаза в первые трое суток, характеризует более благоприятный прогноз, сравнительно меньшую продолжительность протезирующей коррекции жизненно важных систем организма ребенка при ТЧМТ. Высокое ОПСС более 1600 (что соответствует повышению САД выше 100 мм рт ст, ДАД выше 60 мм рт ст и выше) является признаком общей тяжести состояния, высокого риска развития СПОН и других осложнений и требует более эффективной корректирующей, стресс-лимитирующей терапии. Степень учащения сердечного ритма в пределах 160 в минуту, рост ОВТ, ДП в возрасте до 3 лет существенного прогностического значения не имеет.

Одним из ведущих показателей тяжести состояния детей с ТЧМТ до 3 лет является показатель ОПСС с формированием гиподинамического типа гемодинамики. Отягощающими факторами при ТЧМТ являются более выраженное повреждение головного мозга, степень УГМ, отек с вовлечением стволовых структур головного мозга, требующее немедленной коррекции, сопутствующие заболевания в момент травмы.

Выводы. При ТЧМТ в возрасте от 6 месяцев до 3 лет посттравматический стресс характеризуется, прежде всего, повышением ОПСС более чем на 50%. Степень и продолжительность повышения ОПСС соответствует тяжести ТЧМТ. Изменения гемодинамики при посттравматическом стрессе также характеризуются уменьшением УО и МОК.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Умаров О.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП,
Ферганский филиал ТМА

Актуальность: Наряду с ростом количества повреждений наблюдаются тяжелейшие сочетанные повреждения черепно-лицевого комплекса обусловленные новым качеством современной скоростной техники. Среди всех пострадавших с множественными и сочетанными травмами удельный вес переломов средней и нижней зоны лица составляет от 2% до 5% всех стационарных травматических больных.

Цель: анализ результатов лечения сочетанных травм челюстно-лицевой области в зависимости от срока оказания специализированной медицинской помощи.

Материалы и методы. В Ферганском филиале РНЦЭМП получали лечение 155 больных сочетанными челюстно-лицевыми травмами. Мужчин составило

67%, женщин 33%. Больные осмотрены по стандарту (клинический осмотр, рентгенография, МСКТ, осмотры смежных специалистов, ЭХОЭГ, ЭЭГ).

Рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях – 142, рентгенография придаточных пазух носа – 89, МСКТ – 28, ортопантомография – 7, РИ в специальных укладках (орбит, нижней челюсти, скуловой кости, линейная томография придаточных пазух носа) – 9.

После травмы первые сутки поступили 29 (18,8%) больных, 2-3 сутки поступили 31(19,8%) больной, 4-10 сутки – 61(38,6%) больной, после 11 суток поступили 34(22,6%) больных.

Лечение проводилось по алгоритму выбора метода лечения. Выздоровление отмечено у 62 больных, поступившие до 10 суток и у 38 больных, поступивших после 10-х суток.

Выводы. При сочетанных травмах челюстно-лицевой области своевременное оказание специализированной медицинской помощи способствует получению оптимального результата лечения.

Разработка и внедрение алгоритмов хирургических методов лечения повреждений челюстно-лицевой области при сочетанной травме позволяют оптимизировать результаты лечения, а также сократить число возможных осложнений.

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯКЛАРИНИНГ ДИАФИЗАР СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Уразбаев А.А., Ражабов О.С., Худойбергенов Х.Р.

РШТЁИМ Хоразм филиали

Болаларда билак суякларининг синиши таянч ҳаракат аъзолари шикастланишлари ичида энг кўп учрайдиган шикастланишлардан бири ҳисобланади. Муаллифларнинг маълумотларига кўра билак суякларининг синиб – чиқишлари елка камари суяк сегментларининг турли синишларига қараганда биринчи ўринда туради ва 64,3-68% ни ташкил қилади.

Республика Шошилич Тиббий Ёрдам Илмий маркази Хоразм филиалида 2016-2019 йиллар давомида бизнинг кузатувимизда 248 та бемор болалар суякларининг диафизар синишлари билан даволандилар ва бу болалардаги барча суяк синишларини 31,6% ни ва қўл синишларини 42,2 %ни ташкил этади. Болаларда билак суяклари диафизар синишларини даволашнинг асосий усули бу консерватив даво усулидир, аммо бизнинг кузатув материалларимизга қараганда, ҳамда баъзи адабиётларни ўрганган ҳолда шундай хулосага келиндики: билак суяклари ўрта/3, п/3, ю/3 синиқларини қўл ёрдамида бир лаҳзали репозицияси ҳар доим қониқарли натижа бермай қолади, шу сабабли синиқлар 3/1 силжиши ва 10 градус бурчакли силжишларда тўлиқ остеоинтез операцияси қўлланилиши керак бўлади.

Болаларда билак суякларини диафизар синишларини консерватив даволаш усуллари билан бир қаторда, биз 48

та беморларда ЭОП (Электрон оптик телерентгеноскопия – С-АРМ) апарати ёрдамида ёпик усулда Илизаров кегайлари ёрдамида интрамедулляр остеоинтез, кегай-стерженли Илизаров апарати ёрдамида -20 та, Богданов стерженлари ёрдамида очик интрамедулляр остеоинтез -121 та, пластинкалар ёрдамида очик остеоинтез -16 та, комбинирланган остеоинтез- Богданов стержени ва Илизаров аппаратлари ёрдамида -43 та беморларда остеоинтез каби оператив даво усуллари қўлладик.

Биз барча беморларни касалхонага ётқизилган куни 1-2 соат ичида клиник-лабораторик, рентгенологик текширишлар, кўрсатма бўйича педиатр ва бошқа мутахассислар кўригидан сўнг шошилич равишда оператив даво қўлладик, чунки болаларда психозеомоционал ҳолатлар, шикастлангандан кейин ўтадиган ҳар бир дақиқа даволаш натижаларини ёмонлаштиради.

Билак суяклари диафизар синишларини оператив даволаш натижалари 211 бемордан 198 тасида яхши, 9 тасида қониқарли ва 4 та беморда қониқарсиз натижа кўрсатди.

Болаларда даволаш тактикаси унинг ёши, жароҳат турлари, суяк синишларининг тури ҳамда суяк бўлақларининг силжиш юзаларини ҳисобга олган ҳолда танланиши зарур.

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Уразбаев Ж.Д.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы мышцелков большеберцовой кости составляют до 3,2% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата. Многообразие внутрисуставных переломов, трудности репозиции и стабилизации отломков, частые осложнения в виде стойких контрактур коленного сустава и посттравматического артроза придают данной патологии особую актуальность. Неудовлетворительные исходы при оперативном лечении переломов мышцелков большеберцовой кости встречаются у 6-38% больных, при консервативном – показателем значительно выше.

Цель работы: улучшение анатомо-функциональных исходов путем разработки и обоснования рациональной тактики при оперативном лечении больных с переломами мышцелков большеберцовой кости.

Материалом послужили данные 29 больных с 30 переломами мышцелков большеберцовой кости оперированных способом внутренней фиксации. Возраст больных от 14 до 76 лет. Мужчин было 17, женщин – 12. У 26 больных переломы были закрытые, у 3- открытые (1А по Каплана–Марковой). Для уточнения характера и степени смещения отломков, 25 больным произведено КТ коленного сустава. Переломы типа В1 (классификация АО/ASIF) диагностированы у 4, В2 -4, В3-12, С2-1, С3-8. Превалировали тяжелые переломы В3и С3 (20 случаев).

Оперативное вмешательство включало открытую репозицию, восстановление конгруэнтности суставной поверхности и стабильную фиксацию отломков. В зависимости от типа перелома и минеральной плотности костной ткани применяли фиксацию костных отломков винтами или наkostный остеосинтез пластинами. Дефекты после элевации суставных фрагментов замещали костными ауто – или аллотрансплантатами. Поврежденные мениски удаляли лишь при невозможности их рефиксации.

Травматичность операции уменьшали бережным отношением к поврежденным тканям, щадящей репозицией отломков с применением спицевого дистрактора. Для профилактики рубцово-спаечного процесса после санации полости сустава и введения вакуумных дренажей мягкие ткани ушивали в положении сгибания в коленном суставе под углом 90-100 град.

После операции поврежденную конечность укладывали на ортопедических подушках в положении сгибания в коленном и тазобедренном суставах под углом 90*. К концу 2 суток после операции начинали пассивную разработку коленного и тазобедренного суставов. Через 2-4 суток после операции движений в коленном суставе была не менее 90 град. Больные самостоятельно разрабатывали движения в коленном, голеностопном и тазобедренном суставах. К концу 1 недели движения в коленном суставе осуществлялись свободно и болезненно, и больных ориентировали на дальнейшее увеличение амплитуды движений.

Описанная тактика применена у 26 больных, что значительно сократило сроки функционального восстановления пострадавшей конечности. Сроки нагрузки определялись типом перелома и рентгенологически данными в процессе динамического наблюдения.

Оценку исходов проводили по бальной системе. Результаты лечения изучены у 21 больного в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Отличные результаты получены у 3 (14%), хорошие у 13 (62%), удовлетворительные – у 4 (19%). Неудовлетворительный результат у 1 больного был обусловлен нагноением операционной раны с последующим развитием остеомиелита.

Таким образом, представленная тактика лечения больных с переломами мыщелков большеберцовой кости, включающая малотравматичную анатомическую репозицию, прочную внутреннюю фиксацию и максимально раннюю функциональную реабилитацию, позволяет получить положительные результаты с преобладанием хороших и отличных.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИЦЕ- СТЕРЖНЕВЫХ АППАРАТОВ В ЭКСТРЕННОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Тахиров Ж.М.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Переломы плечевой кости среди всех переломов длинных костей конечностей составляют от 12,4% до

13,6 %, диафизарные повреждения – 35 %. Переломы плечевой кости относятся к одной из сложных травм, при которых в результате неправильной и несвоевременно оказанной помощи развиваются значительные нарушения функции плечевого сустава, которые в дальнейшем приводят к высокой инвалидности и стойкой утрате трудоспособности больных. Лечение диафизарных переломов плечевой кости начинают с консервативных методов. Ручная репозиция и последующая гипсовая фиксация не всегда позволяют добиться полного сопоставления отломков, их прочной фиксации на весь период лечения. По литературным данным при переломах диафиза в 25,8 % случаях наблюдается вторичные смещения, в 47 % неудачная закрытая репозиция фрагментов. Недостатком фиксационного метода является необходимость длительной внешней иммобилизации конечности, что приводит к развитию атрофии мышц и к образованию стойких контрактур в суставах верхней конечности.

Показаниями к оперативному лечению диафизарных переломов плечевой кости являются:

1. Свежие и множественные, двойные переломы со смещением костных отломков, с интерпозицией мягких тканей, с признаками сдавления сосудисто-нервных пучков

2. Открытые переломы с обширным повреждением мягких тканей, когда консервативные методы не дают желаемого результата.

В РНЦЭМП Хорезмского филиала при лечении диафизарных переломов плечевой кости применено новое техническое решение – спице-стержневой компрессионно-дистракционный аппарат. В основу аппарата входит применение колец от аппарата Илизарова в компановке из 2-х, 3-х, 4-х полуколец, скрепленных между собой планками и стержнями на трёх уровнях. После ручной репозиции, вводятся по две стержни через крайние полукольца на дистальных и проксимальных концах плечевой кости и фиксируются к кольцам специальными стержневыми фиксаторами или планками. При необходимости проводится дистракция в аппарате, в непосредственной близости, 1,5-2 см от перелома проводятся по две перекрещивающиеся спицы, соответственно через проксимальный и дистальный отломки и фиксируются к рабочим кольцам.

В дальнейшем делается контрольная рентгенография и на основании полученных данных при необходимости, репозиция отломков доводится до удовлетворительного состояния.

Данная методика остеосинтеза применена у 52 больных с диафизарными переломами плечевой кости различной локализации и с различными характерами линии перелома. Из них мужчин было 39, женщин – 13. Переломы в средней трети наблюдались в 12 случаях, в нижней трети – в 26, в верхней трети в 14. Всем больным применялся закрытый остеосинтез без обнажения зоны перелома. Во всех случаях получены хорошие и удовлетворительные результаты, осложнений не было. Анализ результатов их лечения и наблюдения

за больными показали, что стержневые компрессионно-дистракционные аппараты дают возможность удовлетворительно репозировать костные фрагменты, их прочно фиксировать с сохранением движений в смежных суставах поврежденной конечности. Кроме того, применение упрощенной компановки намного облегчает монтаж аппарата при экстренной травматологии и легко переносится больными. В связи с этим, мы предлагаем при остеосинтезе диафизарных переломов плечевой кости шире применять спице-стержневую фиксацию на основе аппарата Илизарова в практике травматологов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ ПРИ ПОВЕШЕНИИ И ОТРАВЛЕНИЯХ У СУИЦИДАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Усенкова М.В., Бегалиев С.М., Абдираманов Д.М.

Каракалпакский филиал РНЦЭМП

Цель – определение эффективности оказания медпомощи на до- и госпитальном этапе больным совершившим суицид способом отравления или повешения.

Материалом и методом исследования является оценка статистических данных за три года по СМП Каракалпакского филиала РНЦЭМП и работа с формой А5.

Жизнь человека бесценна, но суицидальные тенденции наблюдаются у многих депрессивных больных. Суицидальная мотивация при этом неоднородна. В ряде случаев она связана с полным обесцениванием собственной жизни. Самоубийство, суицид (от лат. *suicidare* – убивать себя) – преднамеренное лишение себя жизни, как правило, самостоятельное и добровольное. В обществе суицид можно считать огромной проблемой. Например, в США в 1996 г. Суицид совершили свыше 31000 человек и ежегодно около 50000 человек попадают в приемные отделения больниц из-за суицидных попыток. В сумме это превышает на 50% частоту убийств. Зачастую суицид является следствием аффекта или глубокой тяжелой депрессии.

В медицинской психологии понятие суицид подразделяют: на суицидальные мысли, суицидальные попытки и завершённый суицид. Суицидальные мысли, а в некоторой литературе описывают как суицидальные жесты это, то, с чем чаще сталкиваются поликлиническая служба или же семья пациента. Лечение таких больных зачастую или игнорируется (т.к. считают, что «пройдет со временем» или «минутная слабость») или сводится к назначению лекарственных средств что без психотерапии и поддержки близких, чаще оказывается малоэффективным.

В практике скорой медицинской помощи мы встречаемся в основном с суицидальными попытками и со смертью больного. Суицидальные попытки могут осуществляться на практике различными способами: повешения, употребление химических веществ (яды, кислоты, лекарственные средства, наркотики и т.п.),

самосожжение, утопление, автоаварии, отказ от еды и др. Если попытка заканчивается смертью то, мы говорим о завершённом суициде. В этом тезисе рассматривается лишь часть способов ухода из жизни – это механическая асфиксия (повешение) и отравление. Эти два способа наиболее популярные у суицидальных больных нашего региона.

Согласно статистическим данным, несмотря на количество вызовов на повешение (всего за три года – 71 выезд СМП) своевременно доставить в стационар оказав первую медпомощь удается (3 случая) в единичных случаях, но и в случае госпитализации выживших практически нет. За три года только в 2017 г. удалось спасти одного человека, что составило за 2017 год – 50%. При отравлениях оказать медицинскую помощь и доставить в стационар удается большему количеству пациентов. Так в 2016 году 8 человек получили первую медицинскую помощь и госпитализированы, из них выжило 7 что составило 87,5 %. В 2017 и 2018 гг. 3 человека получили первую медицинскую помощь и госпитализированы, из них выжило 2 что составило 66,7 %.

Выводы:

1. При повешении практически все попытки совершить суицид заканчиваются смертью больного.

2. При всем желании больного совершить законченный суицид при отравлении, оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе и в стационаре достаточно эффективно при своевременном оповещении СМП.

КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ПЕРЧАТОЧНЫХ СКАЛЬПИРОВАННЫХ РАНАХ КИСТИ

*Усманов Б.С., Юлдашев А.А., Исмаилов Ж.Т.,
Дадабаев Х.Р., Уринов Б.А*

Ферганский филиал РНЦЭМП

Перчаточное скальпированное ранение кисти (ПСРК), как правило, возникает при попадании ее в движущиеся механизмы или валы, в результате чего кожа снимается с кисти по типу перчатки. ПСРК является достаточно тяжёлым повреждением верхней конечности, при котором необходимо решиться на своевременное применение кожной пластики, что позволяет сохранить кисть и ее функцию.

Наиболее доступными и надёжными являются методы кожной пластики, когда из двух кожных лоскутов передней брюшной стенки формируется полость – «чехол», соответствующая по форме скальпированному сегменту кисти. В неё погружается скальпированная кисть. Тем не менее, тактика хирурга, по нашему мнению, должна определяться индивидуально в зависимости от характера повреждения (сохранности сосудисто-нервных пучков, наличия переломов, степени загрязненности раны и т.д.) и общего состояния больного.

Отделение экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии Ферганского филиала РНЦЭМП распола-

гает опытом лечения 52 больных с ПСРК за истекший период. Мужчин было 43 (82,7%), женщин – 9 (17,3%), из них детей – 3 (5,8%). Практически все пострадавшие поступили с травматическим шоком той или иной степени. У 40 (76,9%) пострадавших отмечено повреждение правой кисти, у 10 (19,2%) – левостороннее повреждение, у 2 (3,8%) больных отмечено ПСРК с обеих сторон.

Оперативная тактика была следующей: после тщательной ПХО раны кисти нами произведены следующие виды оперативных вмешательств:

- открытое ведение раны кисти с последующей аутодермопластикой расщепленными лоскутами дефекта кисти после появления грануляционных тканей – у 25 (48,1%) пострадавших. Данная пластика производилась при поверхностных дефектах, а также при сильно загрязненных ранах;

- пластика кожно-жировыми лоскутами с передней брюшной стенки выполнена 12 (23,1%) больным. При этом формировались два встречных лоскута, между которыми помещали поврежденную кисть. Через 4 недели питающие ножки лоскутов отсекались от живота. Затем выполнялись вмешательства по разделению пальцев;

- пластика паховым лоскутом произведена 6 (1,5%) пострадавшим. Впоследствии производились поэтапные операции аналогично лоскутам с передней брюшной стенки;

- пластика «утильной» кожей выполнена 9 (17,3%) больным. Скальпированная кожа очищалась от клетчатки, перфорировалась и подшивалась обратно на раневой дефект кисти.

Несмотря на то, что использование вышеуказанных кожно-пластических операций позволило нам сохранить кисти, были отмечены следующие ранние и поздние осложнения послеоперационного периода: частичный некроз «утильной» кожи – у 3 пострадавших (что потребовало дополнительной кожной пластики), нагноение раны – у 4 больных, контрактура пальцев – у 9 пациентов, практически отсутствие чувствительности кожи (что также снижало функцию кисти) – у 18 больных.

Таким образом, использование кожно-пластических операций при лечении пострадавших с перчаточными скальпированными ранениями кисти позволяет сохранить сегмент конечности. Второй, не менее важной, задачей остается восстановление функции кисти. Необходимо отметить, что основными условиями благоприятного исхода лечения данного контингента больных, по нашему мнению, являются правильно выбранная кожно-пластическая операция, постоянное применение лечебной гимнастики в период реабилитации и наблюдение оперировавшего хирурга.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КИСТИ С ДЕФЕКТАМИ ТКАНЕЙ

Усманов Б.С., Юлдашев А.А., Исмаилов Ж.Т., Хомиджанов И.Б., Насритдинов Ж.А., Уринов Б.А
Ферганский филиал РНЦЭМП

Открытые повреждения кисти (ОПК) часто сопровождаются дефектами тканей. До сих пор некоторыми хирургами активно применяются методы резекции костей для укрытия образовавшихся дефектов. Данная тактика, как правило, приводит к инвалидизации больных и неудовлетворительным косметическим результатам. Использование же методов перекрестной пластики при ОПК, сопровождающимися дефектами тканей, по нашему мнению, позволяет достичь превосходных функциональных и косметических результатов.

В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии Ферганского филиала РНЦЭМП в период с 2000 по 2018 годы пролечено 480 больных с ОПК, сопровождающимися дефектами тканей. У подавляющего большинства (73%) были повреждены пальцы кисти, в остальных случаях (27%) отмечены повреждения сегмента или всей кисти. Пострадавшие с полными и не полными травматическими отчленениями пальцев и сегментов кисти с дефектами тканей в данное исследование не включены в связи с особой спецификой оказания помощи и методов устранения дефектов при данного рода повреждениях. Мужчин было 345 (71,9%), женщин – 135 (28,1%), из них детей – 110 (22,9%).

Всем больным были выполнены хирургические операции по устранению травматических дефектов. Нами использованы следующие лоскуты на питающей ножке: с соседнего пальца – у 180 больных, лоскут с ладонной поверхности – у 135, лоскут с передней поверхности брюшной стенки – у 79 пострадавших. Также использованы лоскуты на сосудистой ножке: островковый лоскут – у 60 больных, лучевой лоскут – у 12, паховый лоскут – у 14 пациентов.

После ПХО раны поврежденный сегмент подшивался дефектом к лоскуту, при этом дефект донорской зоны устранялся пересадкой расщепленного кожно-аутоотрансплантата или местными тканями. Второй этап оперативного лечения заключался в отсечении питающей ножки и проводился через 3 недели после первого.

Практически у всех прооперированных больных с помощью перекрестной пластики удалось устранить травматические дефекты тканей. Отмечено 93% приживление лоскутов. В 7% случаях в связи с развитием некротических процессов лоскут не прижился. Функциональный и косметический эффект зависел от характера и вида повреждения, адекватности выбора реципиентной зоны.

Анализ результатов показал, что при планировании пересадки необходимо учитывать характер повреждения, размеры дефекта, толщину кожи и подкожной

клетчатки лоскута, их эластичность, цвет и волосистой покров. В случае правильного расчета удается выполнить пластику с хорошим косметическим результатом и восстановлением функции, в случае ошибки можно получить избыток тканей или дефицит тканей с вторичным дефектом.

Таким образом, перекрестная пластика является методом выбора в лечении ОПК, сопровождающимися дефектами тканей. Правильный выбор оптимального вида лоскута позволяет избежать осложнений и получить хорошие функциональные и косметические результаты.

ПРИМЕНЕНИЕ СУКЦИНАСОЛА ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ

Усманов З.Х.¹, Дустмуродов Ш.Б.²

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП**

Целью исследования являлось патогенитически обосновать интенсивную терапию у больных в критическом состоянии с диабетическим кетоацидозом.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 13 больных в критическом состоянии с диабетическим кетоацидозом. У всех больных проводили общеклинические и биохимические анализы крови, общий анализ мочи, коагулограмму, ЭКГ. После начала интенсивной терапии у больных каждый час определяли уровень глюкозы в крови. Результаты собственных исследований. Интенсивная терапия всех больных включала в себя регидратацию, коррекцию солевого дисбаланса, улучшение микроциркуляции и коррекцию гипергликемии инсулинам короткого действия. В целях дотации жидкости в объеме в состав интенсивной традиционной терапии применяли препарат «Сукцинасол», в качестве антигипоксического, антиоксидантного и дезинтоксикационного средства для коррекции водно-солевого баланса в организме. Также «Сукцинасол» улучшает кислотно-щелочное состояние крови (КЩС), при ацидозе, так как в составе имеет ионы гидрокарбоната. Улучшает микроциркуляцию крови, активирует энергетический обмен, восстанавливает гемодинамические показатели, также восполняет дефицит ОЦК. При поступлении в отделение реанимации у всех больных состояние было критическое, наблюдались признаки гипергликемии и кетоацидоза. У всех больных pH составлял от 7,0 до 7,30 в среднем $7,22 \pm 0,07$. В моче проба на ацетон была резко положительной. В нашем случае при проведении интенсивной терапии «Сукциназолом» на 2 – 3 сутки наблюдалось ликвидирование ацидоза, стабилизация показателей гемодинамики на фоне нормализации уровня гликемии. Все больные относительно стабильными показателями гликемического профиля и регрессами клинических признаков ацидоза были переведены в эндокринологическое отделение.

Таким образом, «Сукцинасол» является эффективным препаратом для коррекции метаболических нарушений при диабетическом кетоацидозе. Также препарат восстанавливает гемодинамические показатели, улучшает микроциркуляцию, восполняет дефицит ОЦК, улучшает кислотно-щелочное состояние крови и тем самым улучшает исход критического состояния.

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛУШАРНОЙ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ

Усманов Ш.У., Ёкубов Б.С., Тураханов М.М., Саматов З.

Наманганский филиал РНЦЭМП

Одним из недостаточно изученных вопросов, касающихся особенностей реабилитационного периода после инсульта является вопрос о роли функциональной ассиметрии мозга в формировании постинсультных психовегетативных расстройств. С точки зрения современного учения о функциональной ассиметрии полушарий правое и левое полушария вносят свою лепту в процесс психических функций, поэтому представляет интерес анализ всей совокупности психовегетативных расстройств, которые возникают у больных перенесших инсульт в зависимости от полушарной латерализации патологического очага.

Цель: Изучить динамику психовегетативных показателей у больных перенесших инсульт, в зависимости от полушарной латерализации очага поражения. Было обследовано 70 больных с ишемическим инсультом.

Результаты. Полученные результаты показали, что динамика неврологического дефицита при поражении левого полушария прогрессирует более ускоренным темпом, причем в позднем восстановительном периоде между сравниваемыми группами имеются достоверные различия ($11,6 \pm 2,42$; $8,85 \pm 1,2$).

Вегетативный тонус при правостороннем инсульте имеет преимущественно парасимпатическую направленность ($63,84 \pm 1,04$), причем восстановление неврологического дефекта в динамике менее выражено ($11,92 \pm 0,809$ – $11,6 \pm 2,42$) и не является полным. Вегетативный тонус при левополушарном имеет симпатическую направленность ($63,25 \pm 1,14$) и восстановление нарушенных функций прогрессирует более ускоренным темпом ($13,178 \pm 0,988$ – $8,85 \pm 1,2$).

Таким образом обнаруженные различия вегетативной регуляции при разной латерализации патологического очага лежат в основе клинических особенностей и определяют характер и темпы восстановления утраченных функций. Симпатическая направленность вегетативного тонуса является благоприятным прогностическим признаком в плане восстановления утраченных функций.

**МОЧЕКАММЕННАЯ БОЛЕЗНЬ С ПРИСТУПАМИ
ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА***Фахриддинов Я.А., Парпиев Э.А., Нишанов Г.Х.,
Исомухаммедов Ж.Б., Каххаров М.А.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) – это полиэтиологическое заболевание характеризующееся оброзованием конкрементов в мочевыводящих путях, возникающий в результате нарушений обмена веществ в организме и уродинамики в мочевыводящих путях. МКБ у детей бывает реже чем у взрослых, составляет 2% от всех заболеваний и от 30-40% урологических заболеваний.

Материалы и методы. Анализируя результат лечения 210 больных – детей, с МКБ в урологическом отделении РНЦЭМП Наманганского Филиала в период с 2012-2016год. Возраст больных колеблется 0-14 года, причём пациенты до года были 15 (7,14%). Мальчиков было 99 (47,14%), девочек- 111 (52,86%). 130 (61,9%) обратились за медицинской помощью в первые 6 часов, 58 (27,6%) пациента до 24 часов после начала заболевания, а остальные 22 (10,47%) пациентов поступили с начала в хирургическое отделение, после тщательного обследования и динамического наблюдения, исключая острого хирургического заболевания были переведены в урологическое отделение.

Диагностику проводили по стандарту обследования экстренных урологических больных: общий анализ крови и мочи, УЗИ, обзорная и экскреторная уроскопия, по показаниям МСКТ.

Результаты исследования. Из поступивших 210 больным у 86 (40,95%) больным произвели операции: пиелолитотомия, уретеролитотомия, цистолитотомия и трансуретральная цистэкстракция. У 77 (36,67%) больных самостоятельно отошли конкременты, а у остальных 47 (22,4%) (солевые колики) после проведенных спазмолитических, литолитических и симптоматической терапии исчезли боли, улучшилось самочувствие, впоследствии которого выписаны удовлетворительном состоянии по месту жительства.

Вывод: 1. Так как у детей почечная колика симулируется под острыми заболеваниями пищеварительного тракта, надо тщательно обследовать МВП.

2. Наличие гематурии это один из признаков МКБ у детей, которые должны обследоваться в обязательном порядке УЗИ, обзорная и экскреторная урография.

**САМОКОНТРОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА
1 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МОБИЛЬНЫМ
ПРИЛОЖЕНИЕМ***Хамраев Х.Т., Алланазаров А.Б., Хабибуллаев Ш.Ф.,
Хакимов Б.Ш., Рашидова М.В.*Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский институт

Цель: Разработка и создание мобильного приложения с целью улучшения компенсации углеводного обмена у детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы: Выполнив анализ рынка мобильных приложений проведена его разработка на основании сформированного технического задания и началось проектирование удаленной базы данных для хранения и синхронизации всей необходимой информации. Затем проектировался визуальный интерфейс приложения, разрабатывалась логика приложения и создана пилотная версия программы, которая будет внедряться в клиническую практику.

Результаты: По данным на 01.05.2016 в Самаркандской области 37,8% детей и подростков, больных сахарным диабетом 1 типа, находились в целевом диапазоне по уровню HbA1c. Средний показатель HbA1c составил $8,9 \pm 0,49\%$. Худшие показатели метаболического контроля отмечены у подростков по сравнению с детьми ($8,9 \pm 0,49\%$ и $8,0 \pm 0,23\%$; $p=0,036$). Установлена корреляционная взаимосвязь между уровнем HbA1c и количеством измерений гликемии ($r = -0,39$; $p=0,045$). Разработано мобильное приложение с функцией автоматического подсчета доз инсулина, учитывая такие параметры, как уровень глюкозы крови, планируемый прием пищи, текущее состояние физической активности, углеводный коэффициент и коэффициент чувствительности. Мобильное приложение имеет возможность ежедневно регистрировать показатели гликемии в течение дня, употребляемое количество хлебных единиц, физические нагрузки, производить анализ данных в форме графиков динамики гликемии, HbA1c, массы тела, расчет углеводного коэффициента и коэффициента чувствительности, идеальной массы тела. Пользователи имеют возможность получать напоминания о предстоящей консультации врача, дате сбора анализов и получения рецептов, необходимости проверки уровня гликемии и проведения подковки инсулина. Отличительной особенностью приложения является возможность передачи данных на электронную почту врача (в виде схем, графиков и таблиц). При желании родитель может контролировать действия ребенка со своего мобильного устройства в любое время.

Интерфейс программы разработан специально для пациентов детского возраста с ярким и простым дизайном, содержит познавательные игры.

Выводы: Таким образом, одним из направлений улучшения компенсации углеводного обмена у детей

иподростков, больных сахарным диабетом 1 типа, является совершенствование самоконтроля заболевания за счет использования инновационных информационных технологий и профилактики гипо- и гипергликемии.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОЖОГОВОЙ ТОКСЕМИИ У ДЕТЕЙ

*Хамраева Г.Ш., Сатвалдиева Э.А.,
Абдурасулхонова Н., Абдуллаев У.Х.*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкентский институт
усовершенствования врачей

В клинической практике часто встречается острая сердечная недостаточность (СН) у детей в период ожоговой токсемии. На ЭКГ рано обнаруживаются признаки гипоксии миокарда, дисфункции правого желудочка сердца, причины которых связаны с повышением сопротивления кровотока в малом и большом круге и нагрузки на отделы сердца за счет трансфузионно-инфузионной терапии.

Материал и методы: Нами обследовано 32 ребенка в возрасте от 6 мес до 3 лет (ср. возраст $1,75 \pm 1,25$) с тяжелыми ожогами (II-IIIА-IIIБ ст.) площадью $>30\%$ поверхности тела. При поступлении у всех больных наблюдалась нестабильная гемодинамика, обусловленная ожоговым шоком (I-II ст.), тахикардальный синдром с увеличением ЧСС на 25-50% от нормы. Всем больным проводилась своевременная коррекция нарушений водно-электролитного баланса, гипопротейнемии, центральной и периферической гемодинамики, системы гемокоагуляции, функции паренхиматозных органов, адекватное обезболивание и антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры, β -блокатор – атеналол в дозе 0,4-0,5 мг/кг в сут.

Представлен клинический случай больного с термическим ожогом. Площадь поражения составлял 75% поверхности тела, степень поражения I-II-IIIАБ ст. На фоне лечения у ребенка отмечался приступ Суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии. На фоне выраженной тахикардии на протяжении нескольких дней на ЭКГ наблюдалось снижение STV1-4 ниже изоэлектрической линии на 1-4 мм, отрицательный зубец TV1-5. Больному был назначен β -адреноблокатор – бривиблок (эсмолол) однократно в дозе 25 мкг/кг/мин. Эффект лечения наступил через 28-30 мин, в виде снижения частоты сердечных сокращений (ЧСС) на 40%. После купирования приступа суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии – посттахикардальный синдром, высокий зубец T, ЧСС 146 в мин.

Вывод. Падение периферического сопротивления ведет к развитию артериальной гипотонии, что иногда компенсируется (далеко не всегда в достаточной степени) повышением минутного объема за счет главным

образом тахикардии. Назначение β -адреноблокаторов при сердечной недостаточности у детей раннего возраста усиливает стресс-лимитирующее действие препаратов, повышает эффективность коррекции нарушений гемодинамики, снижая потребность в кислороде улучшает метаболические процессы в миокарде.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПРИ РАЗНЫХ ИСХОДАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н.,
Маджидова Г.Т., Суннатова Г.И., Мирзаев Р.З.*

Самаркандский государственный медицинский
институт,
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Острый инфаркт миокарда (ОИМ) являясь самым значимым фактором, входящий в число ведущих причин смертности и инвалидизации населения в большинстве развитых стран мира. Известно, что ОИМ относится к числу полигенных многофакторных заболеваний, развитие которых обусловлено как классическими факторами риска (ФР), так и генетическими факторами. К некорректируемым ФР относят пожилой возраст, мужской пол и наследственную предрасположенность, определяемую генетическими факторами. Среди корректируемых ФР, согласно данным международного исследования INTERHEART, основными являются курение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия, избыточная масса тела, гиподинамия. Поэтому неудивительно, что несмотря на большое количество работ по изучению влияния различных ФР, проблема прогнозирования ОИМ далека от решения. Выявление предикторов неблагоприятного прогноза среди больных ОИМ до сих пор является актуальной проблемой современной кардиологии по настоящее время.

Цель. Изучение частоты встречаемости ФР у больных с инфарктом миокарда среди мужчин в условиях экстренной медицинской помощи.

Материал и методы. Нами исследован 121 мужчина с диагнозом инфаркт миокарда (ИМ). В зависимости от исхода заболевания все больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – 67 больных с благоприятным исходом ($59,1 \pm 0,52$ года), 2-я группа – 54 с неблагоприятным исходом ($57,4 \pm 1,17$ года). Группы были сопоставимы по возрасту, частоте встречаемости первичного и повторного ИМ, ИМ с зубцом Q, локализации очага некроза (чаще всего встречался ИМ передней стенки).

Результаты. Результаты исследования показали, что в 1-й группе по частоте убывания факторы риска распределялись в следующем порядке: артериальная гипертония (74%), курение (сигареты и насвай) (21%), ожирение (27%), злоупотребление алкоголем (8%),

сахарный диабет 2-го типа (12%); во 2-й группе – артериальная гипертензия (85%), курение (сигареты и насвай) (20%), злоупотребление алкоголем (6%), ожирение (15%), сахарный диабет 2-го типа (8%). Как таковых значимых межгрупповых различий по частоте встречаемости ФР не найдено. Отсутствие различий в частоте встречаемости ФР позволяет говорить о важном вкладе их как в развитие заболевания, так и в его прогрессирование и исход. При анализе структуры осложнений ИМ обнаружено следующее. В 1-й группе преобладали перикардит (8%), аневризма сердца (7%), тромбоэндокардит (4%), острая сердечная недостаточность (ОСН, 47%, из них 22% ОСН I по Killip), во 2-й группе – ОСН (87%, из них 49% ОСН IV по Killip), нарушение сердечного ритма (78%), психоз (2%), разрыв миокарда (3%). По-видимому, выявленные особенности осложнений заболевания связаны

с несовершенством постинфарктного репаративного фиброза, модификация которого обусловлена влиянием ФР как патогенетического фактора.

Выводы. При сравнении частоты встречаемости ФР в группе больных с ИМ и умерших межгрупповых различий не выявлено. По-видимому, развитие более тяжелых форм осложнений во 2-й группе, наряду с другими причинными факторами, связано с модификацией репаративного фиброза. Своевременный мониторинг репаративного фиброза позволит предупредить развитие осложнений и снизить количество летальных исходов.

ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АТОПИИ

*Шавази Н.М., Закирова Б.И., Атаева М.С.,
Хусаинова Ш.К., Турсунова Б.А.*

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский
институт

Цель работы. Анализ прогностической значимости атопии в формировании респираторной инфекции у детей для оптимизации методов профилактики заболевания.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты анамнестических и клинических обследований 86 больных детей раннего возраста с аллергическими реакциями, госпитализированных в отделениях детской реанимации, I и II экстренной педиатрии СФ РНЦЭМП, которые были разделены на II группы: I группу составили 42 больных детей с рецидивирующими респираторными инфекциями, не имевшие признаков атопии, II группу – 44 больных с рецидивирующими респираторными инфекциями, имевшие признаки атопии и аллергических реакций.

Результаты исследований. Больные были госпитализированы: в течение первых суток от начала заболе-

вания 11,6%, на 2-3 сутки 60,4% и остальные 27,9% – в течение более 3 суток. Обследование больных детей с рецидивирующими респираторными инфекциями показало, что у больных II группы, факторы, способствующие появлению атопии, встречались чаще, чем в I группе. В неонатальном периоде соответственно обнаружены: жалобы матерей на перенесенные вирусно-бактериальные инфекции (63,9% во II группе и 36,1% – в I-ой), в том числе, бактериальный вагиноз и мастит у матери (соответственно 11,6% и 5,8%), осложненное течение беременности и родов (в 17,4% случаев против 4,7%), позднее прикладывание ребенка к груди матери (17,4% и 2,3%). В постнатальном периоде во II группе также чаще, чем в I группе встречались: диспепсические явления (25,6% и 5,8%), указания на раннее искусственное вскармливание (32,5% и 10,5%), анемии (68,6% и 17,4%), атопический дерматит (44,1% и 0%), изменения в психоневрологическом статусе ребенка (45,3% и 13,9%); а также инфекционные и соматические заболевания (24,4% и 9,3%), частые респираторные инфекции (63,9% и 12,8%), использование антибиотиков (39,5% и 13,9%), нестероидных противовоспалительных препаратов (19,8% и 3,5%), гормонотерапия (8,1% и 2,3%). Первопричиной лихорадки, насморка, дерматита, неврологических расстройств, диареи и других патологических реакций часто была аллергия. Изучение анамнестических данных показало, что родители больных II группы в 3,5 раз чаще (24,4% против 6,9%) обращались за медицинской помощью поздно (на 3 сутки и позже от начала заболевания). При поступлении в стационар у 43,0% больных имелась выраженная одышка смешанного характера, а у 18,6% инспираторного типа. Частота одышки в I группе составила 13,9%, тогда как у больных II группы была выше – 37,2% с усилением ее при незначительной физической нагрузке во случаях и в ночное время у каждого третьего ребенка. У больных II группы ДН 1-2 степеней выявлена в 13,9% случаях и 3 степени – у 5,8% больных, госпитализированных в отделении детской реанимации.

Выводы. Таким образом, респираторные инфекции вирусной или бактериальной этиологии у больных на фоне атопии принимают затяжной характер со склонностью к рецидивам, что диктует о необходимости диспансеризации детей с атопическими реакциями для профилактики рецидивирующего течения респираторных инфекций.

ЦЕННОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

*Шавази Н.М., Закирова Б.И., Карджавова Г.А.,
Урунова М.А., Рузметова С.У.*

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский
институт

Цель работы. Показать степень участия клинико-анамнестических данных для определения факторов

риска формирования кардиоваскулярных нарушений при пневмонии у детей раннего возраста с целью профилактики.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ эпидемиологических показателей риска заболеваемости у 110 детей раннего возраста с пневмонией. Обследованы: I группа – 50 больных с острыми пневмониями без нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, II группа – 60 больных с острыми пневмониями, с кардиоваскулярными нарушениями.

Результаты. Признаки ишемии миокарда на ЭКГ имелись у 12,0% детей I группы и у всех больных II группы. Во II группе чаще в 2,8 раз, чем I группе выслушивались глухость сердечных тонов – 48,0% и 16,8%; систолический шум – в 3,7 раз (51,7% и 14,0% соответственно); тахикардия – в 4,5 раз, брадикардия имела лишь у 4,0% детей I группы. Риск заболеваемости (IP) по кардиальной патологии во II группе больных особо не отличался в сравнении с I группой (IR) по следующим факторам: обострение хронических заболеваний у матери (0,36 и 0,27), гестозы беременных (0,51 и 0,53), стремительные роды (0,15 и 0,24). В этих группах показатели IOR были соответственно 1,34; 0,97; 0,64 и RR – 1,17; 1,0; 0,71. Однако, IP и IR по ряду показателей были значительно выше, что проявилось в показателях отношения шансов (IOR) возникновения заболевания и относительного риска (RR) по следующим факторам: внутриутробные инфекции (IOR 8,91 и RR 4,21), обвитие плода пуповиной (IOR 4,5 и RR 2,62), перинатальное поражение ЦНС (IOR 4,8 и RR 2,63), анемия (IOR 5,74 и RR 3,21), асфиксия новорожденных (IOR 6,19 и RR 2,37), «часто болеющие дети» (IOR 5,37 и RR 1,25), раннее смешанное и искусственное вскармливание (IOR 3,12 и RR 1,05). Наиболее значимыми факторами явились внутриутробные инфекции, обвитие плода пуповиной, анемия, перинатальные поражения ЦНС, асфиксия новорожденных, «часто болеющие дети», раннее смешанное и искусственное вскармливание. Факторами относительного риска формирования сердечно-сосудистой патологии были: курение и алкоголизм отца (RR>3,5 и RR>3,0), отягощенность по заболеваниям сердца и бронхолегочной патологии (RR>2,7 и RR>2,0), анемия (RR>1,9), отягощенный акушерский анамнез (RR>1,8), частые перенесенные ОРВИ у ребенка (RR>1,5).

Выводы: Таким образом, выявление факторов риска, способствующих развитию нарушений сердечно-сосудистой системы при пневмониях у детей, позволит на донологической стадии проводить адекватные лечебно-профилактические мероприятия с целью улучшения прогноза основного заболевания.

ЎТКИР ЛЕЙКОЗНИ КИМЁТЕРАПИЯ БИЛАН ДАВОЛАШ АСОРАТЛАРИНИ ШОШИЛИНЧ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Шамсутдинова М.И.², Шокирова Ф.Ж.¹, Бердиева Х.Х.¹, Тожибоева Д.А.¹, Бекжанова Н.¹, Отабоева Д.¹, Бердышева У.¹, Каҳҳарова В.¹, Шамсутдинов М.М.¹, Раҳманова У.У.¹

Тошкент тиббиёт академияси (Гематология, трансфузиология ва лаборатория иши кафедраси)¹
Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази²

Муаммонинг долзарблиги: Ўткир лейкозлар (ЎЛ) қон тизими клонал ўсма касаллиги бўлиб, гетероген гемобластозларга киради. Бунда суяк кўмигида морфологик етилмаган қон ҳужайралар кўпайиши натижасида нормал гемопоз элементларининг камайиши ва уларнинг ўрнини бласт ҳужайралар эгаллаши юз беради. Кимётерапия билан даволаш кўп асоратли бўлишига қарамай ҳамон гемобластозларнинг асосий даволаш усули бўлиб қолмоқда.

Текширув объекти ва методи: Тадқиқот Г ва ҚҚ ИТИнинг 1- ва 2-гематология бўлимларида 2012 йилдан 2018 йилгача ЎЛ ташҳиси билан стационарда даволанаётган 50 та беморда олиб борилди. Материал кузатувга олинган 50 та беморнинг шикоятлари, клиник-лаборатор кўрсаткичлари, қабул қилган даво усули, касаллик тарихи ва архив маълумотларидан фойдаланиб йиғилди.

Тадқиқот учун танланган беморларнинг келган вақтидаги қон умумий таҳлили ва суяк кўмигидан олинган миелограмма натижалари ўткир лейкоз ташҳисини тасдиқлайди.

Натижа ва хулоса. Ўткир лейкозли беморларни даволашда асосий даво усули – поликимётерапия қўлланилиши натижасида беморларда турли гематологик асоратлар (анемик, геморрагик синдромлар ва миелотоксик агноулоцитоз) даво курси давомида турли даражада намоён бўлди ва касалликнинг кечишини оғирлаштирди. ПХТ олган беморларнинг даво курси давомида барчасида 20 (100%) ҳар хил оғирлик даражадаги анемия кузатилди, аммо умумий қон таҳлилида Нb-70 г/л дан кам бўлган ва клиник жиҳатдан қараганда гипоксик синдром билан намоён бўлган беморлар сони умумий беморларнинг 2/3 қисмини ташкил қилганлиги аниқланди.

Кузатишлар натижасида, қуйи даражали Нb кўрсаткичи ҳар доим ҳам темир танқислиги генезли бўлмасдан, интенсив терапия таъсири натижасида миелоид гиперплазияни бартараф қилиш мақсадида гемопознинг барча тармоқларига босим ўтказилиши, яъни суяк кўмиги гипоплазияси сабабли келиб чиққанлиги аниқланди. Шу сабабли эритропозга токсик таъсирнинг чуқурлашиши туфайли ПХТ қўллаш вақтидаги ноҳуш прогностик белгиларнинг юзага келиши ва узоқ давом этиши юқорида кўрсатилган жараён билан боғлиқдир.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, оғир даражали анемия кўпроқ ПХТ давосини қўллағач, миелотоксик агро-

нулоцитоз юзага келганда (медиана 4, интервал 2-8 ҳафта) кучайди ва ўрин босувчи гемокомпонент терапия билан коррекция қилинди. Гемоглобин миқдори 50 г/л га тушганда эритроцитар масса (барча беморларга 50 (100%) қуйилди. Эритроцитар массанинг ҳажмини ўртача 250,0 мл деб ҳисоблаганда, битта беморга 1 курс давомида $5 \pm 3,0$ мартадан 1-1,5 л гача гемотрансфузия тўғри келди.

Шу билан бирга кўмиқда мегакариоцитлар йўқолиши сабабли, геморрагик синдром авж олганини кузатдик.

Даволаниш мобайнида суяк кўмиги миелотоксик агранулоцитози натижасида периферик қонда тромбоцитларнинг кескин даражада тушиб кетиши кузатилди. Бу эса оғир геморрагик синдромларнинг ривожланишига олиб келди. Даволаш мобайнида консолидацион терапия босқичида 14/20-(70%) беморда геморрагик синдром кузатилди.

Шунингдек, терида кўкаришлар 6(30%), қон кетишлар (бурун қонаши 8(40%), милк қонаши 12(60%), ошқозоничак тизимидан қон кетиши 3(15%), метроррагия 2(10%), геморроидал тугундан қон кетишлар 1(5%), талоқ субкапсуляр гематомаси 1(5%) ва буйрак зарарланиши туфайли 4(20%) беморда гематурия кузатилди. Энг оғир геморрагик асоратлардан ДВС синдром 3(15%) беморда авж олиб, геморрагик шок, мия шиши ва натижада 2(10%) беморда геморрагик инсульт ривожланишига, беморларда ўлим сабабчиси бўлишига олиб келди.

Геморрагик синдромни даволаш учун тромбоконцентрат трансфузияси 250,0 мл дан $8 \pm 3,0$ тагача, 18 та (90%) беморга СЗП – 250 мл дан курс давомида $4 \pm 2,0$ гемостатик терапия ўрнида фойдаланилди ва шу билан биргаликда тремин, аскорбин кислотаси, этамзилат натрий қўлланилганда яхши натижа берди.

ЎТКИР ЛЕЙКОЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН КАТТА ЁШЛИ БЕМОРЛАРДА НЕЙРОЛЕЙКОЗНИ ДАВОЛАШ, УНИ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА ОҚИБАТИНИ ЎРГАНИШ

Шамсутдинова М.И.², Шокирова Ф.Ж.¹, Бердиева Х.Х.¹, Тожибоева Д.А.¹, Бекжанова Н.¹, Отабоева Д.¹, Бердышева У.¹, Каҳҳарова В.¹, Шамсутдинов М.М.¹, Раҳманова У.У.¹

Тошкент тиббиёт академияси (Гематология, трансфузиология ва лаборатория иши кафедраси)¹

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази²

Муаммонинг долзарблиги: Ўткир лейкозлар (ЎЛ) қон тизими клонал ўсма касаллиги бўлиб, гетероген гемобластозларга (ёш хужайралар мавжуд касалликлар туркумига) киради. Бунда суяк кўмигида морфологик етилмаган қон хужайралар кўпайиши натижасида нормал гемопоэз элементларининг камайиши ва уларнинг ўрнини бласт хужайралар эгаллаши юз беради. Нейролейкоз ўткир лейкознинг оғир асоратларидан бири бўлиб, бластхужайраларни бош ва орқа мияга метастаз бериши натижасида нерв тизимининг турли даражада шикастла-

ниши билан ифодаланади. 60- йилларга келиб илк маротаба метотрексат препаратини қўллаш, нейролейкозни учраш частотасини нисбатан камайтирган, аммо шунга қарамай 45-50% ҳолларда учраши аниқланган. Мазкур тадқиқотнинг долзарблиги нейролейкоз давосида комбинирланган даво: интератекал даво билан ўтказилган нур терапияни (бош ва орқа мияга) қўллаш орқали даво самардорлиги, оқибатини ўрганиш, ноҳўя таъсирлар кескинлиги ва частотасини камайтиришга қаратилган терапевтик тактика ишлаб чиқиш заруриятидан иборат.

Текширув объекти: Мазкур тадқиқотга ЎЛ ташхисли нейролейкоз билан асоратланган 53 та бемор киритилди. Ўртача ёш $23 \pm 2,8$ ёшдан таркиб топган. Ташхис беморларнинг ёши, жинси, даводан олдин ва кейинги ҳолатлари бўйича гуруҳланган. Клиник-лаборатор таҳлиллардан: умумий қон таҳлили (гемоглобин, эритроцит, тромбоцит, лейкоцит), миелограмма, ликворограмма таҳлили ўтказилди. Беморларда нейролейкозни даволаш мақсадида қилинган интератекал терапия (ИТ)га нисбатан комбинациялашган даво: интератекал терапия ва нур терапия (ИТ+НТ)ни биргаликда қўллаш самарали эканлиги аниқланди.

Текширув мақсади: Интератекал терапия ва нур терапия (ИТ+НТ)ни биргаликда қўллаш орқали беморларда давонинг самардорлигини баҳолаш ва оқибатини ўрганиш.

Текшириш методлари: 1) Клиник-гематологик. 2) Лаборатор: умумий қон таҳлили, миелограмма, ликворограмма таҳлили. 3) Инструментал: КТ, МРТ текшируви.

Илмий янгиликдан олинган натижалар: Интератекал даво билан ўтказилган нур терапия (ИТ+НТ)нинг клиник самардорлиги интератекал терапия(ИТ) билан таққосланди ва объектив баҳо берилди. ИТ+НТ билан даволашда орқа мия суюқлигида бласт хужайралар, бош ва орқа мияда ўсма ҳосилалари йўқолиши ва 3-йиллик яшовчанлик орасидаги ўзаро боғлиқлик ўрганилди. Нейролейкозни даволашда ИТ+НТ қўлланганда юзага келиши мумкин бўлган асоратлар, беморлардаги “юқори хавф омиллари”-(қонда гиперлейкоцитоз $30 \times 10^9/л$, ЛДГнинг 600 ТБ/л дан ошиши, юқори пролифератив индекс (S+GM 14% дан кўп бўлиши)нинг мавжудлиги билан боғлиқ бўлиб, терапия бошлашдан олдин юқоридаги кўрсаткичларни инobatга олиб, поликимётерапия билан параллел даволашни талаб қилади.

Амалий аҳамияти: Илмий изланиш давомида ЎЛга чалинган беморларда нейролейкоз хавфини олдини олиш учун эрта ташхислаш, даволашда интератекал терапия билан биргаликда нур терапияни қўллаш орқали асоратларни олдини олиш ва даволаш учун оптимал даво интенсивлигига риоя қилиш талаб қилинди.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БЕРЕМЕННЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ

*Шамсутдинова М.И.², Шокирова Ф.Ж.¹,
Бердиева Х.Х.¹, Тожибоева Д.А.¹, Бекжанова Н.¹,
Отабоева Д.¹, Бердышева У.¹, Каххарова В.¹,
Шамсутдинов М.М.¹, Рахманова У.У.¹*

Ташкентская медицинская академия, Кафедра гематологии, трансфузиологии и лабораторного дела¹,
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи²

Введение. Забота и изучение медико-социальных проблем состояния здоровья женщин репродуктивного возраста является важнейшей задачей государства и здравоохранения. Эти проблемы требуют решения в масштабе всей страны, но вместе с тем конкретные задачи по улучшению их здоровья должны определяться и решаться внутри каждого региона с учетом реально складывающейся на месте обстановки.

Рост заболеваемости в среде женщин репродуктивного возраста, в частности при беременности за последние годы вызывает особую тревогу, так как это ведет к увеличению числа различных заболеваний и грозных осложнений как у матери, так и у рождаемого ребенка.

Задачи исследования. Выделить прогностические факторы, определяющие риск возникновения кровотечения и ухудшения течения болезни у беременных с ИТП.

Материалы и методы. Исследования были проведены у 60 беременных женщин с хронической формой ИТП находившихся на постоянном наблюдении в НИИГ и ПК. Средний возраст больных составил $26,5 \pm 8,5$ лет. Продолжительность заболевания составила от 1,5 до 3 лет. Группу сравнения составили 40 больных по данным архивного материала НИИГ и ПК (женщины с ИТП сопоставимого возраста и срока продолжительности заболевания в стадии ремиссии).

Результаты и выводы. Легкая степень тяжести (I степень) заболевания характеризовалась мало нарушенным общим состоянием, кровотечения отсутствовали, отмечалось лишь наличие единичных петехий и экхимозов на коже нижних конечностей, уровень тромбоцитов в группе беременных с ИТП составлял $53,4 \pm 7,3 \times 10^9/л$, в группе сравнения $187,4 \pm 4,0 \times 10^9/л$.

При средней степени тяжести ИТП (II степень) больные предъявляли жалобы на некоторую общую слабость, появление петехий на коже нижних и верхних конечностей (100%), на туловище (54%) периодические умеренные носовые и десневые кровотечения, от 2 до 6 экхимозов (100%) преимущественно на коже нижних и верхних конечностей, уровень тромбоцитов в группе беременных с ИТП составлял $27,3 \pm 4,02 \times 10^9/л$.

При тяжелой степени тяжести (III степень) общее состояние больных было тяжелым. Больные предъяв-

ляли жалобы на слабость (86%), выраженное носовое и десневое кровотечение, обильную петехиальную геморрагическую сыпь по всему телу, шее, лице и множественноэкхимозов на коже конечностей и тела (15 и более крупных размеров). Количество тромбоцитов в группе беременных с ИТП составляло $7,6 \pm 3,05 \times 10^9/л$.

В нашем исследовании производилось систематическое наблюдение клинко-гемостазиологического состояния беременных в первом, втором и третьем семестрах. Это позволило выявить, что лабораторные признаки заболевания уже выявляются с наступлением беременности, т.е. в период первого триместра. У беременных женщин в первом триместре стало наблюдаться снижение количества тромбоцитов, в зависимости от уровня их снижения больные распределены на степени тяжести течения ИТП, из этого стало очевидно, что больший процент составили беременные со средней и легкой степенью тяжести соответственно. Резкое снижение количества тромбоцитов у категории больных женщин с тяжелой степенью послужило развитию геморрагических проявлений заболевания, что явилось прямым показанием прерыванию беременности в первом триместре на фоне назначения патогенетического лечения (назначение ГКС, гемостатиков и СЗП).

НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПЕДИАТРИИ И ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Применение антибактериальных препаратов в педиатрической практике является актуальной проблемой, так как рост числа болезней органов дыхания и бесконтрольное применение антибиотиков увеличивается с каждым годом. Это в первую очередь связано со свободным доступом к данной группе препаратов в аптечной сети, низким уровнем грамотности населения в отношении антибиотиков, частым назначением антибиотиков в амбулаторных условиях, в том числе при неосложненных формах патологии и при заболеваниях вызванных вирусами.

Антибиотикорезистентность – это проблема, выходящая за рамки чисто медицинской, имеющая социально-экономическое значение. Устойчивость к антибиотикам приводит к увеличению расходов на медицинскую помощь в результате более длительного пребывания в стационарах и предполагает необходимость более интенсивного лечения. Эта проблема по-прежнему остаётся малоизученной и требует дополнительных исследований.

Цель исследования: изучить проблемы, возникающие при применении антибактериальных препаратов при пневмониях у детей раннего возраста в условиях стационара и причины развития антибиотикорезистентности.

Материалы и методы исследования: 300 архивных историй болезни пациентов в возрасте от 1 мес. до 3-х лет с диагнозом «Пневмония», находившихся на лечении в отделениях Педиатрии и детской анестезиологии и реанимации РНЦЭМП АФ в 2014–2019 г.г., при этом отобрано 100 историй болезни. Анализ историй болезни и данных анамнеза с целью определения характера антибиотикограммы у детей с острой пневмонией, частоты и причины смены антибиотика, частоты антибактериального анамнеза у детей с острой пневмонией, изучение частых причин назначения антибиотикотерапии в амбулаторных условиях.

Результаты исследования. При выполнении исследования изучены истории болезни пациентов раннего возраста с диагнозом «Острая пневмония» (300), находившихся в отделении Педиатрии и ДАР РНЦЭМП АФ и отобраны те истории болезни детей, где выявлена смена антибиотика (100).

При анализе 100 историй болезни установлена структура антибактериальных препаратов, применявшихся при лечении пациентов. При терапии доминировали цефалоспорины (76,7 %), что обусловлено тяжестью течения основного заболевания и эффективностью данного препарата. Достаточно часто врачами назначались макролиды (16,35 %), реже аминогликозиды (4,65 %) и пенициллины (2,3 %). В основном это были «защищенные» пенициллины. С одной стороны это связано с алгоритмом лечения острой пневмонии, с другой наличием антибактериальных препаратов в отделении нашего центра. При смене антибиотика установлено, что в качестве так называемого «нового» антибиотика чаще выступали цефалоспорины 3-4 (2/3 случаев) поколения и макролиды (1/3 случаев).

Из группы цефалоспоринов чаще применяли препараты 3 поколения (48,5 %), но также не редко использовались цефалоспорины 1 поколения (27,2 %) при этом в основном у пациентов с впервые диагностированной острой пневмонией. Так же часто назначались цефалоспорины 2 поколения (15,2 %), и реже препараты 4 поколения (9,1 %), что вполне объяснимо, учитывая ранний возраст пациентов и неосложненный характер течения болезни. Более редкое применение макролидов, по сравнению с цефалоспоринами, обусловлено этиологией острой пневмонией у детей раннего возраста, где чаще выявлялся пневмококк. При изучении частоты смены антибактериальных препаратов установлено, что чаще АБ менялся 1 раз (67,5 %), тем не менее, отмечалась и неоднократная смена антибиотика (10 %), использование в лечении двух препаратов (7,5 %) и корректировка дозы и способа его введения (15 %), т. е. переход с внутримышечного на внутривенное введение, увеличение дозы, что говорит за тяжесть течения острой пневмонии у детей раннего возраста. Частой причиной смены АП являлось отсутствие эффекта в лечении острой пневмонии (82,5 %), т. к. чаще всего антибиотик назначался без наличия результатов исследования этиологического фактора (возбудитель).

Это связано с поздним получением результата антибиотикограммы. В центре нет своей бактериальной лаборатории, поэтому врачам приходится направлять материалы для исследования в другие клиники с наличием бактериальных лабораторий. Результат анализов нередко врач получает уже после улучшения общего состояния ребенка, а в некоторых случаях даже после перевода больного с улучшением в отделение или по месту жительства. В 5 % наблюдений смена АП происходила после получения данных антибиотикограммы и необходимости смены АП в связи с невыраженным клиническим эффектом ранее используемого антибиотика. В 2,5 % наблюдений более подробный сбор анамнеза так же обосновывал внесение коррекции в назначение АП (антибиотик использовался ранее без эффекта, частое самостоятельное применение антибиотика родителями ребенка). Не редки были аллергические реакции на АП (5 %), что так же приводило к смене антибиотика.

Таким образом, у детей раннего возраста с диагнозом острая пневмония чаще смена антибиотика происходила 1 раз в связи с отсутствием клинического эффекта, и назначался в основном цефалоспорин 3 поколения. Всё это обусловлено отчасти поздним получением результатов антибиотикограммы и необходимостью более детального сбора предшествующего антибактериального анамнеза. Больные с деструктивными формами пневмонии, располагали результатами антибиотикограммы, которая служила основой коррекции антибактериального лечения. У больных детей с деструктивной пневмонией частой причиной развития острой пневмонии являлся стрептококк – *Streptococcus viridians* (29 %), далее по частоте причины пневмонии у детей раннего возраста, находившихся на лечении в нашей клинике, располагались – *Klebsiella pneumonia* (23 %), *Staphylococcus aureus* (12 %), реже высевались – *Pseudomonas spec.* (6 %), *E.coli* (6 %), *Streptococcus haemolyticus* (6 %), *Stafylococcus epidermidis* (6 %).

Изучив анамнестические данные стало ясно, что дети старше 5 мес. (87 %) часто болели «простудными» заболеваниями, сопровождавшихся повышением температуры тела и катаральными проявлениями (кашель, насморк). При этом наиболее часто родители самостоятельно или по назначению врача принимали антибиотика (35 %) или использовали симптоматическую терапию (30 %), включавшую жаропонижающие и отхаркивающие препараты. Все дети судя по картам имеют отягощенный антибактериальный анамнез (частое применение АП) несмотря на ранний возраст (до 3-х лет).

Выводы: 1) необходима своя бактериальная лаборатория в экстренном центре для исследования материалов больных детей да и взрослых на месте, что безусловно будет играть важную роль в лечении и предотвратит необоснованное и слепое назначение антибактериальных препаратов врачами.

2) при назначении антибактериальных препаратов исходя из анализа историй болезни и карт обследования и лечения, доминировали цефалоспорины и чаще 3 поколения, что говорит в пользу тяжести заболевания и неблагоприятного антибактериального анамнеза.

3) в 77,5 % наблюдений хотя бы один раз меняли антибактериальный препарат, при этом в большинстве случаев из-за отсутствия эффекта.

4) антибиотикограмма имела только у трети пациентов с острой пневмонией, при этом установлено преобладание в качестве этиологического фактора *Streptococcus viridans* и *Klebsiella pneumoniae*, что, возможно, объясняет частый выбор цефалоспоринов 3 поколения.

4) в анамнезе почти 30 % детей при возникновении воспалительных заболеваний сразу начинали получать антибиотики, что требует обучения населения, повышения уровня грамотности населения в отношении антибиотиков, проведения санитарно-просветительской работы.

5) у пациентов со сменой антибиотиков при текущем заболевании, в 88 % наблюдений выявлен отягощенный антибактериальный анамнез. При этом более половины детей (53 %) получали антибиотики более 5 раз, не смотря на ранний возраст. Таким образом, интервал между приемом антибиотика составлял менее 6 мес.

В связи с чем, необходим контроль доступа к антибиотикам в аптечной сети.

6) выдача антибиотиков только по рецепту врача, т.к нередко родители детей с катаральными явлениями ОРВИ начинают самостоятельно лечить антибиотиками.

РЕГИОНАЛЬНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ КАРДИТАХ У ДЕТЕЙ

*Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К.,
Ходжалиев Б.Г.*

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Неревматические кардиты – воспалительные поражения сердца различной этиологии, не связанные с острой ревматической лихорадкой и иными диффузными заболеваниями соединительной ткани. Целесообразность применения термина «кардит» в педиатрической практике обоснована возможностью одновременного поражения всех трех оболочек сердца в силу общности функций, кровообращения, иммуннопатологических реакций. В различных патологических ургентных состояниях, в связи с интегрирующей ролью сердечно-сосудистой системы, дополнительная нагрузка ложится на сердце, в нем возникают регуляторные изменения, что составляет основу «цены адаптации» к остро возникшим «аварийным ситуациям». Неревматические кардиты развиваются под действи-

ем различных факторов, преимущественно инфекционных. Любой инфекционный агент может вызвать развитие кардита. Особая роль принадлежит вирусам Коксаки А и В, ЕСНО, стафилококкам. Так как в настоящее время не существует эффективных методов повышения иммунитета к инфекции при кардитах, следует использовать ряд методов прицельного и селективного воздействия на патологический процесс, одним из которых является региональная лимфатическая антибиотикотерапия через ретростернальную клетчатку (РЛАТ) в комплексном лечении неревматических кардитов и гнойных перикардитов.

Цель исследования: Применение региональной лимфатической терапии через ретростернальную клетчатку в лечении неревматических кардитов у детей с целью сравнительной оценки ее клинической эффективности.

Материалы и методы. Обследованы 156 детей раннего возраста, госпитализированных в экстренном порядке в отделение детской реанимации и интенсивной терапии Андижанского филиала РНЦЭМП, в период с 2014 по 2019 гг. Диагноз был установлен на основании клинических, рентгенологических данных, а также данных ЭхоКГ исследования. Проводились ЭКГ, КИГ, рентгенокардиометрия. Эхокардиометрия сердца и сосудов проводилась на аппарате «УЗКАР-3».

Распределение больных по возрасту: до 6 мес – 52 (33,3 %), 7-12 мес – 39 (25%), 1-2 года – 44 (28,2%), 2-3 года – 21 (13,5 %): девочек – 71 (45,5 %), мальчиков – 85 (54,5 %). Основную группу наблюдаемых больных составили дети с кардитами неревматического генеза 106 (67,9%), которым в комплекс лечебных мероприятий была включена региональная лимфатическая антибиотикотерапия через ретростернальную клетчатку. 50 больных (25 девочек и 25 мальчиков) – составили контрольную группу. В период наблюдения и лечения больных детей в 26 случаях отмечался летальный исход. Общая летальность от вышеуказанной патологии составляет 1,6 %. В итоге в анализ данных вошли 130 детей выздоровевших и 26 умерших. Статистический материал обработан методом параметрической статистики (Стьюдента–Фишера). Для составления прогностической карты тяжести и прогноза изученных показателей использован метод отношения правдоподобия (Щиган Е.Н., 1986).

Методика региональной лимфатической терапии при различных патологических процессах предложенная основоположником клинической лимфологии Узбекистана, профессором С.У. Джумабаевым, продолжает пользоваться популярностью и широко применяется в практике. Эти методы подразумевают региональное насыщение лимфатической системы антибиотиками, иммуномодуляторами ингибиторами протеаз, и другими лечебными средствами, стимуляции лимфатического дренажа из области патологического процесса, региональную лимфогенную аналогезию. При опреде-

ленных показаниях использование лазерного облучения региональных лимфатических узлов, дренирование грудного протока с сорбцией и реинфузией лимфы.

Методика проведения региональной лимфатической антибиотикотерапии через ретростернальную клетчатку при неревматических кардитах у детей была разработана на кафедре «Детской хирургии» Андижанского Государственного Медицинского Института, заключалась в следующем: положение больного – на спине либо сидя. Кожа передней поверхности шеи и яремной вырезки обрабатывалась по схеме спирт-йод-йод-спирт. Тонкой иглой, по средней линии шеи, на 1 см выше яремной вырезки грудины, кожа инфильтруется 0,25% раствором новокаина. Специальной, более толстой и длинной иглой имеющей на середине стiletа изгиб под прямым углом в параллельном к поверхности грудины положении, прокалывается кожа и подкожная клетчатка. Апикальную часть иглы вводят в ретростернальное пространство, вводится разовая доза лимфостимулятора, затем с учетом результатов посева крови на чувствительность к антибиотикам, вводится выбранный препарат. На место инъекции накладывается полуспиртовый компресс на 6-12 часов. Пациент после проведенной манипуляции в течении 20-30 минут должен находиться в горизонтальном положении. Манипуляция проводится один раз в сутки. На курс используется 3-7 сеансов.

Результаты исследований. Сравнительный анализ клинических и лабораторных данных сравниваемых групп выявил следующее: в основной группе у 80 (54,5 %) больных детей уже к началу вторых суток было отмечено значительное снижение, как кардиальных, так и внекардиальных клинических признаков. В контрольной же группе эти изменения проявлялись лишь на 5 сутки. Оценка эффективности предложенного метода показала, что ретростернальный способ РЛАТ имеет преимущества перед общепринятым, так как у больных лечившихся этим методом гораздо быстрее исчезли симптомы дыхательной недостаточности, интоксикация, беспокойство, тахикардия, одышка, кашель, физикальные данные в легких и сердце. Лабораторные показатели положительно изменялись параллельно с клиническим течением: нормализовалось количество лейкоцитов, СОЭ, улучшались рентгенологические изменения, результаты Эхо-КГ, ЭКГ по сравнению с контрольной группой.

Заключение: Таким образом, полученные данные дают основание считать, что применение региональной лимфатической антибиотикотерапии через ретростернальную клетчатку является наиболее эффективным методом, позволяющим быстро купировать патологический процесс. Используемый метод лечения позволяет сократить пребывание больных в стационаре и уменьшить расход лекарственных средств в 2-3 раза, что приносит большой экономический эффект.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОГРАММНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗОВ

Шокирова Ф.Ж.¹, Шамсутдинова М.И.², Бердиева Х.Х.¹, Тожибоева Д.А.¹, Бекжанова Н.¹, Отабоева Д.¹, Бердышева У.¹, Каххарова В.¹, Шамсутдинов М.М.¹, Раимова Д.А.¹, Рахманова У.У.¹

Ташкентская медицинская академия¹ (Кафедра гематологии, трансфузиологии и лабораторного дела),
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи²

Острые лейкозы – гетерогенная группа гемобластозов, характеризующиеся первичным поражением костного мозга опухолевыми гемопоэтическими клетками, т.н. бластами с дальнейшим неконтролируемым ростом, что приводит к вытеснению и угнетению нормальных ростков кроветворения. Клиническая картина включает в себя анемический синдром, геморрагический синдром вследствие тромбоцитопении и синдрома ДВС, гиперпластический синдром вследствие метастазирования в различные органы и системы. В свою очередь опухолевые клетки по своей природе могут принадлежать каждой из перечисленных линий дифференцировки клеток лимфоидной или миелоидной природы. К настоящему времени отмечается тенденция к росту онкогематологических заболеваний частоты острых лейкозов в частности.

Цель работы – изучение эффективных методов программного лечения острых лейкозов.

Результаты исследования. Благодаря внедрению в Узбекистане (с 2006 года) современной программной полихимиотерапии острых лейкозов значительно улучшились показатели достижения первичной ремиссии (60-80%), безрецидивной и общей выживаемости (от 30 до 70%). Кроме того, заметно сократилось количество резистентных форм острых лейкозов (с 50-70% до 15-20%). При дифференцированном подходе к лечению путем разделения пациентов на группы риска, удается достигать более лучшие показатели выживаемости.

Для успешного лечения инфекционных осложнений необходимо проведение поэтапной антибактериальной терапии, позволяющее минимизировать риск смерти пациента от сепсиса.

Проведение программной химиотерапии требует параллельного применения адаптированной к местным условиям сопроводительной терапии, без которой невозможно проводить эффективное лечение острых лейкозов.

Научная новизна данной работы заключается в изучение результатов лечения острых лейкозов, который позволил показать, что применение протоколов внепрограммной химиотерапии острых лейкозов малоэффективно, тогда как использование протоколов программной химиотерапии приводит к статистически достоверным более лучшим результатам как в отноше-

нии общей, так и в отношении безрецидивной выживаемости.

ОТКЛОНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Эркинова М.Ф.¹, Мухитдинова Х.Н.², Сатвалдиева Э.А.², Турсунов Д.К.¹, Алауатдинова Г.И.².

РНЦЭМП¹, ТашиУВ²

Одной из важнейших составляющих формирования внутричерепного давления (ВЧД) является при нарушении гематоэнцефалического барьера, обусловленного тяжелой черепно-мозговой травмой) ТЧМТ является среднее артериальное давление, стабилизация которого не ниже 90 мм ртст может благоприятно влиять на исход ТЧМТ. Однако в литературе недостаточно данных по изучению взаимосвязи колебаний гемодинамики с тяжестью ТЧМТ, не определены диагностическая и прогностическая значимость исходного среднесуточного уровня артериального давления после ТЧМТ у детей. Это определяет необходимость мониторинга показателей гемодинамики у больных с ТЧМТ.

Цель работы. Изучить изменения гемодинамики в зависимости от степени тяжести черепно-мозговой травмы у детей.

Материал и методы исследования. На протяжении всего времени лечения в условиях ОРИТ в остром периоде ТЧМТ (первые 10-24 дня) у 39 детей, поступивших в РНЦЭМП в возрасте 7,1-17,9 лет. Из них мальчиков было 26 (67%), девочек 13 (33%). Изучены изменения сердечной функции ударного (УО), минутного объема кровообращения (МОК), общего периферического сопротивления (ОПСС), частоты сердечных сокращений (ЧСС). В зависимости от тяжести состояния больных распределили на 3 группы: 1 группа средней тяжести (продолжительность лечения в ОРИТ составила от 5 до 10 суток – 16 детей (41%); во 2 группу включили 11 (28%) тяжелых больных (длительность пребывания в ОРИТ – 11-20 суток); 3 группу – 12 детей (31%) с длительностью интенсивной терапии от 21 до 81 суток (из них 1 девочка находилась в ОРИТ 58 суток, 1 мальчик 81 день).

Результаты и их обсуждение. ТЧМТ различной степени тяжести выявлялась у мальчиков более чем в два раза чаще, чем у девочек. В 1 группе при поступлении изолированная ТЧМТ выявлена у 6 (38 с ЗТЧМТ, и 4 с открытой ЧМТ, УГМ средней степени тяжести – 7. ТЧМТ сочетанная с повреждением других органов обнаружена у 10 детей (62%): закрытая ЧМТ – 6, открытая ЧМТ – 3, в сочетании с переломами костей 1 конечности со смещением – 7, сопутствующей пневмонией – 3. Травматический шок 2 степени выявлен при поступлении у 8 пациентов (50%), кома 1 степени 5 (30%), 2 степени – 3 (16%) больных. Травматический шок 2 степени – 5 (30%). Во 2 группе изолированная ТЧМТ диагностиро-

вана у 4 (36%), сочетанная ТЧМТ у 7 (64%) детей. Из них открытая ТЧМТ обнаружена у 5, закрытая ТЧМТ – у 6, ушиб головного мозга средней степени тяжести – у 8, тяжелый УГМ – у 3, САК – у 2, субдуральная гематома – у 4, перелом 1 конечности – у 2, аспирационный синдром – у 1 больного. Травматический шок 2 степени у 6 (55%) больных, кома 1-2 степени тяжести 6 (55%) детей. В 3 группе изолированная ТЧМТ выявлена у 5 (40%), сочетанная с повреждением других органов у 7 (60%). Из них открытая ТЧМТ наблюдалась у 6 (50%), ЗТЧМТ 6 (50%) УГМ тяжелой степени – у 10 (83%), САК – у 2, перелом бедренной кости со смещением у 2, перелом костей голени у 2, повреждение полостных органов (печени – у 3, селезенки – 1) – у 4, кома 2 – у 6 (50%), травматический шок 2 степени – у 10 (83%). Факторами отягощающими состояние при ТЧМТ являлись: тяжесть ушиба головного мозга (кома 2), повреждение (разрыв внутренних органов) полостных органов (печени, селезенки), переломы крупных костей со смещением (также осложненные жировой эмболией), сочетание перелома костей с повреждением полостных органов 4, что в целом соответственно вызывало более тяжелую степень травматического шока.

В 1 группе 3 больным (18%) ИВЛ в режиме IPPV(A/C) проводилась в течение $3 \pm 1,3$ дней. Из 11 больных (2 группы) АС (IPPV) проводилось 3 (27%) больным продолжительностью $3,3 \pm 1,8$ суток. Тяжесть больных 3 группы выражалась также в необходимости наиболее длительного полного протезирования внешнего дыхания. Так, в 3 группе в ИВЛ в режиме А/С (IPPV) при поступлении в клинику нуждались 41% больных. Длительность ИВЛ в среднем составила $2,6 \pm 1,1$ дней. Обязательным у пациентов 3 группы являлось применение после ИВЛ в режиме А/С (ippv) или с самого начала аппаратной поддержки дыхания режима SIMV у 91% больных с тяжелой ТЧМТ продолжительностью ($14,6 \pm 4,9$ суток), CPAP у 75% очень тяжелых детей длительностью ($4,9 \pm 3,2$ суток).

В первые сутки выявлена тенденция к субфебрилитету, при нормальном АД, ОПСС, SpO₂. Однако о стрессовой реакции организма в 1 сутки говорили обнаруженные увеличение МОК до $6,0 \pm 1,2$, повышение общей вегетативной регуляции до $1,6 \pm 0,3$ ед. (на 60%), потребления миокардом кислорода до $134,2 \pm 19,8\%$ (на 34%), ЧД до $23,2 \pm 3,5$ в минуту, ЧСС до $113,5 \pm 16,2$ в минуту. В последующие 8 суток наблюдения статистически значимых колебаний среднесуточных показателей гемодинамики в исследуемой группе не выявлено.

В 1 сутки лечения среднесуточные показатели гемодинамики, ЦВД, потребление миокардом кислорода в 3 группе существенно не отличались от показателей 1 и 2 групп. Однако более тяжелый характер ТЧМТ, массивное повреждение других органов и систем требовали более продолжительной, объемной интенсивной терапии в течение в среднем до 25 суток и у 4 детей более. Тяжесть больных 3 группы вызывала необходи-

мость длительного полного протезирования внешнего дыхания. Выявлена тенденция к формированию гипердинамического типа кровообращения, повышение потребности миокарда в кислороде в 1 группе в первые 2 суток на 35%, во 2 – 21 и 25%, в 3 группе – на 34 и 46%, которое соответственно нормализовалось в 1 группе на 9 сутки, во 2 группе на 8 сутки, однако в 3 группе оставалось повышенным на 24 % и на 24 сутки. Отмечена склонность среднесуточного показателя пульса к увеличению на 30% в 1 сутки у всех травмированных.

Вывод. Ведущим фактором определявшим тяжесть состояния при ТЧМТ являлись: тяжесть повреждения, ушиба головного мозга (глубина острой церебральной недостаточности), разрыв внутренних – печени, селезенки, переломы крупных костей со смещением, сочетание перелома костей с повреждением полостных органов, тяжелая степень травматического шока. Своевременное хирургическое вмешательство, коррекция нарушений гомеостаза, интенсивная терапия детей с ТЧМТ позволяли сохранить жизнь, но были недостаточно эффективными для скорого и стабильного восстановления гомеостаза.

БИЛАК СОҲАСИ ҚОН-ТОМИРЛАРИ, НЕРВЛАРИ ШИКАСТЛАНГАНДА КРИТИК ИШЕМИЯЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШ ЧОРА-ТАДБИРЛАРИ

Юлдошев А.А., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Амонкулов З.К., Эркабоев А.К., Уринов Б.А

РШТЁИМ Фарғона филиали

Ҳозирги кунда билак пастки ички соҳаси очик жароҳатларини (қон-томир, нерв ва пайлар шикасти) асоратсиз даволаш қон-томир жарроҳлиги ва микрохирургиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Қон –томир ва микрохирургия жарроҳлигида кузатиладиган асоратларнинг асосий ва кўп учрайдиган турларидан: хирургик инфекция, яхши тикилмаган нерв неврилломаси, артерия анастомози тромбози, пайларни бирикиб кетишидир.

Тадқиқот мақсади: Шошилиш операция талаб қиладиган турли касалликларда ташхис олди антибактериал профилактикасини қўллаш, қоқшолга қарши препаратларни қўллаш орқали хирургик инфекцияларни камайтириш. Шикастланган қон-томир, нервларни микроскоп остида тикиш орқали асоратларни камайтириш ва даволаш ишларини яхшилаш.

Материал ва текшириш усуллари. 2013-2018 йилларда РШТЁИМ Фарғона филиали қон-томир ва микрохирургия жарроҳлик бўлимида даволанган беморлар касаллик тарихи баённомалари таҳлил қилинди. Жумладан, билак пастки ички соҳаси очик жароҳати билан 215-та бемор мурожаат қилган. Шулардан 172 (80%) таси эркаклар, 43 (20%) таси аёллар бўлган. Текширилган беморларнинг ўртача ёши 25 ёш. Жароҳат олган 215-бемордан 92 (42,8%) таси билак, тирсак артерияси, ўрта ва тирсак нерви, бармоқ-кафтни букувчи юзаки ва чуқур пайлари шикасти билан, 65(30,2%) таси билак артерияси, билак ўрта нерви, кафт ва бармоқ букувчи пайлар шикасти би-

лан, 58(27%) таси тирсак артерияси, тирсак нерви, кафт-бармоқларни букувчи чуқур ва юзаки пайлар шикасти билан оператив даволанган.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Оператив даволанган 215 бемордан 176 (81,9%)-тасида ижобий натижа олинган. Қолган 39 (18,1%) тасида турли асоратлар кузатилган.

Асорат кузатилган 39 та бемордан 5 (12,8%) тасида операциядан кейин жароҳат йиринглаши, 8 (20,5%) тасида артерия анастомози тромбози, 10 (25,6%) тасида невриллома, 16 (41%) тасида пайларни бирикиб кетиб қотиб қолиши кузатилган. Бу асоратларни келиб чиқишига сабаб:

1. Премедикация вақтида антибиотикопрофилактика ўтказиш, қоқшолга қарши препаратларни қўлламаслик.
2. Бирламчи хирургик ишловни тўла-тўқис бажармаслик.
3. Қон-томир, нервларни мос келадиган ипларда микроскоп остида тикмаслик.
4. Операциядан кейин шиш бўлса магистрал артерия қон-томирларини ўтказувчанлигини яхшилаш мақсадида фасциотомия қилмаслик.
5. Қон суюлтирувчи препаратлар қўлламаслик.
6. Нерв тикланишини кучайтирувчи препаратларни қўлламаслик.

Хулоса. Бизнинг илмий ишимизни натижаларига асосланган ҳолда шуни айтиш мумкинки, юқоридаги шикастланишларда бирламчи жарроҳлик ишловини тўла-тўқис бажариш, қон-томир, нервларни мос келадиган ипда микроскоп остида тикиш, шиш бўлганда фасциотомия қилиш, қон суюлтирувчи ва нервлар тикланишини тезлатувчи препаратларни қўллаш, антибиотикопрофилактикани операциядан олдин қўллаш мақсадга мувофиқ бўлиб, операциядан кейинги асоратлар профилактикаси, ва операциядан кейинги даврнинг хавфсиз кечишида кўп ҳолларда асосий омил ҳисобланади. Булар рўй бериши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва асосий касалликларни даволаш натижаларини яхшилашда муҳим аҳамиятга эга.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Юсупов Д.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Цель. Изучить показатели конечных точек у больных перенесших первичный острый инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследованы 62 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ в возрасте от 31 до 55 лет (средний возраст 48,61±6,76 года). На стационарном этапе диагностика и лечение больных осуществлялось в соответствии с рекомендациями по ведению больных ИМ с элевацией сегмента ST. Конечными точками через 6 месяцев у обследованных больных являлись значимые клинические исходы: повторный нефатальный и фатальный ИМ, смерть, появление или прогрессирование признаков сердечной недоста-

точности или дестабилизации ИБС, потребовавшие госпитализации.

Полученные результаты. Анализ результатов исследования показал, что у 12 (19,4%) обследованных больных течение острого периода заболевания осложнилось развитием клинических признаков сердечной недостаточности (Killip, класс II-IV), в том числе II класса – в 7 (58,3%), III класса – в 4 (35,3%), IV класса (кардиогенный шок) – в 1 (8,3%) случаях. У 2 (3,2%) больных в течение первых 2-х суток ОИМ развилась фибрилляция желудочков (ФЖ). Клинические признаки недостаточности кровообращения (НК) – ФК NYHA II-III наблюдались у 29 (46,7%). У 29 (36,3%) больных отмечалось раннее возобновление приступов стенокардии (РПИС). У 60 (96,8%) больных определялись нарушения ритма сердца, в том числе потенциально опасные желудочковые аритмии (ПОЖА) регистрировались у 12 больных – в 19,3% случаев. Анализ конечных точек показал, что за 6 месяцев наблюдения отмечено развитие повторных ИМ в 8 случаях, в том числе 2 фатальных и 6 нефатальных, а также 1 внезапная смерть. Наличие исходно ПОЖА статистически достоверно оказывало влияние на развитие повторного ИМ: так, в группе с ПОЖА в 25 % случаев развился повторный ИМ, причем во всех случаях он завершился летальным исходом.

Заключение. У больных острым ИМ наличие ПОЖА являются неблагоприятными факторами, оказывающими влияние на прогноз заболевания.

ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Юсупов Д.М., Камилова У.К.

Ферганский филиал РНЦЭМП,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации

Цель. Оценить функцию эндотелия у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследованы 85 больных мужского пола с первичным Q-волновым ИМ в возрасте от 31 до 55 лет (средний возраст 46,5±7,1лет). Для изучения функции эндотелия были определены эндотелин-1, экспрессия NO синтазы по уровню метаболитов NO (NO₂-NO₃), уровень нитрит редуктазы – iNOS. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц.

Полученные результаты. Анализ полученных результатов показал, что у больных ИМ отмечалось повышение уровня эндотелина-1, который составил 8,7±1,13 пг/мл, против 3,4±0,56 пг/мл показателя контрольной группы. Повышение уровня эндотелина-1 сопровождалось снижением экспрессии NO-синтазы, о чем свидетельствует снижение eNOS на 22,4% (P<0,05) у обследованных больных ИМ, сопровождающиеся уменьшением метаболитов NO на по сравнению с контрольной группой. При этом уровень нитрит

редуктазы – iNOS у больных ОИМ был повышен в 3,8 раз по сравнению с показателем контрольной группы. Анализ показателя эндотелин-1 у обследованных больных выявил, что у больных осложненным ИМ уровень данного показателя достоверно превышал показатели больных без осложнений в 1,8 раз, составляя 14,7±2,42 пг/мл. Изучение корреляционной связи выявил, что между показателями эндотелин-1 и eNOS имелась отрицательная корреляционная связь высокой степени (r= -0,81).

Заключение. Таким образом, оценка показателей эндотелиальной функция у больных ИМ характеризовалась увеличением уровня эндотелина-1, которая сопровождалась снижением экспрессии NO-синтазы, о чем свидетельствуют уменьшение метаболитов NO (NO₂-NO₃) и увеличение уровня нитрит редуктазы.

ОЦЕНКА ОКСИДАНТНОГО И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ С ПЕРИТОНИТОМ

Юсупова З.К., Собиров Э. Ж.

Ургенчский филиал ТМА

Актуальность. Известно, что формирование перитонита инфекционного генеза зачастую сопровождается интенсификацией процессов свободно-радикального окисления, напряжением антиоксидантной системы. Проведение корреляционного анализа поможет выявить различную выраженность некоторых взаимосвязей изменений параметров оксидантного, антиоксидантного статуса и форменных элементов крови у больных с различной тяжестью состояния разлитого перитонита инфекционного генеза.

Цель исследования. Изучение и анализ динамики параметров оксидантной и антиоксидантной защиты в ранний послеоперационный период перитонита инфекционного генеза у детей.

Материалы и методы. Обследовано 44 ребенка (13-17 лет), из которых 34 ребенка поступили с перитонитом при благоприятном исходе (10 в реактивной стадии, 24 в токсической стадии) и 10 пациентов с неблагоприятным исходом заболевания. В 31,8% наблюдений причиной перитонита был аппендицит, в 22,7% – повреждения полых органов брюшной полости, в 39,2% – как послеоперационное осложнение. По характеру выпота в брюшную полость и состоянию желудочно-кишечного тракта в 40,9% (18 детей) зарегистрирован серозно-фибринозный перитонит; в 18,2% случаев – разлитой гнойный перитонит; в 9,1% – ферментативный и серозный перитонит; в 9,2% – местный серозно-фибринозный и диффузно-геморрагический перитонит. Для выявления оксидантного и антиоксидантного статуса изучали: сыворотку крови, общую оксидантную (ООА) и антиоксидантную (ОАА) активность; уровень тиобарбитуровой кислоты (ТБК).

Результаты и обсуждение. Достоверные различия были установлены у детей с реактивной стадией перитонита на 1 сутки наблюдений; снижение актив-

ности каталазы (42%) и ОАА эритроцитов на 21%; возрастание уровня ОАА сыворотки крови (на 34%) и ООА на 24%. Концентрация ТБК возрасла в 2 раза. У детей с клинической картиной 1 суток реактивной стадии перитонита показатели выявили увеличение количества нейтрофилов (19%), снижение лимфоцитов (10%), ОАА уменьшилась на 37%. На 3 сутки наблюдений в данной группе отмечено снижение концентрации гемоглобина, уровня гематокрита, в 1,5 раза – лейкоцитов, в 1,4 раза – эритроцитов, на 1,4 раза – ОАА. Токсическая стадия перитонита характеризовалась выраженными тенденциями изменений состояния антиоксидантной защиты и свободно-радикального окисления: на 1 сутки послеоперационного периода активность ОАА в эритроцитах снижалась на 19%, ОАА – на 38% со снижением ООА на 44%. На 3 и 5 сутки после операции направленность изменений анализируемых параметров ОАА и ООА сохранялась. При неблагоприятном исходе (10 детей) заболевания, по сравнению с выжившими больными токсической стадией перитонита, на 1 сутки после операции ОАА в сыворотке крови была меньше на 9%, ООА – на 17%, на 3-5 сутки наблюдений диапазоны значений этих параметров становятся приближенными. Концентрация гемоглобина и уровень гематокрита при летальном исходе были меньше на 16% и на 8% соответственно, чем у больных токсической стадией перитонита. Количество палочкоядерных нейтрофилов увеличивалось на 1 сутки после операции до 22%, на 3 сутки этот показатель составил 18% (у выживших- 12%).

Вывод. У больных разлитым перитонитом прогностическим комплексом нарушений оксидантного статуса крови могут служить уровень общей оксидантной активности крови и концентрация ТБК активных продуктов в сыворотке крови. В совокупности с общей антиоксидантной активностью в сыворотке крови и эритроцитах эти параметры характеризуют состояние системы «свободно-радикальное окисление- антиоксидантная защиты» в крови.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Юсупова З.К., Саидова Ф.К.

Ургенческий филиал ТМА, СамМИ

Синдром Лайелла (острый или токсический эпидермальный некролиз) – тяжелое полиэтиологическое заболевание аллергической природы, характеризующееся острым нарушением общего состояния пациента, буллезным поражением всего кожного покрова и слизистых. Быстрое развитие обезвоживания, токсическое поражение почек и других внутренних органов, присоединение инфекционного процесса часто приводят к летальному исходу заболевания. Наиболее частой, но не единственной, причиной синдрома Лайелла является применение лекарственных средств. Продромальный период длится от нескольких часов до

2–3 дней и проявляется общими симптомами интоксикации. Критический период является наиболее ярким и специфическим: выражены кожные поражения, характерно отслоение эпидермиса с положительным симптомом Никольского. Особенности синдрома Лайелла, отличающими его от других токсикодермий, является стремительное прогрессирование, отсутствие наследственной отягощенности и отсутствие в анамнезе повторных эпизодов. Ребенок А. от 3 беременности, 1 срочных родов. Вскармливание с первых дней жизни – искусственное «НАН». **Введение** первого прикорма с 4 месяцев – овощное пюре, фруктовое пюре: яблоко, груша. Аллергологический анамнез – без особенностей.

● 08.01.17 ввели в рацион около ½ чайной ложки фруктового пюре.

● 09.01.17. Кожа ребенка с покраснениями в области от носа до подбородка, на щеках и носу сухие, кровяные следы от расчесов. На спине небольшая мелкоочечная сыпь, бледная. На животе, сбоку – шелушение (как будто облезает кожа).

● 10.01.17. Высыпаний стало больше. В области губ, рта кожа шершавая, потрескалась. В 20:00 вызвали СМП и с катастрофическим ухудшением доставлены в ОДММЦ.

При поступлении: состояние тяжелое, по всей поверхности кожи множественные эрозии. На коже рук, ног, спины, груди, живота (общая площадь 44%) участки лопнувших кожных пузырей. Симптом Никольского положительный на всей поверхности кожи. ЧДД = 36 в минуту. ЧСС = 128 в минуту. Диагноз: токсический эпидермолиз (синдром Лайелла). Получал лечение: димедрол, дексаметазон, преднизолон, супрастин, цефтриаксон – в/в, смекта – внутрь. Инфузионная терапия. Местно: перевязки с солкосерилом, йодопираном; бепантен, адвантан. Состояние ребенка после выписки: с улучшением. Кожа бледно – розовая, очагов эпидермолиза нет. ЧД = 32 в минуту. ЧСС = 124 в минуту.

Выводы: Синдром Лайелла – острая тяжелая токсико-аллергическая реакция кожи и слизистых. Заболевание у данного ребенка можно считать спровоцированным пищевым аллергеном. Своевременная диагностика и раннее начало терапии сыграли ключевую роль в успешном исходе данного случая.

ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ В УСЛОВИЯХ АНАЛЬГОСЕДАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ярашев А.Р.¹, Болтаев Э.Б.²

Бухарский филиал РНЦЭМП¹,
Бухарский медицинский институт²

Актуальность. Всем известно, что некупированное психомоторное возбуждение, ухудшает течение и исход заболевания при острых поражениях головного моз-

га травматического и сосудистого генеза. Применение анальгоседации с целью уменьшения психомоторного возбуждения, наряду с положительными эффектами, как уменьшения вазогенного отека мозга и уменьшения потребности кислорода мозговой ткани, имеет ряд недостатками. Из которых депрессия дыхательного центра и нарушение функций внешнего дыхания занимает ведущее место, несвоевременная коррекция которых могут привести к фатальному исходу.

Цель исследования: оценка функций внешнего дыхания у больных с острой церебральной недостаточностью в условиях анальгоседации.

Материалы и методы исследования. Исследованы 75 пациентов с острыми поражениями головного мозга, госпитализированные в отделение нейрореанимации нашего центра (n=40 с диагнозом – «ЗЧМТ. Ушиб головного мозга, тяжелой степени», n=35 – «Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу»). У всех больных по данным компьютерной томографии и по клиническим признакам был верифицирован отек мозга, как осложнение основной патологии. По возрастным и антропометрическим параметрам пациенты были сопоставимы. По половому признаку были 47 мужчин и 38 женщин. Средний возраст больных составил 54,6 лет. Всем больным проводилась диагностические мероприятия и интенсивная терапия по принятому стандарту обследования и лечения больных с острыми поражениями головного мозга. Оценка функций внешнего дыхания проводилась методом изучения газового состава крови (PaO₂, PaCO₂, SatO₂, PaO₂/FiO₂) и частоты дыхания. Уровень глубины седации оценивалась по шкале RAMSAY. Для снятия психомоторных возбуждений, всем больным применяли седативный препарат (мидазолам (по расчету 0,1 мг/кг) в сочетании с анальгетиком (промедол из расчета 25 мкг/кг) и димедролом (10 мкг/кг). Это сочетание применялось внутримышечными инъекциями два раза в течение суток. При чрезмерном возбуждении, седация осуществлялась использованием пропофола (2,2±0,5 мг/кг/ч).

Результаты исследования. Глубина седации в исследуемых больных по шкале RAMSAY оценивалась на уровне 2-3 степени, что характеризовалась как адекватная. У всех больных отмечается снижение ЧД на 15-20% по сравнению с исходными показателями перед седацией (14±2 и 20±3 в минуту соответственно). При изучении газового состава крови после достижения желаемого уровня седации, получены следующие результаты: PaO₂=73±2,5 мм рт.ст., PaCO₂=45,6±1,2 мм рт.ст., SatO₂=92±1,5%, PaO₂/FiO₂=332,4±4,8. Эти показатели свидетельствуют о развитии первой стадии дыхательной недостаточности вследствие дисфункции внешнего дыхания. После подключения инфузии увлажненного кислорода через назальные канюли (FiO₂=0,3), картина газового состава крови изменилась: PaO₂=93,3±2,1 мм рт.ст., PaCO₂=40,4±1,5 мм рт.ст., SatO₂=97±0,8%, PaO₂/FiO₂=311,6±5,2, что свидетельствовала о полной компенсации дисфункции внешнего дыхания. С компенсацией дыхательной

недостаточности, в динамике отмечалось улучшение клинической картины, что проявилось уменьшением признаков энцефалопатии, выраженности психомоторных возбуждений и соответственно потребностью потенцирования.

Заключение. Применение анальгоседации у больных с острыми поражениями головного мозга наряду с уменьшением возбудимости и снижением отека мозга приводит к развитию гиповентиляции, что приводит к гипоксии и ухудшения состояния пациентов. В связи с этим, при анальгоседации, своевременная патогенетически обоснованная оксигенотерапия предотвращает развитие дисфункций внешнего дыхания, что благоприятно влияет на исход заболевания.

EFFECTIVITY OF EARLY AND DELAYED PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTIONS IN DIFFERENT RISK GROUP OF PATIENTS WITH NON ST ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME.

M.S. Mirmaksudov.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

Introduction: The European Society of Cardiology and the American Heart Association recommend early percutaneous coronary interventions in patients with non ST elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS). However, the effect of this treatment strategy on long-term complications in patients belonging to different risk groups has not been well studied.

Purpose. Study of the effect of early (within 24 hours) and delayed (from 24 to 72 hours) PCI for the prognosis of long term complications in patients with NSTEMI-ACS in groups with high and low risk.

Materials and methods. The study included 100 patients with NSTEMI-ACS who were admitted to the Republican Scientific Research Center for Emergency Medicine. Among them, 36 patients had early PCI and 31 patients had delayed interventions. 33 patients were not performed any intervention, and they were conducted as a control group. Intragroup and intergroup comparisons was conducted based on the risk stratification of ACS according to the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) scale. In order to study the effectiveness of the treatment, the incidence of hospitalization and recurrent ACS over the next 6 months was compared.

Results. The hospitalization rate for 6 months was much lower in the group of patients with a high risk (more than 140 points on the GRACE scale) who underwent early PCI, compared with the group who had delayed intervention (compared to the control group 25% and 4%, respectively) (p <0.05). This indicator in the group with low risk (less than 140 points on the GRACE scale) was the opposite, the frequency of hospitalizations for 6 months among patients who underwent delayed PCI was much lower (3.75% and 9.4%) (p <0.05). There was a greater decrease in the frequency of recurrent ACS for 6 months

in the high-risk group of patients who underwent early PCI, compared with the group undergoing delayed PCI. In the group with a low risk, the frequency of recurrent ACS was equal among those subjected in early and delayed PCI (10% in control group, 6% in Early PCI group, 6% in delayed PCI group) ($p < 0.05$).

Conclusion: On the basis of the above results, the following conclusion can be made: early PCI in patients with high-risk NSTEMI-ACS reduces the incidence of recurrent ACS and hospitalization, compared with delayed PCI. However, in the group with a low risk, early and delayed PCI will equally reduce the occurrence of recurrent ACS, and to a lesser extent, reduce the frequency of hospitalization. Given this, early PCI among those at high risk is most effective.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

О.М. Умаров, Д.Д. Абдуллаев
Ферганский филиал РНЦЭМП

Последние десятилетия отмечены значительным ростом травматизма населения, при этом произошло изменение его структуры в сторону увеличения удельного веса сочетанных и множественных повреждений. Частота осложнений при сочетанных травмах достигает 80% и более, уровень инвалидизации – 32%, летальности – от 33 до 89%.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанной травмой путем совершенствования оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном в условиях субфилиалов и филиалов РНЦЭМП.

Материал и методы. За период с 2016 по 2018 год в Ферганском филиале РНЦЭМП и субфилиалах на лечении находилось 3090 больных с сочетанной травмой. Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке, в сроки от нескольких часов до нескольких суток. Из них 1373 (44,4%) пострадавших были доставлены бригадой скорой медицинской помощи. Среди пострадавших преобладали лица мужского пола, что составило 1913 (61,9%) мужчин и 1177 (38,1%) женщин соответственно. Возрастной состав больных колебался от 4 до 91 года. Из них 79% составили люди трудоспособного возраста. В Ферганский филиал РНЦЭМП госпитализировано 1271 (41,1%), в субфилиалы – 1819 (58,9%) пострадавших. В филиале больные были обследованы по стандарту. Во все районные субфилиалы при необходимости, по линии санитарной авиации, вызывали нейрохирурга, сосудистого хирурга и других специалистов для оказания экстренной медицинской помощи на месте. В качестве уточняющей методики компьютерная томография была выполнена в 208 (6,7%) случаях.

Результаты и обсуждение. При анализе историй болезни пострадавших с сочетанной травмой было

установлено, что две анатомо-физиологические области травмированы у 2028 (65,6%) больных, три – у 789 (25,5%), 4 и более – у 273 (8,8%) пострадавших.

В структуре травматизма сочетанные травмы в непромышленной сфере составили 96% случаев, в промышленной – 4%. В подавляющем большинстве случаев причинами сочетанных травм явились дорожно-транспортные происшествия – в 65,1%, бытовая травма отмечена в 8%, кататравма – в 11,3%, травмы криминального характера получены в 15,6% случаев. В 28% случаев сочетанная травма была получена в состоянии алкогольного опьянения. Доминантным повреждением являлась черепно-мозговая травма, которая отмечена у 2487 (80,5%) больных. Травмы позвоночника и спинного мозга имели место у 162 (5,2%) пострадавших. Травма грудной клетки имела место у 1750 (56,6%) больных. У 6 больных спереломами нескольких ребер имелись ассоциативные ранения органов брюшной полости: селезенки (2) и печени (1). Травма брюшной полости имела место у 120 (3,9%) пострадавших. У 60 пострадавших в результате

Наш анализ показал, что наиболее тяжелые травмы в результате ДТП получали больные в районах, где имелись магистральные трассы, связывающие большие города, а также в крупных городах, таких как Фергана, Коканд и Маргилан.

Таким образом, оказание медицинской помощи при сочетанной травме на догоспитальном этапе имеет свою специфику. Требуется высокая квалификация врача скорой медицинской помощи, которая достигается путем регулярного последипломного повышения образования и самообразования. Сочетанная травма является тяжелой патологией, поэтому данному контингенту больных первую помощь должны оказывать специализированные реанимационные бригады скорой помощи.

НЕОТЛОЖНАЯ ПЕРКУТАННАЯ НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ КАМНЕМ

**Юлдашев Ф.Ю., Насиров Ф.Р., Мирхамидов Д.Х.,
Уралова Н.Д.**

**Медицинский диагностический центр
им.Юлдашева, г.Фергана**

Актуальность. Камни верхних мочевых путей являются окклюзирующим фактором, повышающим риск серьезных осложнений мочекаменной болезни, и диктующим необходимость неотложного создания оттока мочи: катетеризацией почек мочеточниковым катетером, установкой катетера – “стента”, пункционной или открытой нефростомией. Последующие лечебные мероприятия обеспечивают разрушение камней или их удаление. Однако у некоторых больных с острой обструкцией верхних мочевых путей, обусловленной

камнем почки или мочеточника, эндоскопические операции можно произвести в один этап.

Цель. Оценить эффективность тактики неотложной перкутанной нефролитотрипсии в лечении больных с острой обструкцией верхних мочевых путей, обусловленной камнем.

Материал и методы. В период 2015-2018 гг. 57 больным применена тактика неотложной перкутанной нефролитотрипсии. Вмешательства выполняли, исключительно, пациентам с острой обструкцией верхних мочевых путей, обусловленной несложными камнями почки или мочеточника, у которых выделительная функция почки отсутствовала, но паренхима почки была сохранной (по данным внутривенной урографии), длительность обструкции не превышала 4 недель и отсутствовала инфекция мочевого тракта. Возраст пациентов колебался от 14 до 62 ($38,2 \pm 0,4$) лет. У 37 (64,9%) больных камни располагались в верхней трети мочеточника, у 20 (35,1%) пациентов – в лоханке почки. Размеры камней почек колебались от 1,2 до 2,4 см ($1,8 \pm 0,6$ см), мочеточника – от 0,8 до 1,2 см ($1,0 \pm 0,5$ см).

Методика выполнения неотложной перкутанной нефролитотрипсии состояла из одномоментного удаления камня из почки или мочеточника и дренирования почки через нефростомический доступ.

Результаты лечения оценивали по полноте избавления от камней, продолжительности операции, дли-

тельности пребывания больного в стационаре, виду и частоте осложнений, в том числе катетер ассоциированной инфекции, объему кровопотери, потребности в переливании крови и необходимости дополнительных вмешательств.

Результаты. Все больные были полностью избавлены от камней. Средняя продолжительность операций составила $47,3 \pm 6,7$ минуты. Среднее пребывание больного в стационаре составило $2,3 \pm 0,8$ койко-дня (диапазон от 1 до 4 дней). Частота осложнений составила 3,5%, в виде пролонгированной гематурии, которая наблюдалась у 2 пациентов. В обоих случаях объем кровопотери составил не более 100 мл. Потребности в возмещении кровопотери и необходимости в дополнительных вмешательствах не было. Инфекционных осложнений не наблюдали. Необходимости в дополнительных вмешательствах не было.

Заключение. Неотложная перкутанная нефролитотрипсия является эффективным методом в лечении больных с острой обструкцией верхних мочевых путей, обусловленной камнем, что позволяет полностью избавить пациента от камней, исключает необходимость в повторной анестезии и оперативного вмешательства, а также снижает риск развития катетер-ассоциированной инфекции.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ. КООРДИНАЦИЯ РАБОТЫ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И ГОСПИТАЛЬНОГО ЗВЕНА ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Служба скорой медицинской помощи Республики Узбекистан: достижения и перспективы развития <i>А.М. Хаджибаев, А.М. Шарипов, Султонов Д.Т., Хамзаев К.А., Арслонов И.Н.</i>	6	Доврачебная неотложная медицинская помощь при почечной колике у больных с единственной почкой <i>Аллазов С.А., Аллазов Х.С., Гафаров Р.Р.</i>	19
К вопросам организации догоспитальной медицинской помощи больным с геморрагическим инсультом <i>М.К. Агзамов, Узаков Б.М.</i>	9	Влияние тромболитической терапии при остром коронарном синдроме на показатели летальности по данным регистра <i>Аминов А.А., Одилова Б.Т., Хасанов Ш.М.</i>	19
Интенсивная терапия при транспортировке, больных сочетанной травмой в остром периоде <i>Аббосхонов Г.Х., Давлатеров М.Р.</i>	9	Гендерные особенности проведения тромболитической терапии и локализации инфаркта миокарда по данным регистра <i>Аминов А.А., Нагаева Г.А., Мирзолимова М.А.</i>	20
Вопросы создания благоприятных условий для работы службы экстренной медицинской помощи Узбекистана, совершенствования управления системой и улучшения ее качества в рамках инвестиционного проекта всемирного банка <i>Хаджибаев А.М., Мирварисова Л.Т., Гулямов Б.Т., Шукуров Б.И.</i>	10	Анализ причин летальности черепно-мозговой травмы, сочетанной с травмой позвоночника в результате дорожно-транспортного происшествия на догоспитальном этапе <i>Арзикулов Т.Н., Расулов А.Э., Мухаммадиев А.Г., Ибрагимов Б.Х., Равуфов Х.А.</i>	21
К вопросу о проблемах оказания догоспитальной помощи при массовых дорожно-транспортных происшествиях в Ташкентской области <i>Абдуллаев Д.А., Карабаев О.В.</i>	13	РШТЁИМ Сурхондарё филиали Тез тиббий ёрдам хизмати фаолиятидаги айрим муаммолар ва уларнинг айни вақтдаги ечимлари тўғрисида <i>Арипова М.Н., Нурова З.Р., Искандаров Э.Р.</i>	22
Догоспитальная помощь при открытых травмах конечностей с геморрагическим шоком <i>Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.</i>	12	Внезапная сердечная смерть и общественно доступная дефибрилляция <i>Ахмадалиев Б.К., Нишонбоева С.М., Мамадиев Р.А.</i>	22
Догоспитальная помощь пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) <i>Абдуллаев Д.Д., Мирзакулов М., Ёкубов Б. У.</i>	13	Рекомендации по принципам контроля и профилактики инфекционных осложнений у пострадавших с множественной и сочетанной травмой на этапах медицинской помощи <i>Ахмедова М.С., Давлатов Б.Н., Юлдашев А.А., Косимходжиев М.И.</i>	23
Купирование острой боли при корешковом синдроме на догоспитальном этапе <i>Абдуллаева У.А., Матхаликова У.А., Махмудов Н.И., Туйчиева М.Г.</i>	13	Клинические рекомендации при жизнеугрожающих состояниях у больных с МСТ на основании недостатков помощи на догоспитальном этапе <i>Ахмедова М.С., Давлатов Б.Н., Косимходжаев М.И.</i>	24
Тактика оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения <i>Абдуллаева У.А., Каримов А.</i>	14	Совершенствование и развитие службы скорой помощи в Павлодарской области на современном этапе <i>Ахметданов К.К.</i>	25
Оценка прогноза больных инфарктом миокарда в зависимости от наличия и времени возникновения патологического зубца Q <i>Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Рофеев М.Ш., Исмаилов Ж.А., Шодиева Г.Р.</i>	14	Оказание экстренной кардиологической помощи в Павлодарской области <i>Ахметданов К.К.</i>	26
Инфузионная терапия в коррекции нарушений проведения у больных нижним острым инфарктом миокарда <i>Азизов Ж.Х., Сайдалиев С.С., Мирзорахимов Р.Р.</i>	15	Организация и принципы функционирования службы скорой (неотложной) медицинской помощи в хорезмской области совместно с семейными поликлиниками <i>Бабажанов А.У.</i>	26
Догоспитальная скорая медицинская помощь по Бухарскому региону <i>Азимов Б.К., Каюмова Г.К., Пулатова Ш.Х.</i>	16	Принципы оценки состояния детей с бронхообструктивным синдромом в приемно-диагностическом отделении <i>Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Рахимова С.Р.</i>	26
Эпидемиология и принципы экстренной медицинской помощи при острых отравлениях психофармакологическими препаратами у детей на догоспитальном этапе <i>Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Ширинбаева Ш.Ш., Ишбаев Н.А.</i>	16	Анализ экстренной помощи при сочетанных черепно-мозговых травмах, полученных в результате ДТП <i>Бегалиев С.М., Алланиязов С.С., Прияров Ж.Х., Жоллыбеков Д.Б., Ниетуллаев Д.У.</i>	28
Экстренная медицинская помощь при гастроинтестинальных кровотечениях на догоспитальном этапе <i>Алиджанов Ф.Б., Махаммадинов А.Г., Набиев А.А.</i>	17	Организация медицинской помощи больным инсультом в г. Нукус <i>Бегалиев С.М., Ажиева З.Б., Абдираманов Д.М.</i>	28
Тез тиббий ёрдам соҳасига ҳалқаро симуляцион технологиялар орқали янги назар <i>Аллаберганов Ш.К., Дусчанов Б.А.</i>	18	Организация скорой медицинской помощи и влияние экологического фактора на заболеваемость населения в регионе Приаралья <i>Бегалиев С.М., Мадреймов А.К.</i>	29
		Острая спаечная кишечная непроходимость и ее осложнения на догоспитальном этапе <i>Бекчанов Х.Н.</i>	30

Опыт разработки и внедрения автоматизированной системы управления центра экстренной медицины г. Бишкека <i>Борисов Е.Ю., Шаяхметов И.Б.</i> 31	Влияние догоспитальной медицинской помощи на исходы лечения больных с политравмой <i>Кадиров Р.С., Курбанов Ш.Р., Саипов Р.Р., Мирхайдаров М.М., Исмаилов А.К.</i> 44
Оказание скорой медицинской помощи при повреждениях таза на догоспитальном этапе <i>Валиев Э.Ю., Ганиев О.А.</i> 31	Частота ОКС в зависимости от времени суток <i>Калмурзаев Е.К., Сайманов М.С., Кошжанов Р.З.</i> 45
Новые разработки в сфере неотложной помощи при остановке кровотечения <i>Вершиловский Эдуард, Жампозов Руслан</i> 32	Особенности оказания помощи и транспортировки больных с тяжелой политравмой на догоспитальном этапе <i>Карабаев О. В., Махмуров А. М.</i> 45
Улучшение организации и эффективности оказания медицинской помощи больным и пострадавшим при их транспортировке в стационары города Москвы <i>Гуменюк С.А., Федотов С.А., Потапов В.И., Теряев В. Г.</i> 33	К вопросу оказания помощи при инсультах не специализированной бригадой СМП на догоспитальном этапе <i>Карабаев О.В., Эшбабаев Ф.Ю.</i> 47
Совершенствование догоспитальной медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях <i>Деханов К.М., Умаров О.М., Махмудов Н.И., Мухамадиев А.Б., Ботиралиев А.Б.</i> 34	Диагностика и скорая медицинская помощь при остром панкреатите на догоспитальном этапе <i>Карабаев Х.К., Эшмирзаев Б.М., Тагаев К.Р., Карабаев Н.Б., Мустафаев А.Л., Корабоев Ж.А.</i> 48
Догоспитальная помощь при переломах нижней конечности <i>Еримбетов Д.А., Бегалиев С.М., Наубетов Д.Д., Реймов Н.Б.</i> 35	ИНТЕНСИВНАЯ ПРОТИВОШОКОВАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ <i>Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Даминов Ф.А., Юнусов О.Т., Ахмедов Р.Ф., Курбонов Н.А.</i> 49
Некоторые показатели электрической активности миокарда у больных с нестабильной стенокардией напряжения, осложненной желудочковыми нарушениями ритма сердца <i>Жалолов Б.З., Джурраев А.М., Рустамов Ж.И.</i> 36	Диагностика острых желудочно-кишечных кровотечений на догоспитальном этапе <i>Карабаев Х.К., Эгамов Б.Т., Хайдаров Г.А., Мизамов Ф.О., Усаров Т.А., Хужамов О.Б., Тухтаев Б.Х.</i> 50
Некоторые особенности ремоделирования и электрической нестабильности миокарда при гипертонической болезни <i>Жалолов Б.З., Джурраев А.М., Рустамов Ж.И.</i> 36	Применение ингаляции 0,18% раствора адреналина при бронхообструктивном синдроме юлайзером <i>Каримов Ж.Х., Жабборов Э.И., Хамроев Д.К.</i> 50
Актуальность и перспективы внедрения внутрикостного доступа в практику оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе и в раннем периоде госпитализации у детей и взрослых пациентов <i>Жампозов Р.Е., Мусина Р.Р., Вершиловский Э.</i> 37	Анализ работы службы скорой помощи в оказании экстренной хирургической помощи детям..... 51 <i>Каримов К.Р., Хакимов Ш.К., Мансуров А.Б., Абдуллаев Н.С., Ортиков О.Р.</i> 51
Особенности течения артериальной гипертонии на догоспитальном этапе экстренной медицинской помощи в регионе Приаралья <i>Зияев Ю.Н., Мадрейтов А.К.</i> 38	Функционирование службы скорой медицинской помощи бухарской области в 2018 году <i>Кенжаев М.Л., Рузиев О.А.</i> 52
Особенности экстренной психоневрологической помощи при острых мозговых инсультах <i>Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Киличев И.А.</i> 39	Оценка эффективности догоспитального тромболизиса у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST <i>Кенжаев С.Р., Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.</i> 52
Некоторые особенности клинико-психологического статуса у амбидекстров молодого возраста с острым мозговым инсультом <i>Изюмов Д.П., Изюмова Г.А., Маджидова Е.Н., Абдуллаев Х.К., Курбанова Н.Б., Худайбергенов Б.С.</i> 40	Судорожный синдром у детей: оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе <i>Ким К.А., Юлчиев Х.М. Гясова Ш.А.</i> 53
Қандли диабет билан оғриган беморларда ўткир пиелонефритнинг асоратланган турларини шифохонагача бўлган босқичда диагностик мезонлари <i>Инобатов Э.Х. Маткаримов У.М. Дадажонов Ф.А.</i> 40	Диагностические ошибки острого аппендицита на догоспитальном этапе у детей и подростков <i>Косимов З.Н., Абдувалиева Ч.М., Усмонов Ш.М., Косимов О.З., Исроилов Ш.Ш.</i> 54
Улучшение результатов лечения больных с гипертоническими кризами на догоспитальном этапе <i>Исламкулов А.А., Норбутаев О.М.</i> 41	Рекомендации к диагностике и оказанию помощи при шоке у больных с сочетанной ЧМТ <i>Косимходжиев М.И., Давлатов Б.Н.</i> 55
Болаларда шифохонагача бўлган даврда қабул диагностика бўлимида таянч ҳаракат аъзолари шикастларининг даволашдаги ўзига хос хусусиятлари <i>Исмоилов А.В., Махмудов Н.И., Сайдалиев С.С.</i> 41	Современные подходы догоспитального этапа лечений суправентрикулярной экстрасистолии и тахикардии <i>Курбанниёзов Ш.Р., Аллаберганов Ш. К., Авезметов Ж.Э.</i> 55
Влияние заполнения карты вызова на качество лечебно-диагностического процесса в неотложных состояниях <i>Ишанкулова Д.К., к.м.н.</i> 42	Травматик шок билан беморларга шифохонагача бўлган шароитда биринчи ёрдам кўрсатиш ва шифохонагача олиб бориш <i>Қўчқоров Д.Қ., Рашидов Ф.Т., Абдуллаев Ҳ.Д., Марданова М.М., Аллабердиев Ў.Дж.</i> 56
Шошилинич тиббий ёрдам тизими янги ислохотлар даврида <i>Ишонкулов А.М., Тиляков А.Б., Раззоқов Д.Р., Хайдаров Г.А., Мавлянов Ф.Ш.</i> 43	Стационаргача бўлган босқичда беморларда критик ҳолатларни аниқлашда информацион-компьютер технологияларидан фойдаланиш афзалликлари <i>Қорабоев М.К., Юлдашев А.А., Махмудов Н.И.</i> 57

Острая безболевая ишемия миокарда при ОКС с подъемом ST <i>Мадумаров И. Т., Саттаров Р.М., Муминов М.К., Мирзаев М.О., Жалилов А.О.</i>	57	Оптимизация экстренной медицинской помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости на догоспитальном этапе <i>Мусоев Т.Я., Абдурахманов Ш.М., Аюбов Б.М.</i>	70
Эпидемиологическое исследование эпилепсии в РНЦЭМП СОФ <i>Мамадалиева Г.Л., Шайзаков И.А.</i>	58	Перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки <i>Мусоев Т.Я., Абдурахманов Ш.М., Аюбов Б.М., Рузиев О.А., Музаффаров Н.С.</i>	71
Изучение сезонности и времени возникновения ОКС/ОИМ в одном из районов г.Ташкента <i>Мамутов Р.Ш., Уринов О.У.</i>	58	Роль инфузионной терапии на догоспитальном этапе <i>С.И. Нарзуллаев., Ю.Р. Заманов., Ф.О. Мизамов., Ш.Б. Парманова., П.Н. Рузиев., Г.К. Элмуродов</i>	71
Концепция АВСДЕ при оценке состояния и оказании медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном этапе в условиях чрезвычайной ситуации <i>Махаммадиев Д.Дж., Набиев А.А., Халилов А.С.</i>	59	Оказание скорой медицинской помощи при остром холецистите на догоспитальном этапе <i>С.И. Нарзуллаев., Г.А. Хайдаров., Ф.О. Мизамов., Х.К. Карабаев., С.Ж. Камалов</i>	72
Опыт лечения сочетанных повреждений в условиях экстренной помощи <i>Махкамов И.Х., Хакимов Р.Н., Сайдалиев З.Р., Ганиев О.А.</i>	60	Ўткир жароҳат олган беморларга касалхонадан олдинги босқичда тиббий ёрдам кўрсатиш <i>Нарзуллаева М.А., Шукуров Ф.Р.</i>	73
Догоспитальная неотложная помощь детям с тяжелой сочетанной изолированной черепно-мозговой травмой <i>Махкамов К.Э., Насимов С.Т., Махкамов М.К., Тухтабеков З.Л., Толипов Н.Н.</i>	61	Оказание догоспитальной медицинской помощи при травмах <i>Наубетов Д.Д., Бегалиев С.М., Торемуратов С.Т., Еримбетов Д.А., Реимов Н.Б.</i>	74
Принципы организации оказания догоспитальной помощи пострадавшим с сочетанной травмой <i>Машарипов К., Машарипов Ж.К.</i>	62	Неотложная помощь при болевых приступах у больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе <i>Нишонов У.А., Туйчиев А.Х., Махмудов Н.И., Ниматов Ш.М.</i>	74
Оказание догоспитальной помощи в профилактике синдрома жировой эмболии у больных со скелетной травмой <i>Мирджалилов Ф.Х., Ганиев О.А.</i>	63	Особенности течения госпитального периода пациентов с острым коронарным синдромом <i>Ортиков М.М., Мадумаров И.Т., Соткинов Т.Х., Эргашев А.А., Кучкаров А.М.</i>	75
Гипертоник криз ва ундаги асоратларни даволашда стационаргача бўлган босқичда дифференциал тез тиббий ёрдам кўрсатиш <i>Мирзарахимов Р., Маҳмудов Н.И., Халилов Ф.</i>	64	Клиническая эффективность системного тромболитика у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST <i>Ортиков М.М., Эргашев Б., Соткинов Т.Х.</i>	76
Применение наркотических анальгетиков и нейролептанальгезии у больных с острой коронарной недостаточностью на догоспитальном этапе в условиях скорой помощи <i>Мирзорахимов Р.Р., Махмудов Н.И., Соттиев Б.Г.</i>	64	Актуальные вопросы организации работы среднего медицинского персонала при оказании скорой медицинской помощи <i>Петрова Н.Г.</i>	76
Использование современных средств связи на догоспитальном этапе медицинской помощи больным со сложными травмами сегментов конечностей <i>Муминов Ш.М., Минаев Т.Р., Низов О.Н., Давлатов Ж.Х., Худойназаров Д.А., Суванов Х.Р.</i>	65	Фармакоинвазивная стратегия лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST <i>Пулатова Ш.Х.</i>	77
Ретроспективный анализ детского дорожно-транспортного травматизма по данным РНЦЭМП и меры его профилактики <i>Мусаев Т.С., Рахманов Р.Д.</i>	65	Тактика оказания помощи пациентам с сочетанной травмой на догоспитальном этапе <i>Рахимий Ш.</i>	78
Роль учебно-клинического центра «Астана» в повышении компетенций специалистов практического здравоохранения <i>Мусина Р.Р., Кулмуканов К.К., Абдрахманова М.Н., Орманбетова К.М.</i>	66	Оптимизация медицинской помощи больным с острыми отравлениями на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи <i>Рузиев О.А., Орзиев К.К., Саидова М.К.</i>	78
Инструмент внедрения международных стандартов оказания неотложной помощи <i>Мусина Р.Р., Абдрахманова М.Н., Орманбетова К.М., Ербалина Г.К.</i>	67	Оказание скорой медицинской помощи при травмах груди <i>П.Н. Рузиев., Х.К. Карабаев., Ф.О. Мизамов., М.А. Нарзуллаева., Й.У. Кулиев., Г.К. Элмуродов</i>	79
Анализ оказания помощи пациентам с сочетанной травмой на догоспитальном этапе <i>Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Атавуллаев Н.Н., Музаффаров Н.С.</i>	68	Обеспечение безопасности пациента в ситуациях трудного дыхательного пути <i>Садыкова М.А., Кадиров Р.И.</i>	80
Диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе <i>Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Атавуллаев Н.Н.</i>	69	Повышение качества графиков работы бригад скорой медицинской помощи с учетом динамики потока вызовов <i>Саидова М.К., Саидова Л.Б., Очилова Д.А.</i>	80
		Мигроенос невралгии каминвазиз «гидротермик деструкция» йўли билан стационаргача бўлган босқичда даволаш <i>Сафоев М.К., Маҳмудов Н.И., Тожиев М.Т., Сайдалиев С.С.</i>	81

Диагностика и принципы оказания экстренной медицинской помощи при острых отравлениях уксусной кислотой на догоспитальном этапе <i>Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н., Хожиев Х.Ш.</i>	81	Организация экстренной медицинской помощи кардиологическим больным на догоспитальном этапе <i>Туляганов Д.Б., Прудскова Т.Н., Мамиров З.Н. Арифходжаева Г.Р.</i>	94
Уровень и структура обращаемости населения г. Ташкента за скорой медицинской помощью <i>Султанов Д.Т., Аслонов И.Н.</i>	82	Причины догоспитальной ошибки при остром аппендиците у детей раннего возраста <i>Улугмуратов А.А., Мавлянов Ф.Ш., Маматов С.О., Нормуродов Д.К.</i>	95
Тез тиббий ёрдам тизимида кечикишларни камайтириш бўйича тактифар <i>Султанов Д.Т., Аслонов И.Н.</i>	83	Догоспитальный этап оказания помощи пострадавшим с подозрением на ПСМТ <i>Умаров О.М., Абдуллаев Д.Д., Уринбоев Б.К., Махмудов Н.И., Тожиев М.Т., Ашуров И.С.</i>	95
Организация службы скорой медицинской помощи в городе Ташкенте <i>Султонов Д.Т., Аслонов И.Н.</i>	83	Шошилич тиббий ёрдам илмий маркази қабул-диагностика бўлими иш фаолиятида беморлар йўналишларини такомиллаштириш масалалари <i>Умаров О.М., Юлдашев А.А., Махмудов Н.И., Акбарова М.А.</i>	96
Ошибки и осложнения первой медицинской помощи на догоспитальном этапе <i>Тахиров Ж.М., Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р.</i>	84	Экстренная неотложная терапия при недифференцированных коматозных состояниях на догоспитальном этапе <i>Умаров О.М., Махмудов Н.И.</i>	97
Досуточная летальность при остром инфаркте миокарда в условиях экстренной медицинской помощи <i>Ташкенбаева Э.Н., Ураков Н.А., Мукумов А.А., Абдиева Г.А., Кадырова Ф.Ш.</i>	85	Диагностика и оказание помощи больным с политравмой на догоспитальном этапе <i>Уразбаев А.А., Тахиров Ж.М., Хударганов Х.Р.</i>	98
Тактика оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в РНЦЭП СОФ <i>Ташмуратов Б. А.</i>	85	Принципы тактических решений при оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе <i>Уринов Б.А., Юлдашев А.А., Махмудов Н.И.</i>	98
Стационаргача бўлган босқичда политравмаларда шифокоргача бўлган тез тиббий ёрдамни такомиллаштириш <i>Ташпўлатова Д.Н.</i>	86	Изучение эффективности комбинированной терапии у больных ОКС/ОИМ в одном из районов г. Ташкента <i>Уринов О.У., Мамутов Р.Ш.</i>	99
Неотложная медицинская помощь пациентам с тяжелой сочетанной травмой <i>Тиялков А.Б., Эгамов Б.Т., Мустафакулов И.Б., Карабоев Х.К., Хайдаров Г.А., Мизамов Ф.О., Мавлянов Ф.Ш.</i>	87	Особенности ранних патогномоничных общемозговых симптомов мозгового инсульта <i>Усманов З.Х., Дустмуродов Ш.Б.</i>	100
Шошилич тиббий ёрдам хизматининг мустақиллигимизинг 20 йиллигидан кейинги ўзгаришлар <i>Тиялков А.Б., Ишонкулов А.М., Хайдаров Г.А., Раззоқов Д.Р., Мавлонов Ф.Ш.</i>	87	Оказание первой помощи обожженным на догоспитальном этапе <i>Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Ажиниязов Р.С.</i>	101
Самарқанд вилоятида шошилич тиббий ёрдам тизимининг шаклланиши <i>Тиялков А.Б., Раззоқов Д.Р., Ишонкулов А.М., Мавлонов Ф.Ш.</i>	88	Балльная шкала тяжести шока у больных с политравмой в условиях скорой медицинской помощи <i>Хаджибаев А.М., Махамдаминов А.Г., Тиялков А.Б., Набиев А.А.</i>	101
Организация оказания экстренной медицинской помощи больным с механическим повреждением в условиях РНЦЭМП <i>Тожиев Ш.З., Валиев Э.Ю., Хакимов Р.Н., Ганиев О.А.</i>	89	Перспективы развития скорой медицинской помощи в современных условиях <i>Хаджибаев А.М., Валиев Э.Ю., Ганиев О.А.</i>	102
Изменения метеорологических условий – причина развития гипертонического криза <i>Туйчиев А.Х., Нишонов У.А., Нишонбоева С.М.</i>	90	Янги ислохотлар даврида шошилич тиббий ёрдам тизимини жадал такомиллаштириш <i>Г.А.Хайдаров, А.Б.Тиялков, А.М.Ишонкулов, Д.Р.Раззоқов, Ф.Ш. Мавлонов.</i>	103
Фибрилляция предсердий у больных с сосудистой патологией <i>Туйчиев А.Х., Мамадалиев А.Г., Нишонов У.А.</i>	90	Дифференцированная оценка гемодинамики при изолированной и сочетанной тяжелой черепно-мозговой травме у детей <i>Хайрутдинова М.Х., Мухитдинова Х.Н., Турсунов Д.К., Эркинова М.Ф.</i>	104
Неотложная помощь при фибрилляции предсердий у больных с сосудистой патологией на догоспитальном этапе <i>Туйчиев А.Х., Нишонов У.А.</i>	91	<i>Энцефалические реакции на фоне ОРВИ у детей</i> <i>Хакимова Н.Х., Мирзаева Н.К., Холмурзаева М.</i>	105
Дифференциальная диагностика острого панкреатита на догоспитальном этапе <i>Туйчиев Б.А., А.А.Юлдашев, Н.И. Махмудов, Хожиев Х.М.</i>	91	Анализ поздней обращаемости больных инфарктом миокарда за медицинской помощью <i>Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н., Хайдаров А.Х., Мукумова С.А., Абдуллаев К.З.</i>	106
Организационные аспекты при помощи на догоспитальном этапе с тяжелой механической травмой у детей <i>Тулаков Р.П., Наврузов М., Пирматов Ш.Р.</i>	92	Оценка эффективности догоспитальной помощи больным с мозговым инсультом <i>Холмуродова З.Б., Юлдашева Р.М.</i>	107
Временная остановка кровотечений на догоспитальном этапе <i>Тулаков Р.П., Наврузов М., Гелдиев Б.Дж., Пирматов Ш.Р.</i>	93	Особенности женского суицида при острых отравлениях <i>Хонбабаева Р.Х., Акалаева А.А., Стопницкий А.А., Акалаев Р.Н.</i>	107
Роль догоспитального этапа в возникновении осложнений у больных с политравмой и их профилактика <i>Туляганов Д.Б., Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б.</i>	93		

Оценка качества состояния догоспитальной помощи детям с обструктивным ларингитом <i>Шакаров Ф.Р., Тожиев Б.Х., Хасанова Г.И.</i>	108	Диагностическое значение симптомов «анамнестической триады» у пострадавших с черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе <i>Юлдашев Ш.С., Шодиев А.Ш., Тураев С.Г.</i>	122
Частота встречаемости нарушений ритма сердца при остром инфаркте миокарда в условиях экстренной медицинской помощи <i>Шарапова Ю.Ш., Ташкенбаева Э.Н., Арипов С.А., Касымова Б.С., Элламонов С.Н.</i>	109	Применение плавикса (клопидогрела) у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) на догоспитальном этапе в г. Фергане <i>Юлчиев О.О., Махмудов Н.И., Нишонов У.А.</i>	123
Догоспитальный алгоритм оказания помощи больным при травматических поражениях шейного отдела позвоночника <i>Шарифбаев С.А., Юнусов Р.С., Жиянов И.А., Ашуров З.И., Солижанов Ш.Ш.</i>	109	Причинно-следственные механизмы травматизма у детей <i>Юнусов Р.С., Каримбаев Ш.Т., Тожибоев А.Т., Маллабаев Л.Д., Журабаев Б.Ж.</i>	123
Лечение дисфункциональных маточных кровотечений на догоспитальном этапе <i>Шейхова Х.К., Эшчанова М.Х.</i>	110	Пути улучшения оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим детского возраста с сочетанной тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном и раннем госпитальном этапе <i>Юнусов Р.С., Каримбаев Ш.Т., Тожибоев А.Т., Маллабаев Л.Д., Журабаев Б.Ж.</i>	124
Ошибки диагностики внематочной беременности на догоспитальном этапе <i>Шейхова Х.К., Эшчанова М.Х.</i>	110	Analysis of complications of a percutaneous dilatation tracheostomy <i>Yarashev A.R., Kuchkarova F.A., Shomurodov X.Sh.</i>	125
Оказание помощи пациентам с острой задержкой мочи на догоспитальном этапе <i>Шодмонова З.Р., Латипов А.О., Хуррамов Б.М.</i>	111		
Вопросы диагностики и оказания неотложной помощи больным с почечной коликой на догоспитальном этапе <i>Шодмонова З.Р., Латипов А.О., Шукуров А.А., Хамраев Ш.Ш.</i>	112	2. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ ДРУГИХ МИНИСТЕРСТВ И ВЕДОМСТВ В МЕДИЦИНЕ КАТАСТРОФ	
Значение догоспитальной помощи на этапах транспортировки в возникновении жировой эмболии как осложнения при политравме <i>Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Баратов Ж.А.</i>	113	Санитарно-авиационная эвакуация в структуре оказания помощи тяжело пострадавшим <i>Баженов М.И.</i>	126
Болаларда нафас йўлида ёт жисм аспирацияси бўлганида шифохонагача бўлган даврда шошилич тиббий ёрдам <i>Эминов Б.Ж., Юлдошев Ш.М., Бобоев М.М., Мирзакаримов А.А.</i>	114	Проблема медицинской эвакуации пострадавших в критическом состоянии при крупномасштабных авариях на железнодорожном транспорте в догоспитальном периоде <i>Бызов А.В.</i>	126
Болаларда қорин бўшлиғи ўткир хирургик касаллиги билан кечувчи ҳолатларда стационаргача бўлган ёрдам <i>Эргашев Б.К., Қодиров Р.Ф., Чўлибоев И., Жуманов Н.Л.</i>	115	Система организации и оказания медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях: роль оперативного взаимодействия в рамках единого информационного пространства <i>Быстров М.В., Белова А.Б.</i>	127
Сравнительная оценка эффективности эсмолайфа с анаприлиномом больных гипертоническим кризом <i>Эргашев К.Т., Ахмедова Н.М., Камилова Ш.Р., Хайдарова С.А.</i>	115	Совершенствование организационных моделей функционирования территориальных центров медицины катастроф <i>Быстров М.В., Белова А.Б.</i>	128
К вопросу лечения пострадавших с политравмой в состоянии травматического шока на догоспитальном этапе <i>А. Т. Эрметов, О. В. Карабаев, Ф. Ю. Эшбобоев</i>	116	Развитие санитарно-авиационной эвакуации в регионах Российской Федерации <i>Исаева И.В.</i>	128
Основные дефекты оказания помощи больным с травмой шейного отдела позвоночника на догоспитальном этапе <i>А. Т. Эрметов, Р. Э. Холбаев, О. В. Карабаев</i>	117	Медицинская эвакуация граждан Российской Федерации из-за рубежа <i>Качанова Н.А.</i>	129
Первая помощь пострадавшим с тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе <i>А. Т. Эрметов, О. В. Карабаев, Р. Э. Холбаев</i>	118	Задачи медицинского персонала приемного отделения экстренного центра по обеспечению взаимодействия скорой медицинской помощи и стационара в условиях массового поступления пострадавших <i>Рахимов И.Р., Ходжаниязов А.А.</i>	130
Роль санационной бронхоскопии при ушибе легких в приемно-диагностическом отделении <i>Эшонкулов Ч.И., Валиев А.С., Акбаров Ж.А., Эгамбердиев Т.Э., Умурзаков Н.Р.</i>	119	Мобильные медицинские формирования службы медицины катастроф субъектов Российской Федерации <i>Чубайко В.Г.</i>	131
Катетеризации подключичной вены из надключичного доступа способом «катетер на игле» для малообъемной инфузионной терапии на догоспитальном этапе <i>Эшонов О.Ш., Болтаев Э.Б.</i>	120	3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДХОДОВ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ВНЕДРЕНИЕМ НОВЫХ НАУЧНЫХ РАЗРАБОТОК	
Неотложная медицинская помощь при острых отравлениях на догоспитальном этапе <i>Ю.Р. Заманов., С.И. Нарзуллаев., Ф.О. Мизамов., Ш.Б. Парманова., И.Ш. Шоназаров., Н.А. Курбонов</i>	120	Принципы оказания неотложной помощи при ожоговой травме <i>Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Ажиниязов Р.С.</i>	132
Основные принципы оказания медицинской помощи при осложненных травмах позвоночника на догоспитальном этапе <i>Юлдашев Ш.С., Джалалов Р.М., Эшмирзаев Б.М., Шакаров Ф.Р.</i>	121	Оптимизация диагностики и тактики лечения больных с ранними внутрибрюшными осложнениями после холецистэктомии <i>Хаджибаев А.М., Пулатов М.М.</i>	132

Выбор клинической модели определения тяжести состояния и тяжести повреждения у больных с шокогенной травмой конечности <i>Хаджибаев А.М., Хакимов Р.Н., Исмаилов А.Д., Ганиев О.А.</i>	133
Диагностика больных с механической желтухой обусловленный синдромом Мирizzi <i>Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Гуломов Ф.К., Тилемисов С.О.</i>	134
Хирургическая тактика при желчнокаменной кишечной непроходимости <i>Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Курбонов А.Б.</i>	135
Особенности хирургического лечения глубоких ожогов верхних конечностей <i>Холмуродов Б.Н., Саидов С.М., Ходжакулов Ч.Р.</i>	136
Возможности видеоторакоскопии в диагностике и лечении спонтанного пневмоторакса <i>Худойбердиев Б.А., Хужамбердиев И.Р., Исхаков Б.Р., Абдуллоев У.У.</i>	136
Опыт применения видеоасистированной торакоскопической хирургии в лечении больных с закрытыми травмами грудной клетки <i>Худойбердиев С.С., Яриев А.Р., Расулов Ш.А., Хатамов К.Х., Джурабаев Н.З.</i>	137
Возможности ультразвуковой навигации при трудном периферическом венозном доступе <i>Шарипова В.Х., Фокин И.В.</i>	137
Тактика хирургического и консервативного лечения травматических внутрисерпных гематом у детей <i>Шарифбаев С.А., Ашуров З.И., Уринов Ш., Жиянов И.А., Ходжиев С.К.</i>	138
К вопросу хирургического лечения глубоких ожогов тыла стопы <i>Шаропов О.М., Арабов Х.У., Ходжакулов Ч.Р.</i>	139
Лечебная эндоскопия при инородных телах пищеварительного тракта <i>Юлдашев А.А., Махмудов Н.И., Мирзакаримов А.А.</i>	139
Лечебно-тактический алгоритм оказания помощи пострадавшим с тяжелыми повреждениями таза при сочетанной травме <i>Юсупов Н.А., Абдуллаев М.Х., Кобулов Ш.Ш.</i>	140
Профилактика осложнений и оптимизация лечения открытых переломов конечностей <i>Юсупов С.Ю., Муминов А.Ш., Жаббаров Ж.Ю., Орипов А.А., Фозилов Х.Т.</i>	140
Опыт применение эндоскопического лигирования варикозно-расширенных вен пищевода <i>Яриев А.Р., Исантурдиев У.И., Бегманов Р.Б., Соатмуродов Ш.Н., Алманов И.П.</i>	141

4. РАЗЛИЧНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Введение морфина в спинномозговой канал для снятия послеоперационного болевого синдрома при обширных операциях <i>Аббасханов Г.Х., Махмудов Х.А.</i>	143
Особенности клинического течения ишемической болезни сердца у больных с метаболическим синдромом <i>Абдиева Г.А., Ташкенбаева Э.Н., Кадырова Ф.Ш., Арипов С.А., Хасанжанова Ф.О.</i>	143
Диастолическая дисфункция левого желудочка у больных с инфарктом миокарда на фоне сахарного диабета <i>Абдиева Г.А., Ташкенбаева Э.Н., Кадырова Ф.Ш., Арипов С.А., Шарапова Ю.Ш.</i>	144
Оптимизация антибактериальной терапии в период токсемии ожоговой болезни у детей <i>Абдуллаев У.Х.¹, Мухитдинова Х.Н.², Фаязов А.Д.¹</i>	145

Затяжное течение гипербилирубинемии у новорожденных детей <i>Абдусалиева Т.М., Мухитдинова Х.Н., Турсунов Д.К., Юлдашева С.А.</i>	145
Применение препарата Винпоцетин для лечения пациентов с ишемическим инсультом <i>Азимов Х.А., Сейтмуратов П.Н., Абдикаримова М.</i>	146
Острый аппендицит у детей <i>Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Хидоятов Ж.С., Джураев Ж.А.</i>	147
Особенности показателей иммунитета у детей с хроническим колостазом <i>Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Юлдашев Т.А.</i>	148
Тактика лечения при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в условиях ОРП <i>Акрамова Н.А.</i>	149
Клиника полиорганной недостаточности у детей <i>Алимова Х.П., Алибекова М.Б.</i>	149
Клиническая характеристика поражения нервной системы при полиорганной недостаточности у детей <i>Алимова Х.П., Алибекова М.Б., Нуралиева Г.С.</i>	150
Циркадный индекс в оценке тяжести детей с тяжелой ургентной патологией <i>Алимова Х.П., Мухитдинова Х.Н., Мустакимов А.А., Турсунов Д.К.</i>	153
Гемодинамика в зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы у детей <i>Алимова Х.П., Мухитдинова Х.Н., Сабиров Д.С., Мустакимов А.А., Турсунов Д.К.</i>	153
Острые сердечно-сосудистые нарушения при синдроме полиорганной недостаточности у детей <i>Алимова Х.П., Баходирова А.Н., Алибекова М.Б.¹, Мустакимов А.А., Бабаджанова З.О.</i>	154
Анализ результатов хирургического лечения абдоминальных повреждений при сочетанных травмах у детей <i>Алимова Х.П., Матякубов Х.Н., Махкамов М.К., Тухтабеков З.Л.</i>	156
Комбинированное применение новокаиновой блокады и лазерной терапии на догоспитальном этапе у больных с острым орхоэпидидимитом <i>Аллазов С.А., Кодиров С.К., Аллазов И.С., Умиров Т.Ш.</i>	157
Интенсивная терапия при критических состояниях у больных с острыми отравлениями этанолом <i>Алламбергенов С.Т., Бегалиев С.М.</i>	157
Влияние внутрибрюшного давления на функцию внешнего дыхания <i>Алтиев Б.К., Джаббаров Ж.И.</i>	158
Нозокомиальная пневмония у пациентов после хирургических операций <i>Атажанова Н.М., Атаджанова Н.Ш., Кодиров Ш.А., Давлетова Ш.С.</i>	158
Сурункали юрак етишмовчилигида буйраклар зарарланишининг клиник-лаборатор хусусиятлари <i>Аҳмедов И.А., Султонов И.И.</i>	159
Особенности мозгового кровотока у молодых женщин с низким артериальным давлением <i>Барноева С.Б., Султанов С.С.</i>	160
Значимость поражения систем органов при полиорганной недостаточности у детей <i>Баходирова А.Н., Алимова Х.П., Мирзаева А.Д., Мустакимов А.А.</i>	160

Эффективность зондового питания при повреждении пищевода <i>Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Жалилов Э.Т., Рузматов А.Э., Абдуллаев Ж.С., Исхаков Н.Б.</i> 161	Кандли диабет II типини келтириб чиқарувчи хавф омиллари <i>Исламова К.А., Тоиров Э.С.</i> 172
Оптимизация параметров вентиляционной поддержки у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией <i>Ганиев Ш.С.</i> 162	Роль инфузионной терапии в схеме протившоковой терапии при тяжелой ожоговой травме <i>Камилов У.Р., Фаязов А.Д., Туляганов Д.Б., Абдуллаев У.Х.</i> 173
Факторы риска повторных нарушений мозгового кровообращения <i>Гафурова Ш.Х., Дадахужаев А.А.</i> 162	Болаларда пиопневмотораксни даволаш <i>Каримов Р.О.</i> 173
Эффективность препарата «Бактизева» в комплексном лечении воспалительных процессов челюстно-лицевой области <i>Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д., Ахмедов Б.С., Рустамова Г.</i> 163	Хирургическая тактика при синдроме «острой мошонки» у детей и подростков <i>Касимов З.Н., Аллаев М.Я., Расулов Я.М., Хакимов У.К., Халилов Ш.К.</i> 174
Клиническая оценка эффективности препарата цитиколина при лечении острых ишемических инсультов <i>Дадахужаев А.А., Гафурова Ш.Х.</i> 163	Эффективность и безопасность тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда старческого возраста <i>Койиров А.К.</i> 174
Тромбоэмболические осложнения при остеосинтезе переломов нижних конечностей у пострадавших с сочетанной и множественной травмой <i>Жаббаров Ж.Ю., Муминов А.Ш., Мухидов У.Р. Хамдамов У., Орипов А.А., Фозилов Х., Юсупов С.Ю.</i> 164	Пролонгированное дренирование сердечной сумки при гнойных перикардитах у детей <i>Косимов З.Н., Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К.</i> 175
Қўл жароҳатлари ва қўл кафт, билак, елка соҳасидаги жароҳлик амалиёти вақтида елка чигалини ўтказувчи анестезия йўли билан оғриқсизлантириш <i>Жумаев Н.Б., Жўраев О.Э., Холбутаев Д.Х., Худайбердиев А.А.</i> 165	Результаты лечения повреждений Монтеджи у детей <i>Косимов М.А., Тожибоев Б.А.</i> 175
Роль овощей и фруктов в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний <i>Жуманазаров Э.М., Норматова Ш.А.</i> 165	Реабилитация на реанимационном и госпитальном этапах медицинской помощи последствий множественных и сочетанных травм позвоночника <i>Косимходжиев М.И., Давлатов Б.Н.</i> 176
Эффективность цитиколина в раннем догоспитальном этапе лечения больных с инсультом <i>Зайлибидинов Г.Б., Умаров О.М.</i> 166	Снижение частоты развития нозокомиальной инфекции мочевого тракта при сочетании антибиотиков с иммуномодуляторами <i>Мадаминов Ф.А., Мадаминов А.С.</i> 177
Артериальные гипертонии и оказание экстренной медицинской помощи с применением антиагрегантной терапии <i>Зияев Ю.Н., Мадреймов А.К.</i> 167	К вопросу лечения послеоперационного спондилосциста <i>Мамадалиев А.Б., Исаков Б.М., Мирзаюлдашев Н.Ю., Ташланов Ф.Н., Исаков К.Б., Ташланов М.М.</i> 177
Влияние карбоксиперитониума на течение общей анестезии <i>Ибрагимов А.А., Болтаев Э.Б., Шодмонов Ж.Б.</i> 167	Трудности раннего энтерального питания у детей раннего возраста с термической травмой <i>Мамедов Б.К., Хамроев Д.К., Темиров Ф.У.</i> 178
Особенности инфузионной терапии у больных с тяжелой травмой и полиорганной недостаточностью <i>Ибрагимов А.А.</i> 168	<i>Особенности клинического течения черепно-мозговой травмы у детей первого года жизни</i> <i>Махкамов К.Э., Джуманов Л.М., Махкамов М.К., Тухтабеков Э.Л., Насимов С.Т., Усмонов А.Н.</i> 178
Внедрение в практику комплексной терапии тяжелообожженных многофункционального препарата «Сукцинатол» <i>Ибрагимов Д.Ф., Каримов Х.Я., Фаязов А.Д., Туляганов Д.Б.</i> 169	Патогенез, профилактика и лечение жировой эмболии <i>Махмудов Х.О., Аббосхонов Г.Х., Исаков А.А.</i> 179
Возможности объективной оценки профилактики послеоперационных неврологических осложнений у больных высокого анестезиологического операционного риска <i>Изюмов Д.П., Изюмова Г.А.</i> 170	Хроническая сердечная недостаточность и сократительная функция левого желудочка у кардиологических больных <i>Мирсайдуллаев М.М., Ортиков М., Йулдошев А., Соткинов Т.Х.</i> 180
Пути интеграции совершенствования организации экстренной медицинской помощи при критических состояниях в неотложной неврологии <i>Изюмова Г.А., Изюмов Д.П., Маджидова Е.Н., Абдуллаев Х.К., Курбанова Н.Б., Худайбергенов Б.С.</i> 170	Влияние β-адреноблокаторов на структурно-функциональные изменения миокарда при постинфарктной аневризме левого желудочка <i>Назарова М.Х., Курёзов Р.С., Акилова Ш.А.</i> 181
Системно-интегративный психофизиологический подход в диагностике острых мозговых инсультов у лиц молодого возраста <i>Изюмова Г.А., Изюмов Д.П.</i> 171	Роль аффективных расстройств при нестабильной стенокардии в условиях экстренной медицинской помощи <i>Насырова З.А., Ташкенбаева Э.Н., Хайдарова Д.Д., Хасанжанова Ф.О., Насырова Д.А.</i> 181
Артериал гипертензия ва кандли диабет 2-типида гемодинамик кўрсаткичларнинг клиник аҳамияти <i>Исломова К.А., Ишонкулова Н.Н.</i> 172	Особенности клинической картины и данных лабораторных исследований у пациентов разного возраста с острым коронарным синдромом <i>Ниматов Ш.М., Турғунбоев Ш.Б.</i> 182
	Лечение открытых переломов пальцев кисти у взрослых <i>Ортиков О.Р., Хакимов Ш.К.</i> 183
	Агрегационная активность тромбоцитов у больных острым инфарктом миокарда молодого возраста <i>Пулатов О.Я., Камилова У.К.</i> 183
	Транзиторная стрессовая гипергликемия при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST <i>Д.М.Сабиров, А.К.Койиров, Х.И. Саттаров, М.Б.Красненкова, С.Р.Кенжаев, С. Ш.Хаитов, Н.Т. Эгамова</i> 184

Оценка состояния центральной гемодинамики и адекватности регионарной анестезии в интра- и постоперационном периодах при травматологических операциях <i>Садыкова М.А., Кадиров Р.И.</i> 184	Болаларда билак суякларнинг диафизар синишларини даволаш тажрибалари <i>Уразбаев А.А., Ражабов О.С., Худойбергандов Х.Р.</i> 195
Влияние длительного гипотензивного лечения амлодипином на структурно- функциональное состояние левого желудочка у больных артериальной гипертензией <i>Сайдалиев Р.С., Жалолов Б.З.</i> 185	Оперативная тактика при лечении переломов мыщелков большеберцовой кости <i>Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Уразбаев Ж.Д.</i> 195
Побочные эффекты ИВЛ, их профилактика и интенсивная терапия <i>Сатвалдиева Э.С.¹, Сабиров Д.С.², Закиров Т.Ш.³</i> 186	Наш опыт применения спице-стержневых аппаратов в экстренной травматологии при лечении диафизарных переломов плечевой кости <i>Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Тахиров Ж.М.</i> 196
Кўкрак қафаси жароҳатларида оғрикислантириш самарадорлигини баҳолаш <i>О.А.Собиров, Г.О.Отабоева, Ю.Х.Бекчанова, Д.А.Хўжаева</i> 186	Эффективность оказания медпомощи при повешении и отравлениях у суицидальных больных <i>Усенкова М.В., Бегалиев С.М., Абдираманов Д.М.</i> 197
Влияние антагониста АТ1-рецепторов ангиотензина II телмисартана на состояние микроциркуляторного русла и показатели углеводного обмена у больных ишемической болезнью сердца, отягощенной сахарным диабетом 2-го типа <i>Таиров М.Ш., Закирова Д.Р., Рахимов Э.З., Акрамова Ш.Р., Бакамов Д.У.</i> 187	Кожная пластика при перчаточных скальпированных ранах кисти <i>Усманов Б.С., Юлдашев А.А., Исмаилов Ж.Т., Дадабаев Х.Р., Уринов Б.А.</i> 197
Гемодинамические показатели функции левого желудочка в зависимости от способа лечения в остром периоде инфаркта миокарда <i>Ташкенбаева Э.Н., Хасанжанова Ф.О., Касымова Б.С., Кадырова Ф.Ш., Хайдарова Д.Д.</i> 187	Применение метода перекрестной пластики при открытых повреждениях кисти с дефектами тканей <i>Усманов Б.С., Юлдашев А.А., Исмаилов Ж.Т., Хомиджанов И.Б., Насриддинов Ж.А., Уринов Б.А.</i> 198
Влияние пуринового обмена на течение нестабильной стенокардии в условиях экстренной медицинской помощи <i>Ташкенбаева Э.Н., Насырова З.А., Касымова Б.С., Якубова Д.М., Насырова Д.А.</i> 188	Применение сукцинасола при диабетическом кетоацидозе <i>Усманов З.Х., Дустмуродов Ш.Б.</i> 199
Лимфотропная терапия в лечении эпилепсии Ташланов М., Махмудов А.А. 189	Выраженность психовегетативных показателей у больных с ишемическим инсультом, в зависимости от полушарной латерализации очага поражения <i>Усманов Ш.У., Ёкубов Б.С., Тураханов М.М., Саматов З.</i> 199
Профилактика и лечение синдрома кишечной недостаточности у детей с тяжелой термической травмой <i>Темиров Ф.О., Саидов С.М., Шаропов О.М.</i> 190	Мочекаменная болезнь с приступами почечной колики детского возраста <i>Фахриддинов Я.А., Парпиев Э.А., Нишанов Г.Х., Исомухаммедов Ж.Б., Каххаров М.А.</i> 200
Спорт травмаларида РШТЁИМСФ ТТЁ бўлими ва травматология бўлимида тез тиббий ёрдам хизмати <i>Тияков Х.А., Назаров С.П., Абдуллаев Ш.Б.</i> 190	Самоконтроль сахарного диабета 1 типа у детей и подростков с мобильным приложением <i>Хамраев Х.Т., Алланазаров А.Б., Хабибуллаев Ш.Ф., Хакимов Б.Ш., Рашидова М.В.</i> 200
Тактика ведения больных с варикотромбофлебитом нижних конечностей <i>Туляганов Д.Б., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х., Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Гофуров А.Н.</i> 191	Интенсивная терапия ожоговой токсемии у детей <i>Хамраева Г.Ш., Сатвалдиева Э.А., Абдурасулхонова Н., Абдуллаев У.Х.</i> 201
Послеоперационные венозные тромбозэмболические осложнения у больных с urgentной абдоминальной патологией <i>Тожибоев М.П., Туляганов Д.Б., Даминов Б.Н., Нахалбаев Р.Т., Холмирзаев Б.Ф., Абдулахатов М.</i> 191	Частота встречаемости факторов риска инфаркта миокарда у мужчин при разных исходах заболевания <i>Хасанжанова Ф.О., Ташкенбаева Э.Н., Маджидова Г.Т., Суннатова Г.И., Мирзаев Р.З.</i> 201
Клинико-психопатологические особенности оказания экстренной медицинской помощи пациентам с ишемической болезнью сердца с сочетанным течением алкогольной зависимости <i>Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б.</i> 192	Особенности рецидивирующих респираторных инфекций у детей на фоне атопии <i>Шавази Н.М., Закирова Б.И., Атаева М.С., Хусаинова Ш.К., Турсунова Б.А.</i> 202
Определение показаний к респираторной поддержке у детей при тяжелой черепно-мозговой травме <i>Турсунов Д.К., Мухитдинова Х.Н., Назаров Б.М.</i> 193	Ценность выявления сердечно-сосудистых нарушений при пневмонии у детей <i>Шавази Н.М., Закирова Б.И., Карджавова Г.А., Урунова М.А., Рузметова С.У.</i> 202
Особенности изменений гемодинамики при тяжелой черепно-мозговой травме у детей раннего возраста <i>Турсунов Д.К., Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Сабиров Д.С.</i> 193	Ўткир лейкозни кимётерапия билан даволаш асоратларини шошилинч даволаш натижаларини ўрганиш <i>Шамсутдинова М.И., Шокирова Ф.Ж., Бердиева Х.Х., Тожибоева Д.А., Бекжанова Н., Отабоева Д., Бердышева У., Каҳҳарова В., Шамсутдинов М.М., Раҳманова У.У.</i> 209
Алгоритм лечения сочетанной травмы челюстно-лицевой области <i>Умаров О.М.</i> 194	Ўткир лейкоз билан касалланган катта ёшли беморларда нейрорлейкозни даволаш, уни профилактикаси ва оқибатини ўрганиш <i>Шамсутдинова М.И., Шокирова Ф.Ж., Бердиева Х.Х., Тожибоева Д.А., Бекжанова Н., Отабоева Д., Бердышева У.¹, Каҳҳарова В., Шамсутдинов М.М., Раҳманова У.У.</i> 204

Геморрагический синдром у беременных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой <i>Шамсутдинова М.И., Шокирова Ф.Ж., Бердиева Х.Х., Тожибоева Д.А., Бекжанова Н., Отабоева Д., Бердышева У., Каххарова В., Шамсутдинов М.М., Рахманова У.У.</i>	Изучение прогноза у больных инфарктом миокарда <i>Юсупов Д.М.</i>	205	210
Нерациональное применение антибактериальных препаратов в педиатрии и проблема антибиотикорезистентности <i>Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К.</i>	Оценка эндотелиальной функции у больных инфарктом миокарда <i>Юсупов Д.М., Камилова У.К.</i>	205	211
Региональная лимфатическая антибиотикотерапия при неревматических кардитах у детей <i>Шевкетова Л.Ш., Мухитдинова М.К., Ходжалиев Б.Г.</i>	Оценка оксидантного и антиоксидантного статуса организма у детей с перитонитом <i>Юсупова З.К., Собиров Э. Ж.</i>	207	211
Совершенствование программного лечения острых лейкозов <i>Шокирова Ф.Ж., Шамсутдинова М.И., Бердиева Х.Х., Тожибоева Д.А., Бекжанова Н., Отабоева Д., Бердышева У., Каххарова В., Шамсутдинов М.М., Раимова Д.А., Рахманова У.У.</i>	Особенности течения синдрома Лайелла у детей раннего возраста <i>Юсупова З.К., Саидова Ф.К.</i>	208	212
Отклонения гемодинамики в зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы у детей <i>Эркинова М.Ф., Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Турсунов Д.К., Алауатдинова Г.И.</i>	Оксигенотерапия в условиях анальгоседации у пациентов с острой церебральной недостаточностью <i>Ярашев А.Р., Болтаев Э.Б.</i>	209	212
Билак сохаси кон-томирлари, нервлари шикастланганда критик ишемияларни олдини олиш ва даволаш чоратадбирлари <i>Юлдашев А.А., Усманов Б.С., Исмаилов Ж.Т., Амонкулов З.К., Эркабоев А.К., Уринов Б.А.</i>	Effectivity of early and delayed percutaneous coronary interventions in different risk group of patients with non ST elevation acute coronary syndrome <i>M.S. Mirmaksudov</i>	210	213
	Совершенствование оказания догоспитальной медицинской помощи больным с сочетанной травмой в Ферганской области <i>Умаров О.М., Абдуллаев Д.Д.</i>		214
	Неотложная перкутанная нефролитотрипсия в лечении больных с острой обструкцией верхних мочевых путей, обусловленной камнем <i>Юлдашев Ф.Ю., Насиров Ф.Р., Мирхамидов Д.Х., Уралова Н.Д.</i>		214