

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Российская Академия наук  
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
имени академика И. П. Павлова» Минздрава России  
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
имени И. И. Мечникова» Минздрава России  
ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе»  
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга  
Комитет по здравоохранению Ленинградской области  
Российское общество скорой медицинской помощи



# СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – 2022

## МАТЕРИАЛЫ

21-го ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА  
(ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ),  
ПОСВЯЩЕННОГО 125-ЛЕТИЮ  
ПЕРВОГО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА

9-10 июня 2022 года



Санкт-Петербург  
2022

УДК 614.88.006.3

ББК 51.1(2)2

С44

**Главный редактор:**  
академик РАН С. Ф. Багненко

**Редакционная коллегия:**

*И. А. Вознюк,  
Г. А. Софронов,  
А. Г. Мирошниченко,  
И. П. Миннуллин  
М. В. Окулов*

**От редколлегии:** *Редакторы не несут ответственности за точку зрения авторов, оригинальную терминологию и несовпадение цифровых данных в отдельных тезисах.*

**С44** **Скорая медицинская помощь — 2022** [Электронное издание] : Материалы 21-го Всероссийского конгресса (Всероссийской научно-практической конференции с международным участием), посвященного 125-летию Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова / Гл. ред. С. Ф. Багненко. — СПб. : ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, 2022. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0. — ISBN 978-5-88999-794-8

Материалы 21-го Всероссийского конгресса «Скорая медицинская помощь — 2022» содержат тезисы, представленные специалистами медицинских организаций, образовательных и научных учреждений, работающих в сфере оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации и зарубежных стран.

Издание предназначено для специалистов скорой медицинской помощи, медицины катастроф, студентов, клинических ординаторов и научных сотрудников.

Акалаев Р. Н.<sup>1,2</sup>, Стопницкий А. А.<sup>1,2</sup>, Саидова М. К.<sup>1</sup>  
**СВОБОДНЫЙ АММИАК КАК РАННИЙ ПРЕДИКТОР  
ОСЛОЖНЕНИЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

<sup>1</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

<sup>2</sup>Центр развития повышения квалификации медицинских работников  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Введение.** Одной из основных причин алкогольной энцефалопатии является нарушение дезинтоксикационной функции печени на фоне длительного злоупотребления алкоголем и повышения уровня свободного аммиака, при этом высокая концентрация этого метаболита является одним из важнейших факторов развития алкогольной энцефалопатии.

**Материал и методы.** В исследование включено 313 больных (33 женщины и 280 мужчин) с острым отравлением алкоголем в возрасте от 34 до 54 лет, поступивших в 2017-2021 гг. в отделение токсикологии РНЦЭМ на фоне хронического употребления алкоголя. Алкоголь в крови в среднем составил  $1,9 \pm 0,7$  промилле. Испытуемые были разделены на 3 группы. Группу I составили 134 пациента с высокой концентрацией свободного аммиака — более 200 мкмоль/л, определяемой на биохимическом анализаторе, норма 16-32 мкмоль/л. Длительность употребления алкоголя у всех больных была более 10 дней. Группу II составили 92 пациента со средним уровнем свободного аммиака 100-200 мкмоль/л, на фоне приема алкоголя от 5 до 10 дней. В группу III вошли 87 больных с относительно низким уровнем свободного аммиака — менее 100 мкмоль/л и продолжительностью употребления до 3 дней. Степень когнитивных нарушений изучали по Минимальной шкале психического состояния (MMSE), норма 29-30 баллов по 10 позициям, батарея лобной дисфункции (FAB), норма 16-18 баллов по 6 позициям и шкале Рейтана, тест в секундах, обычно менее 100 секунд.

**Результаты.** У пациентов I группы при поступлении отмечалось выраженное нарушение уровня интеллекта по шкалам MMSE и FAB, сумма баллов составила  $17,5 \pm 1,2$  и  $9,4 \pm 1,4$  соответственно, а тест Рейтана выполнялся с частыми ошибками и практически только у 2 пациентов этот тест был завершен, составив соответственно 246 и 316 секунд, что соответствует выраженным когнитивным нарушениям. При среднем уровне свободного аммиака у пациентов II группы суммарный балл когнитивных функций по шкалам MMSE и FAB составил  $23,6 \pm 1,2$  и  $11,2 \pm 1,9$  соответственно, а тест Рейтана —  $156,5 \pm 22,5$  сек, что также соответствует умеренным когнитивным нарушениям. У больных с низким уровнем свободного аммиака по данным скрининга уровень интеллекта по шкале MMSE/FAB составил  $26,7 \pm 1,4$  и  $13,2 \pm 1,6$  соответственно, а тест Рейтана —  $132 \pm 16,4$  сек, т.е. отмечаны легкие когнитивные нарушения. В дальнейшем у 88 (65,6%) больных с высоким уровнем свободного аммиака развились алкогольные судороги и у 93 (69,4%) алкогольный делирий, в то время как у больных со средним уровнем свободного аммиака эти показатели составили 12 (13,0%) и 14 (15,2%) больных соответственно. В группе с низким уровнем свободного аммиака таких осложнений вообще не наблюдалось.

**Выводы.** 1. У больных с алкогольной интоксикацией отмечается снижение когнитивных функций пропорционально уровню свободного аммиака. 2. У больных с уровнем свободного аммиака более 200 мкмоль/л отмечаются выраженные нарушения интеллекта и высокая частота осложнений, требующих медикаментозной коррекции.

*Акалаев Р. Н.<sup>1,2</sup>, Туляганов Д. Б.<sup>1</sup>, Алимов Д. А.<sup>1</sup>, Стопницкий А. А.<sup>1,2</sup>*

**КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ  
ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ  
У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ УГАРНЫМ ГАЗОМ**

<sup>1</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

<sup>2</sup>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Цель исследования.** Оценить эффективность комплексного применения сукцинатсодержащего и противоотечного препаратов у больных с отравлениями угарным газом тяжелой степени.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения 74 пациентов, поступивших в 2013-2021 гг. с острым отравлением угарным газом тяжелой степени и уровнем сознания в среднем  $8,3 \pm 0,62$  баллов по шкале Глазго. Все больные были доставлены в стационар в течение  $2,1 \pm 0,3$  часа с момента отравления. Пациентов разделили на 2 группы. I группа — 38 больных, поступивших в 2015-2021 гг., в комплексную терапию которых включили инфузии препарата «Цитофлавин» по 20,0 мл/сутки и инъекции L-лизин-эсцината по 10,0 мл/сутки в течение 5 дней со дня поступления. II группа (сравнения) — 36 пациентов, поступивших в 2013-2014 гг. и получивших традиционную терапию.

Оценивали клинические и лабораторные показатели — уровень сознания по Глазго, уровень карбоксигемоглобина в крови, уровень лактата в венозной крови при поступлении и в динамике. В период восстановления сознания проводили комплексную оценку тяжести нарушений интеллекта с использованием шкал MMSE по 10 позициям и FAB по 6 позициям.

**Результаты и их обсуждение.** Содержание карбоксигемоглобина в крови пациентов обеих групп при поступлении в стационар достигало  $21,2 \pm 6,0\%$ , через 6 часов —  $6,3 \pm 1,7\%$ , при этом существенного отличия в обеих группах не наблюдалось. Уровень молочной кислоты составлял  $4,1 \pm 1,2$  ммоль/л в I группе и  $4,0 \pm 2,8$  во II группе. На фоне комплексного применения препарата «Цитофлавин» и L-лизина-эсцината уже через 24 часа отмечалось снижение лактата в среднем до  $2,1 \pm 0,5$  ммоль/л, а через 48 часов его содержание приблизилось к норме —  $1,4 \pm 0,35$  ммоль/л. У больных группы сравнения уровень лактата составил  $3,3 \pm 0,7$  ммоль/л через 24 часа и  $2,2 \pm 0,48$  ммоль/л через 48 часов, что превышает аналогичные показатели в I группе в 1,5 и 1,4 раза соответственно. Восстановление сознания по шкале Глазго до уровня 14-15 баллов у больных I группы отмечалось в среднем через  $14 \pm 3,5$  часа, а во II группе в 1,5 раза позже — через  $21 \pm 2,5$  часа. При изучении уровня интеллекта по шкале MMSE у пациентов I группы на 3-и сутки наблюдались умеренные когнитивные нарушения —  $22 \pm 1,9$  балла, а на

5-е сутки когнитивный дефицит был практически купирован —  $28 \pm 1,3$  балла. В группе сравнения показатели шкалы MMSE на 3-и и 5-е сутки были в 1,3 и 1,4 раза ниже, чем в основной группе. Состояние лобных функций по шкале FAB у пациентов II группы на 5-е сутки не превышал в среднем  $13,5 \pm 1,2$  балла, что 1,2 раза ниже, чем в I группе.

**Вывод.** Комплексное применение сукцинатсодержащего раствора «Цитофлавин» и противоотечного ангиопротектора L-лизин-эсцината значительно повышает эффективность интенсивной терапии при тяжелых отравлениях угарным газом.

*Акилов Х. А.<sup>1</sup>, Примов Ф. Ш.<sup>1,2</sup>, Тиловов Б. Н.<sup>2</sup>*

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ**

<sup>1</sup>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,

<sup>2</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

С ростом детского травматизма возрастает число сочетанных и комбинированных повреждений органов брюшной полости. При этом непосредственно угрожают жизни пациента внутрибрюшные кровотечения, связанные с повреждением обильно васкуляризированных паренхиматозных органов — печени и селезенки. С 2015 по 2021 гг. проведен детальный анализ 111 больных, прооперированных с диагнозом закрытая травма живота с повреждением паренхиматозных органов брюшной полости, в структуре которых повреждения селезенки составили 59,4% (66 детей), печени — 24,3% (27 пациентов), поджелудочной железы (ПЖЖ) — 16,2% (18 пациентов). Повреждения органов детьми от 1,5 лет до 17 лет получены в результате: транспортной травмы — 27,6%, падения с высоты — 49,8%, избиения — 7,8%, падения на живот с высоты собственного роста — 11,4%, падения на ребенка тяжелого предмета — 3,4%. Преимущественно это были мальчики — 76,1%. Время поступления детей в стационар характеризуется довольно ранней доставкой. В первые 1-3 часа после получения травмы поступили 69,9% пострадавших. Обращения в более поздние сроки после травмы были связаны с осложнениями — посттравматическая киста селезенки в 2 (1,8%) случаях, гематома и абсцесс печени — 5 (4,5%), в 2 случаях с гемобиллией, кисты ПЖЖ — 5 (4,5%) случаев. В группе пациентов с тяжелым нарушением гемодинамики, при лучевой визуализации разрыва органа выполнялась экстренная лапаротомия, имеющая и органоуносящий, и органосохранный характер: спленэктомия с гетеротопической имплантацией селезеночной пульпы — 21 (18,9%) случай, ушивание и коагуляция селезенки и печени — 11 (9,9%). В 4 (3,6%) случаях произведена резекция ПЖЖ с спленэктомией в связи с разрывом ПЖЖ и отрывом протока. В 14 (12,6%) случаях выполняли лапаротомию — ушивание разрыва печени с использованием гемостатической губки. В 3 (2,7%) случаях произведена холецистэктомия — дренирование холедоха по Керу с ушиванием разрыва печени из-за повреждения общего желчного протока, в 2 (1,8%) — с дренированием сальниковой сумки из-за разрыва ПЖЖ. При стабильной гемодинамике выполняли лапароскопическую коагуля-

цию или ушивание селезенки с установлением гемостатической пленки или губки — 21 (18,9%) случай, с изолированными травмами ПЖЖ — 16 (14,4%) лапароскопических коагуляций разрыва ПЖЖ с дренированием сальниковой сумки.

Таким образом, большинство пациентов с травмой органов брюшной полости — это пациенты со стабильной гемодинамикой. Выбор хирургической тактики в этой группе базируется на мониторинге клинико-лабораторных показателей, сонографических и КТ-симптомов. У подавляющего большинства пациентов со стабильной гемодинамикой возникают показания к трем методам лечения: консервативному, лечебно-диагностической лапароскопии и лапаротомии. Такая тактика позволила полностью исключить из арсенала ургентной хирургии лапароцентез и напрасные лапаротомии.

*Акилов Х. А., Примов Ф. Ш., Тилозов Б. Н., Абдувалиева Ч. М.*  
**РОЛЬ ОПЕРАЦИИ АНГИОПОРТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ  
У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

В клинике РНЦЭМП с 2005 по 2021 гг. на лечении находились 83 ребенка с портальной гипертензией в возрасте от 1,5 до 18 лет, которым выполняли операции разобщения. Мальчиков было 38 (45,7%), девочек — 45 (54,3%). Из всех 83 больных внутрипеченочная форма портальной гипертензии отмечалась у 68 (81,9%) детей с циррозом печени, внепеченочная форма — у 15 (18,1%). Операции ангиопортального разобщения детей выполнены на высоте кровотечения при неэффективности консервативной терапии или при повторном кровотечении в течение 24 часов. В 51 (61,4%) случае имел место рецидив кровотечения после консервативного лечения, а у 7 (8,4%) детей они выполнены при отсутствии пригодных для анастомозирования сосудов. В 25 (30,1%) случаях произведена эндоскопическая перевязка варикозно расширенных сосудов. На высоте кровотечения операция Пациора выполнена у 19 (22,9%) детей. Операция Назырова выполнена у 22 (26,5%) детей от 8 до 17 лет, а операция Таннера–Баирова — у 17 (20,5%) детей от 1,5 до 8 лет. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 5 лет.

В раннем послеоперационном периоде умерло 3 больных (цирроз печени Сh С класса). В отдаленных сроках наблюдения были повторные кровотечения и степень регрессии флебэктазий. Больные обследовались двухэтапно каждые 6 месяцев после операции. Первый этап — анкетирование с объективной оценкой самочувствия, с указанием повторных кровотечений. Второй этап — контроль флебэктазий (ФЭГДС). После операции Пациора в сроки 6-12 месяцев рецидив кровотечения отмечен у 8 (9,6%) детей, через 2-3 года — у 4 (4,8%). После операции Таннера–Баирова рецидив кровотечения составил 5,2% наблюдений. После операции Назырова рецидив кровотечения отмечен у 2 (2,4%) детей через год.

Контрольное ФЭГДС, которое проводили 7 больным через 6 месяцев после операции, показало несомненный регресс флебэктазий. Через 6 месяцев после операции Пациора у 2 детей в субкардиальном отделе сохранялись узлы. У 1 ребенка, который поступил через 9 месяцев после операции с пищеводным кровоте-

чением, в средненижней трети пищевода выявлялся один ствол диаметром 0,2 см, с выраженным эрозивным эзофагитом. Наилучшие результаты были получены у больных после операции Назырова — в сроки от 6 до 36 месяцев эндоскопически отмечалось уменьшение степени флебэктазий, полностью исчезли признаки эрозивного и рефлюкс-эзофагитов, сохранившиеся вариксы легко спадали, не были напряженными и не могли расцениваться как угроза кровотечения.

Таким образом, на высоте кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей предпочтительной является операция Пациора как наименее травматичная и выполняемая за минимальный отрезок времени. При этом следует учитывать, что у детей младшего возраста операции Таннера–Баирова выполняются без вскрытия полости желудка. При наличии соответствующих условий мы рекомендуем эндоскопические методы остановки кровотечения лигированием варикозно расширенных вен. В отсроченном порядке наиболее оптимальным методом операции является операция тотального разобщения по Назырову.

*Анваров Х. Э., Валиханов А. А., Алимов А. Х., Магдиев Ш. А.*  
**ВНЕДРЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ  
В ОТДЕЛЕНИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ В УЗБЕКИСТАНЕ  
В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19:  
ПОЛУЧЕННЫЕ УРОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Введение.** Пандемия COVID-19 стала мощным стимулом для дальнейшего развития и использования системой здравоохранения телемедицинских практик, что потенциально может способствовать решению множества проблем. В настоящее время телемедицинская поддержка превратилась в потенциальный резерв не только для текущей пандемии, но и для будущих чрезвычайных ситуаций.

**Материал и методы.** В марте 2021 года в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) был начат совместный проект по телемедицине с университетской клиникой Шарите при содействии Института Роберта Коха (Берлин). Было поставлено специальное телемедицинское устройство — роботическая стойка с камерой высокого разрешения (телемедицинская интенсивная помощь, теле-ИП) — с последующим подключением к уже существующей сети клиник с координационным центром в Шарите. Целью проекта стало усиление потенциала реанимационного отделения для пациентов с тяжелыми случаями COVID-19.

После установки теле-ИП было составлено расписание регулярных телемедицинских консультаций, в результате чего в период с 23 марта по 17 сентября 2021 года РНЦЭМП и УК Шарите провели более 200 телемедицинских консультаций и обсудили более 195 пациентов. С момента запуска теле-ИП в РНЦЭМП было проведено несколько изменений в протоколах ведения пациентов, в том числе пересмотр стандартов антибиотикотерапии, протоколов седации и ведения пациентов с делирием. На основании полученного опыта в период первой фазы проек-

та был сделан ряд предварительных выводов, что могло бы помочь в реализации других аналогичных проектов.

**Обсуждение результатов.** Для осуществления телемедицинских программ необходима заранее проработанная минимальная технологическая инфраструктура, ключевым составляющим которой является непрерывная и надежная широкополосная интернет-связь. На сегодняшний день рынок доступного оборудования растет и способен соответствовать нуждам и финансовым возможностям госпиталей. Сами устройства должны быть мобильными и простыми в использовании в условиях клиники. Программное обеспечение должно быть интегрировано в существующие и будущие платформы. Необходимо учесть возможные лицензионные сборы.

Персонал на местах — увлеченные профессионалы в области здравоохранения, которые способствуют развитию телемедицинских технологий в своих медицинских учреждениях и играют ключевую роль во внедрении телемедицины, что подтверждается данным проектом. Важным фактором является налаживание коммуникативных связей, что подразумевает знание общего языка общения (в данном случае, английского). Необходимо также учесть возможные конфликты юридического характера, особенно в случаях с международными консультантами.

Учитывая чрезвычайную нагрузку на медицинский персонал, которая резко возросла во время пандемии, требовалась преданность проекту и коллегам, а также мотивация для выделения времени и усилий, необходимых для изучения новых телемедицинских навыков и поддержания регулярного общения. Немаловажной является возможность обмена знаниями в международном масштабе, что имело место в данном случае и способствовало постоянному обновлению информации о текущем состоянии по COVID-19.

Полученный опыт показывает, что технические проблемы во время телеконсультаций могут снизить их эффективность и стать препятствием для использования телемедицинских технологий. Вследствие этого, клиникам необходимо рассмотреть возможность внесения изменений в рабочий процесс, для того чтобы эффективно интегрировать и обучить персонал использованию телемедицинских технологий.

Телемедицина по всему миру переживает бурный подъем в период пандемии COVID-19, вследствие увеличения необходимости в удаленных консультациях пациентов, а также для обмена знаний и опыта по противодействию новому вирусу. И пациенты, и врачи стали более комфортно использовать цифровые технологии для оказания медицинских услуг и, вероятно, оценили их многочисленные удобства, включая экономию времени и ресурсов, большую доступность и улучшенные возможности контакта, и это лишь некоторые из них.

**Выводы.** Несмотря на то, что системы здравоохранения находятся в процессе восстановления, они не должны терять новоприобретенный опыт использования телемедицинских технологий. Это особенно важно для стран со значительным географическим положением и удаленным населением, таких как Узбекистан. Наш проект продемонстрировал выдающийся потенциал телемедицинских программ, как следствие хорошей подготовки на стадии планирования. При правильном подходе успехи, достигнутые страной в области телемедицины во время пан-



демии, можно было бы использовать для расширения охвата регионов для обеспечения высококачественного и доступного медицинского обслуживания малообеспеченным слоям населения.

Структура РНЦЭМП определенно является перспективной в плане дальнейшего развития телемедицины, так как РНЦЭМП является центральной организацией экстренной интенсивной медицинской помощи, находящейся в центре пирамидальной структуры, напрямую связанной с региональными и районными филиалами и субфилиалами. Потенциальное расширение телемедицины по всей стране поможет сохранить ресурсы и облегчить существующую систему посредством более эффективного, быстрого и доступного сообщения между медицинскими учреждениями.

*Асанов А. Р., Рыжков И. А., Голубев А. М., Долгих В. Т.*

### **ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ БАКЛОФЕНОМ.**

### **ВТОРАЯ ЧАСТЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

НИИ общей реаниматологии им. В. А. Неговского ФНКЦ РР,  
г. Москва, Россия

В Российской Федерации наблюдается рост отравлений миорелаксантами, среди которых особо выделяется баклофен. Хотя препарат и является рецептурным, но легкодоступен и неоправданно часто назначается врачами, что способствует его широкому распространению. Оценив его одурманивающий эффект, многие пациенты злоупотребляют препаратом, а для усиления эффекта и «эйфории» баклофен запивают алкоголем, что приводит к необратимым кардиотоксическим эффектам, нередко заканчивающимся летальным исходом.

**Цель исследования.** Выявить влияние токсической дозы баклофена на функционально-метаболические нарушения сердечной деятельности.

**Материал и методы.** Вторую часть эксперимента проводили на белых крысах-самцах линии Wistar со средней массой до 350 г. За 12 часов до эксперимента животные не получали корм, но имели свободный доступ к воде. При проведении всех экспериментальных исследований мы руководствовались ГОСТом 33216-2014 «Руководство по содержанию и уходу за лабораторными животными». Проведено четыре серии экспериментов: контрольная, в которой животные получали 0,9% натрия хлорида из расчета 6 мл/кг массы тела; группа, получившая баклофен в дозе 145 мг/кг с физиологическим раствором натрия хлорида; алкогольная группа, где животные получили внутривенно этиловый спирт 40%; смешанная группа, где животные получили раствор баклофена в 40% этиловом спирту. Далее в зависимости от уровня сознания, на определенное время всех животных подключали к потоку севوافлюрана (в среднем на 4 об% с потоком кислорода 2 л/мин) в индукционной камере, далее дыхание через маску. С целью инвазивного измерения АД, забора проб артериальной крови, катетеризировали сонную артерию (катетер PE-50). Животное переносили на подогреваемую платформу многофункционального монитора Mouse Monitor S (INDUS Instruments, США), температура тела животного — 36,0-37,0 °С.

**Результаты исследования.** Баклофен через два часа после энтерального введения в токсических дозах вызывает: нарушение функции автоматизма и проводимости, брадикардию, водно-электролитный дисбаланс и нарушение кислотно-щелочного состава. Морфологически в сердечной мышце выявляются нарушения микроциркуляции в виде стаза, сладжа, периваскулярного отека и кровоизлияний, а также в виде контрактур, глыбчатого распада кардиомиоцитов, отмечается их волнообразная деформация и гиперхромное окрашивание ядер. Такие же изменения, но с более выраженной картиной возникают у смеси баклофена с алкоголем.

**Заключение.** Исключив из эксперимента первичную седацию для дачи препарата в пользу специализированного зонда и создав больше экспериментальных групп, мы добились более «чистых» результатов, что позволило достоверно изучить влияние баклофена на сердечно-сосудистую систему.

*Асланова Д. К.*

### **ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**

Бухарский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Бухара, Республика Узбекистан

**Введение.** Реперфузионная терапия, ингибиторы агрегации тромбоцитов и статины способствовали снижению риска повторного инфаркта миокарда (ИМ), но увеличили число пациентов с риском развития ишемического инсульта (ИИ). Вместе с тем частота развития повторного ИМ оказалась выше у лиц с предшествующим инсультом.

**Цель.** Изучить риск развития ИИ у пациентов с повторным и первичным ИМ; роль реперфузионной терапии (РТ) ИМ в профилактике инсульта.

**Материал и методы.** Изучены клинично-инструментальные данные 48 пациентов (36 мужчин и 12 женщин), которые обращались на СМП с диагнозом «острый первичный и повторный ИМ» и «ранее перенесенный ИИ». Первую группу составили 23 пациента с первичным ИМ (возраст  $69,4 \pm 8,2$  года), вторую — 25 пациентов с повторным ИМ (возраст  $68,4 \pm 6,6$  года). У всех диагностированы артериальная гипертония, значимое атеросклеротическое поражение коронарных и асимптомные стенозы брахиоцефальных артерий. Сахарный диабет ( $n=17$ ) и мультифокальный атеросклероз одинаково часто наблюдались в обеих группах. Фибрилляция предсердий ( $n=23$ ) и повторные ИИ ( $n=12$ ) диагностированы у 16 (70%) и 9 (39%) пациентов 1-й группы; выраженные признаки ремоделирования сердца ( $n=31$ ) выявлены преимущественно у пациентов 2-й группы — 21 (84%). Фракция выброса левого желудочка в 1-й и 2-й группах составила  $52,5 \pm 8,5\%$  и  $40,8 \pm 8,0\%$  ( $p=0,01$ ); аневризма левого желудочка выявлена только у пациентов 2-й группы — 12 (48%) человек. Ранее РТ ИМ перенесли 22 (46%) пациента: чрескожное коронарное вмешательство — 15 (31%, в том числе с ранее перенесенной мозговой атакой), хирургическую реваскуляризацию — 7 (14%) пациентов без анамнеза инсульта.

**Результаты.** В 1-й группе ИИ после РТ развился у 7 (30%), во 2-й — у 10 (40%) пациентов; при повторном ИМ у больных с чрескожным коронарным вмешательством — через 1-7 лет; после хирургической реваскуляризации миокарда — через 1-13 лет. В 1-й группе ИИ предшествовал ИМ у 12 (52%) пациентов; во 2-й — у 9 (36%). ИМ предшествовал инсульту у 20 (42%) пациентов, из них у 16 (64%) — с повторным ИМ; единовременное развитие острого ИМ и ИИ было у 7 (14,5%) человек (2 — в 1-й группе, 5 — во 2-й).

**Заключение.** ИИ — предвестник первичного и повторного ИМ. Пациенты с повторным ИМ с выраженными признаками ремоделирования сердца и мультифокальностью атеросклеротического процесса являются группой высокого риска развития ИИ. У 20% пациентов с повторным ИМ единовременно развивается ИИ. Реперфузионная терапия, проведенная пациентам с повторным ИМ, не снижает риск развития ИИ в отдаленном периоде.

*Афончиков В. С.<sup>1</sup>, Орлова О. В.<sup>1,2</sup>*

### **ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И. И. Мечникова» Минздрава России,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Тяжелая термическая травма всегда сопровождается значительной гиповолемией, нарушениями микроциркуляции и развитием кислотно-основного дисбаланса, тяжесть которых зависит от сроков начала, объема и состава инфузионной терапии. Коррекция этих нарушений должна начинаться уже на этапе скорой медицинской помощи.

**Цель.** Определить оптимальный объем и состав инфузионной терапии на догоспитальном этапе.

**Материал и методы.** Обследовано 47 пациентов с тяжелой термической травмой (32 мужчины и 15 женщин), средний возраст у мужчин составил 51 (18;65) год, у женщин — 62 (22;65) года. Проанализировано лечение на догоспитальном этапе и клинико-лабораторные данные пациентов при поступлении.

**Результаты.** Всем пациентам с шокогенной ожоговой травмой (общая площадь поражения более 20% поверхности тела) проводили инфузионную терапию раствором 0,9% хлорида натрия. Объем инфузионной терапии не всегда соответствовал потребностям пациентов, в среднем он составил 500 мл независимо от площади поражения, что в большинстве случаев было меньше рекомендуемого расчетного и приводило к усугублению гиповолемии и микроциркуляторных расстройств. При исследовании электролитного состава не было выявлено клинически значимых изменений концентрации основных ионов (натрий, калий, хлор). У всех тяжелообожженных был выявлен метаболический лактат — ацидоз типа А (быстрый) с выраженным снижением ВЕ до -8, рН 7,28 и уровнем гидрокарбоната 17 ммоль/л, который требовал медикаментозной коррекции. Коррекцию кислотно-основных нарушений на догоспитальном этапе не проводили.

**Выводы.** Объем инфузионной терапии не всегда соответствует потребностям пациентов с тяжелой термической травмой, необходимо соблюдать имеющиеся расчетные формулы. Состав инфузионной терапии не приводит к выраженным нарушениям электролитного состава крови, при этом коррекция кислотно-основных нарушений на догоспитальном этапе не проводится. Рекомендуем включать в состав инфузионной терапии догоспитального этапа раствор сукцината натрия, имеющийся в упаковке скорой медицинской помощи, для увеличения объема инфузионной терапии и коррекции формирующегося ацидоза.

*Ачилов М. Т., Жулбеков К. И., Жаббаров З. И., Самтаров Ш. Х.,  
Марданов В. Н., Камалов С. Ж.*

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Самаркандский филиал РНЦЭМП  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Особенности двенадцатиперстной кишки, как самого короткого сегмента кишечника, прочно фиксированного относительно позвоночника, делают её подверженной повреждениям при прямом ударе в живот. Механизмами разрыва являются повышение внутрикишечного давления в момент травмы, «вырывание» кишки из мест её фиксации к задней брюшной стенке в области дуоденоеюнального изгиба, «раздавливание» на телах позвонков. Чаще наблюдаются разрывы нисходящей и нижнегоризонтальной части двенадцатиперстной кишки.

Повреждение двенадцатиперстной кишки (ПДПК) — редкий вид травмы, отличающийся трудностями диагностики и особой тяжестью течения, значительным количеством диагностических ошибок и осложнений, сопровождающийся высокой летальностью.

**Цель исследования.** Улучшить результаты лечения повреждений двенадцатиперстной кишки.

**Материал и методы.** Были проанализированы результаты лечения 15 больных с ПДПК, находившихся на лечении в хирургических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП с 2005 по 2021 годы.

Пациенты распределились следующим образом: 1) мужчины и женщины составили 12 (80%) и 3 (20%) соответственно; 2) средний возраст — 50,6 лет (колебался от 22 до 76 лет). Средняя длительность пребывания в стационаре составила 23,8 койко-дня. При этом 6 (40%) больных поступили в сроки до 24 часов, 9 (60%) — позже 24 часов от момента получения травмы, что в свою очередь значительно ухудшало прогноз и утяжеляло состояние больных в послеоперационном периоде. 5 больных поступили в состоянии алкогольного опьянения. У 4 диагностирована закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ): у 3 — легкой степени тяжести, у 1 — тяжелой степени с ушибом головного мозга и внутричерепным кровоизлиянием. Летальный исход (одно наблюдение) наступил от отека головного мозга с дислокацией и синдрома полиорганной недостаточности (СПОН).

**Результаты.** ПДПК у всех пациентов были учтены в соответствии со шкалой дуоденальных повреждений (DIS Duodenum Organ Injury Scale) американской ассоциации хирургии и травмы (AAST — American Association for Surgery and Trauma) по 5 степеням (G — Grade). При этом число случаев с G1 составило 1 (6,7%), GII — 6 (40%), GIII — 6 (40%), GIV — 1 (6,7%), GV — 1 (6,7%). 7 (46,7%) имели изолированные ПДПК. Все остальные имели сопутствующие повреждения смежных органов. Повреждения печени отмечены у 5 (33,3%), поджелудочной железы — у 4 (26,7%); желчного пузыря, селезенки, ободочной кишки и аорты по 1 наблюдению соответственно. Забрюшинная гематома обнаружена в 6 (40%) наблюдениях. У 7 (46,7%) больных была закрытая травма живота, полученная в результате: избиения — 4, при падении с высоты — у 2, после автодорожной травмы — у 1. Проникающее ножевое ранение брюшной полости было в 2 наблюдениях. У 4 пациентов ПДПК было диагностировано после ранее перенесенных операций: гепатодуоденостомии — 1, холедохоеюностомии — 2, холецистэктомии с антеградной папиллосфинктеротомией — 1. У 2 больных ПДПК сочеталось с очаговым панкреонекрозом и деструкцией стенки двенадцатиперстной кишки, а также массивным кровотечением из сосудов интрапанкреатической области.

Все больные были оперированы опытными хирургами. До операции предположительный диагноз ПДПК был выставлен лишь в 4 (26,6%) случаях. Семи пациентам была выполнена диагностическая видеолапароскопия. Конверсия в лапаротомию составила 100%. От момента получения травмы хирургические вмешательства производились: через 1 час — в 1 случае, через 3 часа — в 2, через 6 часов — в 6, позже 24 часов — в 6. Из них в ходе первичного вмешательства диагноз ПДПК был установлен у 7. Однако у 8 больных диагноз ПДПК не был установлен даже при лапаротомии, что потребовало последующих вмешательств. Релапаротомия выполнена 8 больным (через 1 сутки — 1, через 3 суток — 3, через 4 суток — 1, через 5 суток — 3).

Первичное ушивание дефекта стенки ДПК выполнено у 8 (53,3%), резекция желудка по Б-11 — у 2 (13,3%), дуоденоеюностомия на отключенной по Ру петле — у 2 (13,3%). Видоизмененная «простая» дивертикулизация, направленная на «выключение» ДПК из пищеварения путем аппаратного прошивания привратника, дуоденостомия и гастроэнтероанастомоз с брауновским соустьем выполнены у 3 (20%) больных.

Из 15 больных умерли 6 (40%). В 1 случае смерть наступила на операционном столе в результате развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточности из-за массивного желудочно-кишечного и внутрибрюшного кровотечения. Течение послеоперационного периода остальных 5 умерших было тяжелым. Причиной летального исхода стали: рецидивирующие кровотечения из острых язв ДПК — у 1, тяжелая ЗЧМТ и СПОН — у 1, несостоятельность швов дуоденоеюноанастомоза на петле по Ру с формированием наружного дуоденального свища — у 1. Тяжелая сочетанная политравма с геморрагическим и травматическим шоком на фоне профузного внутрибрюшного кровотечения из сосудов панкреатодуоденальной зоны — у 2. Кроме того, все они имели сопутствующую патологию (ишемическая болезнь сердца, хронические обструктивные болезни легких, мочекаменная болезнь), отягощавшую прогноз.

**Заключение.** Таким образом, лечение пострадавших с повреждениями двенадцатиперстной кишки является трудной задачей. Ушивание дефекта с зондовой активной декомпрессией путем постоянной аспирации в послеоперационном периоде эффективны только в ранние сроки после травмы. В послеоперационном периоде важное значение имеет также медикаментозная профилактика несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки и травматического панкреатита.

*Ачилов М. Т., Рузибаев Ш. Ж., Батиров З. Ю., Махрамов У. Т.,  
Шомурадов Х. А., Тухтаев Ф. М.*

### **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Самаркандский филиал РНЦЭМП,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Острая спаечная непроходимость кишечника — тяжелое заболевание, часто создающее угрозу жизни, в настоящее время составляет 60% всех форм непроходимости.

**Цель работы.** Изучить возможности лапароскопического адгезиолизиса в хирургическом лечении острой спаечной непроходимости у пожилых пациентов.

**Материал и методы.** В Самаркандском филиале РНЦЭМП (Республика Узбекистан) выполнено 56 операций лапароскопического адгезиолизиса, что составило 33,1% от 169 операций по поводу острой спаечной кишечной непроходимости за 2015-2022 гг. Операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Возраст больных — от 60 до 84 лет. Мужчин было 37 (66%), женщин — 19 (44%). Доступ осуществлялся после наложения карбоксиперитонеума через иглу Вереша, введенную на расстоянии 5-7 см от послеоперационного рубца по среднеключичной линии ниже реберной дуги на 4 см (во избежание повреждения кишечника). Затем в той же точке вводился смотровой троакар. Осмотр кишечника начинался со спавшихся петель, что уменьшает возможность повреждения его стенки. У большинства больных причиной непроходимости были единичные шнуровидные спайки. Рассечение спаек проводили при хорошей их визуализации на расстоянии не менее 1 см от стенки кишки. Короткие (менее 2 см) шнуровидные изолированные спайки (штранги), содержащие сосуды, пересекали ножницами между наложенными лигатурами или клипсами, без применения коагуляции во избежание термического повреждения близлежащего органа. Ограниченные по площади плоскостные сращения разделяли анатомическими ножницами при полной их визуализации, отступая не менее 0,5 см от стенки кишки, без применения электрокоагуляции. При наличии в брюшной полости обширных (III-IV степени) грубых сращений, занимающих более 1-2 анатомических областей, или при обнаружении конгломератов спаянных кишечных петель, а также при труднодоступных спайках ввиду наличия значительно раздутых петель кишечника — переходили к лапаротомии. Продолжительность операции составляла от 20 до 155 минут (в среднем 45 минут).

**Результаты.** Летальных исходов после лапароскопического адгезиолизиса не было. У 1 больного имело место кровотечение из пересеченной спайки, остановленное при повторной лапароскопии. Послеоперационный период составил от 2 до 10 суток (в среднем 5,5 дня).

**Выводы.**

1. Для лапароскопического адгезиолизиса следует отбирать больных с картиной механической кишечной непроходимости без признаков перитонита, выраженного метеоризма и тяжелого эндотоксикоза, без повторных абдоминальных операций.

2. Преимуществами этого вида вмешательства являются малая травматичность, раннее восстановление перистальтики кишечника, ранняя активация больных с уменьшением риска развития спаечной болезни брюшной полости.

3. При лапароскопическом адгезиолизисе в послеоперационном периоде отсутствует необходимость в наркотических анальгетиках и антибиотиках, уменьшается число послеоперационных осложнений, сокращаются сроки госпитализации.

*Ашурова Н., Шакиров Б. М., Мурадова Р. Р., Хакимов Э. А.,*

*Хайдаров М. М., Некбаев Х. С., Тожиев З. Ю.*

**ОСОБЕННОСТИ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ**

Самаркандский филиал РНЦЭМП,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Лечение термических ожогов, несмотря на все достижения современной медицины, представляет одну из сложнейших специфических проблем в комбустиологии. Среди пациентов с термическими повреждениями дети составляют от 13,8 до 75,3%. Сочетание ожогов кожи и дыхательных путей, по данным литературы, встречается у 16-35% пострадавших с ожогами пламенем. При обширных ожогах, сочетанных с термоингаляционной травмой, летальность колеблется от 33 до 82%. В экстренной медицине термические ожоги являются актуальной не только медицинской, но и социально-экономической проблемой.

**Цель.** Оптимизировать методы диагностики и лечения термоингаляционной травмы у детей.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 36 больных с глубокими ожогами III Б-IV степени, которые лечились в ожоговом отделении Республиканского Научного Центра Экстренной помощи, Самаркандского филиала Узбекистана. Возраст госпитализированных пациентов — от 8 мес. до 14 лет. Пострадавшие предъявляли жалобы на боли при глотании, чувство першения, боли за грудиной, затруднение дыхания, сухой кашель с отделением скудной мокроты с примесью копоти, осиплость и потерю голоса. При осмотре пострадавших мы обращали внимание на: локализацию ожогов на голове, лице, груди; опаление волос наружных носовых ходов, бровей, усов и волосистой части головы; наличие копоти в ротовой полости и глотке; при аускультации — на жесткое дыхание, его ослабление в нижних отделах, наличие хрипов.

Основным направлением интенсивной терапии при термоингаляционной травме является респираторная терапия: небулайзерная терапия симпатомиметиками (сальбутамол, 0,1% р-р адреналина гидрохлорида) каждые 2-4 ч до появления клинически значимого увеличения частоты сердечных сокращений; аэрозольное введение муколитиков (ацетилцистеин 20% — 3 мл) каждые 4 ч, чередующееся с введением 5000 единиц гепарина на 3 мл физиологического раствора под контролем времени свертывания крови (в течение 7 суток). Кроме этого, проводилась инфузионно-трансфузионная терапия, особенно при многофакторном поражении и в обязательном порядке — антибактериальная терапия при развитии инфекционных осложнений органов дыхания. При прогрессировании инфекционного процесса было показано назначение эмпирической антибактериальной терапии, основанной на данных эпидемиологического мониторинга лечебного подразделения.

Необходимо отметить, что рекомендаций по профилактическому назначению антибактериальных препаратов при ингаляционной травме, основанных на достаточной доказательной базе, нет. Показано использование «малых» доз глюкокортикоидов (300 мг/сутки гидрокортизона или метилпреднизолона в дозе 2 мг/кг/сутки в течение 5-7 суток) при развитии ОРДС. Целесообразно применять теплый раствор 2% гидрокарбоната натрия из расчета 5-10 мл на сегментарный бронх.

**Результаты.** Современная и своевременная объективная оценка тяжести термоингаляционного поражения, активное эндоскопическое ведение пациентов и комплексная терапия существенно снижают вероятность трахеобронхиальных и легочных осложнений, что позволяет сократить процент неблагоприятных клинических исходов ожоговой травмы, особенно в группе пациентов, считавшихся ранее бесперспективными. Эти мероприятия позволяют сократить сроки эпителизации поверхностных ожогов, производить пластическое закрытие глубоких ожоговых ран в выгодных местных условиях.

**Выводы.** Таким образом, термические поражения дыхательных путей в сочетании с ожогами кожных покровов у детей обуславливают высокую летальность (34%). СПОН развивается на фоне раневой, бронхолегочной, кишечной инфекции экзо- и эндогенного происхождения. Ранняя комплексная антибактериальная терапия по деэскалационному принципу, санационная фибробронхоскопия способствуют снижению раневой, бронхолегочной и кишечной инфекции экзо- и эндогенного происхождения.

*Бакиров Г. З., Ходжиматов Г. М., Хакимов Д. М., Хамдамов Х. Х.,  
Карабоев Б. Б., Касимов Н. А., Яхёев С. М.*

### **ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ**

Андижанский государственный медицинский институт  
г. Андижан, Республика Узбекистан

**Цель исследования.** Выявить особенности urgentных эндоскопических исследований у больных с кровотечениями и проанализировать факторы, влияющие на качество и своевременность установления диагноза.



**Материал и методы.** Материалом исследования стали результаты urgent-ных фиброгастродуоденоскопий 608 пациентов больницы скорой медицинской помощи №35 города Андижана в 2021 году.

**Результаты исследования.** Получены следующие результаты. В 361 (59,4%) случае выявлены признаки состоявшегося или продолжающегося кровотечения, в 171 (28,1%) случае признаков кровотечения не было, в 76 (12,5%) случаях произвести исследование фактически не удалось. Последняя категория включала в себя 20 (3,3%) случаев отказа больного от исследования, 16 (2,6%) случаев отказа эндоскописта, 27 (4,4%) случаев, когда пациент самовольно выдернул эндоскоп, 13 (2,1%) — когда эндоскоп не удалось ввести. В ситуации выявления признаков кровотечения имело место 17 (2,8%) случаев прекращения исследования из-за возникновения рвоты кровью, в 55 (9,0%) не удалось выявить источник кровотечения из-за наличия в желудке большого количества содержимого. В данной ситуации мы, вероятно, видим некоторую недоработку со стороны сотрудников приёмного покоя. Эту цифру вполне можно уменьшить до нуля путём тщательного объяснения характера, особенностей и необходимости предстоящей пациенту процедуры. В 2,6% случаев сам врач-эндоскопист отказался от выполнения ФГДС, собрав анамнестические данные (состояние алкогольного опьянения, пациенты, только что принимавшие пищу или воду). Взгляд на данную категорию, скорее всего, должен быть двойственным. С одной стороны, приёмный покой должен оценивать риски и целесообразность проведения ФГДС и самостоятельно отсеивать подобных больных. Интересно отметить, что все случаи отказа от выполнения ФГДС приходятся на наиболее опытных и авторитетных врачей отделения, только они могут позволить себе данный алгоритм действий. В 4,4% случаев пациент самовольно выдернул эндоскоп во время исследования.

**Выводы.** В 28,1% случаев у пациентов с направительным диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение» признаков кровотечения не обнаруживается, что свидетельствует о несовершенстве системы установления показаний к urgent-ной фиброгастродуоденоскопии.

*Барсукова И. М.<sup>1,2</sup>, Ким И. В.<sup>2</sup>, Пенюгина Е. Н.<sup>1</sup>,  
Лукогорская Н. Н.<sup>2</sup>, Тявокина Е. Ю.<sup>1</sup>*

### **СОВРЕМЕННЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИИ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Важной социальной и демографической проблемой современной России является низкий уровень рождаемости, не обеспечивающий воспроизводства населения. Об этом свидетельствуют данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (таблица).

Таблица — Двадцатилетний анализ динамики населения Российской Федерации

Годы	Все население, млн. чел.	Всего, чел.			На 1000 человек населения <sup>1</sup>		
		родившихся	умерших	естеств. прирост <sup>2</sup>	родившихся	умерших	естеств. прирост <sup>2</sup>
2001	146,3	1311604	2254856	-943252	9,0	15,6	-6,6
2002	145,2	1396967	2332272	-935305	9,7	16,2	-6,5
2003	145,0	1477301	2365826	-888525	10,2	16,4	-6,2
2004	144,3	1502477	2295402	-792925	10,4	15,9	-5,5
2005	143,8	1457376	2303935	-846559	10,2	16,1	-5,9
2006	143,2	1479637	2166703	-687066	10,3	15,1	-4,8
2007	142,8	1610122	2080445	-470323	11,3	14,6	-3,3
2008	142,8	1713947	2075954	-362007	12,0	14,5	-2,5
2009	142,7	1761687	2010543	-248856	12,3	14,1	-1,8
2010	142,9	1788948	2028516	-239568	12,5	14,2	-1,7
2011	142,9	1796629	1925720	-129091	12,6	13,5	-0,9
2012	143,0	1902084	1906335	-4251	13,3	13,3	0,0
2013	143,3	1895822	1871809	24013	13,2	13,0	0,2
2014 <sup>3</sup>	143,7	1942683	1912347	30336	13,3	13,1	0,2
2015	146,3	1940579	1908541	32038	13,3	13,0	0,3
2016	146,5	1888729	1891015	-2286	12,9	12,9	0,0
2017	146,8	1690307	1826125	-135818	11,5	12,4	-0,9
2018	146,9	1604344	1828910	-224566	10,9	12,5	-1,6
2019	146,8	1481074	1798307	-317233	10,1	12,3	-2,2
2020	146,7	1436514	2138586	-702072	9,8	14,6	-4,8

Примечание:

<sup>1</sup>За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения, пересчитанной с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года;

<sup>2</sup>Знак (-) означает естественную убыль населения;

<sup>3</sup>С учетом сведений по Республике Крым и г. Севастополю.

После долгих лет (2001-2012) падения естественного прироста населения, стабилизации положения в 2013-2015 гг., с 2016 года вновь наблюдается отрицательная динамика, продолжающаяся и в настоящее время. Ситуацию усугубляет убыль населения, связанная с пандемией коронавирусной инфекции (2020-2021).

Пятилетний анализ рождаемости в Санкт-Петербурге также свидетельствует об отрицательной динамике — рисунок.

В Российской Федерации за 5 лет уровень рождаемости снизился на 21,6% (с 12,5‰ в 2016 году до 9,8‰ в 2020 году), а в Санкт-Петербурге уровень данного показателя уменьшился с 13,8‰ в 2016 г. до 10,3‰ в 2020 году (-25,4%).

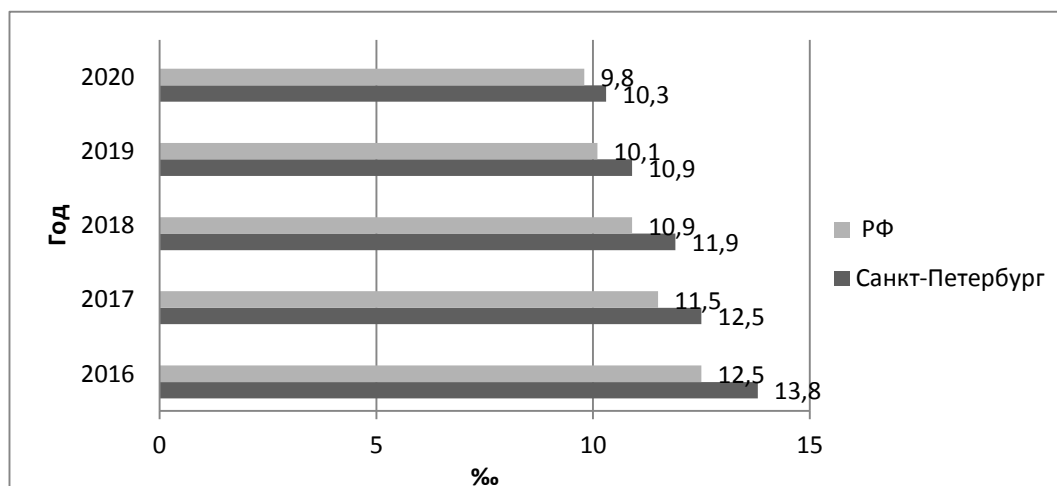


Рис. Динамика рождаемости в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге в 2016-2020 гг. (в ‰)

Вопросы женского здоровья исключительно важны, так как напрямую связаны с демографическими проблемами в нашей стране — снижением рождаемости (на 21,6% за 5 лет) и убыли населения. Поэтому одним из актуальных направлений улучшения репродуктивного здоровья является совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи, повышение ее доступности и качества.

Барсукова И. М.<sup>1,2</sup>, Ким И. В.<sup>2</sup>, Пенюгина Е. Н.<sup>1</sup>,  
Лукогорская Н. Н.<sup>2</sup>, Тявокина Е. Ю.<sup>1</sup>

### ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Среди особенностей формирования сети медицинских организаций, оказывающих населению медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология», является ее вариабельность.

С 1 января 2021 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 г. №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Основным отличием современной модели оказания *первичной специализированной* медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» является принцип этапности ее оказания не только с учетом численности обслуживаемого населения, но и с учетом степени специализации первичной медико-санитарной помощи, оказываемой женской консультацией.

Оказание медицинской помощи *в стационарных условиях* в период беременности, родов и в послеродовой период осуществляется на основе региональ-

ных схем маршрутизации, предусматривающих возможность предоставления дифференцированного объема обследования и лечения с учетом степени риска возникновения осложнений, структуры, коечной мощности медицинских организаций, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными медицинскими кадрами.

Принцип этапности используется и в организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой женщинам с гинекологическими заболеваниями в стационарных условиях.

Среди особенностей Санкт-Петербурга нужно отметить не только наличие медицинских организаций, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь разного уровня, но и наличие медицинских организаций с разным уровнем подчиненности. В связи с этим усложняется методика планирования разных видов акушерско-гинекологической помощи, в том числе и коечного фонда.

Анализ коечного фонда России показал, что в период 2015-2019 гг. в стране существенно сократилось число коек акушерско-гинекологического профиля и обеспеченность ими (на 1000 женского населения): коек патологии беременности (на 16,4% и 13,9%), коек для беременных и рожениц (на 13,9% и 11,3%), гинекологических коек (на 11,8% и 12,1%). В Санкт-Петербурге — аналогичная тенденция, общее число профильных коек уменьшилось на 16,4% (2015-2020) на фоне снижения рождаемости на 24,3%, числа госпитализаций на гинекологические койки для взрослых — на 30,7%, койки патологии беременности — на 12,9%, койки для беременных и рожениц — на 21,3%.

Одним из важнейших направлений улучшения репродуктивного здоровья является совершенствование организации акушерско-гинекологической помощи, повышение ее доступности и качества. Сокращение объемов акушерско-гинекологической помощи (числа специализированных коек, обеспеченность койками и специалистами, уровня госпитализации, дефицит кадров) позволяет обоснованно рассматривать альтернативные варианты оказания медицинской помощи пациентам данного профиля, в том числе в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи.

*Биркун А. А.*

### **ПОИСК НОМЕРА ТЕЛЕФОНА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ ДО И ВО ВРЕМЯ ВСПЫШКИ COVID-19**

Институт «Медицинская академия им. С. И. Георгиевского»  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского»,  
г. Симферополь, Россия

**Введение.** Социологические опросы, проведенные в разных странах, показали, что значительная часть населения не знает номер телефона для вызова скорой медицинской помощи (СМП). Активность поиска номера СМП в сети интернет, предположительно, может отражать потребность популяции в СМП и учитываться при принятии административных решений, касающихся рационального распределения ресурсов СМП в периоды повышенной нагрузки на систему здравоохранения.

**Цель исследования** состояла в сравнительном анализе активности поиска номера СМП в сети интернет до начала и во время глобальной вспышки корона-вирусной инфекции (COVID-19) в разных странах.

**Материал и методы.** Анализ охватил пять европейских стран с наибольшим числом подтвержденных случаев COVID-19 по состоянию на январь 2022 г.: Соединенное Королевство (СК), Францию, Россию, Турцию и Италию. 19.01.2022 с помощью онлайн-сервиса Google Trends для этих стран были сгенерированы базы данных с показателями относительного объема поисковых запросов (relative search volume, RSV), связанных с поиском номера СМП. Показатель RSV рассчитывается как отношение числа случаев поиска по конкретному запросу к общему числу случаев поиска по всем запросам в определенный период и в определенной местности. RSV варьирует от 0 до 100, где 100 соответствует максимальной поисковой активности. Было выполнено сравнение показателей RSV периода до вспышки COVID-19 (январь 2018 — октябрь 2019) и после начала вспышки COVID-19 (январь 2020 — октябрь 2021).

**Результаты.** В рамках общего периода исследования (2018-2021) страны существенно отличались по уровню активности онлайн-поиска номера СМП: СК=7,44, Франция=1,18, Россия=55,23, Турция=3,00, Италия=7,65 ( $p<0,001$ ); за исключением сравнения данных СК и Италии ( $p>0,05$ ). После начала глобальной вспышки COVID-19 показатели RSV были выше, чем до вспышки COVID-19: СК +4%, Франция +73%, Россия +7%, Турция +81%, Италия +38%. Подтверждена статистически существенная положительная корреляция показателей RSV с недельными показателями числа новых случаев COVID-19 для СК ( $r_s=0,216$ ), России ( $r_s=0,247$ ) и Турции ( $r_s=0,298$ ) ( $p\leq 0,035$ ).

**Выводы.** Активность населения в части поиска номера СМП существенно отличается в разных странах и отчетливо реагирует на изменения заболеваемости COVID-19. Уровень поисковой активности может отражать потребность популяции в СМП, реальную доступность СМП и знание номера СМП среди населения в соответствующем географическом регионе. Представляет интерес проведение дальнейших исследований для определения целесообразности мониторинга активности поиска номера СМП в сети интернет с целью оценки в реальном времени потребности населения в экстренной и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

*Биркун А. А.<sup>1</sup>, Дежурный Л. И.<sup>2</sup>, Закурдаева А. Ю.<sup>2</sup>*

### **О ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ПЕДАГОГИЧЕСКИМИ РАБОТНИКАМИ**

<sup>1</sup>Институт «Медицинская академия им. С. И. Георгиевского»  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского»,  
г. Симферополь, Россия

<sup>2</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации  
и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ, г. Москва, Россия

**Введение.** Педагогические работники составляют обширный контингент потенциальных участников оказания первой помощи (ПП) при критических состоя-

ниях, включая остановку сердца (ОС). Однако отечественные исследования свидетельствуют о недостаточной компетентности педагогов в вопросах оказания ПП и низком уровне готовности к оказанию ПП, что может быть обусловлено несовершенством действующей системы нормативно-правового обеспечения в сфере организации оказания ПП и обучения оказанию ПП.

**Цель исследования** — анализ нормативно-правовой базы, регулирующей организацию оказания ПП при ОС педагогами в России, и определение приоритетных путей усовершенствования.

**Материал и методы.** С помощью справочных правовых систем КонсультантПлюс и Гарант проведен поиск и последующий анализ действующих нормативно-правовых актов Российской Федерации (РФ) и судебных решений по теме исследования.

**Результаты.** Хотя в законодательстве РФ заложены базовые принципы правового обеспечения в сфере организации оказания ПП при ОС (в т. ч. права и обязанности по оказанию ПП, ответственность за неоказание ПП, юридическая защита лиц, оказывающих ПП), правовое регулирование оказания ПП педагогическими работниками имеет ряд серьезных недостатков. Так, обязанность по оказанию ПП установлена законодательством только для инструкторов по физической культуре и инструкторов по труду. Для других педагогических работников такая обязанность может устанавливаться в локальных положениях образовательных организаций в сфере охраны труда, но не установлена для всех педагогов по умолчанию. Хотя федеральное законодательство вменяет всем педагогическим работникам обязанность проходить обучение ПП, законом не регламентированы условия обучения, его периодичность, критерии адекватности подготовки и меры контроля качества обучения. Гражданским кодексом РФ установлена обязанность лиц, неумышленно причинивших вред при оказании ПП, возместить ущерб пострадавшему, что может снижать мотивацию к оказанию ПП.

**Выводы.** Для повышения готовности педагогических работников к оказанию ПП в случаях ОС и при других угрожающих жизни состояниях необходимо усовершенствование нормативно-правовой базы РФ. В частности, важными направлениями оптимизации представляются регламентация условий, периодичности и мер обеспечения качества обучения педагогов теоретическим основам и навыкам оказания ПП, а также исключение имущественной ответственности за неумышленное причинение вреда пострадавшему.

*Биркун А. А., Самарин С. А., Тупотилова А. А.*

**ОСТАНОВКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В ШКОЛАХ И ДЕТСКИХ САДАХ:  
КОНТЕНТ-АНАЛИЗ СООБЩЕНИЙ ИНТЕРНЕТ-СМИ**

Институт «Медицинская академия им. С. И. Георгиевского»  
ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского»,  
г. Симферополь, Россия

**Введение.** Очевидцы остановки сердца (ОС) редко предпринимают попытки оказания первой помощи (ПП) пострадавшим, что обуславливает высокую летальность при этом состоянии. Известно, что популяризация ПП средствами мас-

совой информации (СМИ) может способствовать увеличению мотивации и готовности людей к обучению и оказанию ПП. Чтобы изучить практику освещения проблемы оказания помощи при ОС в отечественных новостях, был выполнен анализ содержания сообщений интернет-СМИ о случаях ОС у детей в школах и детских садах России.

**Материал и методы.** Проведены поиск (в системах Google и Яндекс) и контент-анализ новостных сообщений о случаях развития клинической и/или биологической смерти у воспитанников/обучающихся дошкольных образовательных организаций или общеобразовательных организаций в России, произошедших на территории образовательных организаций в 2020-м календарном году. Исследование проводилось в августе 2021 г.

**Результаты.** Всего было обнаружено 207 сообщений новостных сайтов, которые описывали 21 уникальный случай ОС. Из них 16 (76%) случаев произошли в школах, 5 (24%) — в детских садах. Судя по представленной в сообщениях информации, медицинские работники образовательных организаций оказывали помощь в 6 (29%) случаях ОС, свидетели происшествия — только в 2 (10%). Как минимум в 29% случаев ( $n=6$ ) сотрудники СМП вообще не предпринимали попытки сердечно-легочной реанимации (СЛР) после прибытия на место событий (повидимому, в связи с выявлением признаков биологической смерти). Только в одном (5%) случае, который сопровождался проведением СЛР очевидцем (родственником ребенка) и прибывшей бригадой СМП, ребенок был госпитализирован после успешной реанимации. В остальных 95% случаев ( $n=20$ ) биологическая смерть была констатирована специалистами СМП на догоспитальном этапе. Информацию о значении ПП для спасения жизни при ОС содержало только одно (0,5%) из 207 сообщений онлайн-новостей. Ни одно из сообщений не включало сведения о важности обучения ПП, о принципах и правилах оказания ПП при ОС или нормативно-правовых аспектах оказания ПП.

**Выводы.** Сообщения СМИ свидетельствуют о малой частоте оказания ПП очевидцами и о высокой летальности при ОС у детей в школах и детских садах России, что говорит о необходимости принятия мер, направленных на массовое вовлечение населения в процесс оказания ПП. Вместе с тем новостные сообщения не содержат информации, способствующей популяризации ПП и мотивации людей к обучению и оказанию ПП, и это указывает на потребность в увеличении осведомленности о проблеме ОС и значении ПП в сообществе профессиональных журналистов.

*Бичун А. Б., Родина И. А., Сухляева Ю. В.*  
**НЕОТЛОЖНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ  
КОЛИЧЕСТВА ВЫЗОВОВ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В АМБУЛАТОРНУЮ СТОМАТОЛОГИЮ**

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И. И. Мечникова» Минздрава России,  
ГБУЗ СПб «Детская стоматологическая поликлиника №4  
Кировского района Санкт-Петербурга»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

В структуре неотложных и угрожающих состояний, возникающих в процессе оказания амбулаторной стоматологической помощи, синкопальное состояние занимает первое или второе место и, по данным литературы, составляет до 50% от всех состояний, требующих оказания экстренной помощи. Количество синкопальных состояний в амбулаторной стоматологии, по данным разных авторов, достигает 1 на 1000 посещений или 1,9 случаев на 1 стоматолога в год. При этом врачи стоматологи предпочитают вызывать БСМП практически всегда, если у пациента возникает потеря сознания. По самым оптимистическим выводам, в РФ в год на приеме у стоматологов возникает не менее тысячи синкопальных состояний с вызовом БСМП. Уменьшить количество вызовов БСМП за счет улучшения врачом стоматологом дифференциальной диагностики и лечения при потере сознания у пациента не представляется возможным. В течение 5 лет на базе стоматологической поликлиники выполнялась неотложная профилактика синкопальных состояний, состоящая из 5 компонентов:

1. Обязательный прием пищи пациентом за 30 минут — час до приема у стоматолога.
  2. Использование для местной анестезии преимущественно карпульных препаратов, содержащих эпинефрин в строго определенном количестве.
  3. Строгое соблюдение техники анестезии «с осторожностью» для предотвращения системного действия компонентов местной анестезии.
  4. Для пациентов с выраженной мышечной массой в процессе выполнения анестезии рекомендовался прием: «Многokратное напряжение и расслабление мышц ног».
  5. Для всех пациентов применялись методы отвлечения внимания.
- В результате за 4 года не было ни одного вызова БСМП с поводом «без сознания» из-за отсутствия синкопальных состояний.

Таким образом, для уменьшения количества вызовов БСМП в амбулаторные стоматологии можно рекомендовать включение в рутинную практику амбулаторной стоматологии 5 компонентов неотложной профилактики синкопальных состояний.



*Бобобеков И. Б.<sup>1</sup>, Жониев С. Ш.<sup>2</sup>*

## **ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

<sup>1</sup>Самаркандский филиал РНЦЭМП,

<sup>2</sup>Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

В концепции развития здравоохранения Республики Узбекистан подчеркнута важность службы скорой медицинской помощи, а также осуществления комплексных мер по приоритетному развитию специализированной медицинской помощи населению. В вопросах развития службы скорой медицинской помощи Узбекистан изучает передовой зарубежный опыт. С 2021 года в рамках сотрудничества в области медицины и образования между Узбекистаном и Республикой Корея налажено обучение врачей и среднего медицинского персонала по образовательным программам организации КОФИН. С декабря 2021 года по март 2022 года на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП прошли обучение свыше 50 врачей и 20 человек среднего медицинского персонала. Обучение проводится с использованием современных технологий узбекскими и корейскими лекторами. Развитие информационных технологий привело к тому, что отошли в прошлое таблицы и картины, схемы и рисунки на больших листах ватмана, поочередно сменяемые помощником лектора перед слушателями. В процессе обучения лекторы активно используют современные технологии обучения (проекторы, симуляционные муляжи и др.). Нужно подчеркнуть, что эти инновационные технологии увеличили наглядность, информативность и объемность лекций. Красочность, возможность выделения основных моментов, акцентирование проблем и их решений цветом и анимацией позволяют донести до слушателей большой объем информации, связать клинику с физиологией и патологией, показать различные манипуляции и практические навыки в их последовательности с анализом возможных ошибок и осложнений. В своем сообщении мы хотим проанализировать качество занятий, проводимых нашими лекторами с применением инновационных технологий.

Начнем с **лекции-визуализации**. На лекции применяли средства, визуально воспринимаемые слушателями и воздействующие на их память и восприятие. Чтение лекции сводилось к связному, развернутому комментированию лектором подготовленных наглядных материалов, полностью раскрывающему тему данной лекции. Представленная таким образом информация обеспечила систематизацию имеющихся у слушателей знаний, создание проблемных ситуаций и возможности их разрешения. Использовали натуральные, изобразительные, символические виды визуализации. Часть материала представлена в виде слайдов или же динамических анимационных образов. Например, при помощи анимации демонстрировали манипуляции на манекене введение препаратов внутрисердечно, внутривенно, эндотрахеально. Кроме того, использовали такой вид занятий, как **лекция-беседа**, или «диалог с аудиторией», который является наиболее распространенной и сравнительно простой формой активного вовлечения студентов в учебный процесс. В процессе лекции имел место непосредственный контакт лектора с аудиторией, что оказалось наиболее удачной формой для подготовки слушате-

лей-курсантов. К участию в лекции-беседе привлекали различными приемами, так, например, озадачивали слушателей вопросами в начале лекции и по ее ходу, с просьбой высказать свою трактовку проблемы, а затем высветить на экране имеющееся определение. Задаваемые преподавателем вопросы были информационного и проблемного характера, для выяснения мнений и уровня осведомленности по рассматриваемой теме, степени готовности к восприятию последующего материала. Вопросы адресовали всей аудитории. Слушатели отвечали с мест. Если лектор замечал, что кто-то из обучаемых не участвует в беседе, то вопрос адресовали лично ему или спрашивали его мнение по обсуждаемой проблеме. Для ответов лектор заранее готовил слайды, наглядные материалы, которые помогали ему раскрыть суть проблемы.

Таким образом, использование инновационных и информационных технологий в процессе обучения позволяет по-новому организовать проведение занятий и повысить эффективность обучения.

*Бозоров А. Г.*

### **ЧАСТОТА ВОЗРАСТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА**

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,  
г. Бухара, Республика Узбекистан

**Введение.** Инсульт является одной из ведущих причин смертности и развития стойкой инвалидизации не только среди лиц пожилого и старческого возраста, но и среди трудоспособного населения. В ряде исследований показано, что в группе пациентов в возрасте 55-74 лет заболеваемость инсультом на 60% выше среди мужчин, однако в группе пациентов старше 75 лет она резко возрастает у женщин. Наиболее часто данный факт объясняется снижением нейропротективного влияния половых стероидных гормонов у женщин в период постменопаузы.

**Цель.** Определить возрастные особенности ишемического инсульта в бассейне артерий каротидной системы у лиц мужского и женского пола.

**Материал и методы.** Работа основана на результатах обследования 268 пациентов, которые обратились в скорую медицинскую помощь Бухарского филиала РНЦЭМП. Установленный диагноз — ишемический инсульт в бассейне артерий каротидной системы. Разделение пациентов на возрастные группы было следующим: молодой возраст — менее 44 лет, средний возраст — 45-59 лет, пожилой возраст — 60-74 года, старческий возраст — 75-89 лет.

**Результаты.** Среди пациентов с ишемическим инсультом в бассейне артерий каротидной системы было 148 (55,2%) мужчин и 120 (44,8%) женщин в возрасте 27-89 лет. В исследованных группах женщины были старше мужчин (65 лет против 57,9 лет;  $p=0,010$ ). Сравнение возрастных групп показало значимые различия между мужчинами и женщинами ( $p=0,037$ ). Большая часть пациентов, как среди мужчин (45,9%), так и среди женщин (55%), принадлежала к возрастной группе 60-74 года. Возрастную группу 45-59 лет составили 32,4% мужчин и 21,7% женщин. В группе пациентов младше 44 лет инсульт чаще встречался у мужчин (16,2% против 6,7%), а в группе 75-89 лет — у женщин (16,7% против 5,4%). При-

чиной инсульта у мужчин в возрасте младше 44 лет являлась коагулопатия, не связанная с антифосфолипидным синдромом (13,5% против 3,3%;  $p=0,005$ ). В возрастной группе 60-74 года у женщин чаще встречался кардиогенный эмболический инсульт (54,5% против 29,4%;  $p=0,037$ ) и лакунарный инсульт (18,2% против 0%;  $p=0,011$ ), у мужчин — атеротромботический инсульт (41,2% против 15,2%;  $p=0,018$ ) и инсульт, обусловленный двумя и более возможными причинами (23,5% против 6,1%;  $p=0,083$ ).

**Заключение.** Ишемический инсульт в артериях каротидной системы у мужчин чаще встречается в молодом и пожилом возрасте, тогда как у женщин — в пожилом и старческом возрасте. В среднем и пожилом возрасте у мужчин чаще развивается атеротромботический инсульт, у женщин — кардиогенный эмболический и лакунарный инсульты.

*Бойменов Ш. Р., Махкамов К. Э., Салаев А. Б., Махкамов М. К.*  
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КРАНИЭКТОМИИ  
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

На сегодняшний день лечение повышения внутричерепного давления (ВЧД) является одним из актуальных вопросов нейрохирургии. У пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) стойкое повышение ВЧД выше 20 мм рт. ст. в послеоперационный период сопровождается ростом летальности до 74%. При повышении ВЧД происходит перераспределение ликвора из интракраниальных в экстракраниальные пространства на фоне истощения механизмов пространственной компенсации. Это приводит к увеличению диаметра оболочек зрительного нерва (ДОЗН). Наиболее выражены эти изменения в дистальной трети зрительного нерва. Проведено проспективное исследование изменений ДОЗН при резекционно-декомпрессивной трепанации черепа (РДТЧ) и РДТЧ с дополнительной цистернотомией у пострадавших с ТЧМТ.

**Цель исследования.** Изучение изменения размеров ДОЗН после проведенной декомпрессивной краниэктомии (ДК) и ДК с цистернотомией у пострадавших с ТЧМТ в послеоперационный период.

**Материал и методы.** Материалом для исследования стали 110 больных с ТЧМТ, поступивших в нейрохирургическое отделение РНЦЭМП в период 2000-2001гг. Критерием отбора было исходное нарушение сознания ниже 12 баллов по шкале Глазго (сопор), наличие сдавления головного мозга травматической гематомой, отсутствие заболеваний и травмы глазного яблока. Средний возраст больных составил  $43\pm 0,7$  года. Из них 85 (77,3%) мужчин, 25 (22,7%) женщин. Первую группу составили 58 (52,7%) больных, которым выполнена РДТЧ с удалением внутричерепной гематомы, вторую — 52 (47,2%) больных, которым после РДТЧ с удалением травматической гематомы выполнена цистернотомия и санация ликвора с целью дополнительного интраоперационного снижения ВЧД. Всем больным выполнена компьютерная томография (КТ) в до и послеоперационный период (на 1-2 сутки). Измерение ДОЗН проводилось по КТ-сканам глазного ябло-

ка на расстоянии 3 мм от глазного яблока (норма 4,5-5,1мм), в диапазоне 25-300 ед. Нц

**Результаты и обсуждение.** Результаты нашего исследования показали, что в обеих группах средний объем гематом составил  $72,4 \pm 12,4$  см<sup>3</sup>. При измерении ДОЗН в дооперационный период в обеих группах средний размер составил  $8,2 \pm 0,2$  мм (норма 4,5-5,1 мм). В послеоперационный период в первой группе отмечается уменьшение средней величины ДОЗН до  $6,7 \pm 0,3$  мм, во второй — до  $5,6 \pm 0,2$  мм. Анализ изменений ДОЗН в послеоперационный период выявил, что уменьшение его диаметра с приближением к норме уже на 3 сутки отмечено у 14 (24,1%) больных первой группы и у 31 (59,6%) больного второй группы. Неблагоприятный исход в первой группе отмечен в 8 (13,7%), во второй — в 2 (3,8%) случаях.

**Выводы.** Измерение изменений ДОЗН у пострадавших с ТЧМТ в ранний послеоперационный период является методом косвенной оценки сохранения высокого ВЧД и свидетельствует об эффективности ДК.

*Борисов В. С., Сачков А. В., Каплунова М. Ю., Жиркова Е. А., Пидченко Н. Е.,  
Павлов А. В., Елисеенкова Е. И., Петриков С. С.*

### **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ COVID-19**

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского»,  
г. Москва, Россия

**Актуальность.** Пандемия COVID-19 изменила характер оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ожоговой травмой. Благодаря созданию в НИИ СП им Н. В. Склифосовского инфекционных подразделений: обсервационного, реанимации и интенсивной терапии и госпитального отделения для лечения пациентов с COVID-19, не потребовалось реструктурировать ожоговый центр; изменения внесены в маршрутизацию пациентов с термической травмой с учетом результатов ПЦР и требованиями инфекционной безопасности.

**Цель.** Изучить особенности оказания медицинской помощи пациентам с термическими поражениями в условиях COVID-19.

**Материал и методы.** Проведен анализ историй болезни 52 пациентов с термической травмой, находившихся на лечении в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского в период 2020-2021 гг., с положительным результатом ПЦР. Женщин было 26 (50%), мужчин — 26 (50%). Возраст составил Me 61(45,75;73) год. Старше 70 лет было 16 (30,7%) пациентов. Среди поступивших 41 (78,8%) пациент имел только повреждение кожных покровов, у 5 (9,6%) диагностирована изолированная ингаляционная травма, у 6 (11,5%) — сочетание ингаляционной травмы и ожогов. Причиной ожогов у 33 пострадавших было пламя, в 11 случаях — кипяток, в 2 — контакт, у 1 пациента — химический ожог. Статистические данные представлены в виде медианы (Me), интерквартильного размаха (25;75) и относительных (%) показателей.

**Результаты.** Из 52 поступивших COVID-19 диагностирован на догоспитальном этапе у 6 (11,5%), в первые часы — у 20 (38,5%), в процессе лечения — у 26 (50%). Все пациенты госпитализированы в инфекционное подразделение, где хирурги-комбустиологи выполняли ПХО ран, перевязки, оперативные вмешательства. У 20 (38,5%) поступивших в ожоговый центр, не имевших клинических признаков инфекции, в первые часы получен положительный результат ПЦР. 19 отрицали контакт с заболевшими. У 2 пациентов экспресс тест, выполненный в приемном отделении ожогового центра, оказался положительным. 3 пациента, находившиеся дома и имевшие выраженные астенизирующие признаки COVID-инфекции, получили ожоги во время обращения с кипятком (2) и открытым пламенем (1) в результате возникшей внезапно слабости, потери сознания.

**Вывод.** Внедрение экспресс-тестов на догоспитальном этапе для диагностики COVID-19, даже при отсутствии клинических проявлений, позволит оптимизировать маршрутизацию больных и предупредить распространение инфекции в профильных стационарах.

*Бурибаев Д. Г., Анваров Х. Э., Каюмов Д. У.*

### **ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

Городская станция СМП при РНЦЭМП,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Введение.** Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), распространяемая вирусом SARS CoV-2, явилась вызовом для систем здравоохранения всех стран мира. Имеется ряд научных исследований, позволяющих говорить о связи COVID-19 с болезнями органов пищеварения. Коморбидные пациенты являются наиболее уязвимой группой, у которой риск неблагоприятных исходов особенно высок. Однако для этого заболевания характерна высокая активность воспаления и тромботические осложнения, приводящие к полиорганным поражениям. Ведение пациента с COVID-19 подразумевает не только лечение пневмонии и дыхательной недостаточности, но и своевременное выявление и лечение поражений других органов-мишеней. Анализ факторов, связанных с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом COVID-19, указывает на важную роль коморбидной патологии. К состояниям, которые ассоциированы с неблагоприятным прогнозом, относят сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) (артериальную гипертензию (АГ), ишемическую болезнь сердца (ИБС), хроническую сердечную недостаточность (ХСН), фибрилляцию предсердий (ФП)), сахарный диабет (СД), хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), хронические воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), заболевания печени. Профилактические меры в период пандемии COVID-19 должны складываться как из мероприятий по предотвращению инфицирования, так и мероприятий, направленных на оптимальный контроль коморбидных состояний.

Возникновение COVID-19 сопровождается высоким риском тромботических осложнений, острого коронарного синдрома (ОКС), нарушений сердечного ритма, что значительно ухудшает прогноз пациентов. Смертность у больных с COVID-19

и сердечно-сосудистой патологией существенно выше, чем у пациентов без заболеваний сердца. Артериальная гипертензия диагностируется более чем у 30% пациентов с COVID-19. Высокая распространенность АГ при COVID-19 не подразумевает причинную связь между этими заболеваниями, т.к. наиболее часто АГ страдают люди пожилого возраста и именно они подвергаются высокому риску инфицирования вирусом SARS-CoV-2.

Z. Wu с соавт. (2020), сообщили, что наличие АГ ухудшает прогноз пациентов с COVID-19 и повышает риск летального исхода более чем в 2 раза. Пациенты с хронической ИБС составляют группу риска тяжелого течения COVID-19 и смерти, а также обострения ранее стабильного течения ИБС.

По данным E.V. Shiyakho с соавт. (2020), пожилые пациенты с сопутствующими состояниями чаще инфицируются SARS-CoV-2, в особенности при наличии АГ, ИБС и СД.

Консенсус китайских экспертов по диагностике и лечению острого ИМ в контексте профилактики и контроля COVID-19 выделяет 5 ключевых принципов для диагностики и лечения ОКС в условиях пандемии: близость места оказания медицинской помощи, обеспечение эпидемической безопасности пациентов и персонала, транспортировка в назначенные лечебные учреждения, дистанционные консультации, приоритет тромболитика в лечении.

Распространенность аритмий варьирует от 6,9% при легком течении COVID-19 до 44% при тяжелом ее течении. По последним данным, численность больных СД в мире за последние 10 лет увеличилась более чем в 2 раза, и к концу 2017 г. превысила 425 млн человек. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation), к 2045 году СД будут страдать 629 млн человек. По данным федерального регистра СД Российской Федерации, на окончание 2018 года на диспансерном учете состояли 4 584 575 человек (3,1% населения), из них: 92% (4 238 503 чел.) — с СД 2 типа, 6% (256 202 чел.) — с СД 1 типа и 2% (89 870) — другие виды СД, в т. ч. 8006 женщин с гестационным СД. Международная группа экспертов в области диабета и эндокринологии отмечает, что в зависимости от глобального региона, 20-50% пациентов с COVID-19 имели СД 2 типа.

По данным D. Adeloeye с соавт. (2015), за последние 20 лет зарегистрировано увеличение пациентов с хроническим заболеванием легких на 68,9%. В мире насчитывается 384 млн больных ХОБЛ. Глобальная распространенность ХОБЛ составляет 11,7%.

Особенностью COVID-19 является высокая частота гастроэнтерологических симптомов, обусловленная поражением органов пищеварения коронавирусом SARS-CoV-2, а также обострением хронической гастроэнтерологической патологии на фоне инфекции и ее агрессивной терапии. L. Lin с соавт. (2020) по анализам данных 95 случаев инфекции, вызванной SARS-CoV-2, показали, что в 58 случаях наблюдались симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, из которых у 11 (11,6%) имели место при поступлении, а у 47 (49,5%) — проявились во время госпитализации.

**Материал и методы.** В Службу Скорой медицинской помощи города Ташкента поставлено и введено в эксплуатацию современное информационно-

коммуникационное оборудование. Информационная система скорой медицинской помощи интегрирована с программным обеспечением «Диспетчерской системы «MEDDATA- 103»». Разработано программное обеспечение «Автоматизированная система управления службой скорой медицинской помощи» с адаптацией программного обеспечения и интеграцией в единую информационную систему. В 2021 году в Call-центр Скорой медицинской помощи города Ташкента поступили 1 277 303 вызова с различными поводами, из общего числа поступивших вызовов в стационар госпитализированы 218 559 пациентов, что составило 17%. Из общего числа госпитализированных больных с COVID-19 коморбидной патологией — 39 633 пациентов. Из них по поводу ССЗ — 11 826 человек, госпитализировано в специализированный стационар 5460 пациентов; с эндокринным заболеванием — 1098 пациентов, госпитализировано 288 пациентов; с заболеванием органов дыхания — 20 432, из них госпитализировано 12 570; с ВЗК — 3433, госпитализировано 1649; а также с острой кишечной инфекцией — 2844, из них госпитализировано в стационар 2496 пациентов. Из поступивших вызовов у 7,6% пациентов обнаружена коронавирусная инфекция (COVID-19). Из госпитализированных пациентов 94,7% среднего и пожилого возраста.

**Выводы.** Коморбидные состояния у пациентов с экстренными заболеваниями и состояниями нередко не принимаются во внимание, но они могут серьезно ухудшать состояние пациентов. Эта ситуация усугубляется в период пандемии, что требует тщательного сбора анамнеза и комплексного подхода к диагностике и выбору тактики лечения экстренных пациентов.

*Вагнер Д. О.<sup>1,2</sup>, Зиновьев Е. В.<sup>1</sup>, Букаткина Е. К.<sup>2</sup>*

### **ЭФФЕКТИВНА ЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИСЕКРЕТОРНАЯ ТЕРАПИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ОБШИРНЫМИ ОЖОГАМИ?**

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И. И. Мечникова» Минздрава России,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Стресс-индуцированные желудочно-кишечные кровотечения являются закономерным осложнением различных критических состояний. По данным многих аналитических исследований, частота использования ингибиторов протонной помпы для профилактики таких осложнений непрерывно растет во всем мире.

**Цель.** Оценить эффективность терапии ингибиторами протонной помпы у пострадавших с ожогами свыше 20% поверхности тела.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ историй болезни пострадавших, проходивших лечение в ожоговой реанимации НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе с 2019 по 2020 гг. Все вошедшие в исследование пациенты получали омепразол по 40 мг внутривенно однократно или по 20 мг перорально дважды в день.

**Результаты.** В исследование вошли 270 пострадавших (186 мужчин и 84 женщины) в возрасте от 20 до 91 года. Медиана общей площади ожогового по-

ражения кожных покровов составила 35% ( $Q_1; Q_3$  — 32;55%), площади глубоких ожогов — 13% ( $Q_1; Q_3$  — 7;25%). Летальность среди вошедших в исследование обожженных составила 34%, средняя продолжительность лечения выживших пациентов — 52 суток, скончавшихся — 17 суток. За время исследования гастродуоденальные кровотечения диагностированы у 12 (4%) из 270 пострадавших, все выявленные случаи оказались гемодинамически незначимыми. Источником диагностированных кровотечений были острые язвы и (или) эрозии. Ни одного кровотечения из хронических язв за время исследования выявлено не было. Также ни в одном случае не выявлено рецидивов кровотечения, повторные эндоскопические исследования или выполнение хирургического гемостаза также не потребовались. Летальность среди обожженных с перенесенными кровотечениями составила 42%.

По результатам статистического анализа значимым предикторами развития ЖКК у тяжелообожженных оказались стойкая гипотония, требующая назначения вазопрессорной терапии ( $\chi^2=5,126$ ;  $p=0,024$ ), и площадь глубоких ожогов более 50% поверхности тела ( $\chi^2=7,031$ ;  $p=0,008$ ).

**Заключение.** Антисекреторная терапия ингибиторами протонной помпы позволяет достаточно эффективно проводить профилактику желудочно-кишечных кровотечений у большей части пострадавших с обширными ожогами. Усиленный режим профилактики, вероятно, показан пострадавшим с глубокими ожогами более 50% поверхности тела, у которых ожоговая болезнь сопровождается развитием стойкой гипотонии, требующей проведения вазопрессорной поддержки.

*Валиев О. Э.<sup>1</sup>, Валиев Э. Ю.<sup>2</sup>*

### **РАННЕЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

<sup>1</sup>Республиканский специализированный центр травматологии и ортопедии,

<sup>2</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Раннее эндопротезирование пострадавших с переломами шейки бедренной кости пожилого и старческого возраста является актуальной проблемой современной травматологии и ортопедии. По данным многочисленных исследований последних лет, различные методы консервативного лечения пострадавших не позволяют эффективно бороться с возникающими осложнениями и добиваться хороших анатомических и функциональных результатов. Высокие показатели летальности пострадавших (до 80%) заставляют травматологов и хирургов все шире использовать оперативные методы лечения больных данной категории. Одним из наиболее перспективных и эффективных методов лечения на сегодняшний день является эндопротезирование.

**Цель.** Улучшение результатов лечения больных с переломами шейки бедренной кости старшей возрастной группы путем применения раннего эндопротезирования тазобедренного сустава.



**Материал и методы.** Настоящая работа основана на анализе результатов лечения 227 больных с переломами шейки бедренной кости пожилого и старческого возраста согласно классификации ВОЗ. Все больные проходили лечение в отделении взрослой ортопедии СМПЦТиО и отделении травматологии РНЦЭМП в период с 2010 по 2020 гг.

При изучении клинического материала выявлено: преобладание лиц женского пола — 64,4%, возраст пациентов от 60 до 80 лет составил 80,6%, основной причиной травмы у больных были низкоэнергетические повреждения в виде падения на улице — 72,2%. По характеру переломов большинство составили больные с субкапитальными переломами — 65,2%, преобладали больные с неблагоприятными в плане прогноза III и IV типами переломов (R.S.Garden) — 81,1%. Преобладали переломы менее благоприятные в прогностическом плане, как при консервативном методе, так и при выполнении остеосинтеза.

Анализ показал, что в старшей возрастной группе практически здоровых пациентов мы не встречали, в среднем на одного больного приходилось 1,95 соматической патологии, наибольшее число (81,6%) приходилось на патологию со стороны сердечно-сосудистой системы. При изучении показателей коморбидности использованы стандартные индексы: индекс коморбидности Charlson в среднем составил  $9,12 \pm 1,05$  балла, индекса CIRS —  $12,2 \pm 3,9$  балла, что относили к среднему и тяжелому уровню тяжести коморбидной патологии. Высокий показатель коморбидности диктовал проведение дополнительных лечебно-диагностических мероприятий.

**Результаты и обсуждение.** При ретроспективном анализе историй болезней больных с переломами шейки бедренной кости старшей возрастной группы были определены сроки для раннего эндопротезирования — до 7 суток. Это соответствовало раннему периоду травмы, когда организм пациента компенсировал изменения, связанные с травмой, изменениями в привычном ритме жизни, т.е. до развития периода осложнений со стороны органов и систем. Были разработаны показания и противопоказания для выполнения раннего эндопротезирования тазобедренного сустава и доказана зависимость выбора тактики и методов лечения в зависимости от возраста, соматического статуса, степени индексов коморбидности, уровня физической активности, уровня операционного риска по ASA, а также зависимости от типа переломов по классификации Гардена и степени выраженности остеопороза.

Для планирования оперативного вмешательства, а именно выбора метода фиксации компонентов эндопротеза была разработана компьютерная программа. В качестве параметров были использованы, с одной стороны, показатели степени выраженности остеопороза по денситометрическим данным (коэффициент 1,2,3), а, с другой, — возраст, давность травмы, физический статус пострадавшего, уровень физической активности до получения травмы и коморбидный фон. Расчет в баллах проводили по разработанной формуле. При сумме баллов до 12 рекомендовали эндопротезирование с безцементной фиксацией; 13-32 балла — комбинированную фиксацию; выше 45 баллов — эндопротезирование с цементной фиксацией элементов эндопротеза. Окончательное решение применения цемента при имплантации эндопротеза делает травматолог во время операции.

Одним из грозных факторов течения восстановительного периода травмы являются риск развития венозных, тромбоэмболических осложнений. В связи с чем, нами была разработана компьютерная программа. В качестве параметров были использованы, с одной стороны, показатели выбора методов лечения: консервативный; остеосинтез (малоинвазивный); эндопротезирование (без цементной фиксации) и эндопротезирование (с цементной фиксацией), коэффициент 1,2,3,4), а с другой, — возраст, упитанность, давность травмы, длительность операции и индекс коморбидности по Чарлсону. Расчет уровня риска тромбоэмболических осложнений проводили по разработанной формуле. Так, при сумме баллов, равной 0-6, — уровень риска развития тромбоэмболических осложнений отсутствовал; 6-15 — низкий; 16-44 — умеренный; 45 и выше — высокий. Согласно полученным параметрам был разработан комплекс медикаментозных и дополнительных мер профилактических мероприятий, который выполнялся в процессе лечения.

Разработан комплекс поэтапных реабилитационных мероприятий, начинающихся с момента госпитализации, в раннем послеоперационном периоде, в периоде активизации и включая 3-месячный период до полного восстановления опороспособности конечности. С целью повышения качества проведения реабилитационных мероприятий на госпитальном этапе была разработана программа для ЭВМ «Программа для диагностики биоэлектрической активности мышц бедра и выбора тактики электронейростимуляции у больных с переломами шейки бедренной кости до и после эндопротезирования».

Ближайшие результаты свидетельствуют о благоприятных анатомо-функциональных исходах у пациентов, оперированных в ранние сроки после травмы.

Таким образом, в настоящее время наиболее эффективным и перспективным методом лечения переломов шейки бедренной кости у пострадавших старшей возрастной группы является раннее эндопротезирование тазобедренного сустава.

*Валиев Э. Ю., Муминов Ш. М., Низов О. Н., Исмаилов А. Дж.*

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ  
ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ КОСТНО-СОСУДИСТЫМИ  
ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** В настоящее время проблема лечения открытых и закрытых переломов костей нижних конечностей в сочетании с повреждениями магистральных сосудов стоит достаточно остро. Основными причинами подобных травм в большинстве случаев являются дорожно-транспортные происшествия, кататравмы, а также повреждения, связанные с производством. Актуальными остаются вопросы экспресс-диагностики поврежденных сосудов при закрытых и открытых переломах костей нижних конечностей в условиях сочетанной травмы при наличии травматического шока; определение возможности, очередности оперативных вмешательств на нижних конечностях при тяжелых сочетанных травмах; опреде-

ление показаний и противопоказаний к реконструктивным операциям, включающим в себя остеосинтез, наложение сосудистых анастомозов.

**Цель.** Провести анализ оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с сочетанными костно-сосудистыми повреждениями нижних конечностей в условиях РНЦЭМП.

**Материал и методы.** За период с 2001 по 2021 гг. в отделениях взрослой, детской травматологии и хирургии сосудов с микрохирургией РНЦЭМП был пролечен 151 больной с открытыми и закрытыми сочетанными костно-сосудистыми травмами нижних конечностей. Под термином «костно-сосудистые повреждения» мы подразумевали все открытые и закрытые повреждения, при которых имели место повреждения костей (переломы, вывихи) и повреждения сосудов различного характера. Взрослых мужчин было 113 (74%), женщин — 30 (19,9%), детей обоего пола до 18 лет — 15 (9,9%). 127(84,1%) больных были доставлены в течение ближайших 1-6 часов после травмы, т. е. в сроки, благоприятные для проведения операций. Часть пострадавших — 7(4,6%) — в срок от 6 до 24 часов, 17 (11,3%) — позднее 1 суток после травмы. Самоотком было доставлено 52 (34,4%) больных, по линии СМП — 55(36,4%), переводы из других клиник — 44 (29,1%).

**Результаты и обсуждения.** С целью стандартизации методов диагностики и тактики оперативного лечения в данной работе больные с костно-сосудистыми травмами условно были поделены на 4 основные группы: полные ампутации; неполные ампутации; открытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения; закрытые переломы (вывихи) с нарушением кровообращения.

Были разработаны алгоритмы диагностики и лечения для каждой из представленных групп, за основу которых были взяты уровень и механизм повреждения. Таким образом, при нарушении кровообращения сегмента оптимальной является предварительная фиксация (спицами или штифтами) костных отломков. Следующим этапом осуществляется реваскуляризация и иммобилизация наложением аппарата внешней фиксации после закрытия ран.

В плане реваскуляризации предпочтение отдавалось сосудистым анастомозам конец в конец, как наиболее быстрым, позволяющим максимально сократить время ишемии. В то же время не всегда, несмотря на укорочение костных отломков, удавалось сблизить в достаточной степени концы сосудов, что требовало применения аутовенозных вставок. Отношение к данной методике также неоднозначно. С одной стороны, применение свободных трансплантатов в условиях микробного загрязнения раны, да еще с выполнением двух сосудистых анастомозов чревато высоким риском тромбоза или аррозивного кровотечения. С другой стороны, хотя это и увеличивало длительность операции, но после восстановления адекватного кровотока, ни в одном случае не наступило необратимых трофических нарушений в сегменте и не наблюдалось синдрома включения.

Тем не менее, в 14 (9,3%) случаях ввиду значительного разрушения поврежденных сегментов, наличия обширных мягкотканых дефектов была произведена первичная ампутация с формированием культи. Еще в 7 (5,1%) случаях, несмотря на выполнение тщательной ПХО и восстановление адекватного кровотока в поврежденном сегменте, вследствие развития инфекционных осложнений была выполнена реампутация.

**Выводы:**

1. Показаниями к выполнению первичных реконструктивных операций при открытых сочетанных костно-сосудистых повреждениях конечностей с нарушением кровообращения являются, прежде всего, стабильное общее состояние больного, а также сохранность поврежденного сегмента.

2. Проведение подобного рода операций возможно только в условиях стабильной гемодинамики, на фоне применения адекватного обезболивания и массивной инфузионной терапии.

3. При наличии сочетанной травмы при выборе тактики лечения необходимо учитывать доминирующую патологию, приоритет отдается в первую очередь опасным для жизни повреждениям со стороны внутренних органов и ЧМТ.

4. Надежный остеосинтез и восстановление адекватного кровообращения являются главными условиями для сохранения поврежденного сегмента конечности и гладкого послеоперационного течения.

*Валиев Э. Ю., Хасанов З. Р., Яхёев А. С., Тилияков Х. А.*

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Проблема хирургического лечения пострадавших с повреждениями таза является одной из самых тяжелых, сложных и актуальных для травматологов, хирургов, реаниматологов. В структуре сочетанных травм и политравм повреждения таза диагностируются в 17-39% случаях. Летальность при сочетанных повреждениях таза может достигать 80%, среди пациентов, перенесших травму таза, до 50% становятся инвалидами.

Несмотря на такую частую верификацию травм таза, консервативные методы лечения этой патологии далеко не всегда приводят к положительным результатам, в связи с чем встает вопрос о расширении показаний для выполнения хирургических вмешательств.

**Цель.** Совершенствование оказания хирургической помощи больным с повреждениями таза в раннем периоде травматической болезни.

**Материал и метод.** В РНЦЭМП за период 2014-2019 гг. специализированная травматологическая помощь оказана 187 больным с нестабильными переломами таза. Преобладали лица мужского пола — 69,7%, в наиболее трудоспособном возрасте до 45 лет — 74,1%. Основными причинами повреждений были травма в результате ДТП — 65,4% и кататравма — 21,8%. Всем больным при поступлении объем оказания помощи и диагностических мероприятий строго регламентирован разработанными алгоритмами и стандартами, включающими высокотехнологические методы визуализации повреждений. Практически у всех пострадавших имели место сочетанные повреждения. Наиболее частые сочетания: повреждение ОДА — 78,2%; ЧМТ — 49,2%; травмы груди — 27,4%; травма живота, включая травмы мочеполовых органов — 15,6%. Средний балл тяжести состояния по шка-

ле ISS составил  $22,8 \pm 0,3$ . Хирургические вмешательства — остеосинтез выполнен 114 (60,9%) больным.

**Результаты и обсуждения.** В первый час после госпитализации пациентам в фазе шока и в реанимации, при вертикальной и ротационной нестабильности, смещении в заднем полукольце более 1 см и обусловленной этим гемостатической нестабильности у 66 больных был использован метод закрытой стабилизации таза аппаратами клиники на стержневой и спице-стержневой основе. Ранний остеосинтез таза с помощью аппарата внешней фиксации способствовал уменьшению внутреннего тазового объема, снижению или остановки кровотечения из костей и венозных сплетений, создавая условия для внутритазовой тампонады, уменьшения или устранения болевого фактора, что явилось эффективным противошоковым фактором. Использование аппарата внешней фиксации клиники не препятствовало выполнению лапароскопии и лапаротомии. Погружной остеосинтез с использованием канюлированных винтов, реконструктивных мостовидных пластин выполнен у 47 больных, комбинированный остеосинтез — у 31.

Опыт клиники по ведению тяжелого контингента больных с нестабильными переломами таза показал значительное превосходство оперативных методов лечения. Однако не всегда общее состояние пострадавшего, в особенности при типе С, позволяло проводить внутреннюю фиксацию. Нами использовалась тактика двухэтапного метода лечения с использованием на первом этапе средств внеочаговой фиксации, а после полной стабилизации состояния осуществлялся переход на внутреннюю фиксацию. При ротационно-нестабильных повреждениях фиксацию лонного симфиза, переломов ветвей лонных костей и повреждений вертлужной впадины нами использованы реконструктивные пластины, в том числе малоинвазивные методы через минидоступы, которые вполне позволяли произвести репозицию переломов с помощью прямой и непрямой техники под контролем ЭОПа. При вертикально-нестабильных повреждениях таза крестцово-подвздошное сочленение и переломы крестца фиксировали канюлированными винтами, реконструктивными мостовидными пластинами.

Перспективным направлением в лечении нестабильных повреждений таза является сочетание методов внешней и внутренней фиксации в виде как одномоментного, так и последовательного их применения. Комбинированный остеосинтез сочетал в себе преимущества объединяемых методов лечения и минимизировал недостатки каждого из них. Стабильная фиксация как переднего, так и заднего полукольца таза позволяла проводить раннюю активизацию пациентов без риска потери репозиции, что наиболее актуально при политравме.

При изучении результатов лечения повреждений таза мы учитывали тяжесть состояния и повреждения при поступлении, наличие и характер сопутствующих повреждений, развитие осложнений течения травматической болезни, сроки и вид стабилизации переломов и степень восстановления функции. Следует отметить, что в 138 (74,2%) наблюдениях был получен положительный результат лечения, у 41 больного развились общие и местные осложнения, что потребовало проведения длительного реабилитационного лечения. Летальный исход отмечен в 8 случаях, причиной неблагоприятных исходов послужили осложнения раннего

периода травматической болезни (декомпенсированный шок, острая кровопотеря, тяжелые повреждения головы, груди и живота).

**Заключение.** В связи с разносторонними взглядами на основные вопросы диагностики и лечения пациентов с повреждением таза, применяемые методы требуют стандартизации с учетом тяжести повреждения и тяжести состояния, показания и противопоказания к оперативному лечению нуждаются в четком определении, необходима дополнительная информация о современной технике остеосинтеза таза. Разработка новых, современных методов хирургического лечения данной категории пострадавших позволит получить лучшие функциональные результаты, сократить длительность пребывания в стационаре.

*Вахобова М. Х.*

**ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ  
С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ  
(РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. БУХАРЫ)**

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,  
г. Бухара, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Несмотря на широкое использование сахароснижающих препаратов (СП) для терапии сахарного диабета 2 типа (СД2), остается неясным, как разные представители этой группы влияют на долгосрочный риск фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий.

**Цель.** На основании данных регистра острого коронарного синдрома (ОКС) 2019 г. провести сравнительный анализ летальности у больных с нарушенным и нормальным углеводным обменом (УО), госпитализированных с ОКС в отделения кардиореанимации стационаров г. Бухары.

**Материал и методы.** Анализ данных 584 карт больных, госпитализированных с ОКС, которые обращались в СМП в 2019-2021 гг. города Бухары. Изучаемые параметры включали летальность, пол, нормальный и нарушенный УО (СД2, впервые выявленный сахарный диабет (ВВСД)), компенсацию УО, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> по формуле MDRD-4IDMS. Диагноз нарушенного УО ставился на основании рекомендаций ВОЗ от 2017 г.

**Результаты.** Из доступных 584 историй болезней проведен анализ 548 историй пациентов, госпитализированных с ОКС в кардиореанимации стационаров г. Бухары. 36 карт исключены из исследования ввиду не подтвержденного в ходе обследования ОКС и неполного объема информации, изложенной в протоколах обследования. Из 548 больных 115 (21%) указывали на наличие в анамнезе СД2. Из 115 больных с указанием на СД2 в анамнезе у 73 (63,5%) была декомпенсация УО (гликемия превышала 11,1 ммоль/л), у 42 (36,5%) — нормогликемия. При поступлении в стационар с ОКС гипергликемия, на основании рекомендаций ВОЗ от 2017 г., выявлена у 160 пациентов. Впервые выявленное нарушение УО было у 87 (15,9%) из 548 больных. На основании суммы из 160 больных с гипергликемией и 42 больных с нормогликемией, но указанием в анамнезе на СД2, общее число больных с нарушенным УО составило 202 (36,9%) человека. Нормальный УО был у 346 (63,1%) больных. Из 548 пациентов с ОКС умерло 28 (5,1%), из них от остро-

го инфаркта миокарда (ОИМ) — 25 (4,6%) человек, с другим диагнозом — 3 (0,5%) (1 пациент с СД2, СКФ менее 30 мл/мин и 2 с нормальным УО, СКФ менее 30 мл/мин у 1, 30-60 мл/мин<sup>-1</sup>). Из 25 пациентов, умерших от ОИМ, нормальный УО был у 8 (2,3%) (5 мужчин, 3 женщины) из 346 пациентов, нарушенный УО (СД2, ВВСД) у 17 (8,4%) из 202. Из 115 больных СД2 умерло 8 (6,96%) (все женщины), из 87 больных ВВСД — 9 (10,34%) (4 мужчины, 5 женщин). У умерших от ОИМ анализировалась СКФ — менее 30, 31-60, 61-90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Число больных в группе нормального УО составило 1, 3, 4; с СД2 — 2, 4, 2; с ВВСД — 2, 7, 0 соответственно. Уровень гликемии при поступлении в стационар у 9 умерших ВВСД был: 7,8-11,0 ммоль/л — у 6 (66,6%), 11,1-15,0 ммоль/л — у 3 (33,3%). У умерших СД2 был 7,8-11,0 ммоль/л — у 2 (25%), 11,1-15,0 ммоль/л — у 2 (25%), 15,1-20,0 ммоль/л — у 1 (12,5%), 20,1-25,0 ммоль/л — у 3 (37,5%).

**Заключение.** На основании данных регистра ОКС г. Бухары летальность больных, госпитализированных с ОКС в кардиореанимации, от ОИМ составила 4,6%. В группе больных с нормальным УО летальность была 2,3%, с СД2 — 6,96%, с ВВСД — 10,34%. Таким образом, впервые выявленный сахарный диабет определяет худший прогноз у больных ОКС, а повышение сахара крови даже в пределах 7,8-11,0 ммоль/л следует рассматривать как предиктор неблагоприятного исхода заболевания.

*Верещако А. В.<sup>1</sup>, Травков Д. А.<sup>2</sup>, Серебренников Н. А.<sup>1</sup>*

### **СРОКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ НИЖНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ГУЗ «Липецкая областная клиническая больница», г. Липецк, Россия

Одной из широко обсуждаемых проблем в хирургии нижнешейного отдела позвоночника является установление оптимальных сроков для декомпрессивно-стабилизирующих операций. Вместе с тем отмечаются сложности для проведения их в ранние сроки.

**Цель.** Установить сроки выполнения декомпрессии — вентрального субаксиального цервикоспондилодеза в специализированном стационаре у больных с травмой нижнешейного отдела позвоночника в зависимости от пути поступления.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 53 больных, которым была произведена декомпрессия — вентральный субаксиальный цервикоспондилодез в связи с травмой нижнешейного отдела позвоночника в Липецкой областной клинической больнице в 2017-2021 гг. и 11 больных, которым выполнялись такие же вмешательства в Санкт-Петербургском Научно-исследовательском институте скорой помощи имени И.И. Джанелидзе в 2020 г. Все больные в зависимости от пути поступления были разделены на 3 группы: 1 — СМП с места получения травмы, 2 — переводом из других ЛПУ, 3 — обратившиеся самостоятельно. Критерием раннего оперативного лечения является установленный Исследовательской группой по травмам позвоночника (Spine Trauma Study Group)

срок в первые 24 часа. Выполнено сопоставление пути поступления больных и сроков проведения операции.

**Результаты.** Поступление больных с травмой нижнешейного отдела позвоночника в ЛОКБ происходило следующим образом: 1 — СМП с места получения травмы (27 человек), 2 — переводом из других ЛПУ (21 человек), 3 — обратившиеся самостоятельно (5 человек). В СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе 5 больных составили 1 группу, 6 — 2 группу, 3 группу — 0. Из 53 больных, оперированных в ЛОКБ, раннее хирургическое лечение проведено 15 (28,3%) пациентам, в том числе в 1 группе — 12 (44,4% в группе, или 22,6% от общего числа), во 2 — 2 (9,5% и 3,8% соответственно), в 3 — 1 (20% и 1,9% соответственно). Из 11 больных, оперированных СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, раннее хирургическое лечение выполнено 3 (27,3%): в 1 группе — 3 (60% в группе и 27,8% от общего количества), больным из 2 и 3 групп не выполнялось (0%). Из 53 больных, оперированных в ЛОКБ, улучшение имело место у 51 (94,3%), из них у 26 из 27 в 1 группе (96,3%), у 20 из 21 во 2 группе (95,2%) и у 5 из 5 (100%) в 3 группе. Летальный исход имел место в 2 случаях (3,8%), в том числе 1 (3,7%) в первой группе, 1 (4,8%) во второй. У всех 11 больных (100%) СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе в исходе отмечалось улучшение не зависимо от пути поступления.

**Выводы.** Декомпрессия — вентральный субаксиальный цервикоспондилодез при травме нижнешейного отдела позвоночника в ранние сроки проводится преимущественно больным, поступившим непосредственно с места получения травмы, в то время как переводимым из других лечебных учреждений, главным образом по организационно-логистическим причинам, в более поздние сроки.

*Вознюк И. А., Пивоварова Л. П., Осипова И. В., Арискина О. Б.,  
Гоголева Е. А., Чернявский И. В., Прохорова М. В.*

**ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИСТАТИНА С  
У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ,  
АССОЦИИРОВАННЫМ С COVID-19**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** Развитие представлений о патофизиологических процессах при новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19 предполагает новые диагностические акценты, в том числе и при церебральном ишемическом инсульте, ассоциированным с НКИ. В настоящее время недостаточно освещены вопросы диагностики эндотелиальной дисфункции и нарушения функций почек, оказывающих существенное влияние на тяжесть и исход заболевания. Концентрация цистатина С (ЦС) в крови рассматривается как чувствительный индикатор скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и эндотелиальной дисфункции. ЦС (белок с м.м. 13,4 кД) синтезируется ядродержащими клетками, ингибирует активность цистеиновых протеаз, свободно фильтруется через клубочковую мембрану и затем полностью метаболизируется в почечных канальцах; чувствителен к ранним изменениям функции почек. Почечная дисфункция как компонент патологии сосудистой системы может активно влиять на формирование сосудистых и системных метаболиче-



ских сдвигов. Показано, что снижение СКФ ассоциировано с неблагоприятным исходом ишемического инсульта и тяжестью его последствий. В условиях новой реальности некоторые исследователи COVID-ассоциированный инсульт рассматривают как особый патогенетический подтип ишемического инсульта (ИИ), обусловленный острой воспалительной васкулопатией и тромбозом артерий головного мозга.

**Цель.** Выявить прогностическое значение цистатина С при ишемическом инсульте, ассоциированным с новой коронавирусной инфекцией.

**Задачи.** Исследовать содержание цистатина С в крови пациентов с ИИ и ИИ, ассоциированным с НКИ в острейшем периоде церебрального инсульта.

**Материал и методы.** Обследованы 58 человек с ИИ, возраст 73,0 (67,0;80,0) года и 66 человек с ИИ, ассоциированным с НКИ (ИИ-НКИ), возраст 73,0 (68,0;81,0) года. При поступлении: пациенты с ИИ NIHSS 10,5 (5,0;13,0) баллов, индекс коморбидности (ИК) — 5,0 (4,0;7,0); летальность — 28,6%; пациенты с ИИ-НКИ NIHSS 6,5 (3,0;12,0) баллов, ИК — 8,0 (7,0;9,0); летальность — 32,1%. Содержание ЦС (мкг/мл) в крови определяли в 1, 3 и 10 сутки наблюдения методом ИФА. Статистическая обработка результатов: Statistica 6.0. Определяли медиану (Me) и перцентили ( $Q_{0,25}$ - $Q_{0,75}$ ), коэффициент корреляции Спирмена и ROC-анализ.

**Результаты.** Выявлено увеличение содержания ЦС в крови пациентов с ИИ-НКИ по сравнению с пациентами с ИИ на 1 сутки ( $p<0,001$ ): 1,24 (1,08;2,70) и 0,87 (0,78;1,08) и 3 сутки ( $p<0,002$ ): 1,81 (1,37;2,3) и 0,89 (0,78;1,2). Содержание ЦС на 3 сутки ( $r=0,555$ ,  $p<0,001$ ) и 10 сутки ( $r=0,545$ ,  $p<0,01$ ) связано с исходом заболевания, а концентрация в 3 сутки — прогнозирует его исход (AUC=0,821, чувствительность 83%, специфичность 63%).

**Вывод.** Исследование концентрации цистатина С в крови пациентов ИИ и ИИ, ассоциированным с COVID-19, имеет важное диагностическое и прогностическое значение.

*Гаврищук Я. В., Мануковский В. А., Тулупов А. Н., Демко А. Е.,  
Кандыба Д. Ю., Савелло В. Е., Бесаев Г. М.*

### **НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

При закрытой травме живота повреждения печени встречаются у 45% пострадавших. Летальность при них составляет от 9 до 34%, а осложнения возникают у 35%. Цель исследования — оценка и улучшение результатов лечения этой патологии путем применения высокотехнологичных малоинвазивных методов диагностики и лечения.

Проведен анализ результатов лечения 154 пострадавших с сочетанными и изолированными закрытыми повреждениями печени в СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе за период с 2014 по 2021 гг. В группу сравнения вошли 76 пострадавших, пролеченных в период с 2014 по 2017 гг. и получавших тради-

ционное лечение, в основную — 78 пострадавших (2018-2021 г.), которым осуществляли лечение в соответствии с новыми подходами. В группе сравнения производили FAST, лапароцентез, при необходимости — видеолапароскопию и лапаротомию. В основной группе лапароцентез осуществляли только при отсутствии технической возможности проведения УЗИ органов брюшной полости из-за плохой визуализации вследствие обширной подкожной эмфиземы или других причин, а также при сомнительных признаках наличия свободной жидкости в брюшной полости при нестабильной гемодинамике. В случае выявления УЗ-признаков повреждения печени (подкапсульная или интрамуральная гематома) или свободной жидкости в брюшной полости при стабильной гемодинамике всем пострадавшим выполняли МСКТ с внутривенным контрастированием. При отсутствии признаков продолжающегося внутрибрюшного и внебрюшинного кровотечения (экстравазация контраста, обрыв контрастирования, «стоп-контраст», ложная аневризма) проводили консервативное лечение. При выявлении признаков повреждения сосудов проводили ангиографию для определения источника кровотечения с последующим эндоваскулярным гемостазом. Наиболее часто в обеих группах диагностировали повреждения печени I-III степеней по AAST.

В контрольной группе (35 пострадавших) с нестабильной гемодинамикой выполнено 25 лапароцентезов. Четырем пациентам проведена видеолапароскопия: 1 — диагностическая, 2 — по поводу продолжающегося кровотечения, 1 — при повреждении тонкой кишки. В данной группе также произведено 33 (94,3%) лапаротомии, из которых 11 — диагностические. 52,3% пострадавших основной группы пролечено без оперативных вмешательств на органах живота. В основной группе выполнено 14 видеолапароскопий в связи с выраженным болевым синдромом, из них в 3 случаях сделан лапароскопический гемостаз с помощью прошивания, клипирования и электрокоагуляции. 6 пострадавшим произведена конверсия доступа (лапаротомия): 3 — по поводу продолжающегося кровотечения с большим гемоперитонеумом, 1 — при обильном поступлении желчи из разрывов паренхимы печени с развитием перитонита, 2 — при повреждениях полых органов. В контрольной группе из 23 видеолапароскопий: 8 — лапароскопический гемостаз с использованием местных гемостатических средств, электрокоагуляции, клипирования и наложения интракорпорального шва; 9 — конверсия доступа по поводу продолжающегося кровотечения, в 3 — спленэктомия. Одному пациенту основной группы с повреждением печени IV степени с продолжающимся кровотечением проведен эндоваскулярный гемостаз с использованием микроспиралей. Применение тактики неоперативного и минимально инвазивного лечения гемодинамически стабильных пострадавших с повреждениями печени при изолированной и сочетанной закрытой травме живота позволило полностью отказаться от лапароцентеза в качестве метода диагностики, уменьшить количество выполняемых диагностических видеолапароскопий — на 24%, лапаротомий — на 29%, а также снизить продолжительность лечения на 3 суток, а летальность — на 8%.

Гафоров А. С.

## ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Бухарский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Бухара, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Острый коронарный синдром является основной причиной госпитализации и смертности в мире. Однако не только пожилые пациенты страдают этим заболеванием, у молодых пациентов часто наблюдаются эпизоды нестабильной стенокардии и острого инфаркта миокарда (ИМ).

**Цель.** Изучить распространенность, факторы риска (ФР) и особенности течения острого коронарного синдрома (ОКС) на догоспитальном этапе у больных молодого возраста.

**Материал и методы.** В клиническом исследовании участвовали 82 пациента с впервые установленным диагнозом острый коронарный синдром (ОКС) в возрасте 30-45 лет (средний возраст  $41,2 \pm 3,8$  года), которые были госпитализированы в Бухарский филиал РНЦЭМП с 2020 по 2021 гг. Полученные данные обработаны методом корреляционного анализа по Пирсону и методом бинарной логистической регрессии.

**Результаты.** Среди всех госпитализированных больных пациенты с диагнозом ОКС молодого возраста в 2020 г. составили 1,14% и в 2021 г. — 3,8%. Мужчин было 63 (76,8%), женщин — 19 (23,2%). В основном встречалась АГ II степени (32%) и III степени (36%). Большинство больных (48%) поступили в первые 6 ч с момента развития болевого синдрома. Из ФР преобладали курение (90%), гиперхолестеринемия — ГХС (70%) и отягощенная наследственность (50%). Метаболический синдром наблюдался у 30% больных. Средний уровень холестерина (ХС) при поступлении составил  $6,17 \pm 1,38$  ммоль/л. У 84% больных выявлен ангинозный вариант ИМ. По форме ЭКГ чаще других выявляли ИМ с зубцом Q (68%). До развития ИМ 86% пациентов не принимали антигипертензивные препараты. Статины до госпитализации и в острый период ИМ получали только 12% больных.

**Выводы.** ОКС у больных молодого возраста с артериальной гипертонией протекает по классическому ангинозному варианту, при этом преобладает инфаркт с зубцом Q. Этому способствуют многочисленные факторы риска, отсутствие лечения артериальной гипертонии (86%), низкая частота приема статинов (12%). ОКС в молодом возрасте 2021 г. диагностирован чаще, чем в 2020 г. Это означает, что ОКС молодеет, однако исследование требует дальнейшего продолжения.

*Громов М. И., Пивоварова Л. П., Осипова И. В.,  
Арискина О. Б., Федоров А. В.*

**ГЕМОСОРБЦИЯ ЦИТОКИНОВ И ЛИПОПОЛИСАХАРИДА  
ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ  
С ПОМОЩЬЮ КОЛОНОК «ЭФФЕРОН-ЛПС»**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Снижение повреждающих эффектов цитокиновой «бури» при септическом шоке является важным компонентом комплексного лечения. Для этой цели используются экстракорпоральные процедуры очищения крови — гемосорбция цитокинов и/или селективная гемосорбция эндотоксина грамотрицательных бактерий (ЛПС).

**Материал и методы.** В нашей стране для клинического использования разрешены новые гемосорбционные колонки Эфферон ЛПС, содержащие сорбент многоцелевого действия, способный адсорбировать из крови и цитокины, и ЛПС. Приведем случай из практики лечения 75-летнего пациента с септическим шоком (SOFA=10, симпатомиметическая поддержка норадреналином 0,56 мг/кг·мин), развившимся вследствие разрыва слепой кишки, обтурированной опухолью. С использованием Эфферон ЛПС были проведены 2 процедуры гемосорбции (по 120 минут каждая).

**Результаты.** На следующий день после первого сеанса гемосорбции достигнута стабилизация артериального давления крови. В течение последующих 5 дней постепенно восстанавливались нарушенные функции органов (динамика SOFA с 10 до 1 балла) и снижался уровень прокальцитонина в крови — с 98 до 5 нг/мл. Уровни тромбоцитов и эритроцитов крови существенно не изменялись.

Действие гемосорбции к моменту ее окончания привело к снижению в крови пациента концентрации ИЛ-6: с 1686 до 1388 пг/мл при первом сеансе и с 692 до 411 пг/мл при втором. Также снизилось содержание CD14<sup>+</sup> моноцитов: с  $0,13 \cdot 10^9$ /л до  $0,03 \cdot 10^9$ /л при первом сеансе и с  $0,30 \cdot 10^9$ /л до  $0,18 \cdot 10^9$ /л при втором.

Непосредственное воздействие колонки на протекающую кровь (сравнение на входе и на выходе) привело к иммобилизации 37% CD14<sup>+</sup> гранулоцитов, 27% HLA-DR<sup>+</sup> мононуклеаров, 25% CD14<sup>+</sup> моноцитов, 19% общего числа моноцитов, 16% гранулоцитов, 14% общего числа лейкоцитов, 10% тромбоцитов, 2% лимфоцитов, 2% эритроцитов.

Осложнений при проведении гемосорбции не было. Примененная тактика антикоагуляции (нефракционированный гепарин внутривенно 5000 Ед перед началом гемоперфузии и далее постоянно 1000 МЕ/час) не приводила к росту давления в контуре циркуляции крови. В итоге больной поправился, проведя 8 дней в реанимации и 24 дня в стационаре до выписки.

**Обсуждение.** Купирование воспалительного каскада при сепсисе может быть достигнуто путем изъятия из кровотока (1) исходного инфекционного триггера (ЛПС, тейхоевых и липотейхоевых кислот), (2) циркулирующих в плазме воспалительных полипептидов, (3) иммунных клеток, продуцирующих воспалительные полипептиды.

В ходе лабораторного контроля за клиническим использованием Эфферон ЛПС нами было подтверждено, что помимо (1), заявленного производителем, это колонка с высокой степенью эффективности абсорбирует (2) на примере ИЛ-6, а также избирательно удаляет из крови активированные бактериальными суперантигенами CD14<sup>+</sup>гранулоциты и, что более важно, CD14<sup>+</sup>моноциты, играющие существенную роль в формировании каскада воспалительных реакций (3).

Эффект многоцелевой адсорбции, реализованный в колонках Эфферон ЛПС, обеспечивает извлечение из крови более широкого спектра патогенных факторов, ответственных за развитие септического каскада и полиорганной недостаточности.

**Выводы.** Использование колонок Эфферон ЛПС, предназначенных для адсорбции цитокинов и ЛПС, было безопасным на примере крайне тяжелого пациента с септическим шоком. Одним из выявленных лабораторных эффектов новой колонки стало удаление из крови ЛПС-активированных CD14<sup>+</sup>моноцитов и CD14<sup>+</sup>гранулоцитов, что способствовало уменьшению системного воспаления и тяжести полиорганных расстройств.

*Гуменюк С. А., Шептунов Г. В., Потапов В. И.*

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ  
ПРИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ВЕРТОЛЕТОМ ЛЕГКОГО КЛАССА  
ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ  
С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

ГБУЗ города Москвы особого типа «Московский территориальный научно-практический центр медицины катастроф (ЦЭМП) Департамента здравоохранения города Москвы»  
(ГБУЗ ОСОБОГО ТИПА «МТНПЦМК (ЦЭМП) ДЗМ»),  
г. Москва, Россия

За 5 лет (2017-2021 гг.) бригадами экстренного реагирования ГБУЗ ОСОБОГО ТИПА «МТНПЦМК (ЦЭМП) ДЗМ» оказана помощь 60 690 пациентам, из них 142 (0,7%) находились в крайне тяжелом и тяжелом состоянии, потребовавшим проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Особенности респираторной поддержки (РП) при медицинской эвакуации вертолетом легкого класса являются более жесткие требования к выбору метода и способа обеспечения проходимости верхних дыхательных путей. Это вызвано ограниченным пространством салона вертолёта, затрудняющим проведение интубации трахеи, катетеризации вен, и невозможностью остановки в пути для проведения дополнительных манипуляций. Пациенты с угнетением сознания до сопора и глубже переводились на ИВЛ с применением медикаментозной седации и интубации трахеи до начала транспортировки. Этой тактики придерживалась и при оказании ЭМП пациентам с нестабильной гемодинамикой, выраженной дыхательной недостаточностью и угрозой остановки кровообращения. При кардиальной патологии предпочтение отдавалось неинвазивной ИВЛ в режиме непрерывного положительного давления в дыхательных путях (CPAP) с использованием герметически прилегающей лицевой маски, позволяющей снизить травматичность РП и сохранять вербальный контакт с больным. При инвазивной ИВЛ предпочтение отдавалось оротрахеаль-

ной интубации. ИВЛ через эндотрахеальную трубку, установленную назотрахеально, или трахеостому производилась при межбольничных переводах, а коникотомия — на месте ЧС при невозможности обеспечения проходимости верхних дыхательных путей другими средствами. Эзофаголарингеальные трубки и «Комбитьюб» использовались на фоне уже проводимой сердечно-легочной реанимации (СЛР) в сложных условиях на месте происшествия. У части пациентов, находящихся в состоянии клинической смерти и нуждавшихся в проведении СЛР, осуществляли РП мешком Амбу. Аппаратная ИВЛ проводилась после восстановления сердечной деятельности. В большинстве случаев проведению ИВЛ предшествовала интубация трахеи. При выполнении ИВЛ предпочтение отдавали режимам с сохранением элементов спонтанного дыхания (SIMV, P-SIMV).

**Заключение.** Выбор способа обеспечения проходимости дыхательных путей, вида и режима РП у пациентов с ОДН, эвакуируемых санитарным вертолетом легкого класса, требует дифференцированного подхода в зависимости от тяжести состояния пациента, динамики патологического процесса и нозологической единицы, приведшей к развитию критического состояния.

*Джалалов А. С., Ходжиматов Г. М., Хакимов Д. М., Хамдамов Х. Х.,  
Асранов Ш. Я., Яхёев С. М.*

#### **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

#### **ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Андижанский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Андижан, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии до сих пор являются предметом дискуссии, обсуждаются проблемы разработки критериев клинического и эндоскопического прогнозирования рецидива кровотечения, предлагаются различные способы остановки кровотечений, различные алгоритмы трансфузионно-инфузионной и гемостатической терапии, анализируются сроки, показания и объем хирургических вмешательств. В данном сообщении мы остановимся на проблемах диагностики и лечения острых гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии.

**Цель.** Изучить новые данные по диагностике и лечению больных с острым гастродуоденальным кровотечением.

**Материал и методы.** В Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2017 по 2022 гг. под наблюдением находились 59 больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.

**Результаты.** У 47 пациентов диагностирована хроническая язва двенадцатиперстной кишки, у 12 — хроническая язва желудка. Диагностический алгоритм при поступлении больных с подтвержденной клиникой желудочно-кишечного кровотечения определялся в соответствии с классификацией Forrest. В 32 случаях остановившегося кровотечения с низким риском его раннего рецидива ограничили консервативной терапией, направленной на систему гемостаза, восполнение

кровопотери и ОЦК назначением противоязвенных препаратов. По стабилизации состояния больных ориентировали их на необходимость радикального лечения язвенной болезни в учреждениях плановой хирургии. По поводу ЯБЖ и ДПК, осложненной кровотечением, у 14 больных кровотечение остановили эндоскопическими коагуляциями, прооперированы 11 больных, из них 9 пациентам выполнены экстренные операции, 2 — отсроченные вмешательства. Показанием к экстренной операции было эндоскопически выявленное продолжающееся кровотечение (3) и его рецидив (6). Из 9 оперированных в экстренном порядке больных летальный исход наблюдался в 1 случае, у 1 больного язвенное кровотечение остановлено эндоскопической коагуляцией, у 2 рецидив наступил в течение первых суток, вызвавших необходимость хирургического вмешательства. В группе больных с отсроченными и плановыми операциями летальных исходов не было.

**Вывод.** Таким образом, выбор тактики хирургического лечения острых язвенных гастродуоденальных кровотечений ориентировался на результаты оценки клинических и эндоскопических данных, по которым определяли прогноз рецидива заболевания.

*Жуков В. А., Бойков А. А., Случек Н. И., Ельчинская Л. Э.*

### **ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НЕВРОЛОГОВ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

ГБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**Цель.** Показать эффективность использования на догоспитальном этапе (ДГЭ) срочной многоканальной телефонной консультативной помощи невролога «03» любым медицинским работникам Санкт-Петербурга и его пригородов в диагностике, неотложной терапии и действиях при острой патологии ЦНС и, в первую очередь, при инсульте (ОНМК).

**Материал и методы.** Проанализированы статистические данные за период 2001-2021 гг. о работе Дистанционного консультативного поста неврологов (ДКПН) при Оперативном отделе Городской станции скорой медицинской помощи (ГССМП): частота и причины обращений в ДКПН, тактические результаты этих консультаций (направление, для содействия позвонившим в ДКПН, бригад СМП; оценка уровней госпитализации; поддержка на ДГЭ организации реализации современных технологий лечения инсульта и прочее).

**Результаты.** За 20 лет выполнено 166 000 консультаций, 54,5% из которых по поводу ОНМК. В каждом четвертом случае — «в помощь» позвонившим, чаще к тяжёлым по состоянию пациентам, направляли врачебные и реанимационные бригады ГССМП. Представлены общие показатели обращений в ДКПН за это время, а также проведена оценка конкретных периодов, существенно повлиявших на организацию всей системы неврологической помощи в городе и на деятельность неврологов службы «03». Больше внимание уделено взаимодействию служб СМП Санкт-Петербурга и его пригородов со стационарами при оказании помощи пациентам с инсультами: в вопросах правильной диагностики и своевре-

менной доставки больных на нейрососудистые койки. Особый вклад ДКПН за 14 лет — 3,5 тысячи больных с ОНМК, направленных на «тромболитическую терапию» или «тромбэкстракцию» в сосудистые центры города. С 2009 г., в рамках реализации государственной программы помощи при Инсульте, неврологи ГССМП ведут свой «Регистр ОНМК в городе по обращаемости в СМП» и ежегодно составляют карты о «заболеваемости» в каждом районе Санкт-Петербурга. Эти сведения и другие статистические данные ДКПН с согласия руководства ГССМП ежегодно предоставляются Совету по инсульту при Комитете по здравоохранению Санкт-Петербурга и коллегам из неврологических стационаров города и могут быть использованы для оценки на разных этапах качества оказания помощи при инсульте.

**Заключение.** Многолетний позитивный опыт работы консультанта-невролога в системе службы СМП города с населением в несколько миллионов человек показал свою медицинскую эффективность. Данная организационная модель может быть рекомендована к внедрению в службы СМП в других регионах Российской Федерации.

*Зиновьев Е. В., Юрова Ю. В.*

#### **ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛИЗИСА АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ КОЖИ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**Цель.** Изучение влияния микробной обсемененности и показателей микроциркуляции гранулирующих ран на результаты свободной аутодермопластики.

**Материал и методы.** Обследованы 32 пострадавших, находившихся на лечении в ожоговом центре НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе в 2020-2022 гг. Возраст больных — 18-68 лет ( $M=42$ ,  $SD=24$ ), индекс Франка ( $M=55$ ,  $SD=15$ ) у.ед. Включенным в исследование пострадавшим выполняли одномоментную свободную аутодермопластику ран на площади от 4 до 10% ( $M=7$ ,  $SD=3$ ). Первую группу ( $n=11$ ) составили пациенты с плохим результатом приживления (площадь неприживших трансплантатов более 15% от площади пересаженных лоскутов). Во вторую группу ( $n=21$ ) вошли пострадавшие с хорошими результатами аутодермопластики. У всех обследованных измеряли показатели микроциркуляции гранулирующей раны методами лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью лазерного анализатора «ЛАКК-М». Площадь лизиса оценивали в процентах от площади раны, на которую пересаживались кожные лоскуты, с помощью компьютерной программы и фотографически. Материал для бактериологического исследования забирали в ходе операции после тангенциального иссечения гранулирующих ран (ТИГР).

Данные обработаны с использованием параметрических и непараметрических методов статистического анализа. Различия считали статистически значимыми при  $p<0,05$ .

**Результаты.** Результаты корреляционного анализа показали значимую зависимость между показателями, характеризующими микроциркуляцию в ране (показатель микроциркуляции (ПМ) ( $r=0,6$ ;  $p<0,016$ ), среднеквадратичное отклонение



( $\delta$ ) амплитуды колебаний кровотока ( $r=0,6$ ;  $p<0,013$ )), и площадью лизированных лоскутов. Проведенный анализ оценки капиллярного кровотока в гранулирующей ране у пострадавших 1-й группы ( $M=18,65$ ;  $\delta=9,75$ ) и 2-й группы ( $M=5,12$ ;  $\delta=2,1$ ) показал статистически значимое различие параметра  $M$  и  $\delta$  между группами ( $p<0,005$ ).

При изучении результатов бактериологического исследования раневого отделяемого было выявлено, что основными возбудителями раневой инфекции являлись штаммы *S.aureus*, *A. baumannii* и *Ps. aeruginosa*. При изучении результатов количественной оценки было выявлено, что КОЕ в 1 г ткани у пострадавших с хорошими результатами приживления было значимо ниже, чем у пострадавших с лизисом трансплантатов ( $Me=10^2$ ;  $Me=10^4$ ,  $p=0,0005$ ). При проведении корреляционного анализа была выявлена отрицательная зависимость между КОЕ в 1 г гранулирующей ткани и приживлением трансплантатов ( $r=-0,6263$ ;  $p=0,0001$ ).

При сопоставлении данных, полученных с помощью ЛАКК-М и бактериологического исследования раневого отделяемого, была выявлена значимая зависимость между показателем перфузии ( $M$ ) и значениями микробной обсемененности гранулирующей раны ( $r=0,460$ ;  $p=0,018$ ).

**Заключение.** Полученные результаты исследования продемонстрировали зависимость приживления трансплантатов от состояния микроциркуляции и микробной обсемененности раны, а также связь между показателями перфузии и КОЕ в 1 г, что могло свидетельствовать о формировании воспалительного процесса, индуцированного развитием инвазивной раневой инфекции.

*Зиновьев Е. В.<sup>1</sup>, Вагнер Д. О.<sup>1,2</sup>, Чухарев А. Е.<sup>1,2</sup>*

### **СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ВЫЧИСЛЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОЖЖЕННЫХ**

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И.И. Мечникова» Минздрава России,

г. Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Проблема определения интраоперационной кровопотери в комбустиологии остается актуальной на сегодняшний день. При многообразии существующих способов её оценки, вопрос оптимизации трансфузионной терапии остается дискуссионным.

**Цель.** Оценить влияние площади иссечения ожогового струпа на динамику изменения показателей общего анализа крови, сопоставить результаты применения расчетных методов определения объема кровопотери с фактическим объемом эксфузии.

**Материал и методы.** В исследование были включены 93 испытуемых, которых мы разделили на 2 группы. К первой (ретроспективной) группе мы отнесли 73 пострадавших с глубокими ожогами II-III ст. (МКБ-10), которым выполнялась ранняя хирургическая некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой. Для реализации цели исследования у данных пострадавших сопоставляли площадь

перенесенного вмешательства с динамикой изменения концентрации гемоглобина, гематокрита, объема и количества эритроцитов. Ко второй (проспективной) группе мы отнесли 20 добровольцев, которые являлись донорами цельной крови в объеме 450 мл. У участников данной группы объем донации сравнивали с объемом кровопотери, вычисленным с помощью расчетных методов (формулы P.G. Budny и G.D. Warden). Обработку полученных данных проводили в программах Microsoft Office Excel 2007 и IBM SPSS Statistics 20.0 методами описательной, параметрической и непараметрической статистики.

**Результаты.** В ретроспективной группе исследования мы получили следующие результаты: между площадью выполнения некрэктомии и изменениями показателей общего анализа крови в послеоперационном периоде отсутствует устойчивая связь. В результате анализа проспективной группы исследования мы выявили зависимость между фактическим объемом кровопотери и изменением концентрации гемоглобина у соматически здоровых добровольцев (формула P.G. Budny). Корреляционной зависимости между объемом кровопотери и снижением гематокрита (формула G.D. Warden) выявлено не было.

**Заключение.** По результатам нашего исследования не удалось подтвердить эффективность эмпирических методов определения объема кровопотери, применяемых у пострадавших от ожогов. Формула P.G. Budny позволяет получить репрезентивные результаты объема кровопотери у здоровых добровольцев. Однако эффективность данного метода в комбустиологии требует проведения дальнейших углубленных исследований.

*Зиновьев Е. В.<sup>1</sup>, Заворотный О. О.<sup>1,2</sup>, Костяков Д. В.<sup>1,2</sup>*

**ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ  
НОВОГО МЕТОДА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ  
ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ  
МЕТОДА ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ**

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

г. Санкт-Петербург, Россия

Интенсивная инфузионная терапия является одним из наиболее важных звеньев в системе оказания медицинской помощи тяжелообожженным как на стационарном, так и на догоспитальном этапах лечения. Адекватный объем вводимых кристаллоидных и коллоидных растворов позволяет компенсировать гиповолемию, предотвратить централизацию кровообращения и, как следствие, снизить риск развития необратимых изменений в организме.

В настоящее время известно множество методик расчета объема инфузионной терапии у пострадавших с ожогами кожи, однако наиболее широкое применение как в России, так и за рубежом нашла формула Паркланда. Она проста в использовании, однако расчет объема инфузии основывается лишь на общей площади ожоговой травмы и массе пациента, исключая из внимания показатели, отражающие выраженные физиологические и патофизиологические изменения, развивающиеся при ожоговой болезни.

В ходе нашей работы по разработке новой модели прогнозирования течения и исхода ожоговой болезни, которая основывалась на результатах лечения 330 тяжелообожженных, было проанализировано 67 параметров лабораторных и инструментальных методов исследования: показатели общеклинического анализа крови, биохимического анализа крови, коагулограммы, газового состава крови, общеклинического анализа мочи, в т.ч. ряда факторов, отягощающих общее состояние организма (острое отравление СО или этанолом, отсрочка оказания медицинской помощи и наличие ингаляционной травмы). В результате статистической обработки данных методом логистической регрессии с пошаговым исключением объем инфузионной терапии оказался в числе 18 наиболее значимых предикторов, влияющих на течение и исход ожоговой болезни. Это позволило использовать новую модель прогнозирования не только в качестве предиктора возможного исхода ожоговой травмы, но и в целях коррекции объема инфузии на протяжении всего периода лечения с целью повышения эффективности интенсивной терапии. Предварительные результаты исследований свидетельствуют о перспективности данного метода.

Новая модель прогнозирования исхода и течения ожоговой болезни с возможностью коррекции инфузионной терапии учитывает основные звенья патогенеза, характерные для данного вида травм, что качественно отличает её от существующих формул расчета инфузии. Данный метод прост в использовании и может быть внедрен в алгоритмы лечения пострадавших ожогового профиля.

*Зиновьев Е. В., Солошенко В. В., Юрина В. Н., Козулин Д. А.*

### **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У ОБОЖЖЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Патогенез новой коронавирусной инфекции характеризуется выраженным иммунным ответом на инфекцию SARS-CoV-2, приводящей к запуску гипервоспалительных реакций в различных органах и системах, к развитию тромбоземболии, острому повреждению легких, острому респираторному дистресс-синдрому и синдрому полиорганной дисфункции. Также при ожоговой травме в ответ на повреждение тканей развивается местная и системная воспалительная реакция. Обожженные с положительным результатом на COVID-19 имеют все условия для развития синдрома взаимного отягощения из-за усиленного извращенного иммунного ответа. Гипотеза о влиянии коронавирусной инфекции на течение раневого процесса в ожоговой ране требует подтверждения и разработки в различных аспектах.

Цель исследования: выявить клинические особенности течения раневого процесса в ожоговых ранах на фоне COVID-19.

С апреля 2020 года в отделе термических поражений ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» оказана помощь 82 обожженным, у которых в процессе лечения была выявлена новая коронавирусная инфекция. Нами изучены результаты хирургического лечения 26 обожженных, находившихся на лечении в ожоговом отделении №2 и переносивших, одновременно с

термической травмой, новую коронавирусную инфекцию. Для исследования целенаправленно были отобраны пациенты с ограниченными глубокими ожогами, потребовавшие хирургического лечения. Все пострадавшие после выявления коронавирусной инфекции из ожогового отделения переводились в специализированный ковидный госпиталь. После получения отрицательного ответа ПЦР-теста пациент возвращался в ожоговый центр НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Такой дизайн исследования был обусловлен необходимостью исключить влияние ожоговой болезни, как отягощающего фактора течения раневого процесса, и проследить все этапы лечения. Все пострадавшие были женщины, возраст пострадавших составлял в среднем 63,14 года. По этиологии преобладали ожоги пламенем — 15 (57,69%) обожженных, ожоги горячей водой — 7 (26,92%) случаев, 4 (15,38%) случая контактного ожога. Общая площадь ожога составляла в среднем 10,35% п.т., глубокое поражение локализовалось на площади 4,79% п.т.

При визуальном контроле ожоговых ран в динамике обращало внимание отсутствие демаркации ожогового струпа вплоть до 21 суток после травмы, что требовало особой осторожности при выполнении некрэктомии. При этом у всех обожженных аутодермотрансплантация выполнялась отсрочено, через 7-10 суток после некрэктомии, так как послеоперационная раневая поверхность не была готова к пересадке кожи. Длительная подготовка ожоговой раны к аутодермотрансплантации, обусловленная лечением обожженных в ковидном госпитале, приводила к тому, что первая аутодермопластика выполнялась в среднем на 29,14 сутки после травмы. Результаты приживления расщепленных аутодермотрансплантатов у исследуемого контингента были 90-100%, лизиса не наблюдалось ни в одном случае. Отличные результаты приживления свободных расщепленных кожных трансплантатов можно объяснить длительной подготовкой раны к пересадке. Длительность стационарного лечения (включая лечение в ковидном госпитале) у исследуемой группы больных составила 53,5 суток. Объективные трудности раннего восстановления кожного покрова у обожженных, перенесших новую коронавирусную инфекцию, в ряде случаев (у 16 пострадавших 61,54%) приводили к развитию грубых рубцовых деформаций и контрактур.

*Изюмов Д. П., Изюмова Г. А., Абдуллаев Х. К., Худайбергенов Б. С.*  
**ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ**

Хорезмский филиал РНЦЭМП,  
г. Ургенч, Республика Узбекистан

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.

**Материал и методы.** На основании клинического исследования 85 больных были разделены на 3 группы: 1 — 58 (68,2%) больных с острым ишемическим ин-

сульт, 2 — 17 (20%) человек с повторным мозговым инсультом, 3 — 10 (11,8%) пациентов с геморрагическим инсультом. Мужчин было 67 (78,8%), женщин — 18 (21,2%). Для изучения формирования невротического состояния проанализировано 49 признаков, отражающих основную симптоматику нервно-психических расстройств, таких как нарушения аффективной сферы, психической активности, мышления, внимания, памяти, патологической тенденции, нарушения сознания, соматоневрологические 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 возникли тревога и внутреннее напряжение, нарушения психической активности по типу гиперактивности. У 12 (14,1%) больных 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 ( $p < 0,00001$ ). У 14 (16,5%) больных наблюдалось нарушение психической активности 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.

*Изюмова Г. А., Абдуллаев Х. К., Худайбергенов Б. С., Изюмов Д. П.*  
**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ  
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ**

Хорезмский филиал РНЦЭМП,  
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Анализ оказания экстренной медицинской помощи в Хорезмском филиале РНЦЭМП показал рост на 22% экстренно госпитализированных больных. В целях обеспечения своевременной и качественно 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.

**Материал и методы.** В основу 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 — 5 (38,5%), детей — 20 (13,6%). Для внедрения научно-обоснованных принципов использовали 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.** Анализ 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 состояний психической дезадаптации, при которой психоэмоциональное напряжение сменяется повышенной утомляемостью и «демобилизацией» с астенодепрессивными проявлениями; 3 — приобретение актуальности психогенно-травмирующих факторов в связи с 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 2-м 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, зависящих 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.** Внедрение научно-обоснованных принципов полностью соответствует современным тенденциям организации экстренной медицинской помощи, что позволит достичь наибольшей оперативности и повышения эффективности оказываемой помощи при критических состояниях в экстренной неврологии.

*Искандарова Д. Э.<sup>1</sup>, Искандаров Э. Р.<sup>2</sup>, Шералиева Ш. Х.<sup>2</sup>*

### **АНАЛИЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

<sup>1</sup>Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,

<sup>2</sup>Сурхандарьинский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,  
г. Термез, Республика Узбекистан

Летальность при геморрагическом инсульте (ГИ) превышает 40%, среди выживших больных к прежней трудовой деятельности возвращается около 20%. Поэтому высок интерес, проявляемый во многих странах к изучению клинических аспектов данной проблемы, подходов к разработке медико-организационных, социальных мероприятий с целью профилактики и снижения тяжести мозговых инсультов, их последствий и связанных с ними экономических потерь.

**Цель.** Проанализировать особенности ГИ у лиц молодого возраста в Сурхандарьинской области.

**Материал и методы.** Проанализированы 145 историй болезни больных молодого возраста с острым ГИ, госпитализированных в отделение экстренной неврологии Сурхандарьинского филиала РНЦЭМП с 2018 по 2020 годы.

**Результаты и обсуждение.** Из 145 больных 49% были женщины и 51% — мужчины в возрасте от 18 до 44 лет. Средний возраст —  $35 \pm 7,8$  лет. У 70% больных инсульт был первым, у 30% — повторным. В 66% (n=96) случаев наблюдались паренхиматозные инсульты, в 22% (n=32) — внутрижелудочковые, в 12% — субарахноидальное кровоизлияние. Этиологией инсульта были: артериальная гипертензия (АГ) — 50%; АГ + приём комбинированных оральных контрацептивов — 1,2%; АГ + атеросклероз — 8%, аневризмы мозговой артерии — 14%, мерцательная аритмия — 9%, пороки сердца — 6%, железodefицитная анемия + сахарный диабет — 5%, наследственная предрасположенность — 2%, неясная этиология — 5%. Оценка по шкале NIHSS составила в среднем 19,4 баллов. Тяжелее протекали инсульты на фоне кардиальной патологии и при повторных случаях.

**Выводы.** Среди молодых пациентов большинство были мужчины, преобладал возраст 28-35 лет. Основными этиологическими факторами были: артериальная гипертензия, патология сердца и аневризмы мозговой артерии. В 5% этиология инсульта оставалась неясной. Ввиду широкого спектра этиологических причин инсульта у молодых лиц, необходимо проводить полное обследование таких пациентов с включением дополнительных методов исследования.

*Кадиров Р. Н.*

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА**

Самаркандский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Наиболее частыми и грозными осложнениями портальной гипертензии являются кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ). Радикальным методом их лечения и профилактики в настоящее время можно считать только трансплантацию печени. Все остальные технологии (консервативные, эндоскопические, эндоваскулярные, хирургические) представляют собой паллиативные мероприятия, важнейшей задачей которых становится обеспечение для пациента как можно более высокого уровня качества жизни в межрецидивный период.

**Цель.** Провести анализ эффективности лечения активных кровотечений из ВРВПиЖ с помощью технологий эндоскопического гемостаза.

**Материал и методы.** Проведен анализ комплексного клинического обследования и лечения 135 пациентов с циррозом печени и синдромом портальной гипертензии, наблюдавшихся с 2020 по 2021 год в Самаркандском филиале РНЦЭМП. Во всех случаях диагностирована внутривенная форма портальной гипертензии. Мужчин было 95 (70,4,0%), женщин — 40 (29,6%).

Все больные поступили в экстренном порядке в связи с кровотечением из ВРВПиЖ, при этом у 65 (46,8%) больных основной группы и 45 (42,4%) контрольной на момент поступления отмечено продолжающееся кровотечение, у остальных — состоявшееся.

Эффективность эндоскопического гемостаза при выполнении традиционной склеротерапии с последующей установкой зонда Блэкмора составила в среднем 65,4% и в зависимости от интенсивности кровотечения колебалась от 61,9% при Forrest I-A до 69,2% при Forrest I-B. Применение эндоскопического лигирования в основной группе позволило улучшить этот показатель в среднем до 86,3%, при этом наиболее интенсивное кровотечение, соответствующее Forrest I-A, удалось остановить у 78,3% больных, а при Forrest I-B этот показатель достиг 89,2%.

**Заключение.** При активном кровотечении частота неудовлетворительных результатов эндоскопической склеротерапии с последующим применением стандартного зонда Блекмора-Сенгстакена в зависимости от уровня источника и интенсивности кровотечения составляет от 16,7% (n/3, Forrest I-B) до 66,7% (кардия желудка, Forrest I-B), в среднем 31,1%. Применение эндоскопического лигирования повысило показатель эффективного гемостаза с 65,4% до 89,2%. При этом использование подобной методики при активном кровотечении из наиболее сложной зоны для эндоскопии — кардии желудка улучшает гемостатический эффект с 42,9% до 61,5%.



*Кадиров Р. Н.*

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ**

Самаркандский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

По данным литературы, на долю язвенной болезни в этиологии гастродуоденальных кровотечений приходится от 40 до 62%. Летальность от гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии остается высокой и колеблется от 8 до 30%. При этом наиболее высокий уровень летальности (до 60%) приходится на пациентов пожилого и старческого возраста и на больных, перенесших массивную кровопотерю на догоспитальном этапе.

Эффективное применение эндоскопических методов гемостаза позволяет снизить процент операций, производимых на высоте кровотечения, а в некоторых случаях и вовсе избежать оперативного лечения. Активное использование как традиционных, так и высокотехнологических методов эндоскопического гемостаза привело к достоверному снижению хирургической активности при данной патологии в несколько раз. По мнению ряда авторов, у больных с гастродуоденальным кровотечением, имеющим высокий операционный и анестезиологический риск, сочетанное применение противоязвенной терапии, методов фармакологического и эндоскопического гемостаза в большинстве случаев позволяет избежать оперативного вмешательства и тем самым снизить летальность. Очевидно, что для пациентов с массивной кровопотерей радикальные операции непереносимы, поэтому в литературе появилось понятие «операция отчаяния». Производимые на высоте кровотечения при крайней тяжести состояния пациента, эти операции осуществляются в минимальном объеме (прошивание, иссечение кровоточащей язвы) и направлены на спасение жизни больного.

**Цель.** Изучить эффективность сочетанного эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях.

**Материал и методы.** В Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2019 по 2021 гг. под наблюдением и лечением находились 625 больных по поводу гастродуоденального кровотечения в возрасте от 7 до 89 лет. У 283 пациентов отмечалось продолжающееся кровотечение. Характер кровотечения и его источник определяли при экстренной эзофагогастродуоденоскопии. Для характеристики типа гастродуоденального кровотечения были использованы эндоскопические критерии классификации Forrest. Пациентов с продолжающимся кровотечением типа Forrest 1a (F1a) было 8 (1,3%), F1b — 205 (32,8%), с состоявшимся кровотечением типа F2a — 70 (11,2%), F2b — 197 (31,5%), F2c — 145 (23,2%). Используемое оборудование фирмы «Olympus» — видеогастродуоденоскопы CV-240 Япония. Инструментарий: инъекторы многоразового применения, зонды для монополярной коагуляции, горячие щипцы, клипатор НХ-610-135L производства фирмы «Olympus», Япония.

Лечение начинали с эндоскопического гемостаза — обкалывание раствором адреналина 1:10 с последующей электрокоагуляцией, эндоклипирования кровоточащей язвы или комбинации методов. В случае отсутствия эффекта от первичного

эндоскопического гемостаза при кровотечении типа F-IA больного направляли в экстренную операционную для оперативного лечения, при кровотечении типа F-IB допускались повторные попытки гемостаза до остановки активного кровотечения. Далее, на фоне проводимого интенсивного консервативного лечения, включающего гемостатическую, гемозаместительную терапию, болюсное и инфузионное введение современных антисекреторных препаратов, в среднем в интервале через 6-8 часов выполняли эндоскопический контроль за надежностью гемостаза. Эндоскопический гемостаз предпринят в 283 (45%) случаях продолжающегося кровотечения, в остальных — угроза рецидива кровотечения. Применены следующие методики гемостаза или профилактики рецидивов кровотечения:

- инъекционная инфльтрация участка слизистой с источником кровотечения — в 283 случаях (раствором адреналина гидрохлорида 1:10000 в объеме 5-10 мл; раствором склерозирующих веществ: 35% этилового спирта, 1% этоксисклерола);
- прицельная диатермокоагуляция монополярным зондом во всех 283 случаях. Рецидив кровотечения был у 7 (2,47%) пациентов, которым проводилась диатермокоагуляция с клипированием сосуда на дне язвы. Сочетанный эндоскопический гемостаз с эндоклипированием участка слизистой с источником кровотечения — 12 (4,24%). Рецидив кровотечения возник у 2 (0,71%) пациентов, которые были прооперированы.

Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было. Состоявшееся кровотечение на момент осмотра было выявлено у 412 (65,9%) пациентов. Основу консервативной терапии у больных после остановки кровотечения составила базисная терапия, которая включала:

- 1) использование препаратов с гемостатическим и кровезаместительным эффектом (внутривенное введение нативной плазмы, криопреципитата, эритроцитарной массы, аминокaproновой кислоты, внутримышечное введение дицинона, этамзилата натрия);
- 2) инфузионную терапию в объеме, соответствующем уровню гиповолемии, в составе, необходимом для коррекции нарушений гомеостаза;
- 3) антисекреторную терапию: внутривенное введение блокаторов протонной помпы, прием антацидных гелей;
- 4) лечение *H. Pylori*-инфекции — больным с хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки при выписке рекомендовали проведение амбулаторного курса эрадикационной терапии.

**Результаты и обсуждения.** Все манипуляции мы выполняли в условиях специально оборудованного эндоскопического кабинета. При этом обязательным является, что при проведении манипуляции необходимо обеспечить снижение перистальтики и поддержание нормального уровня артериального давления, поскольку гипертония способствует рецидиву кровотечения, а гипотония не позволяет оценить эффективность гемостаза в момент проведения манипуляции.

Анализ полученных данных показал эффективность метода сочетанного эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении: при F-IA — 75%, при F-IB — 100%. Наибольшей эффективностью при небольшом числе наблюдений обладали высокотехнологичные методы (электрокоагуляция, эндоклипирование, комбинация методов). У больных с состоявшимся (спонтанно остановив-

шимся) кровотечением типа F-IIA активная эндоскопическая тактика заключалось в профилактике рецидива кровотечения методом спиртовой инфильтрации. Как показали наши исследования, необходимым условием эффективной профилактики кровотечения F-IIA считаем инфильтрацию слизистой «под сгусток». Все случаи отсутствия эффекта от гемостаза были у пациентов с язвами, локализованными на задней стенке двенадцатиперстной кишки. Они составили 0,71%, эти случаи были экстренно оперированы. Показанием к экстренному хирургическому вмешательству у больных с гастродуоденальными кровотечениями было отсутствие эффекта от эндоскопического гемостаза при продолжающемся кровотечении (тип F-IA). Операция, производимая по экстренным показаниям при продолжающемся гастродуоденальном кровотечении, должна быть направлена, прежде всего, на спасение жизни больного и поэтому иметь минимальный объем, при этом должна обеспечивать надежный гемостаз и сохранение пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту. Расширение объема оперативного вмешательства при нестабильных показателях гемодинамики в условиях продолжающегося или массивного состоявшегося кровотечения крайне опасно для жизни больного и должно быть строго обосновано.

*Карабоев Б. Б., Хакимов Д. М., Ходжиматов Г. М., Хамдамов Х. Х.,  
Бакиров Г. З., Касимов Н. А., Яхёев С. М.*

### **ЭНДСКОПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ–ВЕЙСА**

Андижанский государственный медицинский институт,  
г. Андижан, Республика Узбекистан

В общей структуре кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта удельный вес больных с синдромом Меллори–Вейса составляет в среднем до 15%.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 94 пациентов с синдромом Меллори–Вейса. Мужчин было 80 (85,1%), женщин — 14 (14,9%). Возраст больных варьировал от 20 до 86 лет. По классификации Bellman (1973) разрывы I степени выявлены у 81 (86,2%) пациента; II степени — у 12 (12,7%); III степени — у 1 (1,1%). В 81 (86,2%) случае диагностировано наличие одного разрыва, в 9 (9,6%) — два разрыва, в 4 (4,2%) констатировано наличие трех и более разрывов.

**Результаты.** Всем больным при поступлении выполняли экстренную эзофагогастродуоденофиброскопию. В соответствии с классификацией Forrest (1974) пациенты поступали в стационар в основном с остановившимся кровотечением: FIIA 36 (38,3%) случаев, FIIB 28 (29,8%), FIIC 14 (14,9%), FIIL 9 (9,6%). Активное кровотечение диагностировано у 7 пациентов: FIA — 2 (2,1%), FIB — 5 (5,3%). С целью остановки кровотечения и для укрепления гемостаза у 71 (75,5%) больного применялся комбинированный эндоскопический гемостаз в виде обкалывания зоны разрывов этанолом и диатермокоагуляции. Показанием к его применению явилось кровотечение FIA, FIB, FIIA, FIIB. При FIIC, FIIL эндоскопический гемостаз не применялся. Среди пациентов с активным кровотечением (7) эффективность эндоскопического гемостаза составила 87,3% (6). С целью объективного

контроля над процессом установления гемостаза в местах разрывов проводили динамические эндоскопические осмотры по определенным временным интервалам. После гемостаза кровотечения FIA повторную эндоскопию выполняли через 6 часов, FIB — 8 часов, FIIA — 12 часов, FIIB — 24 часа, FIIC — 48 часов, FIIL — 72 часа. Данный стандартизированный подход при выполнении 55 повторных эндоскопических исследований позволяет диагностировать возникновение рецидива кровотечения намного раньше, до возникновения явных клинических проявлений и развития тяжелой кровопотери. Частота развития первого эпизода рецидива кровотечения после первичного комбинированного эндоскопического гемостаза составила 29,5% (21 больной). Все рецидивы кровотечения выявлены при проведении контрольных динамических эндоскопических осмотров в течение первых суток пребывания пациентов стационаре. Рецидив кровотечения проявлялся диффузной кровоточивостью из области разрыва FIB и отрицательной Forest миграцией у 11 и 10 пациентов соответственно. Оперировано 2 (2,1%) больных. Один пациент подвергнут оперативному вмешательству в связи с продолжающимся кровотечением и неэффективностью эндоскопического гемостаза.

**Выводы.** Применение комбинированного эндоскопического гемостаза дает возможность достижения окончательного гемостаза в области разрывов у 97,2% пациентов.

*Каттаханова Р. Ю., Махмудов Н. И., Умурзаков О. Э.*

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ  
ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**

Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
г. Фергана, Республика Узбекистан

Гипертонический криз — это резкое внезапное кратковременное обострение гипертонической болезни, характеризующееся острыми расстройствами мозгового или коронарного (в области сердца) кровообращения. Для ранних стадий гипертонии характерны кризы, которые являются следствием выброса в кровь адреналина. В поздних стадиях кризы связаны с выбросом норадреналина.

Цель настоящей работы — изучение эффективности и безопасности фармадипина у больных с гипертоническими кризами на догоспитальном этапе.

Фармадипин блокирует входение ионов кальция в кардиомиоциты и гладкомышечные клетки коронарных и периферических артерий через медленные потенциалзависимые кальциевые каналы мембран клеток. Расслабляет гладкие мышцы сосудов, ликвидирует спазмы и расширяет коронарные и периферические артерии, уменьшая периферическое сосудистое сопротивление, артериальное давление, постнагрузку и потребность миокарда в кислороде; незначительно снижает сократимость миокарда, несколько уменьшает агрегацию тромбоцитов.

Мы наблюдали 136 больных (81 женщин и 55 мужчин) в возрасте 45-75 лет с гипертоническими кризами I и II типа. Длительность гипертонического анамнеза — от 7 до 18 лет. Фармадипин назначали в дозе 5-7 капель (учитывая уровень повышения АД, дозу увеличили до 10-15 капель) под язык. При приеме внутрь он

хорошо всасывается в пищеварительном тракте, биодоступность — 40-60%. Обычно максимум действия регистрируется через 30-40 минут. Гемодинамический эффект сохраняется на протяжении 4-6 часов.

Результаты, проявлявшиеся в течение 30-40 минут после приема препарата, выражались в снижении артериального давления. Положительный эффект наблюдался у 85% больных. При этом систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) давление снизилось, соответственно, в среднем на 18,5 и 12,8 мм рт. ст. по сравнению с исходным уровнем.

Из отрицательного влияния препарата можно указать увеличение на 4,5% частоты сердечных сокращений, но это не влияло на общее состояние больного.

Таким образом, имеющиеся предварительные данные позволяют сделать вывод о целесообразности применения фармадипина при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе при гипертонических кризах.

*Каттаханова Р. Ю., Махмудов Н. И., Умурзаков О. Э., Исмаилова М. И.*

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА  
ГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ  
С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
г. Фергана, Республика Узбекистан

Актуальность интенсивной терапии (ИТ) при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) не вызывает сомнения в связи с сохранением высокой летальности на госпитальном этапе лечения и с высокой степенью инвалидизации после ТЧМТ.

На данный момент существует ряд особенностей ведения данной категории больных и остается малорешенным вопрос специфической терапии легочных осложнений, в особенности вызванных госпитальными штаммами инфекций. Особую актуальность данная проблема составляет в нейрореаниматологии, поскольку высок процент больных, длительно находящихся на ИВЛ. Как известно, ТЧМТ всегда сопровождается расстройствами газообмена, которые связаны как с нарушением центральных механизмов регуляции дыхания, так и с паренхиматозными легочными осложнениями. Однако пневмония, связанная с проведением искусственной вентиляции легких (ИВЛ), относится к тяжелому осложнению, частота которого колеблется от 9 до 70%, а летальность — от 25 до 70%. У больных, которым проводили ИВЛ (до внедрения в практику бактериологических фильтров), летальность от пневмонии была значительно выше, чем у пациентов, находившихся на спонтанном дыхании. Существует прямая зависимость между частотой возникновения пневмонии и длительностью ИВЛ.

Многоцентровое исследование преобладания инфекций, проведенное в 17 странах Европы на 9565 пациентах, показало, что в отделениях ИТ нозокомиальная пневмония (НП) занимает первое место среди всех инфекционных осложнений (47%). В то время как в отделениях общего профиля частота развития НП не превышает 6,5-0,7%, в ОИТ этот показатель составляет, по разным данным, от 15 до 40%.

Цель исследования — проанализировать особенности развития, этиологии и лечения госпитальной пневмонии (ГП) у больных с тяжелыми черепно-мозговыми травмами.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных, госпитализированных в реанимационное отделение ФФ РНЦЭМП за период 2018-2019 гг. Всего за 2018 г. было госпитализировано 33 больных с ТЧМТ различной степени тяжести: 28 (84,8%) мужчин и 5 (15,2%) женщин. В 2019 г. было госпитализировано 35 человек с ТЧМТ: 31 (88,6%) мужчина и 4 (11,4%) женщины. Средний возраст больных составил  $44,3 \pm 2,3$  года. Состояние больных по комплексу патологии и по шкале Глазго во всех случаях оценивалось как тяжелое.

Особого внимания заслуживают показатели летальности больных, госпитализированных по поводу ТЧМТ. Так, в 2018 г. этот показатель составил 18 случаев или 54% от общего числа больных; в 2019 г. отмечено снижение этого показателя до 45,7%, то есть 16 случаев из 35 госпитализированных.

Все госпитализированные больные находились под бактериологическим мониторингом стационарной пневмонии. Диагноз «пневмония» был поставлен на основании клинической картины, рентгенологических данных (инфильтрат в легком) и общего анализа крови, свидетельствующего о наличии активного воспалительного процесса. У всех больных в соответствии с развитием патологического процесса в легких был взят смыв из трахеи на бактериологическое исследование, на последующем этапе исследования запланирована расшифровка микробного пейзажа и антибиотикорезистентности возбудителей пневмоний.

По многочисленным литературным данным, НП является главной причиной смертности в структуре внутрибольничных инфекций. Это объясняется сложностью ее своевременной диагностики, особенно у пожилых, ослабленных больных и у пациентов, пребывающих в коматозном состоянии.

НП, связанная с проведением ИВЛ, в особенности у пациентов с ТЧМТ, является осложнением уже имеющегося у больного критического состояния, потребовавшего применения жизнеспасительного замещения функции дыхания. Очевидно, что оптимизация диагностики, антимикробного лечения и профилактики НП способна существенно улучшить прогноз этой группы больных.

Проблема нозокомиальной пневмонии интенсивно разрабатывается как у нас в стране, так и за рубежом. Однако она далека от разрешения. К основным «белым пятнам» вопроса можно отнести следующие.

1. Отсутствуют четкие представления о диагностической значимости различных методов выявления НП, не разработан алгоритм диагностического поиска у больных с подозрением на НП.

2. Представления о спектре возбудителей НП, полученные при исследованиях у пациентов ОИТ общего профиля, не могут быть целиком перенесены на больных с ТЧМТ. Кроме того, даже в различных хирургических учреждениях микробный спектр возбудителей и их антибиотикорезистентность имеют свои особенности; микробный «пейзаж» ОИТ также неодинаков в разных стационарах.

3. Профилактика внутрибольничной пневмонии у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой базируется на комплексе медицинских и эпидемиологических мероприятий: лечении сопутствующих очагов инфекции, соблюдении

санитарно-гигиенического режима и инфекционного контроля в ЛПУ, предупреждении переноса возбудителей медперсоналом при проведении эндоскопических манипуляций. Чрезвычайно важна ранняя послеоперационная активизация пациентов, стимуляция откашливания мокроты; тяжелые больные нуждаются в адекватном туалете ротоглотки, постоянной аспирации трахеального секрета.

*Кашанский Ю. Б., Кучеев И. О., Аликперов У. К.,  
Лапшин В. Н., Шаламов Д. В. Разумова Н. К.*

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ  
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА  
В СКОРОПОМОЩНОМ СТАЦИОНАРЕ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.И. И. Джанелидзе»,  
СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

В последние годы, как у нас в стране, так и за рубежом наблюдается устойчивая тенденция роста продолжительности жизни. Вероятность получения травмы в пожилом и старческом возрасте значительно возрастает в связи с наличием у этой категории пострадавших отягощенной хронической патологией преморбидного фона. При наличии костных повреждений, требующих оперативной коррекции, у пациентов старшей возрастной группы определение тактики оказания медицинской помощи, т.е. целесообразности, допустимости, вида, времени и объема оперативного вмешательства, является первостепенной задачей, определяющей качество жизни, а во многих случаях и исход. Принятие аргументированного решения должно базироваться на объективных критериях оценки тяжести повреждения, текущего соматического состояния пострадавшего, преморбидного фона и травматичности предстоящей операции.

Среди способов интегральной оценки тяжести травмы, учитывающих функциональную реакцию организма на полученные повреждения, прогностический алгоритм, включающий балльную оценку шокогенности, основные параметры гемодинамики и возраст пострадавшего, может быть использован для решения вопроса о тактике хирургического лечения в остром периоде травматической болезни. Согласно предложенному подходу при длительности шока до 6 часов (положительный прогноз) показано оперативное лечение в срочном порядке; при длительности шока до 24 часов (сомнительный прогноз) — малоинвазивные способы оперативного лечения; при длительности более 24 часов (неблагоприятный прогноз) — консервативные методы лечения. И, если при шокогенной травме хирургическая тактика определяется, в основном, характером и тяжестью повреждений, то при неосложненном течении острого периода травматической болезни у пациентов старшей возрастной группы решающее значение имеет коморбидная патология. Противопоказанием к оперативной коррекции переломов в срочном порядке у пациентов пожилого и старческого возраста является декомпенсация хронических заболеваний и наличие жизнеугрожающих синдромов, таких как: острая левожелудочковая недостаточность, аритмия, сопровождающаяся гипотонией, острая дыхательная недостаточность, острая почечно-печеночная недоста-

точность, выраженные водно-электролитные нарушения и существенные сдвиги КОС, выраженные нарушения гемостаза.

Таким образом, хирургическая тактика, основанная на объективных критериях оценки тяжести повреждений и состояния пострадавшего, позволяет минимизировать риск негативного исхода при лечении переломов в остром периоде травматической болезни у пациентов пожилого и старческого возраста.

*Коломейцев М. Г., Лукьянов В. И.*

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ И ПЕРВОЙ ПОМОЩИ РОССИЙСКИМ ТУРИСТАМ  
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,  
г. Москва, Россия

Географическое положение Республики Беларусь (РБ), ее близость к России, наличие туристических и курортно-рекреационных ресурсов в сочетании с транспортной доступностью и безвизовым режимом для российских граждан делают ее привлекательной для российских туристов.

Поскольку туризм всегда сопряжен с различными источниками опасности и возникновением рисков, вопросам безопасности и здоровья туристов уделяется особое внимание. В случае возникновения чрезвычайных ситуаций в пределах территории РБ государство принимает меры по охране жизни и здоровья туристов на основании ч. 1 ст. 37 Закона Республики Беларусь от 11.11.2021 № 129-З «О туризме». Права иностранных граждан на доступное медицинское обслуживание, в том числе получение скорой медицинской помощи, регулируется ст. 5 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII «О здравоохранении», ст. 13 Закона Республики Беларусь от 04.01.2010 № 105-3 «О правовом положении иностранных граждан и лиц без гражданства в Республике Беларусь», а также межправительственным Соглашением двух стран от 24.01.2006 о порядке оказания медицинской помощи гражданам РФ и РБ в учреждениях здравоохранения в стране пребывания.

В требованиях, обеспечивающих безопасность жизни и здоровья туристов в РБ (Закон № 129-З, ГОСТ 32611-2014), отсутствуют рекомендации по оказанию первой помощи пострадавшим туристам. В то время как именно этот вид помощи является приоритетным для сохранения жизни и здоровья.

В силу ст. 63 и 63 Закона № 2435-XII первую помощь в РБ вправе оказывать спасатели, сотрудники органов внутренних дел и иные физические лица, прошедшие обучение методам оказания первой помощи. Состав аптек первой помощи утвержден Постановлением Минздрава Республики Беларусь от 04.12.2014 № 80 «Об установлении перечней аптек первой помощи, аптек скорой медицинской помощи, вложений, входящих в эти аптечки, и определении порядка их комплектации». Перечень вложений, входящих в аптечки первой помощи, разный: универсальная — содержит лекарственные препараты, автомобильная — нет. Ряд лекарственных препаратов универсальной аптечки первой помощи предполагает их внутривенное введение, что относится к медицинским манипуляциям, которые осуществляются медицинскими работниками. Данный факт может свидетельство-



вать о том, что комплектация аптечек первой помощи не учитывает степень подготовленности участников оказания первой помощи, при отсутствии законодательно закрепленного объема самой первой помощи в РБ. Это делает затруднительным оказание первой помощи российским туристам с правовой точки зрения.

Данная ситуация отчетливо показывает, что при доступности медицинской помощи существует необходимость совершенствования законодательных норм оказания первой помощи на межправительственном уровне между РФ и РБ с целью обеспечения безопасности жизни и здоровья туристов в стране пребывания.

*Коломейцев М. Г.<sup>1</sup>, Петрова Ю. Г.<sup>2</sup>, Коломейцев Е. Г.<sup>3</sup>*

**О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ  
ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ  
СОТРУДНИКАМИ ГОСАВТОИНСПЕКЦИИ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет»,

<sup>2</sup>Учебный центр «СТАРТ»,

<sup>3</sup>УГИБДД ГУ МВД России по г. Москве,

г. Москва, Россия

Снижение смертности в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) является целью федерального проекта «Безопасность дорожного движения» (2018-2024), реализуемого в рамках национального проекта «Безопасные и качественные автомобильные дороги». Одной из мер снижения смертности в результате ДТП можно считать оказание первой помощи пострадавшим в ДТП на месте происшествия сотрудниками ДПС ГИБДД.

По данным МВД РФ по итогам 2019 г. в каждом пятом субъекте РФ наблюдалось увеличение числа погибших, при этом доля погибших в первые 24 часа с момента ДТП колеблется в пределах 12-15%. Неоказание первой помощи пострадавшему в течение первого часа после получения им травмы увеличивает частоту смертельных исходов на 30%. Одной из возможных причин, увеличивающих смертность пострадавших в результате ДТП, можно считать ограниченные возможности сотрудников ДПС ГИБДД при оказании первой помощи пострадавшим.

В соответствии с нормами положенности, утвержденными приказом МВД России от 29.12.2012 № 1157 (п. 4.25 прил. 8), укладки оказания первой помощи (далее — укладки) являются опционным оборудованием, которым должны оснащаться 100% патрульных автомобилей строевого подразделения и стационарные посты ДПС ГИБДД. Согласно данным ГУОБДД МВД России, оснащенность подразделений Госавтоинспекции укладками, в соответствии с нормами положенности, составляет 24,8%.

Комплектация укладки должна соответствовать требованиям приказа Минздрава России от 15.12.2020 № 1328н. В укладке отсутствуют лекарственные препараты и ряд медицинских изделий, которые могли бы применяться при оказании первой помощи пострадавшим в ДТП. При этом в обзорной справке нормативного правового регулирования о некоторых вопросах оказания первой помощи сотрудниками Госавтоинспекции (прил. 1 указания МВД России от 15.04.2020 № 1/4169) указано, что «Медицинские изделия, которыми укомплектовываются укладки,

не подлежат замене. Расширение перечня комплектации укладки не предусматривается».

Данная ситуация отчетливо показывает, что при обязанности оказания первой помощи сотрудниками ДПС ГИБДД, существует необходимость совершенствования законодательных норм в этих вопросах. Рассмотрения требуют такие вопросы, как обучение и расширение полномочий сотрудников ДПС ГИБДД по оказанию первой помощи в расширенном объеме (в том числе, с применением лекарственных препаратов); изменение укладки первой помощи и необходимость 100% оснащения ими патрульных автомобилей и стационарных постов ДПС ГИБДД.

*Кондратьев И. П., Кашанский Ю. Б., Поликарпов А. В., Цапенко В. О.*

**МИНИИНВАЗИВНЫЙ И МАЛОМЕТАЛЛОЕМКИЙ ОСТЕОСИНТЕЗЫ  
КАК СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ  
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им.И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

В последние годы при лечении переломов были значительно расширены показания к их остеосинтезу. Однако, наряду с получением ряда несомненных преимуществ, это вызвало увеличение частоты гнойно-некротических осложнений, нередко приводящих к развитию остеогенного сепсиса. Одной из причин такого положения дел является травматичность операции. Поэтому нами были разработаны миниинвазивные и малометаллоёмкие способы остеосинтеза.

Так, для лечения переломов дистального отдела предплечья мы предложили способ их остеосинтеза (патент РФ №2644848 от 14.02.2018). Он включает фиксацию костных фрагментов спицами. Первой из них закрепляются кости предплечья в положении пронации, второй — фиксируется наиболее крупный фрагмент лучевой кости, а остальными тремя — все ее осколки под углом между собой от 6 до 30°. Спицы располагают в обеих костях и жестко соединяют друг с другом над кожей с локтевой стороны предплечья затвердевающим пластическим материалом.

При переломах голени мы применяем два других способа (патент РФ №2442546 от 20.02.2012 и патент РФ №2605647 от 27.12.2016). Накостный фиксатор после открытой репозиции располагается на одной из поврежденных костей голени. При этом винты вводятся через отверстия пластины в обе кости.

Для лечения парных костей скелета их фиксацию производим другим малометаллоёмким способом (патент РФ №2691015 от 07.06.2019). Он включает репозицию и окончательную фиксацию отломков костей голени и предплечья лишь винтами. Отличительной особенностью является то, что при остеосинтезе поврежденной кости используется неповрежденная парная кость. Фиксация перелома осуществляется винтами, которые вводятся выше и ниже его в обе кости через все кортикальные слои. Винты располагаются в горизонтальной и фронтальной плоскостях с углом между ними от 6 до 30°. Предложенные способы остеосинтеза были выполнены у 117 пациентов с переломами голени и у 88 — с переломом предплечья. Миниинвазивный и малометаллоемкий характер вмешательств позволил избежать развития гнойно-некротических осложнений и достичь сращения переломов.

*Косова Е. А., Биркун А. А.*

**ДОСТУПНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ  
ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА  
ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского»,  
г. Симферополь, Россия

**Введение.** Дистанционное обучение базовой сердечно-легочной реанимации (БСЛР) обеспечивает эффективное усвоение знаний, а также существенно мотивирует к оказанию помощи и дальнейшему очному обучению. Учитывая ограниченный охват населения очной подготовкой, онлайн-обучение БСЛР рекомендовано Европейским советом по реанимации в качестве альтернативы традиционному очному обучению. Вместе с тем неизвестно, доступны ли цифровые материалы онлайн-курсов по БСЛР для освоения людьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), которые составляют примерно 15% населения земного шара. Соответственно, цель исследования состояла в анализе цифровой доступности (веб-доступности) онлайн-курсов по БСЛР для людей с ОВЗ.

**Материал и методы.** В декабре 2021 года был выполнен поиск в сети Интернет англоязычных бесплатных онлайн-курсов по БСЛР при остановке сердца у взрослых пострадавших. Оценку веб-доступности курсов выполняли с помощью программного инструмента WAVE (WebAIM, США), который автоматически идентифицирует, маркирует и отображает в окне браузера нарушения доступности веб-контента. Выявленные нарушения были проверены на соответствие Рекомендациям по доступности веб-контента (Web Content Accessibility Guidelines, WCAG) редакции 2.1.

**Результаты.** Все включенные в анализ курсы БСЛР ( $n=30$ ) характеризовались нарушениями веб-доступности. Только два курса (6,7%) удовлетворяли всем критериям уровня А (минимальный приемлемый уровень) соответствия WCAG 2.1, и ни один из курсов не отвечал уровню AA или AAA. Самые распространенные проблемы доступности включали нарушения контраста между текстом и фоном (ошибки выявлены для 100,0% курсов), некорректный дизайн структурных элементов (73,3%), элементов навигации (90,0%), пользовательских форм ввода данных (53,3%), отсутствие альтернативного текстового описания для изображений (90,0%) и нарушения разметки веб-страницы, ограничивающие совместимость со вспомогательными технологиями для людей с ОВЗ (53,3%). Выявленные нарушения могут затруднять обучение людей с расстройствами зрения, слуха, двигательными и когнитивными расстройствами.

**Выводы.** Бесплатные онлайн-курсы по БСЛР имеют существенные нарушения веб-доступности, что может создавать препятствия для лиц с ОВЗ, включая пожилых людей, в освоении методов первой помощи. Требуется разработка и внедрение организационных мер, направленных на повышение информированности о проблеме веб-доступности в обучении первой помощи и установление единых процедур контроля и обеспечения доступности цифровых материалов онлайн-курсов по БСЛР для всех обучающихся.

*Костяков Д. В.<sup>1</sup>, Зиновьев Е. В.<sup>1,2</sup>, Солошенко В. В.<sup>1</sup>, Крылов П. К.<sup>1</sup>*  
**ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ  
У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ COVID-19**

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

г. Санкт-Петербург, Россия

**Цель.** Изучить особенности влияния новой коронавирусной инфекции на функциональное состояние различных систем и органов у легко- и тяжело-обожженных пациентов.

**Материал и методы.** В работе проанализированы результаты исследований (коагулограмма) у 17 тяжелообожженных, инфицированных вирусом COVID-19, госпитализированных в ожоговый центр ГБУ СПб НИИ СП имени И. И. Джанелидзе в 2020 году. В группу контроля включены 17 пациентов с аналогичными по тяжести поражениями, лечившихся в центре в 2018 г. Оценка лабораторных показателей выполняли на трех контрольных точках, которые были выбраны с учетом инкубационного периода (ИнП) новой коронавирусной инфекции, соответствующего 14 суткам. Первая точка располагалась в промежутке от 7 до 10 суток до начала предположительного ИнП. С целью более точного определения возможных изменений в анализируемых лабораторных показателях инкубационный период (14 суток) был разделен на два равных промежутка по 7 суток. Первая (1-7 сутки) и вторая (7-14 сутки) половины ИнП соответствовали второй и третьей контрольным точкам. Статистическую обработку полученных результатов выполняли с использованием программного обеспечения MS Office Excel и SPSS Statistics 17.0. В качестве среднего показателя использовалась медиана (Me) с границами, равными 25-м (Q25) и 75-м (Q75) квартилям. Достоверность различий между связанными и несвязанными выборками данных осуществляли с помощью критериев Т-Уилкоксона и U-Манна–Уитни соответственно. Альтернативная гипотеза принималась при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии достоверных различий большинства параметров коагулограммы у пострадавших, инфицированных COVID-19, за исключением уровня фибриногена. Его содержание на протяжении всего периода наблюдения превышало верхнюю границу референсных значений (2-4 г/л), достигая максимума во второй половине ИнП — 7,02 г/л, что на 46,6% ( $p < 0,05$ ) и 15,6% ( $p < 0,05$ ) больше, по сравнению с результатами, полученными на первой (вне ИнП) и второй (первая половина ИнП) контрольных точках соответственно. Показатели МНО, протромбиновой активности по Квику и протромбинового времени находились в пределах референсных значений на всех точках наблюдения. Оценка параметров коагулограммы у пациентов с обширными ожогами кожи и верифицированным COVID-19 и аналогичными данными группы контроля не позволила выявить достоверных различий.

*Крылов П. К., Зиновьев Е. В.*  
**НАРУШЕНИЯ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ  
С ТОКСИЧЕСКИМ ЭПИДЕРМАЛЬНЫМ НЕКРОЛИЗОМ  
В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) представляет собой наиболее тяжелое токсико-аллергическое, чаще лекарственно-индуцируемое заболевание, угрожающее жизни больного. Согласно клиническим рекомендациям (протоколам) скорой медицинской помощи верифицированный диагноз «токсический эпидермальный некролиз» является абсолютным показанием для госпитализации пациента в отделение интенсивной терапии специализированного ожогового центра. Однако отсутствие регламентирующих документов длительное время создавало трудности в процессе реализации мультидисциплинарного подхода к лечению данной категории пациентов. Учитывая высокую стоимость поликомпонентного лечения пациентов с токсическим эпидермальным некролизом, с целью оптимизации планирования затрат и обеспечения стандартизации подходов к оказанию медицинской помощи сотрудниками отдела термических поражений НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе совместно с представителями медицинского информационно-аналитического центра Санкт-Петербурга был разработан специальный тариф.

Административным регламентом определен вариант маршрутизации пациентов с подозрением на развитие токсического эпидермального некролиза, определяющий необходимость экстренной консультации врачом-дерматовенерологом с последующим незамедлительным направлением в НИИ скорой помощи (обязательно предварительное информирование) и госпитализацией в профильное отделение интенсивной терапии.

Анализ результатов внедрения принципов маршрутизации в клиническую практику показал обоснованность данного подхода к курации пациентов с данной нозологией. Однако в ряде случаев выявлено грубое нарушение разработанных алгоритмов на догоспитальном этапе. Так, нередко диагноз токсический эпидермальный некролиз устанавливается врачом первичного контакта при визуализации любых проявлений везикулярно-буллезного характера вне зависимости от данных анамнеза, клинических проявлений без консультирования врачом-дерматовенерологом (либо квалифицированным врачом смежной специальности) с транспортировкой в НИИ скорой помощи. Данный вариант нарушения маршрутизации приводит к снижению качества оказываемой медицинской помощи вследствие отсутствия у дежурной службы ОЭСМП НИИ скорой помощи компетенций, позволяющих исключить токсический эпидермальный некролиз и изменить профиль пациента. Указанные сложности приводят к отсрочке начала оказания квалифицированной медицинской помощи по нозологии, установленной в результате обследования пациентов данной категории.

Таким образом, только четкое соблюдение разработанного алгоритма (консультирование врачом-дерматовенерологом, предварительное уведомление

о направлении в НИИ скорой помощи с возможным использованием технологий телемедицины) позволит добиться минимизации процента диагностических ошибок и нарушений принципов маршрутизации пациентов с предполагаемым токсическим эпидермальным некролизом.

*Лукогорская Н. Н.<sup>1</sup>, Барсукова И. М.<sup>1,2</sup>, Пенюгина Е. Н.<sup>2</sup>*  
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ,  
ВЫПОЛНЕННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ  
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России,

<sup>2</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения от 26.12.2016 года №997н «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований» штатная численность отделений и кабинетов функциональной диагностики устанавливается руководителем медицинской организации с учетом объема лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения. Существенное влияние на объем и структуру функциональных исследований в стационарных медицинских организациях оказывает целый ряд факторов, включающих мощность медицинских организации, особенности профильного состава коечного фонда. В амбулаторно-поликлинических учреждениях важное значение имеют мощность учреждения, уровень специализации и количество должностей врачей разных специальностей, ведущих амбулаторный прием.

В 2020 г. в Санкт-Петербурге в период распространения коронавирусной инфекции существенно изменился не только объем выполненных функциональных исследований, но и их структура. По сравнению с предшествующим годом число всех исследований, выполненных в медицинских организациях, сократилось на 10,4% (с 6 804 244 исследований в 2019 г. до 6 097 653 исследований в 2020 г.). Ранжирование по удельному весу различных функциональных исследований практически не изменилось. Однако удельный вес функциональных исследований различных систем организма в 2019 г. и в 2020 г. отличается весьма существенно. И в 2019 г., и в 2020 г. первое место занимали функциональные исследования сердечно-сосудистой системы (соответственно 66,3% и 58,8%), второе — исследования других систем (21,7% в 2019 г. и 20,1% в 2020 г.). На третьем месте стоят функциональные исследования внешнего дыхания (7,0% в 2019 г. и 16,8% в 2020 г.). Наименьшую долю составили функциональные исследования нервной системы (5,0% в 2019 г. и 4,3% в 2020 г.). Столь существенные изменения числа и удельного веса исследований дыхательной системы в 2020 г. были обусловлены необходимостью проведения пульсоксиметрии больным с COVID-19. Изменение числа и удельного веса различных методов функциональных исследований влияет не только на реальную нагрузку

врачей и медицинских сестер, но и требует пересмотра стандартов оснащения отделений, выполняющих эти исследования.

*Лукьянова И. Ю.<sup>1</sup>, Кузнецов А. В.<sup>2</sup>, Козырева А. Г.<sup>2</sup>, Комарницкий В. М.<sup>2</sup>*

**ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ  
У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ  
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ  
ФЕЛЬДШЕРСКОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И. И. Мечникова» Минздрава России,

<sup>2</sup>СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 8»,

г. Санкт-Петербург, Россия

В современных условиях оказания скорой медицинской помощи работа фельдшерских бригад приобретает все большее значение. В ходе своей работы они нередко сталкиваются с необходимостью проведения медикаментозной кардиоверсии у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.

**Цель.** Оценить безопасность проведения медикаментозной кардиоверсии у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий антиаритмическим препаратом IC класса пропafenон в условиях фельдшерских бригад СМП.

**Материал и методы.** Исследование выполнено на базе отделения скорой медицинской помощи СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №8» и ГОБУЗ «Новгородская станция скорой медицинской помощи» в период с 01.01.2016 г. по 01.04.2019 г. В исследование включено 100 пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) без выраженного органического поражения сердца, которым проводилась медикаментозная кардиоверсия фельдшерской бригадой скорой медицинской помощи. Для медикаментозной кардиоверсии использовался препарат пропafenона гидрохлорид (пропанорм, фирма производитель ПРО.МЕД.ЦС, Чешская Республика). Препарат вводился внутривенно из расчета 2 мг/кг массы тела в течение 10-15 мин. без разведения.

**Результаты.** Восстановление синусового ритма было достигнуто у 69 (69%) пациентов. В ходе исследования не было выявлено гемодинамически значимых побочных эффектов.

**Выводы.** Пропафенон обладает высокой безопасностью и эффективностью при проведении медикаментозной кардиоверсии у пациентов с пароксизмальной формой ФП на догоспитальном этапе. Препарат может быть с успехом использован фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи.

*Люлько О. М., Олефиренко С. С., Золотарёва В. И., Белянская С. С.*  
**ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТЫ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ЕДИНОМУ НОМЕРУ «112»  
В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ**

ГБУЗ РК «Крымский республиканский центр медицины катастроф  
и скорой медицинской помощи», г. Симферополь, Россия

В ГБУЗ РК «Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» во исполнение Постановления Совета Министров Республики Крым от 21.01.2019 № 23 «О системе обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112» на протяжении двух лет проводилась работа по интегрированию диспетчерской службы скорой медицинской помощи с каналом «112».

**Цель.** Оценка работы диспетчерского состава территориального центра медицины катастроф (ТЦМК) к работе по приему и передаче вызовов бригадам скорой медицинской помощи на происшествия в режиме обслуживания единого номера «112» в Республике Крым.

**Материал и методы.** Обобщены данные по организации подготовки диспетчерского персонала скорой медицинской помощи, службы медицины катастроф ГБУЗ РК «Крымский Республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи» по вопросам интегрирования с Системой-112 в рамках регламента информационного взаимодействия экстренных оперативных служб региона и Всероссийской службы медицины катастроф.

**Результаты.** Обучение диспетчеров оперативно-диспетчерского отдела службы скорой медицинской помощи и диспетчерского состава отдела службы медицины катастроф ТЦМК в рамках интегрирования с Системой-112 осуществлялось на базе Государственной бюджетной образовательной организации дополнительного профессионального образования «Учебно-методический центр по гражданской обороне и чрезвычайным ситуациям Республики Крым» (г. Симферополь) по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации объёмом 36 часов. Из 70 сотрудников диспетчерского состава скорой медицинской помощи и отдела службы медицины катастроф Центра были обучены по указанной программе 51 фельдшер (медицинская сестра) по приёму и передаче вызовов бригадам скорой медицинской помощи, а также заведующие отделами службы медицины катастроф и скорой медицинской помощи.

Таким образом, практика внедрения единого номера «112» в Республике Крым показала, что для полноценного обеспечения работы канала «103», сопряжённого с каналом «112», достаточно профессионального обучения диспетчерского состава скорой медицинской помощи, службы медицины катастроф в первоначальном количестве, соответствующем не менее 70% от штатной численности диспетчерского персонала.



*Мамасалиев Н. С., Туйчиев А. Х., Турсунов Х. Х., Усмонов Б. У.*  
**ЭПИДЕМИОЛОГО-КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ  
ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ  
НА ОСНОВЕ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ И ЭТНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ**

Андижанский государственный медицинский институт,  
г. Андижан, Республика Узбекистан

Всемирная организация здравоохранения рассматривает некоторые факторы риска «как дорогу к глобальной смертности». Возрастающее бремя неинфекционных болезней, в значительной степени обусловленное кардиальной патологией и социальными либо другими факторами риска, является причиной существенной нагрузки на систему здравоохранения.

Нам представляется актуальным исследование с целью анализа случаев внезапной сердечной смерти (ВСС) среди населения Ферганской долины на основе социальных и этнических факторов.

**Материал и методы.** С использованием общепринятых критериев ВОЗ (1999) произведен эпидемиолого-клинический анализ ВСС у 1639 умерших коренных и некоренных жителей Ферганской долины с учетом влияния некоторых социальных факторов риска региона.

**Результаты и выводы.** ВСС достоверно часто случается среди безработных — 69,7% (у женщин 72,0% и у мужчин 68,0%;  $P < 0,05$ ) и предпринимателей — 24,3% (у женщин 2,0% и у мужчин 21,8%;  $P < 0,0001$ ) по сравнению с популяцией дехканов (сельских работников) — 9,0% (у женщин 7,3% и у мужчин 10,2%;  $P < 0,05$ );  $P < 0,01$ . Прослеживается рост ВСС среди коренного населения (52,8%) по сравнению с некоренной популяцией (47,2%;  $P > 0,05$ ) региона (у таджиков — 5,3%, у русских — 28,4%, среди татар — 13,5%). В обеих этнических группах населения самые высокие показатели ВСС наблюдаются в возрастном диапазоне 80-84 года — по 40,1% и 59,9% соответственно ( $P < 0,05$ ). В нашем исследовании имеет место ещё один факт — 99,6% случаев ВСС приходится на лиц, занятых преимущественно умственным трудом, и лишь в 0,9% случаях отмечается у лиц — представителей физического труда ( $P < 0,001$ ). Оказалось, что на случаи ВСС оказывают влияние жизненно-бытовые условия людей. При «хороших» и «плохих» условиях распространенность случаев ВСС регистрируется с частотой 51,1% и 48,9% соответственно ( $P < 0,05$ ); у женщин — 44,5% и 55,5% ( $P < 0,05$ ), у мужчин — 56,1% и 78,4% ( $P < 0,05$ ). Ещё один факт — острый стресс в качестве причины ВСС отмечается практически с одинаковой частотой (0,2%) как у мужчин (0,2%), так и у женщин (0,1%). Более агрессивным фактором оказался хронический стресс: при наличии данного фактора выявляемость случаев ВСС увеличивается до 48,9% (у женщин — 55,5% и у мужчин — 43,9%;  $P < 0,05$ ).

*Махмудов Х. А., Аббосхонов Г. Х., Эгамбердиев У. А., Умаров Д. Р.*  
**ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА**

Ферганский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Фергана, Республика Узбекистан

Современный этап развития анестезиологии характеризуется интенсивным поиском новых методов и средств анестезии, которые создавали бы оптимальный обезболивающий и седативный эффекты, полноценную защиту от чрезвычайных воздействий, оказывая при этом минимальное токсическое влияние на больных.

При многокомпонентном эндотрахеальном наркозе используется ряд лекарственных препаратов, которые не всегда имеются в наличии. Это явилось причиной применения эпидуральной анестезии при экстренных операциях на позвоночнике — при грыжах диска с выраженным каудальным синдромом.

За последние 12 месяцев нами было проведено 42 анестезиологических пособия при экстренной интерляминоэктомии, из них 10 — под эндотрахеальным наркозом, 23 — с эпидуральной анестезией и 9 — под спинномозговой анестезией (СМА). Из результатов видно, что количество эпидуральной анестезии составляет больший процент. Возраст пациентов составил от 40 до 65 лет.

Отбор пациентов происходил с учетом наличия показаний и противопоказаний по общепринятой методике. В качестве местного анестетика были использованы два вида анестетика: 0,75% рапивакаин для эпидуральной анестезии и 0,5% бупивакаин для СМА. В 10 случаях анестетик вводился в эпидуральное пространство одномоментно, в 13 случаях использован метод длительного введения анестетик через катетер.

При оценке результатов установлено, что в 4 случаях не наблюдали изменений сердечно-сосудистой системы (ССС), в 20 случаях имела место лёгкая гипотония, в 6 — умеренная и в 2 — выраженная. Для устранения гипотонии применяли инфузионную терапию, вазопрессоры. Такие виды осложнений, как головная боль, тошнота, рвота в нашей практике встречались у 10 больных.

Таким образом, применение проводниковой анестезии при экстренных операциях на поясничном отделе позвоночника является целесообразным вследствие простоты использования, дешевизны анестетика, отсутствия лёгочных осложнений, раннего перевода больных из реанимации в профильное отделение.

*Махмудов Н. И., Каттаханова Р. Ю., Исмаилова М. И., Шамсуддинова Г. Б.*  
**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛЕВЫХ ПРИСТУПАХ  
У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
г. Фергана, Республика Узбекистан

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 одно из важнейших задач на догоспитальном этапе. При остром инфаркте миокарда болевой приступ ведет к повышению тонуса симпатико-адреналовой системы, увеличению периферического сопротивления, частоты и силы сердечных сокращений. Это приводит к увеличению потребности миокарда в кислороде, усугублению ишемии и зоны некроза.

При остром инфаркте миокарда на догоспитальном этапе основной задачей врача является симпатoadреналовая защита, купирование болевого синдрома.

Цель исследования — оценить эффективность применения наркотических и ненаркотических анальгетиков в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками в неотложной помощи при болевых приступах у больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

С целью неотложной помощи при болевых синдромах применяются наркотические и ненаркотические анальгетики в сочетании с транквилизаторами или нейролептиками. Наркотические анальгетики снимают перевозбуждение центральной и симпатoadреналовой системы, что приводит к уменьшению потребления миокарда кислородом и ограничению зон некроза.

На догоспитальном этапе неотложную помощь при болевых приступах у больных с острым инфарктом миокарда следует начинать с приёма таблетки нитроглицерина 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 АД.

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 1 мл разводят изотоническим раствором хлорида натрия 10 мл и вводят 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 дезагрегатная (Аспирин, Клопидогрель, Гепарин), гемодинамическая ( $\beta$ -адреноблокаторы, иАПФ), антиаритмическая терапия (антиаритмические препараты), метаболическая защита (креатинфосфат, кардиопротекторы) и тромболитическая терапия (стрептокиназа, фибринолизин, юнитиназа). Допустимо введение фентанила 0,005% 2 мл или омнопона 2% 1 мл.

В последующем, гепарин 5-10 тыс. ЕД внутривенно струйно, если есть показания — стрептокиназа (проводится если от начала инфаркта прошло не более 6 часов), вводится 1,5 млн ЕД в течение 30 минут. При сохранении остаточной боли назначают анальгин, баралгин, димедрол, натрия оксибутират.

С целью неотложной помощи при болевых синдромах хороший эффект дает применение ингаляций закиси азота ( $N_2O$ ) в комбинации с кислородом ( $O_2$ ) в соотношении 1:4, затем 1:1 через носовой катетеры.

Больные с острым инфарктом миокарда после оказания неотложной помощи и купирования опасных для жизни осложнений транспортируются на носилках в стационар, госпитализируются в кардиореанимационное отделение.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о высокой эффективности нейролептаналгезии при неотложной помощи во время болевого присту-

па у больных с острым инфарктом миокарда, а также при болевых приступах при ИБС. Это дает возможность замедлить прогрессирование ишемического поражения миокарда и его регресс.

*Махмудов Н. И., Каттаханова Р. Ю., Исмаилова М. И., Шамсуддинова Г. Б.*  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН**

Ферганский медицинский институт общественного здоровья,  
г. Фергана, Республика Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) лидирует в статистике смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) по Узбекистану в женской и мужской популяции. Ежегодно в республике от различных форм ИБС погибает до 20 тыс. человек, показатели смертности от ССЗ в 4 раза выше, чем в развитых странах. У женщин первые проявления ИБС случаются на 10-20 лет позже, чем у мужчин, однако темпы роста заболевания более высокие, что влечет за собой летальный исход.

**Цель.** Изучить патогенетические и клинические особенности ИБС в женской популяции.

**Материал и методы.** Нами наблюдались 30 женщин с клинически установленным, документированным диагнозом ИБС в возрасте от 45 до 70 лет. При поступлении оценивали клинические и биохимические показатели крови (липидный спектр, СРБ), динамику ЭКГ, Эхо-КГ, данные коронароангиографии.

**Результаты.** Частота встречаемости артериальной гипертонии у женщин в равной мере соответствовала частоте артериальной гипертонии у мужчин. Повышенное АД в наблюдаемых группах отмечалось у 21 (88,7%) женщины и у 19 (86,2%) мужчин. Нарушения углеводного и липидного обмена чаще встречались в женской популяции. Ожирение у женщин отмечалось в 2,5 раза чаще, чем у мужчин. Первичный ИМ, согласно критериям ВОЗ, диагностирован у 7 (31,8%) женщин, повторный — у 15 (68,1%) женщин. Крупноочаговый инфаркт миокарда из 22 женщин наблюдался у 9 (40,9%) исследуемых, мелкоочаговый — у 13 (59%). Еще одной особенностью ИБС у женщин явилось рецидивирующее мелкоочаговое поражение миокарда левого желудочка. При коронароангиографии у женщин выявлялись множественные стенозы и окклюзии проксимальных отделов магистральных коронарных артерий, а также нестенозирующий гемодинамически незначимый атероматоз коронарных артерий, что является свидетельством микрососудистой эндотелиальной дисфункции у таких женщин. В мужской же группе чаще (45 против 22 женщин) возникал острый крупноочаговый инфаркт миокарда. При коронароангиографии значительно чаще выявлялись стволовые и устьевые окклюзии и стенозы магистральных артерий. Женская группа, имеющая несколько факторов риска по ССЗ, ангиографически чаще имела многососудистое поражение коронарных артерий. В противоположность этому, в мужской когорте многососудистое поражение коронарных артерий не всегда коррелировало с многофакторностью риска по ССЗ.

**Выводы.** Результаты нашего наблюдения подтверждают, что течение ИБС у женщин имеет ряд особенностей, которые должны учитываться в постановке диагноза, профилактике и лечении заболевания. Проведение специально сплани-

рованных исследований женской когорты, направленных на изучение патогенетических и клинических особенностей ИБС у женщин, является весьма актуальным, что позволит разработать наиболее правильные и грамотные ступени профилактической и лечебной системы в женской популяции.

*Меирманова Д. К., Нурутдинова Г. Х., Кушербаева А. М., Жанибекова И. А.*

### **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

РГП на ПХВ «Национальный координационный центр экстренной медицины»  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан,  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Скорая медицинская помощь (СМП) — один из важнейших видов медицинской помощи, так как является системой организации медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при острых заболеваниях и состояниях, угрожающих жизни, а также для предотвращения существенного вреда здоровью на месте происшествия и(или) в пути следования в медицинскую организацию.

Уровень организации СМП непосредственно влияет на снижение потерь общества от острых заболеваний, травм, отравлений и других состояний, угрожающих жизни и здоровью населения.

В настоящее время в Республике Казахстан осуществлена модернизация службы СМП, включающая совершенствование скорой медицинской помощи в соответствии с лучшими международными практиками.

Основные задачи и направления деятельности службы СМП:

— централизованный прием вызовов от населения при нарушении состояния здоровья по телефону «103»;

— оказание экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе при состояниях, угрожающих жизни и здоровью пациента или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

— транспортировка пациентов в стационарные учреждения здравоохранения;

— участие в ликвидации медицинских последствий чрезвычайных происшествий, аварий, катастроф и стихийных бедствий.

Служба СМП по республике представлена 18 самостоятельными станциями, 130 городскими подстанциями и 285 районными отделениями.

В соответствии с действующим нормативно-правовым актом, из 330 медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с населением от 20 000 и более в 293 созданы отделения СМП при организации ПМСП для обслуживания вызовов 4 категории срочности, что составило 88,8%.

В областных/городских станциях СМП функционируют более 1480 выездных бригад СМП в одну смену, из них 290 (19,6%) специализированных (врачебных) и 1194 (80,4%) фельдшерских. За 2021 г. в городских отделениях функционировало 909 бригад, в районных отделениях — 575 бригад.

По республике в отделениях СМП при организации ПМСП функционируют 536 бригад для обслуживания вызовов 4 категорий срочности.

Порядок оказания медицинской помощи в разрезе уровней, видов, форм и условий ее оказания заключается в том, что Диспетчер станции СМП принимает на пульте «103» вызовы от граждан при нарушении состояния здоровья. Время обработки вызова с момента его получения диспетчером станции СМП составляет не более 5 минут, в течение которых проводится сортировка по категории срочности вызова.

Принятые диспетчером станции СМП вызовы подразделяются на 4 категории срочности. При поступлении вызовов 1, 2, 3 категорий срочности диспетчер станции СМП посредством АСУ передает вызовы фельдшерским и специализированным (врачебным) бригадам станции СМП. При поступлении вызовов 4-й категории срочности диспетчер станции СМП также посредством АСУ передает вызовы фельдшерским и специализированным (врачебным) бригадам отделения СМП при организации здравоохранения, оказывающей ПМСП.

Время прибытия фельдшерских и специализированных (врачебных) бригад до места нахождения пациента с момента получения вызова от диспетчера ССМП составляет:

1 категория срочности — до 10 минут;

2 категория срочности — до 15 минут;

3 категория срочности — до 30 минут;

4 категория срочности — до 60 минут.

За 12 мес. 2021 года количество вызовов увеличилось на 15,1% и составило 8 252 281 (12 мес. 2020 года — 7 172 438). Вызова на 1 000 населения в отчетном периоде составили 424,3 (12 мес. 2020 г. — 374,6).

За 2021 год доля вызовов, выполненных с опозданием, уменьшилась и составила 4,3% (12 мес. 2020 г. — 5,6%).

Показатель догоспитальной смертности за 12 мес. 2021 года уменьшился на 0,01% и составил 0,47% (12 мес. 2020 г. — 0,48%).

*Миннуллин И. П., Газиева Л. Л., Акимова Л. Д.*

#### **ВКЛАД УЧЕНЫХ**

### **ПЕРВОГО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АКАДЕМИКА И. П. ПАВЛОВА В РАЗВИТИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России,  
г. Санкт-Петербург, Россия

В год 125-летия ПСПбГМУ им. акад. П. П. Павлова уместно отметить заслуги его ученых в развитии экстренной медицины. Ранее этот вопрос в литературе специально не рассматривался, однако их заслуги в разработке фундаментальных, прикладных и клинических основ этого направления медицины очевидны.

Одним из первых в этом списке стоит имя основателя и первого директора Женского медицинского института видного физиолога и фармаколога В. К. фон

Анрепа (1852-1927), признанного «пионера» местной анестезии. Первым в мире он экспериментально обосновал местное анестезирующее действие кокаина, чем положил начало местной анестезии.

Выдающийся русский хирург Н. А. Вельяминов (1855-1920), в 1919-1920 гг. заведовавший кафедрой общей хирургии Женского медицинского института, стоял у истоков скорой медицинской помощи в России — он (совместно с Г. И. Турне-ром) является автором научного обоснования организации «подачи первой помощи при несчастных случаях».

Становление скорой помощи как государственной службы связано с периодом истории, начавшимся после 1917 года. Нельзя не упомянуть имя замечательного человека, профессора Г. А. Ивашенцова (1883-1933), возглавлявшего кафедру инфекционных болезней 1ЛМИ (1927-1933). Его методика оказания первой помощи при пищевых отравлениях, а также методы лечения холеры и других инфекционных заболеваний сыграли принципиальную роль в становлении скорой помощи в 1918-1933 гг., когда проблема борьбы с опасными и особо опасными инфекциями была основной.

По мере накопления опыта оказания экстренной медицинской помощи нуждающимся возникла потребность в создании специального учреждения, на которое была бы возложена задача научно-методического сопровождения. В 1932 году был организован Ленинградский НИИ скорой помощи. Его научным руководителем был назначен И.И. Джанелидзе (1883-1950), заведовавший с 1920 года кафедрой общей хирургии, а с 1927 г. до самой смерти — кафедрой госпитальной хирургии. По его инициативе в первые же годы работы НИИ скорой помощи были сформулированы основные положения лечебной тактики при острых хирургических заболеваниях живота, а в годы Великой Отечественной войны, когда он являлся Главным хирургом Военно-морского флота — вопросы оказания медицинской помощи при огнестрельных ранениях груди, длинных трубчатых костей, ожогах.

Другой выдающийся военный хирург П. А. Куприянов (1893-1963) с 1930 года заведовал кафедрой оперативной хирургии, а с 1944 года — кафедрой факультетской хирургии, одновременно являясь Главным хирургом Ленинградского фронта. Ему принадлежат фундаментальные работы, обобщающие опыт лечения раненых на войне, в условиях блокадного Ленинграда, на фоне дистрофии и гипотрофии.

Со дня основания Ленинградского НИИ скорой помощи ответственным за организацию и проведение научных исследований по неотложной терапии был назначен М. В. Черноруцкий (1884-1957), с 1922 года заведовавший кафедрой диагностики и частной патологии с терапией, а с 1923 года — кафедрой госпитальной терапии. Под его руководством был выполнен ряд исследований по патологии внутренних органов в условиях военного времени в блокадном Ленинграде.

С 1929 года кафедрой диагностики и частной патологии с терапией руководил М. Д. Тушинский (1882-1962), который с 1922 по 1952 гг. являлся консультантом по вопросам неотложной терапии ленинградской скорой помощи. Он внес большой вклад в совершенствование помощи больным при острых отравлениях.

Г. Ф. Ланг (1875-1948) с 1922 года заведовал кафедрой факультетской терапии, с 1928 по 1930 годы был ректором института, с 1946 года — заместителем рек-

тора по научной части. Консультации Г. Ф. Ланга имели важное значение для применения на скорой помощи специально сконструированного электрокардиоскопа.

В.А. Шаак (1880-1957) с 1918 по 1942 г. заведовал кафедрой факультетской хирургии. Своими работами по местному обезболиванию он способствовал широкому распространению этого метода в стране.

Ф.Г. Углов (1904-2008), академик АМН, с 1950 г. заведующий кафедрой госпитальной хирургии ЛЛМИ им. акад. И. П. Павлова, за разработку хирургических операций на легких был удостоен звания лауреата Ленинской премии в 1961 году. С 1953 по 1954 г. — заместитель директора НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе по науке. Он доказал, что в институте скорой помощи возможно проведение операций при острых заболеваниях сердца, что предлагал делать еще И. И. Джанелидзе.

В. И. Колесов (1904-1992) — один из пионеров мировой кардиохирургии, 25 февраля 1964 года впервые в мире выполнил маммаро-коронарное шунтирование человеку с помощью шовной техники на работающем сердце.

М. В. Гринев (1929-2019), с 1984 по 1997 г. — директор Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, с 1998 г. — профессор ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. В институте руководил разработками вопросов травматического шока, политравмы, сепсиса, перитонита, панкреатита. Под его руководством были организованы иммунологическая лаборатория и клиника неотложной онкологии, разработана концепция циторедуктивной хирургии. В 1999 г. одна из малых планет Солнечной системы названа в его честь (№ 6214).

С 1998 по 2012 г. директором Института скорой помощи являлся С.Ф. Багненко (род. в 1957 г.). Им разработаны новые методы профилактики и лечения поражений «органов-мишеней» при гипоксии травматического генеза. Особое место занимает разработка вопросов организации оказания экстренной медицинской помощи. С.Ф. Багненко — главный хирург Министерства здравоохранения РФ по Северо-Западному Федеральному округу, главный специалист по скорой медицинской помощи Минздрава России.

В 2012 году по инициативе ректора академика РАН, профессора С.Ф. Багненко впервые в университете была организована кафедра скорой медицинской помощи и хирургии повреждений, на сотрудников которой были возложены функции научно-методического сопровождения развернувшихся в стране структурных преобразований скорой медицинской помощи (И. П. Миннуллин, А. Г. Мирошниченко, И. Г. Джусоев, В. М. Теплов, Н. В. Разумный и др.).



*Миннуллин И. П., Мирварисова Л. Т., Барсукова И. М.,  
Миннуллин Э. Р., Сочнев В. Н.*

**ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ  
АНКЕТИРОВАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, СОТРУДНИКОВ  
И ПАЦИЕНТОВ СЛУЖБЫ**

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан  
Медицинский институт Тамбовского государственного университета  
им. Г. Р. Державина, г. Тамбов, Россия

Служба экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан представляет собой централизованную систему, состоящую из Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (головное учреждение), его областных филиалов и субфилиалов в районных центрах. Догоспитальный этап представлен службой «103», подразделения которой входят в структуру филиалов.

Цель настоящего исследования — изучение основных показателей, характеризующих состояние службы экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан, исходя из ее оценки тремя категориями лиц, имеющих к ней непосредственное отношение: это руководители службы областного звена, сотрудники филиалов и пациенты, доставленные в скоропомощные стационары службой «103» или обратившиеся самостоятельно в лечебные учреждения (т.н. «самотек»).

Для выполнения исследования были разработаны анкеты для опроса респондентов, отражающие вопросы доступности и качества скорой медицинской помощи, ресурсы, технологии и результаты ее оказания. В соответствии с репрезентативной теорией измерений использовалась порядковая шкала измерений качественных признаков для установления порядка между объектами: каждый показатель экспертно был оценен по 5-балльной системе (чем выше балл, тем более значимое влияние он имеет). Использованы статистические и аналитические методы, метод организационного эксперимента.

В исследовании приняли участие 55 руководителей учреждений экстренной медицинской помощи из различных областей Республики Узбекистан. Каждый показатель оценивался по двум характерологическим признакам: по уровню выраженности показателя работы СМП и по удовлетворенности руководителя СМП существующим уровнем показателя. Результаты анализа данных анкетирования руководителей свидетельствуют об их низкой удовлетворенности состоянием экстренной медицинской помощи (3,79 балла). В то же время были выявлены показатели, характеризующие ресурсное обеспечение экстренной медицинской помощи, максимально приближенные к нормативным (более 4,5 баллов). Детальный анализ показателей выявил удовлетворенность руководителей обеспеченностью выездными бригадами и состоянием автопарка, оснащенностью бригад оборудова-

нием (более 4 баллов); отмечена максимальная приближенность показателей обеспеченности бригад медикаментами (4,62 балла). Кадровые ресурсы, по мнению руководителей, характеризуются высокой укомплектованностью фельдшерами скорой помощи (4,7 балла) и высоким уровнем их профессиональной подготовки (4,12 балла). В проблемной зоне — уровень информатизации службы (3,38 балла), качество систем навигации (3,23 балла).

Сравнительный анализ результатов анкетирования руководителей и сотрудников (120 человек) скорой помощи свидетельствует о сходных результатах — отмечается удовлетворенность сотрудников обеспеченностью выездными бригадами (4,17 балла), оснащенностью оборудованием (4,18 балла), медикаментами (4,58 балла), медицинскими изделиями (4,25 балла). В проблемной зоне, по данным сотрудников, также находятся вопросы информатизации и автоматизации службы (3,45 балла) и техническое состояние автомобилей скорой помощи (3,46 балла).

Наибольший интерес представляют данные анкетирования пациентов (188 человек), которые являются потребителями медицинских услуг службы. Установлено, что замечания к деятельности скорой помощи высказали 46,3% респондентов-пациентов, в том числе — по состоянию автотранспорта 18,1%, по информатизации 9,6%, по оборудованию 5,3%, по оперативности (длительное время ожидания) 5,3%, по работе диспетчерской 5,3%, по связи 2,7%.

Таким образом, проведенное социологическое исследование методом анкетирования руководителей, сотрудников и пациентов экстренной медицинской помощи позволяет сделать вывод о совпадении в основном их оценок состояния дел в службе и незначительном количестве различных замечаний со стороны пациентов; общей проблемой во всех группах респондентов является необходимость совершенствования информатизации и автоматизации службы.

*Мирджалилов Ф. Х., Валиев Э. Ю., Каримов Б. Р.*

### **СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Одним из тяжелых осложнений раннего периода травматической болезни является синдром жировой эмболии (СЖЭ). По данным различных авторов, травматическая жировая эмболия как главная причина смерти составляет от 1% до 15%. В то же время нельзя не учесть и тот факт, что обтурация капиллярного русла жировыми глобулами по материалам аутопсий встречается в 100% случаев, то есть фактическая частота патофизиологического феномена жировой эмболии значительно (в 2-4 раза) выше, чем СЖЭ.

К жировой эмболии предрасполагают такие факторы, как несвоевременное оказание помощи пострадавшему, неудовлетворительная иммобилизация, длительная и травматичная транспортировка и др. Осложнение может развиваться в первые часы, но чаще на 1-2-е сутки после перелома.

Главную опасность представляют повреждения костей, особенно у людей в возрасте после 25-30 лет, когда костный мозг трубчатых костей в основном становится жировым. С возрастом опасность таких эмболий еще больше увеличивается, так как жир становится более легкоплавким (вследствие относительного увеличения в составе жира жидкой олеиновой кислоты). Кроме этого, увеличивается его общая масса в костях в связи с атрофией балок губчатого вещества.

**Цель.** Провести анализ оказания помощи пострадавшим с механическими повреждениями, осложненными жировой эмболией.

**Материал и метод.** Нами наблюдались 172 пациента, у которых в остром периоде травматической болезни развилось осложнение в виде различных форм синдрома жировой эмболии. Преобладали лица мужского пола — 115 (67%), женщин — 57 (33%), возраст пострадавших варьировал от 18 до 78 лет. У всех больных имели место множественные повреждения опорно-двигательного аппарата (ОДА) в сочетании с черепно-мозговой травмой.

По механизму травмы преобладали ДТП (пешеход) — 96 (56%), ДТП (пассажир) — 41 (24%); кататравма — 23 (13%), бытовая травма — 12 (7%).

Всем пострадавшим произведено рентген-исследование шинированных конечностей в 2-х проекциях с захватом сустава на мобильном аппарате Siemens в противошоковой палате.

Чаще других отмечены повреждения крупных сегментов конечностей. Оскольчатые переломы бедра выявлены у 84 больных, причем у 14 отмечено двухстороннее повреждение. Оскольчатые переломы костей голени диагностированы у 54 больных, у 12 имели место двухсторонние повреждения. Переломы костей таза отмечены у 48 больных, у 7 больных — множественные переломы ребер. У всех больных при поступлении отмечены явления шока II-III ст.

**Результаты и обсуждение.** Клиническая картина синдрома жировой эмболии развивалась после «светлого промежутка» от 12 до 72 часов. По клинике у 22 (12,8%) больных наблюдали молниеносную, у 41 (23,8%) — подострую и у 109 (63,4%) — субклиническую формы течения жировой эмболии.

По нашему мнению, у пациентов с тяжелыми формами СЖЭ необходимо производить раннюю стабилизацию всех повреждений ОДА, отдавая предпочтение малоинвазивным методам остеосинтеза.

Из 154 больных, оперированных в ранние сроки с СЖЭ, положительный результат лечения получен в 151 случае, выход больных из критического состояния и перевод в профильное отделение имели место в сроки от 7 до 19 суток. У 3 больных, несмотря на проведение адекватной интенсивной терапии, в результате прогрессирования явлений полиорганной недостаточности отмечен летальный исход.

**Заключение.** Выполнение раннего остеосинтеза при оскольчатых переломах конечностей, осложненных жировой эмболией, является мощным противошоковым фактором, улучшает общее состояние больного, позволяет активизировать пострадавшего в раннем послеоперационном периоде. Все это является залогом профилактики послеоперационных осложнений и обеспечивает хороший исход лечения.

*Мирзаев Д. А., Абдусаматов Д. М., Фозилов Н. Х.*

**ПРИМЕНЕНИЕ FAST ПРОТОКОЛА  
ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ**

Военно-медицинская академия Вооруженных Сил Республики Узбекистан  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) — это ультразвуковое исследование, которое проводится с целью выявления наличия свободной жидкости в брюшной, грудной, перикардальной и плевральных полостях. Также определяется наличие пневмоторакса. При этом на одного пациента затрачивается 3-5 минут.

Многочисленные исследования показали, что ультразвуковое исследование обладает низкой чувствительностью (41%) при выявлении повреждений паренхиматозных органов. Но, несмотря на это, данное исследование в диагностике паренхиматозных повреждений при травме имеет относительно высокую чувствительность и специфичность при выявлении свободной жидкости в брюшной полости.

Минимальный объем жидкости в плевральной полости, выявляемый при радиографическом исследовании, составляет 150 мл. Объем жидкости в плевральной полости, выявляемый при сонографии, начинается с 5 мл.

FAST метод является неинвазивным методом и исследование выполняется с помощью любых ультразвуковых аппаратов, достаточно иметь портативный сканер. С целью быстрого поиска гемиперитонеума, гемоторакса, пневмоторакса и гемоперикарда нами проведено 100 ультразвуковых сканирований по FAST протоколу больным, поступившим в приемно-эвакуационное отделение Центрального военного клинического госпиталя Министерства Обороны Республики Узбекистан и экстренное хирургическое приемное отделение I клиники Ташкентской медицинской академии. Пациенты с нестабильной гемодинамикой (систолическое АД < 90 мм рт. ст.) и положительным FAST тут же были направлены в операционную для экстренной лапаротомии. При этом удалось сократить время от диагностики до оказания неотложной хирургической помощи. Пациенты с положительным результатом FAST со стабильной гемодинамикой направлены для последующей диагностики другими методами исследования.

Таким образом, FAST обладает высокой чувствительностью при выявлении гемо- и пневмоторакса. FAST-протокол применяется как быстрый метод диагностики гемоперитонеума, гемоперикарда, гемоторакса и пневмоторакса. Быстрая диагностика способствует качественной сортировке при массовом поступлении и улучшению оказания экстренной помощи пострадавшим.

*Мирошниченко А. Г.<sup>1</sup>, Попов А. А.<sup>2,3</sup>, Большакова М. А.<sup>2,3</sup>,  
Рахманов Р. М.<sup>2,3</sup>, Шамов Д. С.<sup>3</sup>*

**ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ  
СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА  
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России,

<sup>3</sup>КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница  
скорой медицинской помощи им. Н. С. Карповича», г. Красноярск, Россия

Объективная оценка степени тяжести и прогнозирование исхода изолированной и сочетанной травм — важные задачи ургентной медицины. Выживаемость данной категории больных напрямую зависит от правильной интерпретации состояния больного. Между тем имеет место гиподиагностика травматического шока и снижение объема медицинской помощи, усугубляющееся в связи с фельдшеризацией бригад СМП. На наш взгляд, совершенствование прогностических критериев оценки тяжести сочетанной травмы груди и живота в обосновании интенсивной терапии пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях в остром периоде травматической болезни является актуальным исследованием.

Цель исследования: определить возможность применения метода оценки степени тяжести пациентов с сочетанной травмой груди и живота в условиях противошокового зала.

Проанализированы истории болезни 200 пострадавших с сочетанной травмой груди и живота при дорожно-транспортных происшествиях. Средний возраст пациентов составил 32 [27;37]. Среди них мужчины составили 57%, женщины — 43%. Состояние каждого пациента в условиях противошокового зала оценивалось реаниматологом по трем шкалам — методу оценки степени тяжести пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в догоспитальном периоде, на этапе приемно-диагностического отделения госпитального периода, ВПХ-СП, ISS и с кровопотерей.

Степень тяжести по предлагаемой нами шкале и по шкале ISS имели прямую взаимосвязь (коэффициент корреляции  $r=0,965$ , коэффициент детерминации  $R^2=0,931$ ,  $p<0,01$ ). Между шкалой ВПХ-СП и предлагаемым методом оценки степени тяжести была установлена прямая и сильная взаимосвязь ( $r=0,925$ ,  $R^2=0,856$ ,  $p<0,01$ ). Взаимосвязь рангов являлась прямой ( $r=0,885$ ,  $p<0,01$ ). Взаимосвязь между предлагаемой оценкой степени тяжести и кровопотерей тоже была прямая и сильная ( $r=0,999$ ,  $R^2=0,998$ ,  $p<0,01$ ).

Предлагаемый метод позволяет оперативно и в достаточной степени оценить выраженность компенсаторных возможностей организма при травмах различной степени тяжести, что способствует быстрой сортировке пострадавших на группы. Это в значительной степени облегчает выбор адекватной тактики анальгезии и интенсивной терапии пострадавших.

*Муминов Ш. М., Минаев Т. Р., Низов О. Н., Хакимов А. Б., Худайназаров Д. А.*

**СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ  
С НАРУШЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ —  
ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПОВ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

г. Ташкент, Республика Узбекистан

Сочетанные открытые повреждения верхних конечностей с нарушением кровообращения даже в мирное время встречаются достаточно часто, причем сочетание их с костной травмой составляет в среднем 32,6%. Подобные повреждения нередко сопровождаются травматическим и геморрагическим шоком, тяжесть которого зависит как от механизма травмы, так и от обширности повреждения. Зачастую в подобной ситуации часто возникает дилемма: попытаться сохранить конечность, даже рискуя жизнью больного, или сразу по жизненным показаниям выполнить первичную ампутацию, а иногда и сам механизм травмы конечности делает невозможным проведение восстановительной операции. В настоящее время все чаще приходится иметь дело с тракционными и раздавливающими травмами, что значительно осложняет выполнение реконструкции. Поэтому подобные восстановительные операции должны выполняться совместными бригадами травматологов и ангиохирургов в специализированных центрах, где имеются все условия для быстрой и полноценной диагностики и вся необходимая инструментально-техническая база для проведения любых видов вмешательств как на костно-суставном аппарате, так и для выполнения реконструкции сосудов и нервов, в том числе с применением микрохирургической техники.

За период с 2001 по 2020 гг. в РНЦЭМП было пролечено 548 больных с сочетанными (костно-сосудистыми) повреждениями верхних конечностей. Мужчин было 455 (83%), женщин — 93 (17%). У всех пациентов имели место повреждения магистральных сосудов с той или иной степенью нарушения кровообращения сегментов конечностей.

Распределение больных по возрасту: 1-15 лет — 109 (19,9%), 16-60 лет — 392 (71,5%), 61 год и старше — 47 (8,6%). При этом в 270 (49,3%) случаях повреждения локализовались на уровне плеча, в 229 (41,8%) — на уровне предплечья, а в 49 (8,9%) случаях повреждения были как на уровне плеча, так и предплечья.

Сроки доставки больных в нашу клинику после получения травмы были: до 3 часов — 387 (70,6%) человек, от 3 до 6 часов — 46 (8,4%), от 6 до 24 часов — 57 (10,4%) и свыше 24 часов — 58 (10,6%).

127 (23,2%) больным, доставленным с места происшествия самотеком, первая медицинская помощь на месте не была оказана; все они были доставлены без транспортной иммобилизации конечностей, с продолжающимся активным кровотечением, в состоянии травматического и геморрагического шока.

Всем больным проводилось обследование по общепринятой схеме. Обязательными были пульсоксиметрия и рентгенографии, при необходимости ЦДС — 140 (25,5%) и ангиография — 9 (1,6%).

Восстановительные вмешательства были выполнены 477 (87%) больным, первичная ампутация — 71 (13%) больному по разным причинам: шок III-IV степе-

ни, отсутствие условий для проведения реконструктивной операции (выраженное размозжения сегментов), наличие тяжелой сопутствующей травмы.

Различные реконструктивные операции на сосудах выполнены у 447 (93,7%) больных из 477. После восстановительных операций благоприятное послеоперационное течение отмечено в 412 (92,2%) случаях. Осложнения различного характера в послеоперационном периоде отмечены в 35 (7,8%) случаях.

Проанализировав полученные данные, можно констатировать, что, несмотря на значительные успехи сосудистой и микрохирургии, проблема лечения сочетанных костно-сосудистых повреждений верхних конечностей не теряет своей актуальности. Далеко не всегда, по целому ряду причин, удастся сохранить поврежденный сегмент. Но, тем не менее, полученные результаты показывают, что процент благоприятных исходов достаточно высок, что полностью коррелирует с данными других ведущих клиник, публикации которых есть в мировой литературе.

*Муминов Ш. М., Минаев Т. Р., Низов О. Н., Худайназаров Д. А.,  
Давлатов Ж. Х., Юлдашев М. Ж., Суванов Х. Р.*

**ПЛАСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ СУХОЖИЛИЙ  
ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ КИСТИ —  
ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПОВ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

В неотложной хирургии кисти встречаются случаи, когда при открытых сочетанных травмах верхних конечностей приходится иметь дело с обширными дефектами сухожилий сгибателей или разгибателей кисти и пальцев на значительном протяжении. Такие повреждения больше характерны для тракционного или раздавливающего механизма травмы. В подобных случаях обычно, из-за высокого риска развития инфекционных осложнений, восстановительные операции на сухожилиях откладываются на более отдаленный «холодный» период.

И хотя некоторые авторы все же допускают выполнение реконструкции сухожилий в экстренном порядке, но большинство исследователей придерживаются более сдержанной тактики. Такой подход имеет свои несомненные плюсы: минимальный риск развития гнойных осложнений, возможность сосредоточиться только на сухожилиях, и есть время обдумать и выбрать оптимальную тактику лечения. Минусы — это необходимость работать в рубцовой зоне с наличием той или иной степени суставной контрактуры и то, что восстановление нередко приходится выполнять в два и более этапа, что заметно удлиняет период реабилитации.

В отделении хирургии сосудов и микрохирургии РНЦЭМП в период с 2001 по 2020 гг. прооперировано 15 больных с открытыми сочетанными травмами верхних конечностей с дефектами сухожилий сгибателей или разгибателей пальцев на значительном протяжении, которым с учетом общего состояния и характера раны было решено выполнить одномоментную реконструкцию в экстренном порядке всех поврежденных структур, в том числе и сухожилий. Из этого числа больных с повреждениями сгибателей оказалось 9 (60%) человек, разгибателей — 6 (40%).

Мужчин было 12 (80%), женщин — 3 (20%). Средний возраст больных составил 28,9 лет.

Следует отметить, что у 11 (73,3%) больных удалось использовать оставшиеся относительно мало поврежденные мышцы, чтобы произвести так называемую мышечно-сухожильную транспозицию для восстановления наиболее необходимых функций. В остальных 4 (26,7%) случаях пришлось выполнять ауто сухожильную пластику с использованием в качестве графтов широкой фасции бедра у 3 (20%) и свободных фрагментов утильных сухожилий у 1 (6,7%). Имевшиеся кожные дефекты в 10 (66,7%) случаях удалось закрыть местными перемещенными лоскутами, но у 2 (13,3%) из них — с добавлением еще и свободных полнослойных аутокожных трансплантатов. Лучевой лоскут был использован в 4 (25,7%), а лоскут на ножке с передней стенки живота — в 1 (6,7%) случае. Кроме того, у 7 (46,7%) больных выполнялся интрамедуллярный остеосинтез. Послеоперационное течение было в основном гладкое. В ближайшем периоде отмечены 2 (13,3%) случая осложнений в виде краевых кожных некрозов перемещенных лоскутов, которые не потребовали дополнительных вмешательств. При гладком послеоперационном течении среднее время пребывания в стационаре составило 6 суток.

Отдаленные результаты удалось проследить в сроки от 1 до 6 месяцев после операции. С учетом полученных исходов лечения можно констатировать следующее. Выполнение реконструкций при дефектах сухожилий в экстренном порядке связано с определенным риском развития инфекционных осложнений. Хорошие отдаленные результаты быстрее всех были получены у пациентов, которым были произведены мышечно-сухожильные транспозиции. После же ауто сухожильной пластики с использованием в качестве графтов широкой фасции бедра или свободных утильных сухожильных фрагментов, реабилитация занимает больше времени. Сроки восстановления также удлиняются, если выполнялся остеосинтез и после пластики кожными лоскутами, покрывающими ауто сухожильный трансплантат.

Выполнение реконструкций в отдаленном периоде осложняется необходимостью работать в рубцовой зоне, наличием той или иной степени суставной контрактуры и тем, что восстановление нередко приходится выполнять в два и более этапа. Таким образом, одномоментное восстановление сухожилий в экстренном порядке позволяет сократить период нетрудоспособности на срок от 3 до 6 месяцев.

*Мухамедова Б. Ф., Казаков Б. О.*

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ  
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и, в частности, острый коронарный синдром (ОКС) являются основной причиной смертности и инвалидности населения, временной утраты трудоспособности, вызывая наибольшее количество социальных и экономических потерь для Республики Уз-



бекистан. Ранняя диагностика, своевременная госпитализация и проведение адекватной терапии больных ОКС в соответствии с современными рекомендациями лечения на догоспитальном и госпитальном этапах позволят значительно снизить летальность больных ИБС. Поэтому на современном этапе при лечении больных ОКС с подъемом сегмента ST все усилия должны быть направлены на сокращение времени от начала болевого синдрома до оказания квалифицированной специализированной медицинской помощи, направленной на скорейшую реперфузию — восстановление кровотока.

**Цель.** Улучшить организацию оказания медицинской помощи и доступность к спасательному чрескожному коронарному вмешательству больным с острым коронарным синдромом.

**Материал и методы.** Исследование проведено на базе РНЦЭМП. Данная медицинская организация оказывает специализированную кардиологическую и рентгенэндоваскулярную медицинскую помощь пациентам с острой коронарной патологией круглосуточно (7 дней по 24 часа). Для оценки непосредственных результатов лечения ОКС и ОИМ проведён ретроспективный анализ годовых статистических отчётов отделения неотложной кардиологии и терапии РНЦЭМП за 2021 г.

**Результаты.** В 2021 г. в РНЦЭМП зарегистрировано 2074 обращения с ОКС. Из них больные с ОКС с подъемом сегмента ST (ОКС↑ST) составили 65,2% (1352 случая), группа пациентов ОКС без подъема ST (ОКС↓ST) — 34,8% (722). В исходах ОКС↑ST развился инфаркт миокарда (ИМ) с Q в 53,1% (1100) случаев, ИМ без Q — в 11,8% (245), НС — в 30,2% (626): прочие заболевания — в 4,9% (103).

В 2021 г. В РНЦЭМП выполнено самое большое количество коронарографии (КАГ) за весь период работы по данному направлению — 1356, т.е. в сравнении с аналогичным показателем 2019 г. (414 обследований) наблюдался значительный прирост — в 3,27 раза.

По приказу № 341 от 2020 г. все пациенты с ОКС должны доставляться в стационары бригадами СМП. В 2021 году пациенты с ОКС в 89,9%, а в группе ОКС↑ST в 91,5% случаях были доставлены бригадами СМП.

За 2021 г. из 2074 пациентов 1183 (895 мужчин, 288 женщин) больным с острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST выполнено чрескожное коронарное вмешательство. Из них у 425 (36%) больных ИМ был первичный передний, у 354 (30%) — первичный нижний, у 94 (8%) — с вовлечением циркулярного инфаркта, у 310 (26%) — повторный. Во всех случаях проводили количественную оценку риска смерти по TIMI. В 54% случаев риск был высокий, в 18% — средний, 28% — низкий. У большей части больных с первичным передним инфарктом, с вовлечением циркулярного ИМ и повторным ИМ исходный риск смерти был высоким, тогда как у больных с первичным нижним инфарктом — низким.

За 2021 г. чрескожные коронарные вмешательства в виде баллонной ангиопластики и стентирования инфаркт-связанной артерии было выполнено 1076 (51,8%) и 1574 (48,2%) больным. Независимо от сроков применения первичных чрескожных коронарных вмешательств стентирование было проведено во всех случаях.

**Выводы.** Полученные данные показали, что число больных с ОКС↑ST в 1,5 раза больше числа больных с ОКС↓ST. 71,3% пациентов имели повышенное

артериальное давление, каждый 3-й — стенокардию, более половины перенесли острое сердечно-сосудистое событие (ИМ, НС).

В 2021 г. в остром периоде инфаркта выполнены первичные чрескожные коронарные вмешательства в виде баллонной ангиопластики — 51,8% и стентирования — 48,2%. В основу определения показаний к их применению может быть положен повышенный риск смерти по TIMI. У большей части больных (36%) с первичным передним инфарктом, с вовлечением циркулярного ИМ (8%) и повторным инфарктом миокарда (26%) исходный риск смерти был высоким, тогда как у больных с первичным нижним инфарктом (30%) — низким. Таким образом, в 70% случаев риск был высокий. Это говорит о том что, 58% пациентов с диагнозом ОКС имеют наследственность, вредные привычки, мужской пол.

В 2021 году пациенты с ОКС в 89,9% были доставлены бригадами СМП.

*Мухин С. И., Илюхин С. В., Востриков А. С.*  
**ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАМКАХ  
ОБЪЕДИНЕНИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ  
И СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.  
ОПЫТ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

ГУЗ Тульской области «Территориальный центр медицины катастроф,  
скорой и неотложной медицинской помощи»,  
г. Тула, Россия

При объединении центра медицины катастроф и станций скорой медицинской помощи, в рамках информатизации были выделены три основные цели:

- ускорение процесса передачи вызова;
- уменьшение время поиска ближайшей бригады;
- координация всех сил и средств, вовлеченных в процесс оказания скорой медицинской помощи и медицины катастроф.

Для решения этих задач на территории Тульской области введены в эксплуатацию следующие программные продукты:

в 2016 году — подсистема скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, входящая в состав региональной информационной системы здравоохранения Тульской области;

в 2017 году — сервер глобального позиционирования ГЛОНАСС Гелиос;

в 2019 году — система обслуживания вызовов голосовой телефонной связи, поступающих по телефонным номерам 03 и 103, Центр обработки вызовов Протей;

в 2018 году — интеграция с Системой 112, действующей на территории Тульской области в части автоматизированного приема карты вызова и передачи статуса вызова в Систему 112;

в 2020 году — облачный кардиосервер.

Для повышения надежности в части обслуживания вызовов голосовой телефонной связи, поступающих по телефонным номерам 03 и 103, за счет создания единой диспетчерской службы и гибкой настройки распределения вызовов в зави-

симости от изменяющегося во времени потока вызовов были выбраны следующие решения:

- резервирование основного оптического канала с возможностью перехода на резервную аналоговую линию связи;
- применение средств контроля работы диспетчеров в реальном режиме времени;
- непрерывная запись звонков с глубиной хранения не менее 180 дней;
- формирование анализа и вывод детализированной статистики результатов работы диспетчеров.

Введение бортового навигационно-связного оборудование (БНСО) глобального позиционирования ГЛОНАСС позволило получить полный контроль над всеми бригадами СМП, благодаря ретрансляции данных в режиме реального времени. Подсистема СМП содержит информацию о местонахождении автомобилей СМП, что позволяет диспетчеру принимать наиболее эффективное решение по назначению бригад скорой медицинской помощи на вызов. Также данные ретранслируются в региональную навигационно-информационную систему, ситуационный центр губернатора Тульской области, систему «Безопасный город».

В результате обследования с помощью «Кардиометра-МТ» сотрудник СМП получает ЭКГ в 12 стандартных отведениях и автоматическое заключение. Дополнительным преимуществом является то, что запись ЭКГ тут же видит врач-консультант за своим рабочим местом. Его заключение увидит на экране планшетного ПК сотрудник СМП и сможет выполнить рекомендации, не отходя от пациента. Локальный кардиосервер поддерживает интеграцию с медицинской информационной системой. Интеграция предусматривает получение из МИС направлений на обследование и сохранение в МИС ЭКГ и врачебных заключений. Взаимодействие с МИС осуществляется по международному стандарту DICOM 3.0.

В 2018 г. настроена интеграция Подсистемы СМП со Службой 112, ЕДДС, действующей на территории Тульской области в части автоматизированного приема карты вызова с полностью заполненными данными для передачи бригаде СМП, передача координат с ЭРА ГЛОНАСС для экстренного реагирования, передача голоса вызывающего для специализированного опроса и консультаций. Передача изменений статуса вызова из подсистемы СМП в систему 112.

Для улучшения качества приема и распределения вызовов осуществлены:

- интеграция электронной карты вызова Подсистемы СМП и программного обеспечения ЦОВ «Протей», которая обеспечивает по номеру телефона вызывающего Абонента информировать диспетчера о ранее поступавших вызовах с автоматическим внесением всех данных в карту вызова;
- взаимодействие с Федеральной информационной адресной системой (ФИАС) для обеспечения получения структурированной адресной информации;
- онлайн-контроль за местоположением бригад СМП с помощью ГЛОНАСС;
- автоматическая дифференциальная диагностика по критерию вызова согласно повода;
- онлайн-контроль за временем нахождения бригад СМП в статусе;
- автоматическое направление/рекомендация ближайшей бригады к месту вызова.

Каждая бригада оснащена планшетным ПК с предустановленным и настроенным автоматизированным рабочим местом выездной медицинской бригады со следующими возможностями:

- получение звукового и визуального оповещения о назначении вызова на бригаду;
- онлайн доступ в базу РМИС ТО для просмотра истории болезни пациента до прибытия на место вызова;
- автоматизированное проставление статуса вызова на основе геопозиционирования;
- регистрация и отправка ЭКГ для консультации и хранения, получения интерпретации;
- автоматизация передачи активнов и неотложных вызовов в кабинет неотложной помощи;
- синхронизация с централизованным аптечным складом, для учета и онлайн-списания медикаментов на месте вызова.

С целью создания единого информационного пространства произведена интеграция Подсистемы СМП-71 и Региональной информационной системы здравоохранения Тульской области (РИСЗ ТО), что обеспечило:

- поиск и проверку данных пациента;
- онлайн-просмотр истории болезни;
- автоматизированную передачу карт по форме 110У, 114У;
- автоматическую передачу активных вызовов в поликлиники и неотложных вызовов в кабинет неотложной помощи;
- формирование счетов с проверкой корректности данных в карте вызова и передачу в ТФОМС;
- сбор отчетности по всем направлениям.

В 2021 году реализована модернизация существующего функционала и внедрение модуля санитарной авиации, обеспечивающего планирование и регистрацию медицинской эвакуации авиатранспортом, а также возможность работы врача/фельдшера санитарно-авиационной бригады с использованием Мобильного АРМ, модернизация модуля формирования графика работы персонала с автоматическим формированием табелей и графиков работы на всех сотрудников ЦМК.

В ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» разработана комплексная организационно-распорядительная документация, а также мероприятия, необходимые по информационной безопасности. Проведена аттестация информационной системы персональных данных на автоматизированных рабочих местах подсистемы скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи региональной информационной системы здравоохранения Тульской области. По результатам проведенной аттестации выдан аттестат соответствия №02.12.1-Аа/20-П требованиям безопасности информации.

При объединении центра медицины катастроф и станций скорой медицинской помощи в Тульской области в рамках информатизации при выполнении поставленных целей значительно улучшились показатели по всем направлениям, в том числе увеличилась доля выездов со временем доезда до 20 минут.

*Мухин С. И., Илюхин С. В., Юдин М. И., Востриков А. С., Вострикова Е. А.*  
**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЕДИНОЙ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ  
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С КАБИНЕТАМИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ  
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ  
НА ПРИМЕРЕ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

ГУЗ Тульской области «Территориальный центр медицины катастроф,  
скорой и неотложной медицинской помощи»,  
г. Тула, Россия

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», скорая медицинская помощь оказывается в следующих формах: экстренной — при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, и неотложной — при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. Как видно из определения, основной критерий различия этих двух форм — наличие либо отсутствие угрозы жизни.

Неотложные вызовы традиционно продолжают занимать значительную долю обращений в скорую медицинскую помощь, что создает дополнительную нагрузку на выездные бригады. Так, в 2019 году доля неотложных вызовов в структуре обращаемости в ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» составляла 33,4%. Ситуацию усугубляли отсутствие единых алгоритмов приема вызовов от населения, четких критериев разделения вызовов на экстренные и неотложные и отлаженного механизма передачи последних в отделения неотложной медицинской помощи при поликлиниках. В этой связи, одной из основных задач, стоявших при создании нашего учреждения, было налаживание взаимодействия по данному аспекту с амбулаторно-поликлиническим звеном. Для решения этих задач в первую очередь были разработаны нормативно-правовые акты в части создания кабинетов неотложной медицинской помощи в учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, отлажен механизм распределения неотложных вызовов и контроль их обслуживания.

В декабре 2020 года был издан Приказ Министерства здравоохранения Тульской области от 01.12.2020 №1065-осн «О совершенствовании организации первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме». Его целями стали определение порядка передачи вызовов в службу неотложной медицинской помощи, создание кабинетов и бригад неотложной помощи при поликлиниках, разработка отчетно-учетной документации. Стоит отметить, что в данном приказе были даны четкие критерии неотложных вызовов. Другими словами, перечислены состояния, при которых отсутствует угроза жизни пациента, следовательно, определено, какие именно обращения подлежат передаче в поликлинику.

В настоящее время неотложная медицинская помощь населению Тульской области оказывается в амбулаторных условиях в отделения (кабинетах) неотложной медицинской помощи, а также вне медицинской организации при вызове медработника на дом. Неотложные вызовы обслуживаются в течение не более 2-х

часов после их поступления, в том числе через оперативный отдел ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП». Оказание неотложной помощи ресурсами поликлиник осуществляется согласно рабочему графику. Вне рабочего времени отделений неотложной медицинской помощи данные вызовы обслуживаются бригадами СМП.

Прием вызова осуществляется по уникальным алгоритмам. Это целый ряд специально разработанных вопросов, позволяющих диспетчеру определить, является ли вызов экстренным или неотложным. Передача вызовов из оперативного отдела ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» в поликлиники происходит автоматизировано, благодаря интеграции подсистемы СМП-71 и Региональной информационной системы здравоохранения Тульской области (РИСЗ ТО). Сотрудник оперативного отдела ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП», ответственный за передачу неотложных вызовов в поликлиники, осуществляет контроль их обслуживания через отчет КНП РИСЗ ТО. В случаях отсутствия отметки о распределении вызова по истечению 2-х часов производится обзвон ответственных КНП и возврат необслуженного вызова на бригаду СМП. Мониторинг переданных в неотложную помощь вызовов осуществляется каждые 3 часа. Затем информация оперативно доводится до руководителей государственных учреждений здравоохранения. В случае невозможности обслуживания вызова, персонал КНП информирует об этом оперативный отдел ГУЗ ТО «ТЦМКСиНМП» для принятия решения о направлении на вызов выездной бригады СМП.

Перечисленный комплекс мер позволил за два года значительно улучшить качественные и количественные показатели работы службы неотложной медицинской помощи, в том числе в рамках взаимодействия Территориального центра медицины катастроф и амбулаторно-поликлинического звена Тульской области. Количество переданных в КНП неотложных вызовов, поступивших в часы работы поликлиник, увеличилось с 29,3 % в 2019 г. до 57,5 % в 2021 г.

В настоящее время ведется работа по переводу службы неотложной медицинской помощи в круглосуточный режим работы. Кроме того, прорабатывается вопрос об организации в составе поликлиник отделений для оказания неотложной медицинской помощи детскому населению.

*Назарова М. Х. Мухамедова Б. Ф., Казаков Б. О.*

**НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ  
К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Широкая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), тяжесть их последствий, высокие показатели утраты трудоспособности и преждевременной смертности населения остаются важнейшей проблемой общественного здоровья и здравоохранения в большинстве стран мира, включая Республику Узбекистан. На долю ССЗ приходится более половины всех случаев смертей и первичной инвалидизации взрослого населения. Особо актуальную проблему представляют острые формы ишемической болезни сердца (острые ко-

ронарные синдромы — ОКС), учитывая как высокую частоту осложнений и летальных исходов, так и сравнительно молодой возраст заболевших и, соответственно, экономические потери, связанные с недожитием.

В рамках реализации Постановления правительства от 18 декабря 2020 года № 341 «О совершенствовании организации неотложной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом в г. Ташкенте» для оказания наиболее эффективной, в плане снижения смертности и инвалидности, помощи больным с ИБС сделаны существенные инвестиции в развитие кардиологической службы г. Ташкента. Основным стратегическим направлением кардиологической службы является оказание населению высокотехнологичной медицинской помощи при неотложных кардиологических состояниях. Согласно этому приказу, в Ташкенте создавались специализированные бригады скорой медицинской помощи (СМП), обеспечивающие высококвалифицированное лечение с первых часов заболевания, раннюю госпитализацию в специализированные кардиологические отделения с палатами интенсивной терапии.

**Цель.** Оценить результативность новых клиничко-организационных подходов к оказанию специализированной помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) в городе Ташкенте.

**Материал и методы.** Объект исследования — система оказания специализированной медицинской помощи пациентам с ОКС в г. Ташкенте, база исследования — Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП). Сбор информации осуществлен ретроспективно, проведен анализ 5012 историй болезней пациентов с ОКС, госпитализированных в РНЦЭМП за период 2019-2021 гг.

Для оценки качества оказания медицинской помощи при ОКС на стационарном этапе использованы следующие критерии: удельный вес жителей г. Ташкента с ИМ, госпитализированных в РНЦЭМП, сроки госпитализации, число больных с ИМ, подвергнутых чрескожным коронарным вмешательствам (ЧКВ), доля больных с ИМ, которым выполнена реперфузионная терапия, время задержки реперфузионной терапии, госпитальная летальность.

**Результаты.** За период 2019-2021 гг. пролечено 5012 больных с ОКС, из них 33,5% с подтвержденным ИМ. Отмечается ежегодный прирост числа пациентов, госпитализированных по поводу ОКС. В группе больных с ИМ прирост составил 14,5%, с НС — 46,4% .

В 2019 г. в первые 6 часов от начала заболевания 57,7% пациентов с ОКС, а в в группе с ОКС спST — 77,7%, были доставлены в стационары бригадой СМП.

По приказу № 341 от 2020 г. все пациенты с ОКС должны доставляться в стационары бригадами СМП. Поэтому в 2021 году 89,9% пациентов с ОКС, а в группе ОКС сп ST в 91,5% случаях, были доставлены бригадами СМП.

Ранняя госпитализация в специализированный центр позволяет активно использовать реперфузионную терапию с приоритетом проведения первичных ЧКВ. За исследуемый период число экстренных лечебных эндоваскулярных процедур увеличилось с 950 до 1100 в год. В первые 12 ч чрескожные коронарные вмешательства выполнялись независимо от исходов риска смерти и составили лишь 5,1±5,53% от всех первичных вмешательств.

За 3 года из 2661 пациентов ЧКВ выполнено 1183 (895 мужчин, 288 женщин) больным с острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST. Из них у 425 (36%) больных ИМ был первичный передний, у 354 (30%) — первичный нижний, у 94 (8%) — с вовлечением циркулярного инфаркта, у 310 (26%) — повторный. Во всех случаях проводили количественную оценку риска смерти по TIMI. В 54% случаев риск был высокий, в 18% — средний, 28% — низкий. У большей части больных с первичным передним инфарктом, с вовлечением циркулярного ИМ и повторным ИМ исходный риск смерти был высоким, тогда как у больных с первичным нижним инфарктом — низким. Время от поступления в стационар до выполнения ЧКВ снизилось с 95 мин до 60 мин.

Госпитальная летальность от ИМ снизилась с 11,1% в 2019 г. до 9,7% в 2021 г. ( $p < 0,05$ ) во всех возрастных группах и с 7,8% до 5,8% у пациентов < 70 лет ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Оказание помощи при ОКС предусматривает раннюю госпитализацию больных с подозрением на ОКС в специализированный стационар; применение высокотехнологичных кардиохирургических вмешательств в экстренном порядке; многоэтапный подход инвазивного и консервативного вмешательства в зависимости от степени риска неблагоприятного исхода, начиная с этапа приемного отделения специализированного центра.

*Никитин А. В., Мануковский В. А., Пивоварова Л. П., Тулупов А. Н.,  
Громов М. И., Бесаев Г. М.*

### **ОСОБЕННОСТИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

В первые часы и сутки после травмы изменения в иммунной системе носят срочный компенсаторный характер. В последующем, в зависимости от тяжести повреждения и исходной иммунной реактивности, происходит или компенсация нарушений, или дальнейшее развитие патологических процессов. Развитие иммуносупрессии обусловлено такими факторами, как гипоксия, гипоперфузия, реперфузия, метаболические нарушения, оксидантный стресс, а при наиболее тяжелой травме и множественная недостаточность органов и тканей. Иммунорегуляторные центры головного мозга, костный мозг, вилочковая железа, селезенка, лимфатические узлы при геморрагическом шоке также находятся в режиме ограниченного кровоснабжения, что существенно влияет на метаболизм клеточных элементов органов иммуногенеза и их функциональную активность.

**Цель.** Исследовать особенности гематологических и иммунных нарушений при политравме и определить возможности их коррекции.

**Материал и методы.** В основу работы положены результаты многолетних комплексных клинико-лабораторных и иммунологических исследований более чем 500 пострадавших с политравмой. Используются современные клинические, лучевые, лабораторные и иммунологические методы.



**Результаты и их обсуждение.** Нами установлено, что тяжелая сочетанная травма характеризуется выбросом в кровоток большого количества ранних предшественников кроветворения, угнетением миелокариоцито-, мегакариоцито- и эритропоэза, усилением свободно-радикального окисления в клетках костного мозга, цитокинемией, появлением в крови метамиелоцитов и палочкоядерных нейтрофилов, функциональной неполноценностью лейкоцитов, дефицит количества и функциональной активности Т-лимфоцитов, анемией, грубыми нарушениями тромбоцитарного и плазменного гемостаза, увеличением содержания в крови IL-6, IL-8 и IL-10, СРБ, прокальцитонина, угнетением белковосинтетической функции печени и т. д.

В результате одноцентрового проспективного рандомизированного плацебо контролируемого исследования у 60 пострадавших с политравмой установлено, что ежесуточное внутримышечное введение с 1 по 10 сутки 75 мг дезоксирибонуклеата натрия (Дерината) приводит к стимуляции костномозгового кроветворения, активизации синтеза белка и повышению клеточной иммунной реактивности. Продолжительность периода анемии у подгруппы пациентов с развившимися инфекционными осложнениями, получавшими препарат, была существенно меньше по сравнению с аналогичной подгруппой с плацебо ( $Hb < 100$  г/л —  $7,1 \pm 2,1$  и  $16,0 \pm 3,1$  сут.,  $p = 0,026$ ;  $Hb < 90$  г/л —  $3,2 \pm 1,3$  и  $7,9 \pm 2,1$  сут.,  $p = 0,044$  соответственно). Такая же закономерность имела место и в отношении гипопропротеинемии (общий белок  $< 60$  г/л —  $8,2 \pm 2,2$  и  $19,5 \pm 4,1$  сут.,  $p = 0,034$ ; общий белок  $< 50$  г/л —  $1,1 \pm 0,5$  и  $5,4 \pm 1,6$  сут.,  $p = 0,009$  соответственно). В подгруппе с осложнениями, пациенты которой получали препарат, количество инфекционных осложнений составило  $1,6 \pm 0,3$ , а в аналогичной подгруппе с плацебо —  $3,0 \pm 0,4$ ,  $p = 0,014$ . Продолжительность стационарного лечения в основной группе (с препаратом) — 32,8 суток, а в контрольной (с плацебо) — 39,6 суток (на 6,8 суток больше). В основной группе умер 1 пациент, в контрольной — 2.

**Вывод.** Применение ДНК-содержащего препарата Деринат у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой способствует восстановлению уровня общего белка и гемоглобина в крови, активизации поступления в кровь стволовых клеток и нейтрофильных гранулоцитов, вооруженных антимикробными пептидами. Более чувствительными к действию препарата являются пациенты с инфекционным осложненным течением сочетанной травмы. В итоге было достигнуто 1,8-кратное снижение количества осложнений и 6,8 дневное сокращение продолжительности лечения пострадавших.

*Нурутдинова Г. Х., Кулмаганбетова У. М., Шахимова Г. К.*

#### **СЛУЖБА МЕДИЦИНСКОЙ АВИАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения

«Национальный координационный центр экстренной медицины»

Министерства здравоохранения Республики Казахстан,

г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Национальный координационный центр экстренной медицины (далее — Центр) осуществляет оказание экстренной медицинской помощи пациентам

с применением санитарной (медицинской) авиации. Это позволяет повысить доступность, своевременность и безопасность оказываемых медицинских услуг.

Медицинская авиация — предоставление скорой медицинской помощи в экстренной форме населению с привлечением воздушного транспорта.

Республика Казахстан располагается в центре Евразии, большая часть относится к Азии, а меньшая — к Европе. В административно-территориальном отношении делится на 14 областей и 3 города республиканского значения. Площадь территории Республики Казахстан составляет 2724,9 тыс. км<sup>2</sup>. Расстояние между севером и югом Республики Казахстан в пределах 2000 км, между западом и востоком превышает 3000 км. Численность населения составляет более 19 545 535 человек (городское население — 59,3%, сельское — 40,6%). Средняя плотность чуть менее 6,93 человек на км<sup>2</sup>.

Ландшафт: низменности и равнины на западе и севере; плоскогорья в центральной части страны; горы на юге и востоке.

Использование воздушного транспорта имеет огромное значение в своевременности и эффективности оказания медицинской помощи населению Республики Казахстан.

Оказание экстренной медицинской помощи населению Республики Казахстан в форме медицинской авиации осуществляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Взаимодействие Центра и авиакомпаний, предоставляющих авиатранспортные услуги, осуществляется на основании заключенных договоров на закуп авиационных услуг.

В медицинской авиации участвуют авиакомпании различных форм собственности с использованием вертолетов и самолетов, что позволяет обеспечивать доступность медицинской помощи за счет возможности маневрирования в выборе типа воздушного судна.

Центральная диспетчерская служба Центра является важнейшим звеном системы и оснащена самыми современными средствами связи.

Отделения медицинской авиации в Республике Казахстан организованы во всех областных (городских) центрах на базе областных (городских) станции скорой медицинской помощи.

За время деятельности Центра для оказания медицинской помощи населению выполнено более 18 тыс. вылетов, из них, в 2011 году — 323, в 2012 году — 1005, в 2013 году — 1355, в 2014 году — 1875, в 2015 году — 2149, в 2016 году — 2192, в 2017 году — 2210, в 2018 году — 2351, в 2019 году — 2369, в 2020 году — 2185 и в 2021 году — 2586. За этими цифрами стоят спасенные жизни наших граждан.

С использованием медицинской авиации медицинская помощь оказана более 31 тыс. пациентам, из них 63% — это взрослое население (20% с травмами и несчастными случаями, пострадавшие от дорожно-транспортных происшествий, 17% женщины с акушерской патологией, 15,3 % с болезнями системы кровообращения и 10,9% — пациенты с прочими заболеваниями).

Почти 37% всех выполненных полетов организовываются для спасения детей, из них 22,4% — детям с патологиями детского возраста и 14,4 % — новорожденным детям.

Оказана медицинская помощь более 1255 пациентам с COVID-19.

Центром организовано более 93 вылетов для транспортировки граждан Республики Казахстан, находящихся в зарубежных медицинских организациях, без самостоятельного дыхания, в коме, пострадавших от несчастного случая и травм, нуждающихся в медицинском сопровождении (США, ОАЭ, Российская Федерация, Таиланд, Южная Корея, КНДР, Индонезия, Украина, Сингапур, Монголия, Германия, Турция, Р Кыргызстан, Белоруссия, Швейцария, Польша, Египет, Индия, Чехия, Грузия, Дания, Филиппины, Италия, Кипр).

С начала функционирования Центра мобильной бригадой медицинской авиации было транспортировано более 19 774 пациентов, организовано профильными специалистами 4297 очных консультаций, проведено 1557 операций и 4313 дистанционных медицинских услуг.

Центр аккредитован на соответствие требованиям национальных стандартов качества в системе здравоохранения. Подтверждена I квалификационная категория. Также организована Ассоциация скорой медицинской помощи Республики Казахстан, куда вошли все областные и городские станции СМП. В рамках развития международного сотрудничества начато активное взаимодействие с Ассоциациями Российской Федерации, Индии, Турции, Республики Кыргызстан. Ассоциация Республики Казахстан является членом Международной негосударственной некоммерческой организации «Евразийское сообщество экстренной медицины».

*Оллокулов З. Б.*

## **ОСОБЕННОСТИ БЕССИМПТОМНЫХ И СИМПТОМНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Бухарский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Бухара, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Острые нарушения мозгового кровообращения представляют собой одну из основных причин заболеваемости, смертности, длительной нетрудоспособности и инвалидности в обществе. Они также являются второй по распространенности причиной деменции, наиболее частой причиной эпилепсии у взрослых и частой причиной депрессии. Ежегодно мозговой инсульт развивается у 5,5-6 млн человек, из них погибают 4,5 млн, то есть население среднего по площади Европейского государства.

**Цель.** Оценить взаимосвязь фибрилляции предсердий (ФП) с «бессимптомными» ишемическими инсультами, а также между ишемическими инсультами и ФП бессимптомного течения.

**Материал и методы.** В исследование включены 186 пациентов, которые обращались в СМП и были госпитализированы в РНЦЭМП (Бухарский филиал) в неотложном порядке в неврологическое отделение в период 2017-2018 гг. Из них 75 мужчин и 111 женщин, средний возраст составил 64 года.

Пациенты были разделены на две группы: 1 группа — пациенты со всеми формами ФП, не переносившие инсульт/транзиторные ишемические атаки (ТИА) в анамнезе; 2 группа — пациенты с острым нарушением мозгового кровообра-

ния (ОНМК) по ишемическому типу, ТИА, ишемическим инсультом/ТИА в анамнезе без ранее диагностированной ФП и с ранее диагностированной ФП. Всем пациентам проводили общеклиническое обследование. В 1-й группе всем пациентам выполнялось МРТ головного мозга без контрастирования, во 2-й группе для выявления нарушений ритма сердца у пациентов без ФП проводилось 72-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру.

**Результаты.** В 1-й группе у 24% (22 из 91) больных был выявлен «бессимптомный» инсульт, из них у 13% (12 из 22) выявлен один перенесенный инсульт, у 11% (10 из 22) — более одного инсульта. Из 22 пациентов с «бессимптомным» инсультом только 14% (3 из 22) принимали варфарин, притом лишь у одного пациента МНО находилось в диапазоне от 2 до 3; 1 пациент (4,5%) принимал комбинацию аспирина с клопидогрелем. Важно отметить, что большая часть пациентов 1-й группы имели высокие баллы уровня риска развития инсульта (2 балла — 18% (16 из 91), 3 балла — 19% (17 из 91), 4 балла — 24% (22 из 91), 5 баллов — 23% (21 из 91), 6 баллов — 4% (4 из 91), 7 баллов — 3% (3 из 91)).

Во 2-й группе у 23% (11 из 47) больных были выявлены эпизоды ФП, длительностью до 30 с по данным суточного мониторирования ЭКГ. Среди пациентов, перенесших ОНМК/ТИА, с длительным анамнезом ФП, лишь 2% (1 из 48) принимали варфарин, однако дезагреганты принимали 25% (12 из 48) пациентов.

**Заключение.** У пациентов с ФП, имеющих низкий уровень риска развития тромбоэмболических осложнений, важно исключать бессимптомные формы перенесенного ишемического инсульта. В связи с этим исследование с помощью КТ и МРТ головного мозга должно быть включено в рутинную практику обследования таких больных. Это позволит вовремя назначать профилактическую антикоагулянтную терапию, снизить риск развития повторного инсульта и, как результат, снизить уровень смертности. Пациентам, перенесшим ОНМК по ишемическому типу, необходимо проводить длительное 72-часовое мониторирование ЭКГ для исключения преходящих нарушений ритма (ФП). Это позволит улучшить диагностику бессимптомных форм ФП и своевременно принять меры по предотвращению развития повторного инсульта.

*Панкратьева О. С.<sup>1</sup>, Зиновьев Е. В.<sup>1</sup>, Крылов П. К.<sup>1,2</sup>, Крылов К. М.<sup>1</sup>*

### **ОШИБКИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЖОГОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова» Минздрава России,

г. Санкт-Петербург, Россия

Анализ причин диагностических ошибок на догоспитальном этапе актуален в рамках любой специальности, в том числе в комбустиологии. При этом анализ данных, проведенный сотрудниками отдела термических поражений НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, показал, что во многих случаях подобные ошибки приводят к нарушению маршрутизации пациентов и, соответственно, снижению качества оказываемой медицинской помощи.

Наиболее частыми в структуре диагностических ошибок на догоспитальном этапе скорой медицинской помощи при ожогах являются таковые при определении площади поражения кожных покровов, а также глубины распространения патологических изменений, возникших вследствие воздействия этиологического фактора и последующего развития патофизиологических процессов в перифокальных зонах. Однако к максимальному искажению оптимального алгоритма маршрутизации приводят ошибки, ассоциированные с необходимостью последующего изменения профиля пациента. По данным комбустиологической службы отделения экстренной и скорой медицинской помощи, одной из сравнительно частых нозологических групп, маскирующихся под ожоговую травму, являются состояния и травмы с вовлечением в патологический процесс кожных покровов, развитие которых связано с нормотермическим механическим воздействием (открытые раны, в том числе скальпированные, пролежни, синдром позиционного сдавления и др.).

В ходе ретроспективного анализа историй болезни всех пострадавших, поступивших в стационарное отделение скорой медицинской помощи ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе» в период с января 2018 г. по декабрь 2021 г. выявлено 104 случая диагностических ошибок данного ряда. При относительно невысоком удельном весе (менее 1% от всех направленных) значимость подобных наблюдений высока, особенно с учетом того, что доля пациентов с синдромом позиционного сдавления в группе — 33,7% (35 пострадавших). При этом даже незначительная отсрочка терапии у пациентов с данной нозологией существенно ухудшает прогностические показатели.

Каждый такой случай подчеркивает необходимость создания и внедрения образовательных междисциплинарных модулей, актуальных для широкого круга представителей профессионального медицинского сообщества, а также телемедицинских технологий в системе межэтапного взаимодействия при оказании медицинской помощи.

*Пенюгина Е. Н.<sup>1</sup>, Барсукова И. М.<sup>1,2</sup>, Ким И. В.<sup>2</sup>,  
Тявокина Е. Ю.<sup>1</sup>, Лукогорская Н. Н.<sup>2</sup>*

**АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ  
ШТАТНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ  
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
И ИХ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

<sup>1</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»,

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Согласно статье 10 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются, в том числе, наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации. В рамках проводимого исследования мы рассмотрели эти вопросы.

Анализ показателей укомплектованности штатных должностей врачей акушеров-гинекологов медицинских организаций и их квалификационная характеристика показали снижение (2015-2019 гг.) числа врачей акушеров-гинекологов в Российской Федерации (на 2,5%) при росте показателя в Санкт-Петербурге (на 8,9%), что обусловлено особенностями построения сети медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология».

Изучение динамики числа штатных должностей во всех медицинских организациях городского и федерального подчинения за 2015-2020 гг. выявило, что, начиная с 2017 года, наметилась отчетливая тенденция к увеличению общего числа штатных должностей акушеров-гинекологов (+6,3%, 2015-2020 гг.). В течение 2015-2020 гг. практически 3/5 всех штатных должностей врачей данной специальности были сосредоточены в медицинских организациях и подразделениях амбулаторного типа.

Число штатных должностей акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и в амбулаторных условиях, также имеет положительную динамику (+6,3%, 2015-2020). Однако дефицит акушеров-гинекологов в медицинских организациях Санкт-Петербурга, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, сохраняется, укомплектованность штатных должностей (по физическим лицам) составляет 77,9% (2020).

Для осознания кадровой проблемы важно подчеркнуть, что в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» установлены требования к уровню профессионального образования и к дополнительному профессиональному образованию врачей различных специальностей. Получение ряда специальностей, в том числе специальности «акушерство и гинекология», возможно только в ординатуре. И, если раньше часть врачей акушеров-гинекологов начинали свою трудовую деятельность после интернатуры, срок обучения в которой составлял 1 год, то в настоящее время сроки подготовки врачей данной специальности увеличились до 2 лет. Пока еще имеется определенный «запас» специалистов, накопленный в предыдущие годы, но эти резервы не безграничны. Сложности подготовки специалистов отчасти объясняют возникший дефицит кадров.

Качество оказания медицинской помощи зависит не только от укомплектованности штатных должностей врачей физическими лицами, но и от уровня квалификации врачей. Изучение квалификационного состава врачей акушеров-гинекологов, работавших в медицинских организациях Санкт-Петербурга в 2020 году, показало, что удельный вес акушеров-гинекологов, имевших квалификационные категории, превышает удельный вес врачей всех специальностей, имевших на конец года квалификационную категорию (соответственно 53,5 % и 46,6 %).

*Повзун А. С., Щемелева Е. В., Повзун К. А., Костенко В. А.*  
**ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА:  
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДИАГНОЗА НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Проведено исследование 175 пациентов с острым суставным синдромом, причиной которого являлся остеоартрит (ОА). В зависимости от диагноза направления пациенты распределились на три группы: первая — больной поступил на стационарное лечение в связи с другим заболеванием (n=19); вторая — больной находился в связи с неизвестным заболеванием суставов (n=96); третья — больной находился непосредственно в связи с ОА (n=60).

При сравнении пациентов первой и второй групп установлено достоверное различие показателей глюкозы ( $6,11 \pm 0,62$  vs  $5,32 \pm 0,10$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ), креатинина ( $106,65 \pm 35,05$  vs  $70,56 \pm 2,51$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ ) и мочевины ( $8,57 \pm 1,10$  vs  $6,35 \pm 0,29$  ммоль/л;  $p < 0,01$ ).

При сравнении пациентов первой и третьей групп установлено достоверное различие показателей глюкозы ( $6,11 \pm 0,62$  vs  $5,23 \pm 0,16$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ), мочевины ( $8,57 \pm 1,10$  vs  $6,63 \pm 0,37$  ммоль/л;  $p < 0,01$ ).

При сравнении пациентов второй и третьей групп установлено достоверное различие по количеству припухших суставов ( $0,97 \pm 0,24$  vs  $0,35 \pm 0,09$ ;  $p < 0,05$ ).

Пациенты в первой группе имели в качестве диагноза направления другое заболевание, не ОА, вследствие чего их коморбидная патология имела достаточную степень выраженности, чтобы служить диагнозом направления. В то же время это проявлялось достоверными различиями в показателях углеводного обмена и функции почек. Больные второй и третьей групп достоверно отличались по количеству припухших суставов, что, возможно, являлось причиной введения в заблуждение специалистов на амбулаторном этапе, не предполагавших ОА в качестве причины суставного синдрома.

Таким образом, выявленные особенности показателей пациентов в группах необходимо учитывать для минимизации диагностических ошибок и сокращения времени верификации основного заболевания, что в свою очередь необходимо для проведения не только симптоматической терапии, но и скорейшей инициации патогенетически обоснованной терапии ОА.

*Повзун А.С., Щемелева Е.В., Повзун К.А., Костенко В.А.*  
**ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА:  
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Проведено исследование 175 пациентов с острым суставным синдромом, причиной которого являлся ОА. В зависимости от причин госпитализации пациенты были разделены на две группы: первая — госпитализация для верификации диагноза пациентов с ранее не установленным диагнозом (n=108); вторая —

госпитализация для коррекции терапии больных с ранее верифицированным ОА (n=67).

Пациенты первой и второй групп достоверно различались по возрасту ( $60,54 \pm 1,37$  vs  $66,10 \pm 1,65$  года;  $p < 0,05$ ), количеству припухших суставов ( $0,97 \pm 0,24$  vs  $0,33 \pm 0,08$ ;  $p < 0,05$ ) и продолжительности заболевания ( $2,37 \pm 0,51$  vs  $4,14 \pm 0,67$  года;  $p < 0,05$ ). У больных с неустановленным диагнозом был более выражен лейкоцитоз ( $8,42 \pm 0,31$  и  $7,46 \pm 0,27 \cdot 10^9/\text{л}$  соответственно;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, пациенты первой группы (с ранее неверифицированным диагнозом) были статистически достоверно моложе, имели большее количество суставов с синовитом и воспалительной реакцией, а также меньшую продолжительность заболевания по сравнению со второй группой больных (с подтвержденным ранее ОА). Наличие у более молодых пациентов большего количества пораженных суставов при меньшей продолжительности заболевания, а также с наличием повышения лейкоцитов может затруднять догоспитальную диагностику ОА, влияя на сроки верификации диагноза и начала терапии.

Проведение в этой ситуации дополнительных консультаций, лабораторных и инструментальных обследований может существенно влиять на общую стоимость оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. При этом необходимость госпитализации пациента в связи с выраженностью суставного синдрома, делает оптимальным в этой ситуации использование программы оказания помощи больным с острым суставным синдром на базе НИИ скорой помощи имени И. И. Джанелидзе.

*Продан Нелля*

### **НАСИЛИЕ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Национальный центр догоспитальной скорой медицинской помощи,  
Департамент медицинского аудита, линейного контроля и обеспечения качества,  
г. Кишинев, Республика Молдова

**Введение.** Феномен насилия на рабочем месте в отношении медицинского персонала скорой медицинской помощи растет, его изучение выявляет распространенность, потенциальные факторы риска и оптимальные меры для предупреждения случаев насилия.

**Цель.** Изучение феномена насилия на рабочем месте в отношении медицинских работников скорой медицинской помощи с целью противодействия агрессивному поведению пациентов и повышения эффективности оказания медицинской помощи.

**Материал и методы.** Исследование было проведено путем опроса 501 медицинского работника скорой помощи (216 — врачи и 285 — средний медперсонал). Методы исследования: исторический, аналитический, наблюдательный, обзорный, опрос.

**Результаты.** Исследование выявило достоверные знания об определении вербального и физического насилия у 19,0% врачей и у 15,1% среднего медперсонала, хотя большая часть медицинского персонала указала, что было проведе-



но обучение по теме насилия на рабочем месте (69,1% — врачи и 69,5% — средний медперсонал). Большинство медицинских работников (87,5% и 78,6%) отметили, что во время оказания скорой медицинской помощи, по крайней мере, один раз в течение года профессиональной деятельности они подвергались физическому и/или вербальному насилию со стороны пациентов и/или их родственников. Вербальное насилие в отношении медицинского персонала (86,62% и 77,9%) преобладает над физическим (40,3% и 41,4%). Аналогичные результаты были получены в исследованиях, проведенных во всем мире. Большинство медицинского персонала (81,6% и 73,7%) заявило, что боится подвергнуться насилию на работе. В 51,7% и 54,0% случаях медперсонал обращался в полицию для решения проблемы. Причины, приведшие к насилию со стороны пациентов и/или их родственников: алкогольное и наркотическое опьянение, психические заболевания, анти-социальное поведение, конфузия и побочные эффекты. Большинство медицинских работников (80,4% и 58,9%) указали на отрицательные последствия для здоровья в результате насилия. Медицинский персонал, подвергшийся насилию (46,7% и 44,3%), сообщал о случаях насилия, но в большинстве случаев (65,4% и 77,7%) никаких мер по разрешению проблемы не было предпринято.

**Выводы.** Проблема безопасности на рабочем месте актуальна. Состояния алкогольного и наркотического опьянения, психические заболевания больных/родственников — основные и стойкие причины, приводящие к насилию на рабочем месте. Последствия насилия сказываются на состоянии здоровья пациентов, медицинского персонала и приводят к снижению качества оказания медицинской помощи. Недостаточный учёт и апатия системы преобладают при ведении и разрешении зарегистрированных случаев насилия на рабочем месте против медицинского персонала.

*Рахмонов Ш. И.*

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ  
ПО ПОВОДУ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ  
В БУХАРСКОМ РЕГИОНЕ**

Бухарский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Бухара, Республика Узбекистан

В решении проблем 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 за медицинской помощью в службу СМП. Кроме того, данный вид медицинской помощи самый мобильный и доступный.

Материалом для исследования послужили статистические данные скорой медицинской помощи по Бухарскому региону за 2018 г. Изучена обращаемость населения за СМП по поводу «высокого артериального давления», а также соответствие повода диагнозам. 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 обращений

взрослых. 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%, прочие — 1,5%. Гипертонический криз (ГК) выявлялся в 41% случаев среди больных, обратившихся за СМП по поводу «высокого артериального давления». Из них в 85% случаев диагностировался неосложненный ГК, 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 «высокое артериальное давление» с его ведущим признаком. Так, частота ГК, осложненного нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда, максимальна при сочетании повода с жалобами «плохо с сердцем» (3,89 и 2,69%) и «боль в сердце» (1,77 и 1,38%). Частота ГК, 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.

*Рузиев П. Н., Мизамов Ф. О., Шоназаров И. Ш., Умедов Х. А., Рашидов Ш. Х.*

### **ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ**

Самаркандский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Травматические повреждения печени по тяжести течения, сложности диагностики и лечения, высокой летальности обоснованно считаются наиболее опасными среди травм органов брюшной полости. Частота повреждений

печени при закрытой травме живота колеблется от 20 до 46,9%, при проникающих ранениях — от 57%, до 86,4% наблюдений.

В настоящее время хирургическая тактика «damage control», или тактика «контроль повреждений», — комплекс действий, направленный на минимализацию объема неотложного оперативного вмешательства у группы тяжелых и крайне тяжелых больных с выполнением отсроченного окончательного вмешательства по стабилизации их состояния.

**Цель исследования** — оценить эффективность метода «damage control» при тяжелых повреждениях печени.

**Материал и методы.** В отделениях экстренной хирургии СФ РНЦЭМП за 2011-2021 гг. оперировано 130 пострадавших с травмой печени. Из них у 19 (14,61%) пострадавших с тяжелыми травмами печени IV и V степени повреждения по E. Moore. Эффективность многоэтапной тактики оценивали по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Были изучены результаты хирургического лечения 19 больных с массивными повреждениями печени в возрасте от 17 до 50 лет. Мужчин было 11, женщин — 8. Средний возраст больных 26 лет. Средняя оценка степени тяжести ранений по шкале ISS была 34 балла (17-76), по E. Moore — IV и V степени травмы. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750-3850 мл). Всем больным была проведена многоэтапная лапаротомия с марлевой (пленкой) тампонадой, среднее число операций на 1 человека 2,7 (2-5), ушивание раны печени с тампонадой (13), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койка/день в отделении реанимации — 13 (3-16), а средний койка/дней в клинике — 25 (3-28). Летальность составила 26,3% (5 из 19), в основном из-за гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности.

Было проведено корреляционное изучение 41 больного с острой абдоминальной патологией, лечившихся по системе «damage control» (прерванная операция), 30 больных (контрольная группа, схожая по основной нозологии, по времени госпитализации, сопутствующей нозологии, по возрасту) велись методикой «early total care».

Для понимания степени тяжести больного и правомерности ведения больных в режиме «damage control» была спроектирована шкала (каждый показатель оценивался от 1 до 4 баллов) нозологии больного:

< 9 баллов — отсутствуют показания для применения методики «damage control»;

10-16 баллов — недвусмысленные показания для «damage control».

Эмпиризм в принятии решения допустим для соседних значений алгоритма 8-9 баллов.

В шкале тяжести были приняты во внимание следующие показатели: давность болезни, источник перитонита, тип воспалительно-разрушительных процессов в брюшной полости, при мезентериально-сосудистом тромбозе была учтена степень некроза кишечника, при острой непроходимости кишечника — происхождение непроходимости, в обстоятельствах инфицированного панкреонекроза —

генерализация и месторасположение процесса, было принято во внимание наличие шока при политравме с повреждением органов брюшной полости и др.

Несомненно, немаловажным и решающим моментом этой тактики является выполнение не одного оперативного вмешательства, а 2-х и более по показаниям.

**Результаты и обсуждение.** Показатель летальности в основной группе пациентов с методикой «damage control» был 19,5% (умерло 8 из 41 больных). Данный коэффициент в сравнительной группе с методикой «early total care» составил 53,3% (умерло 16 из 30 больных).

Изучение первых шагов этой тактики и полученные конечные данные явились определяющим фактором для создания собственной шкалы с целью учёта оперативного риска, а также дальнейшего прогноза болезни на основании физиологического состояния больного. Были учтены: возраст больного, величина артериального давления (мм рт. ст.), частота сердечных сокращений (уд/мин), Hb (гемоглобин) г/л, Калий (моль/л), Натрий (моль/л), мочевины (моль/л), лейкоциты, ЭКГ, состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, температура и кислотность. Все показатели были оценены в баллах (от 1 до 4 в зависимости от степени их девиации):

1-10 — компенсированное состояние (прогноз для жизни благоприятный);

11-29 — субкомпенсированное состояние (пограничное состояние);

30-44 — декомпенсированное состояние (прогноз для жизни неблагоприятный).

Данный алгоритм, основанный на нумерационных критериях, исключает эмпиризм при выборе метода лечения с тяжелыми травмами печени у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности, даёт возможность с высокой точностью определять показания к «damage control», использовать данную методику в нужное время, заранее узнавать и предотвращать допустимые осложнения, а также предсказать исход болезни. Предложенная стратегия объединяет сильные стороны запрограммированной релапаротомии и стандартной методики «damage control» для повреждений. Поэтапное оперативное лечение предоставляет шанс полностью использовать модернизированное реанимационное посиндромное лечение, а также протезирование функции органов с целью борьбы с системной воспалительной реакцией, которая не поддаётся лекарственному и физиотерапевтическому стимулированию парезом кишки. Применение данной стратегии уменьшило смертность с 53,3% до 19,5%.

#### **Выводы:**

1. Многоэтапная хирургическая тактика «damage control» при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности.

2. Использование методики «damage control» помогло уменьшить частоту смертности от острой патологии органов брюшной полости с 53,3% до 19,5%.

*Рузиев П. Н., Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Рашидов Ш. Х.*  
**ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ  
ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА**

Самаркандский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
Самаркандский государственный медицинский институт,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Селезенка обладает рядом важных функций, основными из которых являются участие в кроветворении, иммунном статусе организма и важная роль в системе гемостаза.

Несомненно, что удаление селезенки приводит к изменению иммунного статуса организма и развитию инфекционных осложнений, особенно вызванных условно-патогенной микрофлорой. Спленэктомия приводит к развитию тяжелых гнойно-септических осложнений как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Известно, что в ближайшем послеоперационном периоде после спленэктомии количество послеоперационных осложнений достигает 30%. При этом летальность составляет 16-30%.

С целью предотвращения развития осложнений и сохранения основных функций органа в настоящее время предложены различные виды органосохраняющих операций, при невозможности их применения — аутолиентрансплантация фрагментов поврежденной селезенки.

**Цель исследования** — улучшение результатов комплексного лечения при повреждениях селезенки при закрытой травме живота.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 25 пострадавших с повреждением селезенки при сочетанной травме живота, которым проведена консервативная гемостатическая терапия. Сочетание с травмой черепа наблюдалось в 8 (32,0%) наблюдениях, груди — в 10 (40,0%), таза и конечностей — в 7 (28,0%) случаях. Мужчин было 19 (76,0%), женщин — 6 (24,0%), средний возраст составил  $29,5 \pm 1,5$  лет. Этиологическими моментами сочетанной травмы селезенки были: падение с высоты — 13 (52,0%) больных, автомобильная травма — у 12 (48,0%) пациентов. Сроки госпитализации больных с травмой селезенки от момента травмы: до 1 часа — 18 (72,0%), с 1 до 3 часов — 7 (28%) пострадавших.

Основным критерием для выбора консервативного лечения больных явилось наличие стабильной гемодинамики. Всем больным при поступлении, кроме клинического обследования, выполняли УЗИ каждые 6-8 часов в динамике, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) брюшной полости, обзорную рентгенограмму брюшной полости и других анатомических областей по локализации, общий анализ крови и мочи, коагулограмму.

В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери (ОЦК), гемодинамических показателей (ЦВД, ЧСС, диурез).

**Результаты.** У всех больных с травмой селезенки при поступлении в стационар отмечены четкие признаки внутрибрюшинного кровотечения: боль в животе, коллапс, положительные симптомы Керра, Элекера «Ваньки-встаньки», Кулен-

камфа. При УЗИ исследовании объем гемоперитонеума составлял у 15 больных от 200 до 350 мл, у 9 — от 350 мл до 500 мл, а у 1 — более 1200 мл. Последнему произведено удаление крови видеолапароскопическим путем с благоприятным исходом.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по  $3,5 \pm 0,3$  дозы, 16 больным — свежезамороженной плазмы по  $350,0 \pm 55,8$  мл каждому пациенту и 9 больным  $250 \pm 35,0$  мл донорской эритроцитарной массы. К 7 дню лечения при УЗИ и МСКТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. По мере накопления опыта нами были определены критерии консервативного лечения: отсутствие признаков продолжающегося внутрибрюшинного кровотечения; стабильные гемодинамические показатели (АД, ЦВД, ЧСС) на фоне проводимой инфузионной и гемостатической терапии; количество излившейся в брюшную полость крови до 400-500 мл ( $<10\%$  ОЦК); отсутствие признаков перитонита и повреждения других органов живота.

Применяемые нами методы консервативного адекватного гемостаза при повреждениях селезенки были эффективны в 93,3% наблюдений. Осложнений и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолапароскопической техники не было.

**Выводы.** Неоперативное лечение повреждений селезенки относится к рискованному мероприятием и требует хорошего оснащения визуализирующей аппаратурой лечебного учреждения, а также возможности постоянного мониторинга за больным.

Лечебная видеолапароскопия может стать альтернативой лапаротомии, что позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

*Рузиева Н. С.*

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

Бухарский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Бухара, Республика Узбекистан

**Актуальность.** За несколько последних десятилетий резко снизился уровень смертности от острого коронарного синдрома (ОКС): с 10,4% в 2000 г. до 4,3% в 2019 г. Повышение показателей выживаемости среди пациентов с ОКС, в частности, может быть связано с достижениями в области медикаментозной терапии и интервенционных вмешательств.

**Цель.** Оценить эффективность догоспитального тромболитического лечения у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST.

**Материал и методы.** Всем больным по показаниям проводили тромболитическую терапию стрептокиназой. Проведен ретроспективный сравнительный анализ применения тромболитической терапии на догоспитальном и госпитальном этапах стрептокиназой. Оценивались временные характеристики тромболитического лечения, его эффективность и безопасность. Обследовано 35 больных с клинически уста-

новленным диагнозом «Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST», в возрасте 40-70 лет (средний возраст  $53,4 \pm 2,4$ ). Все пациенты, которым проводилась тромболитическая терапия, были разделены на 2 группы: 1 группа — тромболитическая терапия проводилась в шоковой палате в стационаре ( $n=20$ ) после транспортировки бригадами скорой медицинской помощи; 2 — тромболитическую терапию проводили на догоспитальном этапе ( $n=15$ ) в машине скорой помощи. Количество больных 2 группы, включенных в исследование, определялось сроком начала тромболитической терапии. Оценивали временные характеристики догоспитального и госпитального тромболизиса, его эффективность и безопасность.

**Результаты.** Среднее время от обращения больного за неотложной медицинской помощью до проведения госпитального тромболизиса составило  $51,8 \pm 1,23$  мин, при этом госпитальный тромболизис был выполнен в среднем через  $106,5 \pm 2,15$  мин ( $p < 0,05$ ). Эффективность госпитального тромболизиса по ЭКГ (регрессия сегмента ST более 50%) отмечена в 68,3% случаев. При догоспитальном тромболизисе эффективность составила 90,3% по данным ЭКГ и коронарографии. У больных 1 группы в условиях стационарного тромболизиса эффективность ЭКГ (регрессия сегмента ST более 50%) подтверждена у 68,3% (у 14 больных), а у больных 2 группы эффективность стрептокиназы до госпитального этапа снижала ST. Отрезок на ЭКГ через 60 мин наблюдался в 13 случаях (90,3%), а у 1 больного положительная динамика на ЭКГ была уже в процессе транспортировки в стационар. У 1 (4,7%) больного эффективность тромболитической терапии по данным ЭКГ не подтвердилась.

**Выводы.** Догоспитальный тромболизис у больных с острым коронарным синдромом был выполнен на 54,7 мин раньше, чем госпитальный тромболизис, что может улучшить дальнейший прогноз у больных. Анализ эффективности тромболитической терапии показал, что в группе догоспитального тромболизиса стрептокиназой отмечена тенденция к повышению эффективности терапии по данным ЭКГ (снижение сегмента ST более чем на 50%) по сравнению с группой госпитального тромболизиса на 35%.

*Салаев А. Б., Махкамов К. Э., Махкамов М. К., Исрайилов Д. У., Бойменов Ш. Р.*

**ОПЫТ МОНИТОРИНГА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ  
У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ  
В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ  
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

В настоящее время для лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) активно применяются протоколы пошагового этапного лечения, рекомендованные фондом Brain Trauma Foundation. Одним из условий успешного лечения внутричерепной гипертензии, сопровождающей травму головного мозга, является мониторинг внутричерепного давления (ВЧД) с помощью тензOMETрических датчиков — микрочипов, с пьезокристаллом, трансформирующим энергию сжатия в электрический сигнал. В зависимости от места установки используются

внутрижелудочковые, вентрикулярные, паренхиматозные, субдуральные, эпидуральные датчики. Измерение паренхиматозного и вентрикулярного ВЧД признано наиболее точным методом оценки при ТЧМТ.

**Цель.** Проведение сравнительного анализа различных методов измерения ВЧД и их результатов при лечении пострадавших с ТЧМТ в РНЦЭМП.

**Материал и методы.** Проанализированы архивные данные мониторинга ВЧД у пострадавших с ТЧМТ, которые были разделены на 3 группы: 1 группа — 85 случаев (2007-2008 гг.), измерение выполнено с использованием манометра фирмы «Тритон Электроник» после вентрикулярного дренирования; 2 группа — 110 случаев (2014-2015 гг.), применены паренхиматозные датчики фирмы «Codman» (США); 3 группа — 68 случаев (2000-2001 гг.) использования паренхиматозных датчиков фирмы Spiegelberg (Германия). Критерии отбора: исходное нарушение сознания ниже 9 баллов по шкале Глазго (кома 1), наличие очаговой симптоматики, травматические изменения головного мозга, выявленные при проведении компьютерно-томографического исследования. Оценка уровня ВЧД проведена по общепринятой методике, при этом нормальные показатели — 3-15 мм рт. ст.; гипертензия средней степени тяжести — 15-25 мм рт. ст.; выраженная гипертензия — более 25-35 мм рт. ст., грубая — более 40 мм рт. ст.

**Результаты.** Выявлено, что у больных 1 группы с послеоперационным контролем и коррекцией ВЧД на уровне 10-14 мм рт. ст. (1 мм рт. ст. = 13,6 мм вод. ст.) отмечена 60% выживаемость. В результате применения методики отмечено снижение летальности среди больных на 25,8%. Недостатками методики явились невозможность длительного мониторинга более 7 суток, в связи с риском инфицирования дренажа, сложность установки вентрикулярного дренажа у больных с исходным тяжелым отеком мозга вследствие узости желудочковой системы.

Во 2 группе исследование показало снижение летальности до 5% у мониторируемых больных за счет возможности своевременной коррекции ВЧД в послеоперационный период. Недостатком методики явилась зависимость показаний монитора от правильной калибровки датчика. По результатам исследований определены показания к мониторингу, установлены оптимальные уровни контроля ВЧД, усовершенствованы методики установки датчиков и оптимизированы методы лечения больных с учетом ВЧД.

В 3 группе отмечено отсутствие технических сложностей при установке датчика и необходимости калибровки датчика. Наиболее высокий уровень ВЧД более 35 мм рт. ст. отмечен при оперативном вмешательстве до этапа декомпрессии, после удаления травматического субстрата отмечено быстрое снижение ВЧД к нормальным показателям — менее 15 мм рт. ст. с максимальным увеличением в послеоперационный период до 20 мм рт. ст. Наиболее длительно, до 3-5 суток, сохранялась гипертензия средней степени тяжести 15-25 мм рт.ст. у больных с удалением контузионных очагов 3-4 вида.

**Выводы.** Методы контроля уровня ВЧД в интраоперационный период позволяют судить об эффективности декомпрессивного эффекта операции и в перспективе позволяют рассмотреть вопросы необходимости удаления костного лоскута. Больные в коматозном состоянии с наличием контузионных очагов нуждаются в длительном контроле и коррекции ВЧД независимо от вида контузионного очага.



*Селезнёв А. Б.<sup>1</sup>, Иванченко А. В.<sup>1</sup>, Носов А. М.<sup>2</sup>, Жабин А. В.<sup>2</sup>*  
**К ВОПРОСУ ПРИМЕНИМОСТИ МЕСТНЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ  
В УСЛОВИЯХ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ**

<sup>1</sup>Государственный научно-исследовательский испытательный институт  
военной медицины МО РФ,

<sup>2</sup>Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Чрезвычайные ситуации радиационного характера сопровождаются радиоактивным загрязнением местности, окружающих предметов, одежды и кожных покровов пораженных. Отдельной проблемой выступает оказание медицинской помощи при загрязнении радиоактивными веществами (РВ) ран и ожогов. В ходе оказания первой помощи в очаге поражения первоочередной задачей является остановка продолжающегося наружного кровотечения в условиях проведения санитарной обработки и эвакуации пострадавшего.

В качестве эффективных средств остановки кровотечения из крупных сосудов смежных анатомических областей — основания конечностей и туловища, шеи, выступают местные гемостатические средства (МГС).

В настоящее время выделяют следующие группы МГС: мукоадгезивные агенты, концентраты факторов свертывания, прокоагулянтные средства, а также вещества, способствующие денатурации белков. Принципиально все указанные группы состоят из сорбционных и собственно тромбообразующих средств, обеспечивающих «герметизацию» кровоточащей раны и, как следствие, «иммобилизацию» РВ, попавших в неё. При этом использование МГС приводит к невозможности проведения санитарной обработки до проведения первичной хирургической обработки раны. В этих условиях полностью исключена возможность удаления из раны водорастворимых РВ в интервале времени до 60 минут после поражения. Однако за счёт сорбционной способности МГС может происходить замедление всасывания водорастворимых или сорбция нерастворимых РВ, что можно рассматривать как эквивалент использования при санитарной обработке ран растворов пентацина или унитиола. Поскольку такая технология не была реализована на практике, результаты её применения предположительны, следовательно, вопрос возможности применения местных гемостатических средств в условиях радиоактивного загрязнения требует экспериментального изучения.

*Семиглазов А. В., Зиновьев Е. В., Орлова О. В., Крылов П. К., Костяков Д. В.*

**ИММУННАЯ РЕАКТИВНОСТЬ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ  
ИСХОДОВ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ**

ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Свободная аутодермопластика — основной вариант восстановления целостности утраченного в результате воздействия ожогового фактора кожного покрова. В настоящее время определен широкий спектр клинических признаков и лабораторных показателей, вариантов инструментальной диагностики, позволяющих

с той или иной степенью достоверности и доказательности определить степень готовности раны к проведению аутотрансплантации. Однако значимая часть разработанных критериев остается методами с низкой воспроизводимостью и специфичностью и, соответственно, их широкое внедрение в клиническую практику нецелесообразно. Правильный выбор момента трансплантации и определения верной стратегии хирургического лечения приобретает особое значение в процессе лечения пострадавших с обширными глубокими ожогами. Каждый негативный результат свободной пластики резко снижает вероятность благоприятного исхода. Учитывая важнейшую роль иммунного статуса пациента в процессе адаптации трансплантатов, представляется актуальной задачей поиск предикторов вероятного отрицательного результата повторных пластик, информативных при оценке в момент поступления пациентов в стационар.

В данное проспективное исследование включены 52 пострадавших с глубокими ожогами. Оценку клеточного звена иммунной системы проводили методом проточной цитометрии (Navios, Beckman Coulter). Исследовали субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови пострадавших, в том числе включавший относительное и абсолютное количество естественных киллеров и их субпопуляции. У пациентов проводили забор периферической крови при поступлении, за 2-3 часа до операции и на 3-5 день после операции.

Предварительный анализ результатов позволяет констатировать изменения в относительном количестве клеток (превышение референтных показателей) в субпопуляциях NK-лимфоцитов в группе пациентов с негативными результатами повторных трансплантаций.

На сегодняшний день требуется проведение более информативного исследования данного прогностического критерия с целью определения оптимальной стратегии хирургического лечения в зависимости от показателей клеточного иммунитета.

*Сизова Д. Т., Чайкина М. А., Лопатько В. С., Толкач П. Г., Башарин В. А.*

### **РОЛЬ ВОДНЫХ КАНАЛОВ В ФОРМИРОВАНИИ ТОКСИЧЕСКОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ У КРЫС**

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Интоксикация пульмонотоксикантами, обладающими ацилирующим механизмом действия (фосген, перфторизобутилен и др.), приводит к формированию токсического отека легких (ТОЛ). На сегодняшний день средства этиотропной и патогенетической терапии отравления пульмонотоксикантами еще не разработаны. В физиологических условиях вода из интерстиция в альвеолярное пространство перемещается трансцеллюлярно через аквапорин-5 (AQP<sub>5</sub>). Клиренс альвеолярной жидкости в интерстиций происходит по эпителиальным натриевым каналам (ENaC) за счёт электрохимического градиента, создаваемого Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-АТФазой.

В проведённом экспериментальном исследовании было продемонстрировано, что интоксикация лабораторных животных (крыс) ацилирующими пульмонотоксикантами (фосген и перфторизобутилен, 1,5LC<sub>50</sub>) приводила к формированию

ТОЛ, что подтверждали увеличением ( $p < 0,05$ ) легочного коэффициента. При проведении иммуногистохимического исследования с использованием кроличьих поликлональных анти-AQP<sub>5</sub> (1:400) и анти- $\alpha$ 1-ENaC антител (1:400) определили увеличение относительного содержания AQP<sub>5</sub> и ENaC на поверхности альвеол. Сделано предположение о том, что фосген и перфторизобутилен, поступая ингаляционно, воздействуют на альвеолоциты 1 типа, приводят к транслокации AQP<sub>5</sub> из внутриклеточного компартмента на альвеолярную поверхность. Увеличение содержания AQP<sub>5</sub> способствует большему поступлению воды из интерстиция в альвеолярное пространство и, как следствие этого, манифестации ТОЛ. Увеличение содержание ENaC можно рассматривать как компенсаторную реакцию, направленную на клиренс отечной жидкости из альвеолярного пространства.

Разработка соединений, таргетно влияющих на AQP<sub>5</sub> и ENaC, методом молекулярного докинга, а также экспериментальная оценка их эффективности может быть новым направлением в поиске средств этиотропной и патогенетической терапии отравления пульмонотоксикантами.

*Согомонян К. А., Попова Т. В., Стяжкин Д. Н.*

### **АЛГОРИТМ ДИСПЕТЧЕРА СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЗОВЕ С ПОВОДОМ: ВНЕЗАПНАЯ ОСТАНОВКА КРОВООБРАЩЕНИЯ**

ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи города-курорта Геленджик»

министерства здравоохранения Краснодарского края,

г. Геленджик, Россия

Раннее распознавание остановки сердца имеет решающее значение для быстрого начала сердечно-легочной реанимации (СЛР) очевидцем в ожидании прибытия профессиональных спасателей.

Согласно рекомендациям Европейского (ERC) и Национального (NCP) реанимационных советов 2021 г. эффективность ранней СЛР под руководством диспетчера скорой помощи выше, чем самостоятельное проведение реанимационной помощи очевидцами. Диспетчер скорой помощи имеет возможность раннего выявления признаков остановки сердца при опросе очевидцев, а также четкого инструктажа по выполнению реанимационных мероприятий с помощью так называемой «СЛР с помощью телефона (Т-СЛР)». Действительно, было показано, что Т-СЛР значительно увеличивает частоту проведения СЛР сторонними наблюдателями.

В рекомендациях ERC и NCP 2021 г. отсутствуют четкий алгоритм действия диспетчера по выявлению признаков остановки кровообращения и инструкции по проведению СЛР очевидцами.

На ССМП г. Геленджика разработан и внедрен в практику «Алгоритм действий диспетчера при внезапной остановке сердца». Алгоритм состоит из двух частей. Первая часть алгоритма направлена на уточнение местонахождения пострадавшего, определение наличия сознания и дыхания. В зависимости от наличия сознания и/или дыхания даются указания по укладке пациента в устойчивое боковое положение и дальнейшее наблюдение за жизненно важными функциями.

При отсутствии сознания и дыхания даются четкие инструкции по базовой реанимационной помощи.

Наш опыт применения данного алгоритма, на этапе приема вызова диспетчером, значительно повышает процент выживаемости пациентов при дальнейшем оказании помощи медиками, так как минимизирует нахождение пациента без помощи в состоянии клинической смерти. Ведь в такой ситуации дорога каждая секунда.

*Старков А. В., Гребенюк А. Н., Давыдова Е. В., Старовойт А. В.*

**МЕРОПРИЯТИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ  
ПРИ АВАРИЯХ И КАТАСТРОФАХ НА РАДИАЦИОННО-ОПАСНЫХ ОБЪЕКТАХ**  
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России,  
г. Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время в РФ насчитывается более трех тысяч радиационно-опасных объектов (РОО), среди них атомные электростанции, предприятия ядерного топливного цикла, склады и хранилища радиоактивных веществ и т.д. При авариях на РОО, в силу различных причин, возможно формирование очагов массовых санитарных потерь, как среди персонала, так и населения, проживающего на близлежащих территориях. В зависимости от масштаба аварии для ликвидации ее последствий привлекаются силы и средства РСЧС, в том числе службы медицины катастроф (СМК) соответствующего уровня, функцией которой является ликвидация медико-санитарных последствий радиационных аварий и катастроф.

При угрозе или развитии чрезвычайной ситуации (ЧС) руководители органов управления и формирований СМК соответствующего уровня в интересах планирования лечебно-эвакуационных мероприятий осуществляют прогнозирование медицинской обстановки в зоне ЧС. При этом основной задачей прогнозирования является оценка возможных медико-санитарных последствий ЧС с учётом характера поражающих факторов, величины и структуры санитарных потерь среди населения. Одновременно в зоне ЧС проводится медицинская (радиационная) разведка для сбора сведений и уточнения прогностических данных с целью определения медицинской обстановки (медико-тактической характеристики очага радиационного поражения).

По совокупности всех полученных данных определяются медико-санитарные последствия ЧС — комплексная характеристика медико-санитарного ущерба, на основании которых начальник СМК данного уровня принимает план (решение) на медико-санитарное обеспечение в ЧС. В решении определяются: основные задачи СМК, условия их выполнения; возможная величина и структура санитарных потерь; наиболее рациональная группировка сил и средств СМК к началу и в ходе работ; организация и проведение лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС; мероприятия по защите и охране сил и средств СМК; мероприятия по снабжению медицинским имуществом и т.д.

Таким образом, ликвидация медико-санитарных последствий радиационных ЧС является комплексом организационных, лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а также мероприятий по медицинской защите персонала РОО, медицинских и спасательных формирований, принимающих участие в ликвидации последствий ЧС.

*Степанова М. Н.<sup>1</sup>, Нарушак И. С.<sup>1</sup>, Барсукова И. М.<sup>1,2</sup>*  
**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ПАЛЬПАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ  
ПАРАМЕТРОВ ОЖОГОВОЙ РАНЫ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России,

<sup>2</sup>ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,  
г. Санкт-Петербург, Россия

Одним из методов диагностики глубины и площади ожоговой раны и состояния подлежащих тканей может быть метод пальпаторной остеопатической диагностики.

Заявленный способ диагностики иллюстрируется следующим клиническим примером. Пациентка С.И. 46 лет получила термическую травму: вылила на ногу горящий спирт. При поступлении в стационар клинический диагноз: Ожог правой нижней конечности 12% (7%) II-III ст. Наибольшие изменения отмечены в области голеностопного сустава и Ахиллова сухожилия. С момента поступления решался вопрос о необходимости оперативного лечения в этой зоне.

Остеопатическая диагностика, проведенная в первые сутки после повреждения, выявила, что площадь, в пределах которой ткани ожоговой раны спаяны с подлежащими тканями, составила, около 80% от общей площади ожоговой раны.

Процесс спаивания тканей в значительной степени носил сплошной характер и лишь в небольшом проценте — гнездный. По передней поверхности бедра на 30% ожоговой раны в процесс были вовлечены два мышечных слоя, а в других зонах ноги — один слой. Вид тканей, вовлеченных в процесс: на передней поверхности бедра — мышцы, а в области нижней трети голени и обеих поверхностей правой стопы — сухожилия.

Также было установлено, что ткани правой нижней конечности пациентки находятся в состоянии патологического фасциального натяжения, возникшего после серьезной травмы (в анамнезе — травма от удара копытом лошади по передней поверхности голени). Выявленные патологические натяжения в тканях правой ноги ухудшали микроциркуляцию в зоне ожога, что могло замедлить регенерацию ожоговой раны и требовали остеопатической коррекции.

В итоге было установлено, что ткани ожоговой раны спаяны с подлежащими. При этом ткани правой нижней конечности в целом и в проекции ожоговой раны в частности находятся в состоянии патологического натяжения вследствие механической травмы в анамнезе. Возникшее наложение повреждений усугубляло течение ожога у пациентки. С учетом этого была разработана адекватная поэтапная радикальная коррекция данной патологии.

В результате проведенной первичной диагностики специалист (остеопат) предположил, что ожоговая рана пациентки не потребует хирургического восстановления кожного покрова, а достаточно будет только проведения остеопатической коррекции выявленных нарушений, что полностью подтвердилось в дальнейшем.

Таким образом, заявленный способ позволяет:

– на основании пальпаторной оценки состояния подлежащих тканей в проекции ожоговой раны пациента определить истинную глубину поражения и сформулировать рациональный план лечения в ранние сроки;

– выявить возможные отягощающие анамнестические факторы, прежде всего последствия травм с возникшими при этом патологическими фасциальными натяжениями, устранив которые, можно добиться наилучших результатов регенерации тканей;

– используя диагностические приемы остеопатии осуществлять динамический контроль качества лечения, а также прогнозировать возможную необходимость применения хирургической коррекции состояния ожоговой раны.

*Стопницкий А. А.<sup>1,2</sup>, Акалаев Р. Н.<sup>1,2</sup>, Саидова М. К.<sup>1</sup>*

### **СВОБОДНЫЙ АММИАК КАК РАННИЙ ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

<sup>1</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

<sup>2</sup>Центр развития повышения квалификации медицинских работников,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Введение.** Одной из основных причин алкогольной энцефалопатии является нарушение дезинтоксикационной функции печени на фоне длительного злоупотребления алкоголем и повышения уровня свободного аммиака, при этом высокая концентрация этого метаболита является одним из важнейших факторов развития алкогольной энцефалопатии.

**Материал и методы.** В исследование включено 313 больных (33 женщины и 280 мужчин) с острым отравлением алкоголем в возрасте от 34 до 54 лет, поступивших в 2017-2021 гг. в отделение токсикологии РНЦЭМ на фоне хронического употребления алкоголя. Алкоголь в крови в среднем составил  $1,9 \pm 0,7$  промилле. Испытуемые были разделены на 3 группы: I группу составили 134 пациента с высокой концентрацией свободного аммиака — более 200 мкмоль/л, определяемой на биохимическом анализаторе, норма 16-32 мкмоль/л, при длительности употребления алкоголя у всех этих больных более 10 дней. Группу II составили 92 пациента со средним уровнем свободного аммиака — 100-200 мкмоль/л, на фоне приема алкоголя от 5 до 10 дней. В группу III вошли 87 больных с относительно низким уровнем свободного аммиака — менее 100 мкмоль/л и продолжительностью употребления до 3 дней. Степень когнитивных нарушений изучали по Минимальной шкале психического состояния (MMSE), норма 29-30 баллов по 10 позициям, батарея лобной дисфункции (FAB), норма 16-18 баллов по 6 позициям и шкале Рейтана, тест в секундах, обычно менее 100 секунд.

**Результаты.** У пациентов I группы при поступлении отмечалось выраженное нарушение уровня интеллекта по шкалам MMSE и FAB, сумма баллов составила  $17,5 \pm 1,2$  и  $9,4 \pm 1,4$  соответственно. Тест Рейтана выполнялся с частыми ошибками и практически только у 2 пациентов этот тест был завершен, составив соответственно 246 и 316 секунд, что соответствует выраженным когнитивным нарушениям. При среднем уровне свободного аммиака у пациентов II группы суммарный балл когнитивных функций по шкалам MMSE и FAB составил  $23,6 \pm 1,2$  и  $11,2 \pm 1,9$  соответственно, а тест Рейтана —  $156,5 \pm 22,5$  сек, что также соответствует умеренным когнитивным нарушениям. У больных с низким уровнем свободного аммиака по данным скрининга уровень интеллекта по шкале MMSE FAB составил  $26,7 \pm 1,4$  и  $13,2 \pm 1,6$  соответственно, а тест Рейтана —  $132 \pm 16,4$  сек, т.е. были отмечены легкие когнитивные нарушения. В дальнейшем у 88 (65,6%) больных с высоким уровнем свободного аммиака развились алкогольные судороги и у 93 (69,4%) алкогольный делирий, в то время как у больных со средним уровнем свободного аммиака эти показатели составили 12 (13,0%) и 14 (15,2%) больных соответственно, а в группе с низким уровнем свободного аммиака таких осложнений вообще не наблюдалось.

**Выводы.** 1. У больных с алкогольной интоксикацией отмечается снижение когнитивных функций пропорционально уровню свободного аммиака. 2. У больных с уровнем свободного аммиака более 200 мкмоль/л отмечаются выраженные нарушения интеллекта и высокая частота осложнений, требующих медикаментозной коррекции.

*Туйчиев А. Х., Мамасалиев Н. С., Турсунов Х. Х., Курбонова Р. Р.*

### **РАЗВИТИЕ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ ФАТАЛЬНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ НА ОСНОВЕ КОЛЕБАНИЙ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА (РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ)**

Андижанский государственный медицинский институт,  
г. Андижан, Республика Узбекистан

Спектр причин острых фатальных коронарных событий, особенно на примере внезапной сердечной смерти (ОФКСвпВСС), широк, разнообразны места их наступления. Развиться ОФКС вп ВСС может как у больного, так и у здорового человека. Поэтому данная научная проблема, особенно с учетом влияний климато-метеорологических факторов различных регионов мира, в последние годы приобретает все большее значение.

**Цель исследования** — изучение особенностей наступления ОФКС вп ВСС на основе колебаний относительной влажности воздуха (ОВВ) в условиях резко-континентального климата Ферганского региона Узбекистана.

**Материал и методы.** Проспективный клинико-метеорологический мониторинг 1639 случаев ОФКСвпВСС с использованием методики Г. М. Данишевского и оценкой влияния ОВВ на её развитие по методике В. М. Овгаровой.

**Результаты и выводы.** Частота случаев ОФКС вп ВСС на основе колебаний ОВВ регистрируется с разницей в 6,7% — от 11,5% (при интервале колебаний ОВВ  $\geq 65-73\%$ ) до 17,2% (при ОВВ  $\geq 83-91\%$ );  $P < 0,05$ . Следует отметить, что коле-

бания данного фактора не только в сторону повышения, но и в сторону понижения патогенно отражается в показателях ВСС. Однако более неблагоприятным прогностическим фактором риска развития ОФКС в ВСС являются высокие уровни ОВВ ( $\geq 74-82\%$  и  $\geq 83-91\%$ ) по сравнению с низкими её уровнями колебаний ( $\leq 46\%$ );  $P < 0,05$ .

Также следует указать, что более патогенными оказались ночные колебания ОВВ: в период сна в зависимости от колебаний влажности воздуха отмечаются сравнительно высокие показатели в уровнях выявляемости ОФКС в ВСС (85,0%). Наоборот, днём (период бодрствования) в определенной степени патогенность колебаний ОВВ нивелируется, по нашим данным, вплоть до 5,6 раза ( $P < 0,001$ ). Отмечены были и региональные (хронобиологические) особенности наступления ОФКС в ВСС. Так, в период бодрствования (днём) ОФКС в ВСС чаще происходило в промежутке времени 7.00-14.00 и 14.00-21.00 часов (соответственно в связи со степенью резкости колебаний ОВВ). Ночью наступление ОФКС в ВСС со сравнительно высокой частотой происходило в промежутке времени 21.00-07.00 часов и 02.00-07.00 часов. В обоих промежутках времени суток пик ОФКС в ВСС наступал в связи с влиянием и колебаниями изученного нами метеофактора резко-континентального климата Ферганской долины.

*Туляганов Д. Б., Анваров Х. Э.*

**ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ  
ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ ВОЛНЫ ПАНДЕМИИ COVID-19 В УЗБЕКИСТАНЕ:  
ВЫЗОВЫ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

С началом пандемии нового коронавируса (SARS-CoV-2) 2020 года во всех сферах жизни общества произошли беспрецедентные изменения. В целом 20% случаев являются тяжелыми или критическими, в то время как общий уровень госпитальной смертности в настоящее время превышает 2% и увеличивается с возрастом и с наличием некоторых сопутствующих заболеваний.

**Цель.** Определение оптимального способа оказания экстренной медицинской помощи во время пандемий с изучением ее оперативной, технической и исследовательской структур.

В числе первых изменения произошли в системе оказания экстренной медицинской помощи. 15 марта 2020 года в Республике Узбекистан зарегистрирован «0» пациент с COVID-19. Как и в Узбекистане, все страны Центральноазиатского региона приняли ограничительные меры, которые включали закрытие государственных границ, приостановку международного и внутреннего транспортного сообщения, движение общественного транспорта, введение карантина в населенных пунктах, приостановку деятельности предприятий и организаций. Эта ситуация, несомненно, повлияла на существующую схему оказания неотложной медицинской помощи на местах.

**Материал и методы.** В Республиканском научном центре экстренной медицины (РНИЦЭМ) создана телемедицинская лаборатория (т.н., теле-хаб) для орга-



низации и координации удаленных консультаций для пациентов с COVID-19 в Республике Узбекистан.

Целью создания лаборатории (теле-хаба) было осуществление постоянной координации удаленных консультаций пациентов с инфекцией COVID-19 в Республике Узбекистан. Осуществлялись видео-консультации медицинского персонала медицинских учреждений по вопросам организации и особенностей лечебно-диагностического процесса больных COVID-19 в Республике Узбекистан; сбор и анализ необходимой оперативной информации о тяжелых и особо тяжелых больных COVID-19 в Республике Узбекистан из медицинских учреждений в установленном порядке; проводился мониторинг и координация работы в области дистанционного медицинского обучения сотрудников карантинных учреждений по ведению больных COVID-19 в Республике Узбекистан с учетом отечественного и передового зарубежного опыта; осуществлялось взаимодействие с другими службами и ведомствами в области организации консультирования пациентов с COVID-19 в Республике Узбекистан.

Кроме того, созданы условия в учебном центре при РНЦЭМП и организованы дистанционные мастер-классы по основным принципам ведения реанимационных больных с COVID-19 для подготовки специалистов в области реанимации.

**Результатом** работы телемедицинской лаборатории стал анализ развития пандемии COVID-19 в мире и в Республике Узбекистан. При этом наиболее эффективными для Узбекистана оказались:

- Ограничительные меры (самоизоляция), госпитализация и изоляция всех пациентов и контактов.
- Ношение масок и соблюдение дистанции.
- Ограничение движения, в том числе общественного транспорта (в Китае и Узбекистане), уменьшило число людей на улицах и вероятность контакта.
- Ограничение религиозных мероприятий (Узбекистан) показало эффективность (отрицательные примеры — Иран, Южная Корея и Россия — где вспышка произошла сразу после религиозных событий).
- Ограничения на массовые мероприятия (Китай и Узбекистан) также способствовали замедлению эпидемии (негативный пример Россия, Италия).
- Обучение медицинского персонала использованию СИЗ, строгий контроль над распространением инфекции в медицинских учреждениях.

Руководящими принципами для нас должны быть скорость, масштаб и справедливость. Скорость, так как взрывной характер вируса означает, что каждый день, потраченный впустую на эффективные ответные меры и действия, уносит жизни; масштаб — поскольку каждый член общества может внести свой вклад в создание потенциала, необходимого для борьбы с пандемией; справедливость — риску подвергаются все, пока вирус не будет взят под контроль во всем мире. Коллективные ресурсы должны быть направлены туда, где риск наиболее высок. COVID-19 — это поистине глобальный кризис: единственный способ преодолеть его — действовать сообща и проявлять глобальную солидарность.

*Туляганов Д. Б., Фаязов А. Д., Камиров У. Р., Рузимуратов Д. А.*

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭЛЕКТРООЖОГОВ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Пострадавшие от электричества в настоящее время составляют около 5% всех поступивших в специализированные отделения. Отличительными признаками пострадавших от электричества относительно других видов травм являются молодой возраст, значительная глубина поражения при меньшей площади поражения, тяжелое течение ожоговой болезни, высокие показатели смертности и инвалидизации.

За период с 2009 по 2021 гг. в отделение комбустиологии РНЦЭМП всего было госпитализировано 502 больных с электротермическими поражениями. Наибольшую часть пострадавших (284 чел., 56,6%) составили дети и подростки в возрасте от 6 месяцев до 18 лет. Другую большую группу (215 пациентов, 42,8%) составили лица трудоспособного возраста (19-60 лет).

Число оперированных пациентов составило 129 (25,7%). У всех пострадавших этой группы имелись глубокие ожоги. В ранние сроки после травмы некрэктомия выполнена у 116 (89,9%) пациентов, у 58 (44,9%) оперированных она дополнена остеонекрэктомией костей свода черепа, у 35 (27,1%) — фасциотомией в первые 6-12 часов после поступления в клинику.

Существенная глубина некроза при электроожогах требует решения вопроса об ампутации и экзартикуляции. Показанием к ампутации служит тотальный некроз мягких тканей конечностей или их сегментов, с вовлечением в процесс суставов, магистральных сосудов и нервных стволов. К ампутации и экзартикуляции сегментов конечностей пришлось прибегнуть у 40 (31,1%) пострадавших. У 4 (3,1%) больных вмешательства выполнены по поводу комбинированных поражений: одному больному произведена лапаротомия, ушивание разрыва печени, 3 — первичная хирургическая обработка ран, в том числе 2 перевязки кровоточащего сосуда.

Заключительным этапом у всех оперированных пациентов (129 пострадавших) являлось аутопластическое восстановление целостности кожного покрова, которое проводилось после формирования грануляционной ткани.

Учитывая такие особенности электротравмы, как поражения субфасциальных структур (сосудисто-нервные пучки, мышечная ткань и сухожилия), высокая вероятность развития последствий, все оперированные пострадавшие в последующем были направлены для проведения курсов консервативной реабилитации.

Таким образом, современный подход к хирургическому лечению электроожогов, на наш взгляд, должен включать в себя применение методов активной хирургической тактики с использованием временных раневых покрытий, последующее проведение полных курсов консервативной реабилитации, что во многом способствует улучшению результатов лечения этого контингента пострадавших.

*Тураева Ё. М., Махмудов Н. И., Валиев А. С.*  
**ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ  
ПРИ ИНСУЛЬТЕ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Ферганский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Фергана, Республика Узбекистан

Изменения нервной системы выражены во всех стадиях и формах гипертонической болезни, сахарного диабета. Генерализованные изменения сосудистой патологии, особенно если преобладают поражения сосудов головного мозга, определяются при расстройствах мозгового кровообращения, кризах и инсультах. Они часто характерны для III стадии гипертонической болезни, сопровождающейся склерозом мозговых сосудов, и зависят от высоты артериального давления и его колебаний при различных неблагоприятных условиях. Инсульт (от лат. *insultus, insulto* — наскакивать, нападать) — острое расстройство мозгового кровообращения, приводящее к нарушению функции мозга. Инсульт — одна из важнейших медико-социальных проблем современного общества.

Цель исследования — установить закономерности нейроофтальмологических обследований при инсульте на догоспитальном этапе.

**Материал и методы.** В приемно-диагностическое отделение (ПДО) Ферганского филиала РНЦЭМП с 2019 по 2021 гг. обратились с мозговым инсультом 1003 больных, из них: 300 (29,9%) с геморрагическим инсультом и 703 (70%) с ишемическим инсультом. Мужчин было 393 (39,2%), женщин — 610 (60,8%). Больные по возрасту распределились следующим образом: от 40 до 50 лет — 99 больных, от 50 до 60 лет — 250, от 60 до 70 лет — 453, старше 70 лет — 200. Для нарушения кровообращения в бассейне сонных артерий характерно сочетание гемипареза 800 (79,7%) и гиперкинеза 50 (4,9%) с нарушением высших мозговых функций: афазией 205 (20,4%), при вовлечении средней мозговой артерии паралич более выражен в лице и руке, при вовлечении передней мозговой артерии — в ноге 927(92,4%). При нарушении кровообращения в вертебробазиллярном бассейне возникала симптоматика, связанная с поражением ствола мозга (нарушение функции одного или нескольких черепных нервов, например, глазодвигательного, лицевого или бульбарных), у 76%. Поражения затылочных долей проявляются односторонним выпадением полей зрения в 12% или двусторонней корковой слепотой у 5%. Такие больные жаловались на слепоту обоих глаз, глазное дно и макулярная часть сетчатки были без изменений. При проведении МСКТ головного мозга выявлен инсульт затылочной доли головного мозга. Офтальмологические диагностические результаты при всех стадиях гипертонической болезни, сахарного диабета следующие: глазное дно без изменений у 135 (13,3%) пациентов; изменение глазного дна: ангиопатия сетчатки у 516 (51,4%), ангиосклероз, симптом Гунн-Салуса 1 стадии у 72 (7,1%), 2 стадии у 58 (5,7%), 3 стадии у 29 (2,8%), гипертоническая ретинопатия у 7 (0,69 %), гипертоническая нейроретинопатия у 5 (0,4%), диабетическая ангиопатия у 18 (1,7%), диабетическая непролиферативная ретинопатия у 8 (0,7%), диабетическая пролиферативная ретинопатия у 5 (0,4%). Застой диска зрительного нерва I стадии выявлен в 37 (3,6%) случаях, II стадии —

в 12 (1,1%), острое нарушение кровообращения центральной артерии сетчатки — у 4 (0,3%), острое нарушение кровообращения центральной вены сетчатки — у 11 (1,09%) пациентов.

Отличить ишемический инсульт от внутримозгового кровоизлияния по нейроофтальмологическим признакам часто невозможно. Наиболее надёжным методом диагностики является компьютерная томография; если она недоступна, прибегают к люмбальной пункции. Диагноз подтверждался при компьютерной томографии головы и при люмбальной пункции (получение кровянистой цереброспинальной жидкости). Летальные исходы в основном связаны с обширностью поражения мозга и повторным кровоизлиянием, вторичным спазмом мозговых сосудов, приводящим к развитию ишемического инсульта или гидроцефалии.

При угнетении сознания, резких дыхательных и гемодинамических нарушениях, эпилептическом статусе, нарушении глотания больных целесообразно помещали в отделение интенсивной терапии. Базисная терапия включала меры, которые проводят при любом варианте (поддержание дыхания, стабилизация гемодинамики, коррекция водно-электролитного баланса и содержания сахара в крови, уменьшение внутричерепной гипертензии и гипертермии). Задача — предупредить осложнения, вызывающие вторичное повреждение мозга. При ишемическом инсульте в первые 3-6 часов существует возможность предупредить гибель подвергшихся ишемии и функционально инактивированных, но сохранивших жизнеспособность нейронов, которые образуют вокруг очага некроза ишемическую «полутень». Для этого восстанавливали проходимость закупоренного сосуда с помощью препаратов, растворяющих тромбы (фибринолитиков), и вводили средства с нейропротекторным действием, повышающие выживаемость нейронов в условиях гипоксии.

Таким образом, состояние глазного дна даёт версию для уточнения вида инсульта и тактики лечения. Адекватная тактика лечения ОНМК зависит от времени и определения характера мозгового инсульта. Так, начало лечения в течение ближайших 3-6 часов даёт наиболее благоприятный результат при инсульте.

*Тухтакулов А. Ю., Махмудов Н. И., Мамадиев Р. А.*  
**ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ  
ДО И ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИИ  
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Ферганский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Фергана, Республика Узбекистан

Удельный вес больных старше 60 лет с патологией желчного пузыря в последние годы значительно увеличился и составляет 50-67,2%. У больных пожилого и старческого возраста отмечается более высокая летальность, обусловленная чаще встречающимися у них осложнениями, тяжкими сопутствующими заболеваниями, снижением защитно-приспособительных реакций организма.

В последнее время в мире значительно увеличились оперативные вмешательства с применением малоинвазивных технологий, к их числу относится лапа-

роскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Сердечно-сосудистая система при ЛХЭ подвергается воздействию многочисленных факторов, среди которых следует выделить: карбоксипневмоперитонеум, кардиодепрессивное действие средств для наркоза, а также длительное пребывание больного в положение Фовлера на левом боку с поворотом операционного стола.

За последние 5 лет в нашей клинике выполнено 386 операций лапароскопической холецистэктомии. Возраст больных колеблется от 24 до 84 лет. Число больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями составило 54 (15,3%). Из них гипертоническая болезнь — у 30 (55,5%), ИБС, стенокардия — у 9 (16,6%); ИБС, постинфарктный кардиосклероз — у 8 (14,8%); ИБС, нарушение ритма сердца — 7 (12,9%) . Все больные осмотрены кардиологом, проведено ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ, лабораторное обследование.

У больных с гипертонической болезнью предоперационная подготовка и послеоперационное ведение велось совместно хирургами и кардиологами.

Больным назначали ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антагонисты Са, мочегонные препараты, антиагрегантную терапию, антиангинальную терапию. Целью подготовки была коррекция электролитного баланса, профилактика тромбоэмболических осложнений, улучшение сократительной способности миокарда, снятие застоя малого круга кровообращения, пред- и постнагрузки сердца. Лечение продолжалось в послеоперационном периоде.

Гемодинамические реакции у пациентов с сердечно-сосудистой патологией необходимо изучить до проведения лапароскопической холецистэктомии, а также во время лапароскопических оперативных вмешательств и в ближайший послеоперационный период.

До проведения лапароскопической холецистэктомии нами проведено тщательное предоперационное обследование, которое включало в себя изучение анамнеза, физикальный осмотр, направленный на выявление признаков недостаточности кровообращения, лабораторные и инструментальные исследования, оценку исходного состояния гемодинамики больных.

В клинической практике мы наблюдали развитие гипотонии после начала ИВЛ, усугублявшееся после нагнетания углекислого газа в брюшную полость. В ближайшем послеоперационном периоде у больных с гиподинамическим типом кровообращения отмечали эпизоды нарушения сердечного ритма: суправентрикулярную пароксизмальную тахикардию у 3 больных, желудочковую и предсердную экстрасистолию у 8.

Дополнительно назначались бета-блокаторы, препараты К, Na, Mg, антагонисты Са. После лечения нарушения сердечного ритма у больных были купированы.

Течение предоперационного периода у пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией при выполнении лапароскопических оперативных вмешательств зависит от исходного состояния системы кровообращения, степени её нарушений, компенсаторных возможностей. Оценка исходного состояния системы кровообращения у пациентов с сердечно-сосудистой патологией позволяет прогнозировать течение анестезии и ближайшего послеоперационного периода.

*Тухтакулов А. Ю., Уринов Б. А., Махмудов Н. И.*

## **ПРИНЦИПЫ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Ферганский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Фергана, Республика Узбекистан

Тактика врача скорой медицинской помощи включает 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, зачастую зависит исход заболевания.

*Тактика общения врача с пациентом и его окружением.* Первый контакт с человеком, встречающим 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 «103»; 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 только потом 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 действия лекарств, имеющих 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 нуждается, 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, надо продолжить лечение, вызвав спец. бригаду 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 чего 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.

Правильное и своевременное лечение на догоспитальном этапе уменьшает срок стационарной помощи, ведет к снижению инвалидности и летальности.

*Фаязов А. Д., Камилов У. Р., Шамуталов М. Ш., Халилов А. С.*  
**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Неадекватно оказанная медицинская помощь первого контакта часто усугубляет тяжесть состояния пострадавших. Требования к владению навыками ее оказания обожженным касается в равной степени как работников скорой медицин-

ской помощи на догоспитальном этапе, так и отделений неотложной помощи и реанимации.

Из госпитализированного контингента обожженных в отделение комбустиологии РНЦЭМП за период 2014-2021 гг. (всего 10 987 пациентов) по линии скорой помощи и с направлениями из других ЛПУ были доставлены 4297 (39,1%) пострадавших. Анализ качества оказания медицинской помощи до поступления в стационар показал, что в большинстве случаев она ограничивалась обезболиванием с помощью ненаркотических анальгетиков и десенсибилизирующих препаратов, наложением асептической повязки на обожженную поверхность. Учитывая это, возникает необходимость изложить основные принципы оказания медицинской помощи больным с термическими поражениями в догоспитальном периоде. Основной ее целью является прекращение действия поражающего агента, обеспечение адекватного обезбоживания, сведение к минимуму возможности инфицирования ожоговой раны, адекватная оценка тяжести состояния пострадавшего.

В большинстве случаев термические ожоги пламенем комбинируются с термоингаляционной травмой. Первой задачей врача при этом является обеспечение проходимости дыхательных путей, адекватной оксигенации, ранняя противоотечная терапия.

При электротравмах важно оценить состояние сердечной и дыхательной деятельности. Если имеются признаки клинической смерти, необходимо немедленно начинать реанимационные мероприятия по общим принципам.

При химических ожогах правильное оказание медицинской помощи в догоспитальном периоде заключается в промывании обожженного участка проточной водой в течение 15-20 минут и наложении асептической повязки с растворами антисептиков. Остальные мероприятия проводятся аналогично, как и при термических ожогах.

Термическая травма более 15% поверхности тела является показанием к проведению ранних противошоковых мероприятий. Наиболее эффективным является введение растворов Рингера, глюкозы, ГЭК (гидроксиэтилкрахмала) со скоростью 2 л/час у взрослых и 500 мл/час у детей. Общий объем вводимой жидкости должен составлять 10-15% от веса пострадавшего.

Таким образом, своевременная и адекватно оказанная медицинская помощь на догоспитальном этапе во многом предопределяет течение и благоприятный исход ожоговой болезни.

*Фаязов А. Д., Камилев У. Р., Стопницкий А. А.,  
Шоабсаров А. А., Абдуллаев У. Х.*

**К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ МНОГОФАКТОРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ  
У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Сочетание ожогов кожного покрова с поражением органов дыхания и отравлением продуктами горения относятся к многофакторным поражениям. Этот вид поражения некоторые авторы называют термотоксической травмой. Подобные



поражения приводят к высокой летальности, что в ранние сроки после травмы связано с развитием выраженной дыхательной, циркуляторной и тканевой гипоксии из-за ожога дыхательных путей, ожогового шока и резкого снижения кислородтранспортной функции крови.

Проведение раннего хирургического лечения глубоких ожогов является аксиомой, поскольку исходы ожоговой болезни напрямую зависят от сроков восстановления кожного покрова. Сочетание ожогов кожного покрова с термоингаляционной травмой и отравлением угарным газом осложняет течение ожоговой болезни, не позволяет проведению ранних оперативных вмешательств. В свою очередь, длительное существование ожоговых ран, обуславливая увеличение частоты гнойно-септических осложнений ожоговой болезни, способствует высокой частоте неблагоприятных исходов. Поэтому проблема лечения данного контингента пострадавших является актуальной.

За период с 2009 г. по 2020 г. в отделение комбустиологии РНЦЭМП МЗ РУз поступили 165 пострадавших с сочетанием ожогов кожи и дыхательных путей, острым отравлением угарным газом. Во всех случаях имелось лабораторно-инструментальное подтверждение многофакторного поражения (анализ крови на карбоксигемоглобин, показатели кислотно-щелочного равновесия, данные диагностической бронхоскопии). У 96 (58,2%) пострадавших отмечен летальный исход.

Лечение пострадавших с подобным видом поражения проводится с активным участием специалистов: комбустиолога, токсиколога и реаниматолога. Протокол интенсивной терапии этих пострадавших, в отличие от стандартов у обожженных, включает в себя проведение непрерывной оксигенотерапии, сеансов гипербарической оксигенотерапии, назначения высоких доз аскорбиновой кислоты и тиамин-бромид, ощелачивание крови, применение препаратов с противоотечным действием — осмотических диуретиков, L-лизина-эсцината, ноотропных препаратов. При диагностировании термоингаляционной травмы всем больным производится санационная бронхоскопия.

При выраженной дыхательной недостаточности такие пострадавшие переводятся на искусственное аппаратное дыхание. Критериями перевода являются: клинические симптомы гипоксии и гиперкапнии: снижение  $pO_2$  ниже 60 мм рт. ст., увеличение  $pCO_2$  выше 60 мм рт. ст. или уменьшение  $pCO_2$  ниже 25 мм рт. ст., поражение дыхательных путей продуктами горения тяжелой и крайне тяжелой степени. Параметры ИВЛ: ДО — 7-9 мл/кг; ЧД с учетом возрастных нормативов — 15-25 /мин; соотношение вдоха к выдоху — 1:2; положительное давление в конце выдоха (ПДКВ/РЕЕР) — 4-5 см вод. ст.; концентрация кислорода ( $FiO_2$ ) — 40-50%. Продолжительность ИВЛ в зависимости состояния пациента от 2 до 7 суток.

Основным клиническим проявлением острых отравлений угарным газом является токсико-гипоксическая энцефалопатия, обусловленная гемической гипоксией и угнетением тканевого дыхания нейронов коры головного мозга из-за быстрого развития отека мозга. В этих условиях возникает острая необходимость в проведении метаболической нейропротекции. Одним из приоритетных направлений при этом является использование препарата, содержащего янтарную кислоту Сукцинасол, созданного в НИИ Гематологии и Переливания Крови МЗ РУз. Использование данного препарата способствует активизации сукцинатного пути

тканевого дыхания с восстановлением утраченного пула АТФ клеток. Следует отметить, что янтарная кислота эффективна только в условиях достаточного насыщения тканей кислородом. Препарат больным назначается внутривенно, капельно в объеме 500-1000 мл в сутки. Подобный подход к лечению пострадавших с сочетанием ожогов кожного покрова, термоингаляционной травмой и острым отравлением угарным газом позволил снизить показатель летальности с 68,1% в 2009-2016 гг. до 36,5% в 2017-2020 гг.

Таким образом, обожженные с сочетанием ожога кожи, термоингаляционной травмы и острого отравления угарным газом относятся к тяжелому контингенту пострадавших, поступающих в ожоговое отделение. Лечение этих больных должно проводиться с непосредственным участием токсиколога. Важными дополнительными компонентами интенсивной терапии являются сеансы санационной бронхоскопии, респираторная поддержка в раннем периоде после травмы и назначение препаратов для нейропротекции, что значительно повышает эффективность лечения.

*Фозилов Н. Х., Рахимов А. Ф., Абдусаматов Д. М.*  
**СТРУКТУРА ТРАВМАТИЗМА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ  
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Военно-медицинская академия Вооруженных Сил Республики Узбекистан,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире погибают вследствие травм 3,5 млн человек, более 2 млн травмированных людей навсегда остаются инвалидами. При этом лидером в структуре инвалидности и смертности остается дорожно-транспортный травматизм.

**Цель.** Изучение показателей и структуры травматизма (в том числе возникших в результате ДТП) и летальности от него.

**Материал и методы.** Нами изучены показатели и структура травматизма по материалам Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, а также материалам Центрального военного клинического госпиталя МО РУз по оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате ДТП и их эвакуации за 2021 год.

**Результаты.** В 2021 году всего по республике с различными травмами в службы экстренной медицинской помощи обратились и госпитализированы 44 672 пострадавших (127,6 промилле — на 100 тыс. населения). Летальность составила 1,6%. В структуре травм наибольшее число случаев составили ЧМТ — 39,5%, травмы конечностей — 31,9%. Политравмы отмечены в 6,2% случаях.

Количество официально зарегистрированных ДТП в Узбекистане в 2021 году составило 10 001 случай. Различные травмы получили 12 210 человек (годом ранее — 12301). При этом летальность составила 2,1%.

Среди пострадавших в результате ДТП (5,1 промилле — на 10 000 личного состава), после оказания им ранней хирургической помощи и эвакуации из гарнизонных госпиталей в ЦВКГ МО РУз дорожным и воздушным транспортом, пострадавшие с политравмами составили 37,6%, с сочетанными травмами — 54,1% и

с изолированными травмами — 8,3%. При этом положительные анатомо-функциональные результаты получены у 86,7% пострадавших, летальные исходы наблюдали у 9,9%, что было обусловлено наличием тяжелых повреждений и несвоевременным оказанием специализированной медицинской помощи.

**Обсуждение.** На догоспитальном этапе большое значение имело оказание неотложной жизнеспасающей медицинской помощи (остановка кровотечения, устранение клапанного пневмоторакса и проходимости дыхательных путей, проведение адекватного обезболивания и полноценная транспортная иммобилизация), а также проведение противошоковой и инфузионной терапии.

**Заключение.** Спасение жизни пострадавших в результате ДТП и других ЧС и снижение летального исхода напрямую зависят от быстрой оценки тяжести состояния и оказания ранней, полноценной, качественной неотложной медицинской помощи на месте происшествия, а также во время медицинской эвакуации наземным и воздушным транспортом в профильные лечебные учреждения.

*Хаджибаев А. М., Акалаев Р. Н., Стопницкий А. А.*

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ  
И ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ БАРИЕМ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
Центр развития повышения квалификации медицинских работников,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

В Узбекистане клинические токсикологи впервые за всю историю отечественной медицины столкнулись с отравлением солями бария в феврале 2020 года. За короткий период с 14 по 27 февраля 2020 года в отделение токсикологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) поступили четверо пациентов с тяжелым отравлением солями бария, в результате попадания в аптечную сеть города Ташкента контрафактной партии, содержащей карбонат бария.

У всех пациентов наблюдалась клиническая картина тяжелого острого гастроэнтерита, прогрессирующие парезы и параличи мышечной мускулатуры, нарушение глотания и дыхания. В анализах крови наблюдались следующие отклонения: критическая гипокалиемия при поступлении — уровень  $K^+$  варьировал от 0,9 ммоль/л до 1,7 ммоль/л, выраженный лейкоцитоз — уровень лейкоцитов варьировал от  $15,2 \cdot 10^9$  до  $19,4 \cdot 10^9$ , также наблюдались явления умеренного токсического гепатита — уровень АлТ был в пределах от 114,6 до 275,2 у/л.

Химико-токсикологический анализ показал наличие в крови бария хлорида.

Всем пациентам проводили следующую интенсивную терапию: ИВЛ, промывание желудка через зонд с введением 10-20 г порошка магния перорально, инфузионно-детоксикационную терапию, форсированный диурез, ощелачивание крови, антидотную терапию — тиосульфат натрия 30-40 мл 30% раствора внутривенно капельно, магния сульфат 25% 20,0 мл внутривенно капельно, препараты калия (120-360 мл 4% калия хлорида в виде поляризующей смеси), гормонотерапию, энтеросорбцию (полисорб 10 г). Для профилактики первичного кардиотокси-

ческого эффекта назначены внутримышечно гидрокортизон 250 мг и  $\alpha$ -токоферол 2 мл. Также в течение первых 6-12 часов были проведены сеансы раннего гемодиализа.

В динамике у 3 пациентов отмечался постепенный регресс мышечных парезов и параличей, нормализация уровня калия, лейкоцитов и ферментов печени. На 5-9 сутки они были выписаны в удовлетворительном состоянии. У одного больного, употребившего сверхвысокую дозу бария карбоната, несмотря на интенсивную терапию, развилась внезапная фибрилляция желудочков, приведшая к остановке кровообращения и смерти больного

Вывод: острые отравления барием являются крайне редкой, но чрезвычайно опасной патологией в структуре химического травматизма. Для успешного лечения отравлений данным ядом необходим комплексный подход, включающий пероральное и парентеральное введение антидотов (магния сульфат и натрия тиосульфат), ранний гемодиализ, профилактику первичного кардиотоксического эффекта, адекватную коррекцию нарушений электролитного баланса.

*Хаджибаев А. М., Алиджанов Ф. Б., Махамадаминов А. Г.,  
Набиев А. А., Халилов А. С.*

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДОСТАЦИОНАРНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Центр развития повышения квалификации медицинских работников,  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Гастроинтестинальные кровотечения остаются одной из наиболее актуальных проблем современной ургентной абдоминальной хирургии. Результаты лечения во многом зависят от быстроты и адекватности проведения экстренной медицинской помощи. В связи с этим организация неотложной помощи на догоспитальном этапе имеет очень большое практическое значение. От врачей догоспитальной скорой помощи требуется быстрая диагностика наличия гастроинтестинальных кровотечений, оценка общего состояния больных и осуществление необходимого объема лечебных вмешательств.

Диагностика наличия гастроинтестинальных кровотечений врачами скорой помощи осуществляется на основании выявления местных, общих и специфических клинических симптомов. На основании анализа вышеназванных клинических симптомов врачи скорой помощи устанавливают природу, характер, особенности клинического течения имеющихся гастроинтестинальных кровотечений в каждом конкретном случае.

Необходимо отметить, что наряду с установлением наличия гастроинтестинального кровотечения важной задачей сотрудников скорой медицинской помощи является выявление степени и выраженности имеющихся у подобных больных геморрагического шока или синдрома гипоперфузии. Последнее представляется неотъемлемой составной частью оценки общего состояния больных с гастроинтестинальными кровотечениями.

Определение степени выраженности синдрома гипоперфузии у больных с гастроинтестинальными кровотечениями осуществляется на основании анализа таких объективных показателей, как АД, частота пульса, уровень нарушения сознания (по шкале ком Глазго), показателя Альговера, времени восстановления микроциркуляции, состояния кожных покровов, психического состояния пациентов.

При установлении наличия гастроинтестинального кровотечения с признаками геморрагического шока врачи скорой помощи немедленно приступают к оказанию экстренной медицинской помощи. Стандарты экстренной медицинской помощи включают в себя проведение следующих мероприятий: зондирование желудка с его промыванием, гемостатическая терапия, инфузионная терапия (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° вверх, терморегуляция (укутывание пациента одеялами).

Пациентов с гастроинтестинальными кровотечениями и геморрагическим шоком врачи скорой помощи, проведя экстренные лечебные мероприятия, должны незамедлительно госпитализировать в хирургические отделения стационаров.

Таким образом, организация и проведение неотложной медицинской помощи больным с гастроинтестинальными кровотечениями в догоспитальном этапе имеют большое значение в улучшении результатов их лечения. Соблюдение вышеперечисленных принципов оказания достационарной скорой помощи позволяет максимально оптимизировать лечебно-диагностический процесс.

*Хаджибаев А. М., Махамадаминов А. Г., Валиев Э. Ю.,  
Набиев А. А., Халилов А. С.*

**ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ  
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ПРИ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ**

Центр развития повышения квалификации медицинских работников,  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Современная структура травматизма характеризуется увеличением удельного веса множественных и сочетанных травм (МСТ). Последние отличаются тяжелым течением, значительными сроками лечения в стационаре, высокими показателями инвалидности и летальности.

Результаты лечения при МСТ во многом зависят от адекватности и своевременности оказания пострадавшим экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах. Качественная неотложная медицинская помощь, оказываемая больным с МСТ, повышает эффективность лечения, уменьшает ее сроки, предупреждает тяжелые осложнения и существенно снижает показатели летальности.

В связи с этим в настоящее время вопросы подготовки и переподготовки специалистов системы скорой медицинской помощи, оказывающих неотложную

медицинскую помощь больным с МСТ, приобретают особую актуальность. До последнего времени данная задача решалась путем обучения практических врачей на тематических циклах усовершенствования по экстренной хирургии, травматологии, нейрохирургии, а также экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Однако опыт функционирования системы экстренной медицинской службы Республики Узбекистан показал, что статус врача, оказывающего медицинскую помощь больным с МСТ, должен быть высоким как в плане его врачебной квалификации, так в качестве организатора лечебно-диагностического процесса. Он должен обладать комплексом знаний по основной и смежным специальностям, а также уметь эти знания успешно применять в работе.

Совершенно очевидно, что обучение подобным навыкам очень трудно осуществить на различных учебных циклах. В связи с этим на кафедре экстренной медицинской помощи ЦРПКМР организован отдельный цикл усовершенствования, посвященный вопросам оказания неотложной медицинской помощи при сочетанных травмах. Организация данного цикла является ярким примером интеграционного процесса между РНЦЭМП и ЦРПКМР.

Основной базой проведения данного цикла являются специализированные отделения РНЦЭМП МЗ РУз, а также станции скорой медицинской помощи г. Ташкента. Программа цикла охватывает все теоретические и практические вопросы оказания неотложной медицинской помощи пациентам с МСТ как в догоспитальном, так и госпитальном этапах.

В целях повышения качества обучения врачей курсантов на данном цикле, созданы специальные классы, оснащенные современными симуляционными технологиями в виде различных муляжей и фантомов, а также специальных станций оказания экстренной медицинской помощи. В отличие от муляжей и фантомов, технические возможности станций позволяют проводить обучение курсантов оказанию экстренной медицинской помощи в целостном офлайн режиме. Кроме того в специальных классах имеется набор учебных видеofilмов, тематических слайдов, а также компьютерно-мультимедийных средств демонстрации последних.

Очень большое место в учебной программе цикла занимают вопросы проведения практических занятий в догоспитальных и госпитальных звеньях РНЦЭМП. Во время проведения последних врачам-курсантам будут предлагаться в реальном времени решать различные диагностические и лечебно-тактические задачи в виде ролевых игр по разработанному ранее сценарию, где имитируются различные ситуации оказания экстренной медицинской помощи в достационарном и стационарном этапах.

Осуществление подобных занятий врачам-курсантам создает возможность освоения необходимых практических навыков и имеющихся алгоритмов и пошаговых протоколов оказания экстренной медицинской помощи больным с МСТ в госпитальном и догоспитальном уровнях. Одновременно с этим сотрудники кафедры имеют возможность осуществления дальнейшего совершенствования клинического мышления врачей-курсантов.

Надо отметить, что в последние годы с учетом пандемии Ковид-19 руководство центрами и сотрудники кафедры большое внимание уделяют вопросам про-

ведения занятий этих циклов в онлайн режиме. Для этого на кафедре создана электронная версия программы цикла, включающая в себя как вопросы обучения, так и контроля освоения учебного материала курсантами.

Таким образом, организация и проведение тематических циклов усовершенствования врачей по оказанию неотложной медицинской помощи больным с МСТ в догоспитальном и госпитальном этапах имеет важное значение в подготовке кадров, в оптимизации процесса лечения политравм и улучшения его результатов.

*Хаджибаев А. М., Махкамов К. Э., Салаев А. Б.,  
Махкамов М. К., Бойменов Ш. Р.*

**ДОСТИЖЕНИЯ В ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ  
В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ  
ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

За двадцатилетний период служба экстренной помощи (СЭМ) стала одной из масштабных структур системы здравоохранения и в настоящее время обеспечивает круглосуточную доступность экстренной медицинской помощи во всех регионах страны. В Узбекистане за год регистрируется около 120 тыс. обращений с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), из них на долю тяжелой ЧМТ приходится 15%, обуславливая летальность, по данным разных источников, от 40 до 75%.

**Цель.** Оценить итоги деятельности нейрохирургической службы Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) за двадцатилетний период функционирования с анализом результатов оказания хирургической помощи пострадавшим с тяжелой ЧМТ.

**Материал и методы.** Проанализированы архивные данные 70 тыс. больных с ЧМТ, находившихся на лечении в РНЦЭМП с 2001 года, с оценкой результатов применения разработанных новых методов лечения в нейрохирургическом отделении.

**Результаты.** По нашим данным, ушиб головного мозга тяжелой степени при изолированной черепно-мозговой травме встречается в 18,2% случаях от общего количества больных, при этом в 30 тыс. случаях выполнено оперативное лечение. Показатели летальности имеют стойкую тенденцию к снижению от 6,5-7% (2001 г.) до 2% в год. На эффективность лечения позитивное влияние оказывает введение современных стандартов диагностики больных.

Выявлены предикторы неблагоприятного течения тяжелой ЧМТ:

- механизм получения травмы (ДТП, кататравма);
- наблюдаемые в первые 2-3 суток повторная рвота и психомоторное возбуждение, сопровождаемые слиянием контузионных очагов и развитием дислокационного синдрома;
- наличие на первичных КТ-срезах головного мозга массивного полушарного субарахноидального кровоизлияния приводят к развитию вазоспазма, вторичной ишемии и отеку мозга.

В соответствии с данными предикторами разработан новый алгоритм тактики лечения больных с тяжелой ЧМТ, позволяющий проводить тщательный отбор больных для безотлагательного оперативного вмешательства.

В отделении разработаны стандарты техники выполнения резекционно-декомпрессивной трепанации черепа, позволяющие минимизировать послеоперационные осложнения.

К ним относятся:

- оптимальный разрез кожи по типу «trauma flap»;
- вазоконстрикция сосудов подкожной клетчатки для обеспечения бескровного разреза кожи;
- сохранение основной поверхностной височной артерии для исключения трофических расстройств кожного лоскута;
- использование только биполярной коагуляции;
- формирование костного дефекта до основания черепа с резецированием крыла клиновидной кости для исключения нарушения оттока крови из вен Сильвиевой щели;
- использование интраоперационного микроскопа для полноценного удаления контузионных очагов и полноценного гемостаза, ревизии контузий основных отделов мозга и микрохирургического вскрытия цистерн основания черепа;
- обязательное ушивание твердой мозговой оболочки для исключения ликвореи с использованием аутоканей и созданием дополнительного пространства для реализации отека мозга.

В результате применения современных протоколов диагностики и лечения, использования современного операционного оборудования и методик оперативного лечения, отмечается снижение показателей общей летальности, увеличение выживаемости больных с исходным нарушением сознания до уровня комы.

**Выводы.** В настоящее время, параллельно с развитием и совершенствованием СЭМ, прослеживается тенденция к повышению качества и эффективности оказания нейрохирургической помощи.

*Хаджибаев А. М., Валиев Э. Ю., Алиджанов Ф. Б., Махамадаминов А. Г.,  
Набиев А. А., Халилов А. С.*

### **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ**

Центр развития повышения квалификации медицинских работников,  
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Современный травматизм характеризуется увеличением числа больных с политравмами. Важную роль в исходах лечения данного контингента пациентов играет раннее и адекватное оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. При проведении догоспитальной экстренной медицинской помощи пациентам с политравмой приоритетом является пошаговая коррекция жизненно важных функций в виде восстановления проходимости дыхательных путей и проведения ИВЛ. Далее должна проводиться оценка сердечной деятельности и



при ее отсутствии выполнение сердечно-легочной реанимации (СЛР). При наличии пульса проводится медикаментозная или по показаниям инструментальная (дефибрилляция) коррекция сердечной деятельности и гемодинамических показателей.

Надо отметить, что немаловажным для больных с политравмой является проведение адекватного обезболивания, позволяющего улучшить общее их состояние, проведение осмотра и обследования больного с целью выявления и коррекции имеющихся различных повреждений. При этом последовательность выполнения диагностических мероприятий должна быть сугубо индивидуальной, в зависимости от локализации доминирующего, наиболее опасного для жизни повреждения.

Выявление повреждений предполагает проведение соответствующих экстренных лечебных манипуляций. При обильном наружном кровотечении — применение способов его временной остановки. При наличии клинических признаков переломов трубчатых костей, позвоночника, таза — проведение транспортной иммобилизации. При признаках открытых и закрытых повреждений живота — наложение соответствующих повязок и немедленная госпитализация в хирургический стационар. Наличие различных ожоговых повреждений или отравлений предполагает проведение мероприятий по закрытию имеющихся ран и детоксикационных мероприятий.

Все вышеперечисленные манипуляции должны выполняться на фоне проведения противошоковых мероприятий, так как наличие политравм практически в обязательном порядке предполагают развитие у подобных больных различных видов шока. Важнейшим компонентом противошоковых мероприятий у больных с политравмой является экстренное проведение инфузионной терапии в необходимых случаях в две вены. Наиболее эффективными при этом являются гемодинамические препараты, коллоиды, при их отсутствии кристаллоиды.

Выполнение мероприятий по экстренной диагностике и оказанию неотложной помощи завершается транспортировкой больных с политравмой в стационар, наиболее целесообразными из которых являются РНЦЭМП и его областные филиалы. В процессе транспортировки больных выполняют остальные мероприятия по обследованию и лечению пострадавших.

Таким образом, организация и проведение неотложной медицинской помощи больным с политравмой в догоспитальном этапе имеет большое значение для улучшения результатов их лечения. Соблюдение при этом вышеперечисленных рекомендаций по объему лечебно-диагностических пособий и порядка их осуществления пострадавшим с политравмой на месте происшествия и при транспортировке их в лечебное учреждение позволяет максимально оптимизировать лечебно-диагностический процесс.

*Хаджибаев Ф. А., Мирсидиков М. А., Мирзакулов А. Г.*

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИ РАНЕНИЙ СЕРДЦА МИРНОГО ВРЕМЕНИ**

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Ранения сердца относятся к одной из наиболее актуальных проблем экстренной хирургии, при которой развиваются тяжелые осложнения в виде шока, острой кровопотери с тампонадой сердца, остановки сердечной деятельности, повреждений крупных сосудов и различных соседних органов, часто приводящие к смерти пострадавшего. Ранения сердца отмечаются у 6-19,5% пострадавших с открытой травмой грудной клетки с летальностью от 8,0 до 81,3%. Причинами высокой летальности при ранениях сердца являются: трудность распознавания характера повреждения, отсутствие информативных методов определения тяжести различных осложнений, а также возможность развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде в виде перикардита, плеврита, ишемии миокарда, нагноения послеоперационной раны.

**Цель.** Оптимизация методов диагностики ранений сердца мирного времени.

**Материал и методы.** В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи за последние 20 лет на лечении находились 72 пострадавших с ранениями сердца. Мужчин было 64 (89,9%), женщин — 8 (11,1%). В возрасте до 18 лет — 2, 19-44 года — 55, 45-59 лет — 10, 60-74 года — 5 больных. Локализация ранения у 63 (87,5%) больных была в «сердечной зоне» грудной клетки, у 9 (12,5%) — вне «сердечной зоны», у 3 (4,1%) — на передней брюшной стенке (абдоминоторакальное ранение).

Среди методов обследования применены физикальные методы исследования, рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография, по показаниям эхокардиография (наличие повреждения в «сердечной зоне»). Все больные были оперированы, причем в 14 случаях операция начата с использованием видеоторакоскопии

**Результаты и обсуждение.** Для ранений сердца важное значение имеет оказание помощи в ранние сроки с момента получения травмы. Наибольшее число больных поступали в промежуток «золотого часа». 50 (69,4%) больных госпитализированы в течение 1 часа с момента получения ранения, 5 — в сроки более суток. В 26 (36,1%) случаях имело место изолированное повреждение перикарда без повреждения мышечной стенки сердца. В 23 (31,9%) случаях отмечалось повреждение левого желудочка, в 11 (15,3%) — левого предсердия, в 8 (11,1%) — правого желудочка, в 4 (5,6%) — правого предсердия. Помимо изолированных ранений сердца отмечаются сочетанные повреждения как близлежащих органов грудной клетки, так и других полостей, что существенно влияет на тяжесть общего состояния больных и объем планируемых оперативных вмешательств. Наиболее часто встречались повреждения легких. Среди редких сочетанных повреждений отмечались повреждения тонкой кишки и левой почки. Существенным фактором, влияющим на показатели летальности, является объем кровопотери. В 58,3% случаях объем кровопотери не превышал 500 мл, в 6 случаях был более 2 литров.

Наиболее частым рентгенологическим признаком у больных выступало увеличение размеров сердца (у 22 больных). При данной патологии имеет значение исследовать больных в вертикальном или полувертикальном положении, когда есть возможность оценить состояние плевральных полостей. При горизонтальном положении больного за счет «эффекта растекания жидкости» не всегда удается дать точную оценку имеющихся повреждений.

На электрокардиограмме в большинстве случаев (35) мы наблюдали явления синусовой тахикардии, в 11 — имела картина желудочковых экстрасистол.

Ультразвуковое исследование сердца и плевральных полостей является «золотым стандартом» исследования у больных с ранениями сердца. В 13 случаях отмечалась картина гемоторакса, в 10 — гемоперикарда.

Мультислайсная компьютерная томография (МСКТ) является наиболее точным и чувствительным методом диагностики повреждения сердца, однако его целесообразно применять у больных со стабильной гемодинамикой и при сомнительной картине. В нашей клинике МСКТ выполнена у 8 больных с сомнительной клиникой ранения сердца, во всех случаях диагноз был подтвержден.

Видеоторакоскопия (ВТС) является высокоэффективным диагностическим методом у больных с подозрением на ранение сердца. Обязательным условием для проведения ВТС является стабильность гемодинамики и отсутствие тяжелого геморрагического шока и тампонады сердца. Скопление крови в перикарде характеризуется его синюшным цветом, сглаженностью контуров и снижением амплитуды сокращений. Раны перикарда тяжело распознать на фоне гематомы перикардиальной клетчатки. Выявление эндоскопических признаков ранения сердца является неотложным показанием к конверсии в торакотомию. В наших исследованиях у 14 больных выполнена ВТС, на которых было подтверждено наличие ранения сердца.

Умерли 14 больных. Причиной смерти в послеоперационном периоде явилось декомпенсированное течение геморрагического шока с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы. 1. В улучшении результатов лечения больных с ранениями сердца важное значение имеет своевременная диагностика повреждения сердца еще на догоспитальном этапе оказания экстренной медицинской помощи.

2. УЗИ сердца является «золотым стандартом» исследования у больных с подозрением на ранение сердца.

3. При подозрении на наличие ранения сердца, расположении раны в «сердечной зоне» и стабильной гемодинамике обязательным является использование ВТС.

*Хайитов Л.М., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Ярматов К.Э.*

## **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЫ ПРИ ВЗРЫВАХ ПРИРОДНОГО ГАЗА И МАССОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ**

Самаркандский государственный медицинский институт,  
Самаркандский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Термоингаляционная травма (ТИТ) рассматривается как дополнительная ожоговая рана, которая охватывает все отделы респираторного тракта, увеличивает общую площадь ожоговой поверхности и является одним из наиболее существенных факторов, отягчающих течение ожоговой болезни. При сочетании ТИТ с обширными ожогами кожных покровов частое развитие гнойных осложнений со стороны легких и трахеобронхиального дерева ведет к дополнительной бактериальной токсемии, что утяжеляет состояние пациентов. В раннем периоде ТИТ часто развивается бронхоспазм, отек легких, респираторный дистресс-синдром, смертность при котором достигает 40-70%. В связи с этим актуальность изучения ТИТ не теряет своего значения.

Нами проанализировано исходы лечения 125 пострадавших с различными по площади ожогами кожных покровов и с ТИТ различной степени тяжести, получившие групповые ожоги 2010-2021 гг. при взрыве бытового газа (95 человек) и при взрывах газозаправочной станции (30 человек).

Частота ТИТ, по нашим данным, у пострадавших при взрывах бытового газа и газозаправочной станции составляют 82,7%, а развитие инфекционных осложнений — до 59,9%.

Нами разработан алгоритм обследования и порядка оказания помощи таким пострадавшим в очаге поражения, во время эвакуации и лечения в условиях ожогового отделения СФ РНЦЭМП РУз.

Важным этапом диагностики ТИТ является определение тяжести поражения дыхательных путей (ДП). Критериями ТИТ являются: жалобы на боль в горле, чувство першения в глотке, затрудненное дыхание, осиплость и потеря голоса, боль в грудной клетке, сухой кашель, наличие мокроты с примесью копоти, а также выявление опаленных волос в носовых ходах, поражения слизистой оболочки носа, гиперемия и отёк, эрозивно-язвенные поражения полости рта, глотки, надгортанника, гортани, следы копоти, которые позволяют установить диагноз ТИТ и определить показания для фибробронхоскопии (ФБС).

При первичном осмотре комбустиолога и ЛОР врача ТИТ были выявлены у 105 пострадавших. У 92 из них произведена первичная ФБС в первые 6 часов после травмы, у остальных — в течение следующих 24 часов. При средней и тяжелой степени поражения трахеобронхиального дерева ФБС проводили ежедневно на протяжении 3-5 дней, а далее по показаниям. Трём больным при крайне тяжелом термоингаляционном поражении ФБС проводили 2 раза в сутки.

Лечение больных с ТИТ должно быть направлено на восстановление бронхиальной проходимости, нормализацию микроциркуляции в легких и профилактику воспалительных осложнений. При поступлении пострадавшим одновременно

с ФБС проводился лаваж с санацией трахеобронхиального дерева. При этом удаляется большое количество копоти, десквамированного эпителия, образовавшихся корочек, налёта фибрина, мокроты и другого отделяемого в просвете трахеобронхиального дерева. Проводится инстиляция муколитиков, антибиотиков, бронхолитиков, что делает эту процедуру незаменимым мероприятием при лечении ТИТ различной степени тяжести. При этом учитывалась выраженность и распространённость гиперемии и отёка слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, наличие эрозий, продуктов горения, фибрина, характера и количества отделяемого, а также степени отёка, бронхоспазма и обтурации секретом. Большое значение в лечении больных с термоингаляционной травмой имеют ингаляции кортикостероидов, антибиотиков, отхаркивающих препаратов. Кроме того, все больные при сочетании ТИТ с поражением кожных покровов получали стандартное лечение: инфузионно-трансфузионную терапию в обычных дозировках или с уменьшением на 15-25% расчётных доз по формуле Эванса в нашей модификации с предпочтением коллоидным растворам (рефортан, стабизол), антибиотики широкого спектра действия, гепарин, глюкокортикостероиды, эуфиллин и др.

Своевременная объективная оценка тяжести ТИТ и возможности развития трахеобронхиальных и легочных осложнений является важным компонентом в диагностике и лечении больных с термической травмой в результате взрыва газа, помогает прогнозировать течение ожоговой болезни и назначить адекватную интенсивную терапию. Используемый нами алгоритм диагностики и лечения ТИТ у больных позволил сократить сроки лечения больных на 10,6-2,7 койко-дня и уменьшить летальность при массовых и групповых травмах с 23,8% в 2010 г. до 8,9% в 2021 г., легочные осложнения в данной группе — в 4,3 раза.

*Хайитов Л. М., Хакимов Э. А., Карабаев Х. К., Ярматов К. Э.*

### **ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ОБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ЭТАПЕ**

Самаркандский государственный медицинский институт,  
Самаркандский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Успех в лечении ожогового шока во многом зависит от своевременной и адекватной первой помощи на догоспитальном этапе.

Первая помощь при ожогах на месте происшествия заключается, прежде всего, в быстром прекращении действия термического агента. При воспламенении одежды наиболее быстрым и эффективным средством тушения является обливание пострадавшего водой или набрасывание брезента, одеяла и т.п. Нельзя, чтобы больной бегал или метался, так как пламя при этом раздувается ещё больше и охватывает новые участки. Также быстро необходимо сбросить одежду, пропитанную горячей жидкостью.

Сразу вслед за устранением термического агента следует охладить обожжённый участок холодной проточной водой или пузырями с холодной водой, или снегом. Рано начатое и длительное охлаждение (20-30 мин) пораженных тканей

быстро снижает их температуру, предупреждает углубление ожога, уменьшает отёк и снимает боль.

Бессознательное состояние обожжённого должно привлечь на себя внимание врача. Отсутствие или спутанность сознания не типичны для ожоговой травмы и ожогового шока. Это может быть связано с каким-либо сочетанным поражением или заболеванием (черепно-мозговая или электротравма, отравление угарным газом, алкоголем, диабетическая кома и т.п.).

Для обезболивания в зависимости от степени тяжести ожога могут быть применены анальгетики в сочетании с антигистаминными препаратами, нейролептики, в легких случаях — анальгин, баралгин, в тяжёлых — ингаляционная анестезия с помощью портативных ингаляторов.

Одежду с обожжённых участков тела следует снимать осторожно, чтобы не сорвать отслоившийся эпидермис и не причинить излишнюю боль. Прочно прилипшие к обожженной коже части одежды лучше обрезать, а не отрывать. На ожоговые поверхности накладывают асептические сухие или влажно-высыхающие повязки (с растворами 0,1% риванола, 0,2% фурацилина, 5% мафенида, 3-5% борной кислоты и т.п.).

Врачам скорой помощи не следует применять местные препараты, изменяющие внешний вид обожжённой кожи (калия перманганат, танин, серебра нитрат и т.п.) и затрудняющие в дальнейшем уточнение диагноза. Можно оставлять без повязок ожоги на лице и ожоги I степени. При отсутствии перевязочного материала обожженную поверхность обернуть чистой тканью (простыня, полотенце и т.п.). При ожогах кистей необходимо снять с пальцев кольца, так как из-за нарастающего отёка они могут вызвать нарушение кровообращения в дистальных отделах фаланг.

При химических ожогах, вызванных кислотами и щелочами, самым универсальным и наиболее эффективным средством оказания первой помощи является длительное (около 1 ч) обмывание обожженного участка на теле пострадавшего обильным количеством проточной воды. Чем раньше удалён с кожи химический агент, тем поверхностнее будет ожог. Надо быстро снять пропитанную веществом одежду, продолжая при этом обмывать обожжённую поверхность кожи. Исключением для такого лечения являются негашеная известь и органические соединения алюминия (диэтилалюминий гидрид, триэтилалюминий и др.), контакт которых с водой противопоказан.

Во время транспортировки на протяжении всего пути следования в стационар обожжённым, у которых предполагается возникновение шока или уже появились его признаки, должна проводиться инфузионная терапия. Вливание плазмозамещающих растворов (реполиглюкин, желатиноль, ацесоль, лактасол, изотонический раствор натрия хлорида) может сочетаться с введением натрия гидрокарбоната (250-300 мл 5% раствора). Если длительность транспортировки превышает 1 ч, то общий объём вливаемых жидкостей может достигать 1000-1500 мл. Раннее начало такой превентивной терапии позволяет предотвратить развитие шока после доставки больного в стационар.

Наряду с инфузионной терапией в машине скорой помощи осуществляется целый комплекс противошоковых мероприятий: ингаляция кислорода, согревание

больного (теплое питье, теплые грелки на необожженные области тела, укрывание одеялами и т.п.), питье соляно-щелочных растворов (1-2 г питьевой соды и 3-4 г поваренной соли на 1 л воды, минеральная вода), введение сердечных средств по показаниям. При необходимости на протяжении всей транспортировки продолжают реанимационные мероприятия, связанные с последствиями электротравмы. В случае тяжелого ожога дыхательных путей, сопровождающегося развитием выраженной асфиксии, следует произвести интубацию трахеи.

Больные с ожоговым шоком и многофакторными поражениями должны быть доставлены в стационар на позднее 1 ч с момента травмы. При этом очень важно, чтобы машина скорой помощи была оснащена всем необходимым для реанимационных мероприятий в противошоковой терапии на всем пути следования. Если ожоговый стационар находится на большом расстоянии и до него более 1 ч пути, то целесообразно тяжелообожженного, находящегося в состоянии шока, госпитализировать в ближайший стационар с реанимационным отделением. В условиях сельской местности для транспортировки больных с ожогами следует использовать санитарную авиацию. Перевод обожженного, выведенного из состояния шока, из одного лечебного учреждения в другое осуществляется только после консультации и разрешения на перевод специалиста-комбустиолога. В первые 3 суток после травмы (даже если больной из шока выведен) тяжелообожженный транспортировке не подлежит.

Применение описанного алгоритма оказания первичной медицинской помощи обожженным с шоком позволило снизить летальность на 5,8%, а количество разнообразных осложнений на 17-25%.

*Хожиев Х. Ш.<sup>1,2</sup>, Стопницкий А. А.<sup>1,2</sup>, Сафаров Х. О.<sup>3</sup>, Акалаев Р. Н.<sup>1,2</sup>*

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ БЫТОВЫМИ ЩЕЛОЧАМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

<sup>1</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

<sup>2</sup>Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан,

<sup>3</sup>Бухарский филиал РНЦЭМП, г. Бухара, Республика Узбекистан

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологию острых отравлений бытовыми щелочами (БЩ) в общей структуре отравлений прижигающими ядами (ПЯ) по Республике Узбекистан.

**Материал.** В качестве объекта для изучения эпидемиологии больных, поступивших с острыми отравлениями бытовыми щелочами, был выбран научно-клинический отдел токсикологии РНЦЭМП и отделения токсикологии в филиалах РНЦЭМП за период с 2001 по 2021 гг.

**Обсуждение.** За анализируемый период в отделения токсикологии РНЦЭМП и его филиалов госпитализировано 21 358 пострадавших с острыми отравлениями прижигающими ядами, из них 2876 (13,4%) — поступило с отравлениями щелочами. Согласно нашим наблюдениям в 2001 году отравления БЩ носили спорадический характер и составили 0,3% от общего числа пострадавших с ПЯ. В 2021

году мы констатировали значительные изменения в нозологическом составе: доля пациентов с отравлениями БЩ резко выросла — до 41,7% госпитализированных больных с ПЯ.

В возрастном аспекте среди пациентов с отравлениями БЩ преобладают пострадавшие младшего детского возраста — от 1 до 5 лет. Их количество за анализируемый период составило 2518 — 87,5% от общего числа пострадавших от БЩ. На втором месте пациенты от 19 года до 45 лет — 175 (6,0%) чел., на третьем в возрасте от 45 до 60 лет — 111 (3,8%) и на четвертом старше 60 лет — 72 (2,5%). Из общего числа госпитализированных больных с БЩ женщин было 1554 (54%), мужчин — 1322 (46%). По характеру отравлений распределение следующее: случайно приняли ПЯ — 2693 (93,6%) пациента, суицидальные попытки — 203 (6,4%).

Особенностью течения острых отравлений БЩ является относительно более низкая летальность по сравнению с отравлениями уксусной кислотой — 0,9% и 7,1% соответственно, но значительно более высокая инвалидизация пострадавших в связи частым развитием рубцовых сужений пищевода и желудка по сравнению с уксусной кислотой — 37,5% и 10,8% соответственно. Данная парадоксальная ситуация связана с очень низкими резорбтивными свойствами бытовых щелочей, то есть отравление фактически сводится к местному контактному воздействию, а также с колликативным характером ожога.

**Выводы.** 1. Острые отравления бытовыми щелочами занимают значительное место в общей структуре бытового химического травматизма.

2. Сложившаяся ситуация требует усиления профилактических мероприятий среди населения с привлечением токсикологов, в первую очередь контроля со стороны родителей за доступом к прижигающим ядам в бытовых условиях.

*Шарипова В. Х.<sup>1</sup>, Абдулхамидов А. А.<sup>2</sup>, Валиханов А. А.<sup>1</sup>*

**ДОБАВЛЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА ДЛЯ БЛОКАДЫ  
ПЕРИКАПСУЛЯРНЫХ ГРУПП НЕРВОВ  
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ШЕЙКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

<sup>1</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

<sup>2</sup>Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,  
г. Фергана, Республика Узбекистан

**Актуальность.** Хроническая боль после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава — это осложнение, которое встречается у 7-28% пациентов. Блокада перикапсулярных групп нервов (Pericapsular nerve group block — PENG block) нацелена на сенсорные нервные ветви бедренного, запирательного и добавочно-запирательного нервов которые иннервируют переднюю капсулу тазобедренного сустава. Дексаметазон представляет собой адъювант, добавляемый к местному анестетику, который эффективно продлевает продолжительность регионарной блокады периферических нервов.

**Цель.** Сравнить эффективность PENG блока местным анестетиком в сочетании с дексаметазоном для периоперационного обезболивания при операциях на шейке бедренной кости.



**Материалы и методы.** Исследование проведено у 60 больных с переломами шейки бедренной кости. В контрольную группу были включены больные (n=30), которым PENG блок проводился за 30 минут до спинальной анестезии под ультразвуковой навигацией с использованием 15 мл 0,5% раствора бупивакаина. В основной группе (n=30) PENG блок проводился в аналогичном виде с добавлением 4 мг дексаметазона в раствор местного анестетика. Послеоперационная базис-анальгезия состояла из таблеток ибупрофена по 400 мг per os каждые 8 часов, таблеток парацетамола по 500 мг per os каждые 6 часов и при необходимости тримеперидина (Промедол) по 10-20 мг внутривенно как «спасающая анальгезия». Проводился стандартный интраоперационный мониторинг (пульс, неинвазивное артериальное давление, ЭКГ, сатурация кислорода, температура тела). Изучали начало, продолжительность обезболивания, потребление опиатов в первые сутки послеоперационного периода, а также осложнения и побочные эффекты.

**Результаты.** Начало обезболивания (в минутах) в среднем составило  $13,3 \pm 2,70$  и  $7,2 \pm 1,18$  мин в контрольной и основной группах соответственно ( $p < 0,05$ ). Продолжительность обезболивания в контрольной группе составила  $720,0 \pm 65,2$  минут, а в основной группе —  $1210,5 \pm 52,4$  минут ( $p < 0,05$ ). Потребление опиатов в послеоперационном периоде (мг) в среднем  $16,2 \pm 5,2$  и  $11,2 \pm 1,8$  мг для контрольной и основной групп соответственно ( $p < 0,001$ ). В обеих группах побочных эффектов и осложнений не наблюдалось, гемодинамические показатели были стабильными.

**Заключение.** Добавление дексаметазона в раствор местного анестетика при выполнении PENG блока позволяет сократить время начала действия, удлинить продолжительность обезболивания и снизить потребность в опиатах.

*Шоумаров Г. Б.<sup>2</sup>, Розанов В. А.<sup>3</sup>, Акалаев Р. Н.<sup>1</sup>, Стопницкий А. А.<sup>1</sup>,  
Хонбабаева Р. Х.<sup>1</sup>, Акалаева А. А.<sup>1</sup>*

#### **ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН**

<sup>1</sup>Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,

<sup>2</sup>Министерство народного образования Республики Узбекистан,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

<sup>3</sup>Санкт-Петербургский государственный университет,  
г. Санкт-Петербург, Россия

**Актуальность.** Основными причинами женского суицида являются события, лежащие в эмоциональной плоскости, и в основном используются женщинами не для саморазрушения, а для привлечения внимания к своим проблемам, с целью уйти, т.е. абстрагироваться от тяжелой психотравмирующей ситуации, с которой они ни в силах справиться, при этом витальные барьеры бывают сильными.

**Цель.** Изучить характеристики суицидального поведения женщин для выявления причин суицидогенных конфликтов.

**Материал и методы.** Проведен анализ суицидального поведения с применением катamnестических и клинко-психопатологических методов у 2229 женщин в возрасте от 18 до 65 лет, госпитализированных в отделение токсикологии РНЦЭМП за 5 лет (с 2017 по 2021 г.) с острыми отравлениями различной

этиологии. Оценивали личностный смысл, сферу и содержание суицидогенного конфликта и реальность суицидальных намерений.

**Результаты и обсуждение.** За 5 лет в отделение токсикологии РНЦЭМП обратились 5184 женщины, из которых 2229 женщин были госпитализированы. В среднем в год приходится 1037 случаев женского суицида — 0,03 % от всего женского населения региона. Изучение категории личностного смысла суицидального поведения женщин показало, что частыми среди них были «призыв» (о помощи, сочувствии...) — 28,92% случаев, «протест» — 25,90%, «избегание» — 25,30%. Реже встречались «самонаказание» — 12,4% и «отказ» — 7,48%. Суицидогенный конфликт во всех случаях был связан с реальными событиями и в 31,33% случаев с психопатологическими чертами личности. По сфере жизнедеятельности суицидогенный конфликт разворачивался в семейной и личностно-витаальной сферах — 1137 (51%). Далее следовали морально-этическая, коммунально-бытовая, религиозная, интимно-сексуальная сферы — 1092 (49%). Оценка истинности суицида у женщин осуществлялась путем сопоставления их собственных сообщений о наличии или отсутствии у них желания умереть с объективными обстоятельствами. Как демонстративные, не имевшие цели лишения себя жизни попытки расценены у 847 (38%) женщин и как реакция дезадаптации у 669 (30%).

**Заключение.** Значительную часть самоубийств у женщин можно классифицировать как аномическое и/или эгоистическое самоубийство. Этим объясняется проявление противоположных форм сознания в виде аутоагрессии и/или импульсивности личности: с одной стороны — чувства беспомощности, изоляции, пустоты, отсутствие моральной цели; с другой — вседозволенность, потеря ответственности. Женский парасуицид в основном носит информативный и избегающий характер (по типу «спящей красавицы» — желание уйти во временное забытие) без истинной суицидальной цели и из радикального решения проблемы превращается в механизм влияния для достижения цели.

*Янгиев Б. А., Усаров Т. А.*

### **ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Самаркандский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Введение.** Неутешительная статистика свидетельствует, что заболеваемость панкреатитом за последние годы увеличивается. Непрерывный рост заболеваемости острым панкреатитом, трудоспособный возраст большинства пациентов, большие экономические затраты на длительное лечение и реабилитацию свидетельствуют о социальной значимости этой патологии. С увеличением распространенности острого панкреатита увеличивается и необходимость в своевременном и эффективном лечении. Общая летальность при остром панкреатите варьирует от 3 до 6%, а летальность при тяжелых формах составляет 30-40%, в специализированных клиниках мира до 15%.

**Цель.** Улучшить результаты лечения больных с тяжелым острым панкреатитом путем усовершенствования лечебно-диагностической тактики ведения больных и использования малоинвазивных методов оперативного лечения.

**Материал и методы.** В 2018-2021 гг. в хирургических отделениях Самаркандского филиала РНЦЭМП получали лечение 83 больных с тяжелыми формами острого панкреатита. Среди обследованных было 57 мужчин (68,7%) и 26 женщин (31,3%) в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст 43,8 лет). Из них оперированы 32 (38,6%) пациента, а 19 (59,4%) пациентам из числа всех оперированных операции проводились исключительно лапароскопическими методами. У 13 (15,7%) пациентов панкреонекроз был выявлен после лапаротомии, произведенной по поводу перитонита. Показанием к проведению лапароскопической санации брюшной полости являлась клиника распространённого перитонита и прогрессирование эндотоксикоза на фоне неэффективности проводимого консервативного лечения.

**Результаты.** При экссудативных осложнениях выполняли лапароскопическое дренирование полости малого сальника и брюшной полости. При распространенном гнойно-деструктивном процессе проводилась санация брюшной полости с использованием раствора «декасан», а также дренирование полости малого сальника и брюшной полости двухканальными дренажами. Применение малоинвазивных вмешательств на первом этапе лечения способствовало стабилизации больных, отграничению воспалительно-некротического процесса в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке, что позволило избежать применения открытого полостного вмешательства в более поздние сроки или сделать его менее травматичным в случае выполнения.

**Заключение.** Применение лапароскопического метода оперативного лечения позволяет выполнить адекватное хирургическое пособие, а также снизить количество ранних осложнений острого панкреатита. Увеличение процента проведения малоинвазивных вмешательств коррелирует со снижением процента летальности при тяжелой форме острого панкреатита, способствует снижению инвалидизации в послеоперационном периоде, а также повышает уровень качества жизни в ситуациях, когда является основным и единственным методом лечения.

*Янгиев Б. Ф., Усаров Т. А., Камолов С. Ж.*

### **ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Самаркандский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Введение.** Несмотря на достижения современной медицины, острый панкреатит до настоящего времени остается одной из наиболее важных и далеко нерешенных проблем экстренной медицины. Согласно данным литературы, острый панкреатит является одной из пяти причин внутрибольничной смертности.

Особо остро стоит проблема оценки тяжести клинического состояния пациентов на ранней стадии болезни, когда ещё нет симптомов органной недостаточности.

сти. Следовательно, прогноз и своевременное выявление органной недостаточности являются одной из актуальных проблем диагностики и лечения тяжелого острого панкреатита. Важно напомнить, что в большинстве случаев органной недостаточности предшествовал синдром системного воспалительного ответа (SIRS — *systemic inflammatory response syndrome*) и если выявляются симптомы SIRS, значит, пациент подвергается высокому риску развития органной недостаточности.

**Цель.** Изучить взаимосвязь и, если она будет найдена, степень корреляции между наличием синдрома системного воспалительного ответа у пациента в течение 24 часов после поступления и развитием осложнений острого панкреатита в последующем.

**Материал и методы.** На базе отделений экстренной хирургии (№1, №2, №3) Самаркандского филиала РНЦЭМП проведен ретроспективный анализ 243 пациентов с острым панкреатитом, получавших стационарное лечение с 2017 по 2020 гг. Среди обследованных было 112 мужчин (46,1%) и 131 женщина (53,9%) в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст 46,8 лет). Проведенный многофакторный анализ позволил определить, связано ли наличие синдрома системного воспалительного ответа с развитием осложнений. Диагностическую эффективность этого маркера оценивали по площади под ROC-кривой.

**Результаты.** Синдром системного воспалительного ответа наблюдался у 29,2% больных с острым панкреатитом, причем у 63,9% больных — с тяжелым острым панкреатитом и у 23,2% — с легкой формой заболевания. Статистический анализ полученных данных показал, что чувствительность определения синдрома системного воспалительного ответа для ранней диагностики осложнений острого панкреатита составляет 0,639. Положительная прогностическая значимость равнялась 0,324, а отрицательная — 0,924. Площадь под ROC-кривой для прогнозирования развития осложнений острого панкреатита составила 0,709.

**Вывод.** Наличие синдрома системного воспалительного ответа у больных с острым панкреатитом в первые сутки после госпитализации использовать для прогнозирования осложнений данной патологии не целесообразно, так как независимая положительная прогностическая значимость этого маркера составляет всего 32,4%.

Янгиев Б. А., Элмурадов Г. К., Рузиев П. Н., Мансуров Т. Т., Пулатов Д. П.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА**

Самаркандский филиал Республиканского научного центра  
экстренной медицинской помощи,  
г. Самарканд, Республика Узбекистан

**Цель.** Сравнительный анализ результатов применения видеолапароскопии и лапаротомии у гемодинамически стабильных больных с закрытой травмой живота.

**Материал и методы.** В исследование включены 265 больных со стабильной гемодинамикой (систолическое артериальное давление  $\geq 90$  мм рт. ст.), оперированные в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2011 по 2021 гг. по поводу ЗТЖ. 139 пациентам выполнены открытые вмешательства, у 126 применена

лапароскопическая техника. Больные указанных групп были сопоставимы по полу, возрасту, показателям гемодинамики, характеру и тяжести сочетанной травмы ( $p > 0,05$ ). Больные, которым была показана первичная широкая лапаротомия, в среднем имели более тяжелую степень травмы по шкале ISS (23,3 против 18,9,  $p < 0,001$ ) и более высокую частоту сочетанной черепно-мозговой травмы (25,2% против 14,3%,  $p = 0,039$ ). Кроме того, больные, подвергнутые первичной лапаротомии, характеризовались более низкими показателями гемоглобина (104,9 против 110,1 г/л,  $p = 0,022$ ) и более высокой тяжестью травмы живота по шкале AIS (3,7 против 3,3,  $p < 0,001$ ) по сравнению с пострадавшими, которым была выполнена лапароскопия.

**Результаты.** У больных обеих групп были отмечены примерно одинаковые непосредственные результаты хирургических вмешательств в таких показателях, как продолжительность операции, объем кровопотери, необходимость в геотрансфузии, частоты осложнений и послеоперационной летальности ( $p > 0,05$ ). Однако в группе пациентов, подвергнутых лапароскопии, мы не наблюдали случаев выполнения напрасной широкой лапаротомии. Чувствительность и специфичность диагностической лапароскопии составили 99,1 и 100,0%, соответственно, что указывает на высокую эффективность лапароскопии в плане предотвращения эксплоративных лапаротомий у больных с ЗТЖ. Кроме того, применение лапароскопической техники и инструментария позволило у 79,4% больных устранить внутрибрюшные осложнения травмы миниинвазивным способом без выполнения конверсии на широкую лапаротомию. В группе лапаротомий средние сроки стационарного лечения и продолжительность нахождения в отделении ОРИТ были достоверно длительнее (15,4 против 8,1 дней, и 4,6 против 3,3, соответственно,  $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Применение лапароскопии в специализированных отделениях экстренной хирургии опытными хирургами является эффективным и безопасным методом диагностики и лечения закрытой травмы живота у гемодинамически стабильных пациентов.

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Акалаев Р. Н., Стопницкий А. А., Саидова М. К.</i> СВОБОДНЫЙ АММИАК КАК РАННИЙ ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ .....	3
<i>Акалаев Р. Н., Туляганов Д. Б., Алимов Д. А., Стопницкий А. А.</i> КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ УГАРНЫМ ГАЗОМ .....	4
<i>Акилов Х. А., Примов Ф. Ш., Тилозов Б. Н.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ .....	5
<i>Акилов Х. А., Примов Ф. Ш., Тилозов Б. Н., Абдувалиева Ч. М.</i> РОЛЬ ОПЕРАЦИИ АНГИОПОРТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	6
<i>Анваров Х. Э., Валиханов А. А., Алимов А. Х., Магдиев Ш. А.</i> ВНЕДРЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В ОТДЕЛЕНИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ПОМОЩИ В УЗБЕКИСТАНЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: ПОЛУЧЕННЫЕ УРОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.....	7
<i>Асанов А. Р., Рыжков И. А., Голубев А. М., Долгих В. Т.</i> ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ БАКЛОФЕНОМ. ВТОРАЯ ЧАСТЬ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....	9
<i>Асланова Д. К.</i> ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ПОВТОРНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА .....	10
<i>Афончиков В. С., Орлова О. В.</i> ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	11
<i>Ачилов М. Т., Жулбеков К. И., Жаббаров З. И., Саттаров Ш. Х., Марданов В. Н., Камалов С. Ж.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	12
<i>Ачилов М. Т., Рузибаев Ш. Ж., Батиров З. Ю., Махрамов У. Т., Шомурадов Х. А., Тухтаев Ф. М.</i> ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫМИ СПОСОБАМИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ .....	14
<i>Ашурова Н., Шакиров Б. М., Мурадова Р. Р., Хакимов Э. А., Хайдаров М. М., Некбаев Х. С., Тожиев З. Ю.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ.....	15
<i>Бакиров Г. З., Ходжиматов Г. М., Хакимов Д. М., Хамдамов Х. Х., Карабоев Б. Б., Касимов Н. А., Яхёев С. М.</i> ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ КРОВОТЕЧЕНИЙ .....	16

<i>Барсукова И. М.<sup>2</sup>, Ким И. В., Пенюгина Е. Н., Лукогорская Н. Н., Тявокина Е. Ю.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИИ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГА .....	17
<i>Барсукова И. М., Ким И. В., Пенюгина Е. Н., Лукогорская Н. Н., Тявокина Е. Ю.</i> ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ .....	19
<i>Биркун А. А.</i> ПОИСК НОМЕРА ТЕЛЕФОНА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ ДО И ВО ВРЕМЯ ВСПЫШКИ COVID-19 .....	20
<i>Биркун А. А., Дежурный Л. И., Закурдаева А. Ю.</i> О ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ПЕДАГОГИЧЕСКИМИ РАБОТНИКАМИ .....	21
<i>Биркун А. А., Самарин С. А., Тупотилова А. А.</i> ОСТАНОВКА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В ШКОЛАХ И ДЕТСКИХ САДАХ: КОНТЕНТ-АНАЛИЗ СООБЩЕНИЙ ИНТЕРНЕТ-СМИ .....	22
<i>Бичун А. Б., Родина И. А., Сухляева Ю. В.</i> НЕОТЛОЖНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДЛЯ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ВЫЗОВОВ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНУЮ СТОМАТОЛОГИЮ .....	24
<i>Бобобеков И. Б., Жониев С. Ш.</i> ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	25
<i>Бозоров А. Г.</i> ЧАСТОТА ВОЗРАСТНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МУЖСКОГО И ЖЕНСКОГО ПОЛА .....	26
<i>Бойменов Ш. Р., Махкамов К. Э., Салаев А. Б., Махкамов М. К.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КРАНИЭКТОМИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ.....	27
<i>Борисов В. С., Сачков А. В., Каплунова М. Ю., Жиркова Е. А., Пидченко Н. Е., Павлов А. В., Елисеенкова Е. И., Петриков С. С.</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ COVID-19.....	28
<i>Бурибаев Д. Г., Анваров Х. Э., Каюмов Д. У.</i> ОСОБЕННОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 .....	29
<i>Вагнер Д. О., Зиновьев Е. В., Букаткина Е. К.</i> ЭФФЕКТИВНА ЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИСЕКРЕТОРНАЯ ТЕРАПИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ОБШИРНЫМИ ОЖОГАМИ?.....	31
<i>Валиев О. Э., Валиев Э. Ю.</i> РАННЕЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	32
<i>Валиев Э. Ю., Муминов Ш. М., Низов О. Н., Исмаилов А. Дж.</i> СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННЫМИ КОСТНО-СОСУДИСТЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	34

<i>Валиев Э. Ю., Хасанов З. Р., Яхёев А. С., Тилияков Х. А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАЗА .....	36
<i>Вахобова М. Х.</i> ЛЕТАЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С НАРУШЕННЫМ И НОРМАЛЬНЫМ УГЛЕВОДНЫМ ОБМЕНОМ (РЕГИСТР ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА Г. БУХАРЫ) .....	38
<i>Верещако А. В., Травков Д. А., Серебренников Н. А.</i> СРОКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ НИЖНЕСЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА .....	39
<i>Вознюк И. А., Пивоварова Л. П., Осипова И. В., Арискина О. Б., Гоголева Е. А., Чернявский И. В., Прохорова М. В.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИСТАТИНА С У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С COVID-19 .....	40
<i>Гавришук Я. В., Мануковский В. А., Тулупов А. Н., Демко А. Е., Кандыба Д. Ю., Савелло В. Е., Бесаев Г. М.</i> НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ .....	41
<i>Гафоров А. С.</i> ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА .....	43
<i>Громов М. И., Пивоварова Л. П., Осипова И. В., Арискина О. Б., Федоров А. В.</i> ГЕМОСОРБЦИЯ ЦИТОКИНОВ И ЛИПОПОЛИСАХАРИДА ПРИ СЕПТИЧЕСКОМ ШОКЕ С ПОМОЩЬЮ КОЛОНОК «ЭФФЕРОН-ЛПС» .....	44
<i>Гуменюк С. А., Шептунов Г. В., Потапов В. И.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ВЕРТОЛЕТОМ ЛЕГКОГО КЛАССА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ С ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ .....	45
<i>Джалалов А. С., Ходжиматов Г. М., Хакимов Д. М., Хамдамов Х. Х., Асранов Ш. Я., Яхёев С. М.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ .....	46
<i>Жуков В. А., Бойков А. А., Случек Н. И., Ельчинская Л. Э.</i> ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НЕВРОЛОГОВ ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА .....	47
<i>Зиновьев Е. В., Юрова Ю. В.</i> ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ЛИЗИСА АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ КОЖИ .....	48
<i>Зиновьев Е. В., Вагнер Д. О., Чухарев А. Е.</i> СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ВЫЧИСЛЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБОЖЖЕННЫХ .....	49



<i>Зиновьев Е. В., Заворотный О. О., Костяков Д. В.</i> ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НОВОГО МЕТОДА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕССИИ.....	50
<i>Зиновьев Е. В., Солошенко В. В., Юрина В. Н., Козулин Д. А.</i> НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У ОБОЖЖЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ .....	51
<i>Изюмов Д. П., Изюмова Г. А., Абдуллаев Х. К., Худайбергенов Б. С.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТАХ.....	52
<i>Изюмова Г. А., Абдуллаев Х. К., Худайбергенов Б. С., Изюмов Д. П.</i> ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ .....	54
<i>Искандарова Д. Э., Искандаров Э. Р., Шералиева Ш. Х.</i> АНАЛИЗ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЭКСТРЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ .....	55
<i>Кадиров Р. Н.</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА .....	56
<i>Кадиров Р. Н.</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ .....	57
<i>Карабоев Б. Б., Хакимов Д. М., Ходжиматов Г. М., Хамдамов Х. Х., Бакиров Г. З., Касимов Н. А., Яхёев С. М.</i> ЭНДОСКОПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ–ВЕЙСА .....	59
<i>Каттаханова Р. Ю., Махмудов Н. И., Умурзаков О. Э.</i> НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ .....	60
<i>Каттаханова Р. Ю., Махмудов Н. И., Умурзаков О. Э., Исмаилова М. И.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА ГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ .....	61
<i>Кашанский Ю. Б., Кучеев И. О., Аликперов У. К., Лапшин В. Н., Шаламов Д. В. Разумова Н. К.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В СКОРОПОМОЩНОМ СТАЦИОНАРЕ .....	63
<i>Коломейцев М. Г., Лукьянов В. И.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ПЕРВОЙ ПОМОЩИ РОССИЙСКИМ ТУРИСТАМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ .....	64
<i>Коломейцев М. Г., Петрова Ю. Г., Коломейцев Е. Г.</i> О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ СОТРУДНИКАМИ ГОСАВТОИНСПЕКЦИИ .....	65

<i>Кондратьев И. П., Кашанский Ю. Б., Поликарпов А. В., Цапенко В. О.</i> МИНИИНВАЗИВНЫЙ И МАЛОМЕТАЛЛОЕМКИЙ ОСТЕОСИНТЕЗЫ КАК СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ .....	66
<i>Косова Е. А., Биркун А. А.</i> ДОСТУПНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ .....	67
<i>Костяков Д. В., Зиновьев Е. В., Солошенко В. В., Крылов П. К.</i> ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ COVID-19 .....	68
<i>Крылов П. К., Зиновьев Е. В.</i> НАРУШЕНИЯ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТОКСИЧЕСКИМ ЭПИДЕРМАЛЬНЫМ НЕКРОЛИЗОМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ .....	69
<i>Лукогорская Н. Н., Барсукова И. М., Пенюгина Е. Н.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ .....	70
<i>Лукьянова И. Ю., Кузнецов А. В., Козырева А. Г., Комарницкий В. М.</i> ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ ФЕЛЬДШЕРСКОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	71
<i>Лялюк О. М., Олефиренко С. С., Золотарёва В. И., Бемянская С. С.</i> ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТЫ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ЕДИНОМУ НОМЕРУ «112» В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ .....	72
<i>Мамасалиев Н. С., Туйчиев А. Х., Турсунов Х. Х., Усмонов Б. У.</i> ЭПИДЕМИОЛОГО-КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ И ЭТНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ .....	73
<i>Махмудов Х. А., Аббосхонов Г. Х., Эгамбердиев У. А., Умаров Д. Р.</i> ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА .....	74
<i>Махмудов Н. И., Каттаханова Р. Ю., Исмаилова М. И., Шамсуддинова Г. Б.</i> ДОГОСПИТАЛЬНАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ БОЛЕВЫХ ПРИСТУПАХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА .....	74
<i>Махмудов Н. И., Каттаханова Р. Ю., Исмаилова М. И., Шамсуддинова Г. Б.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН .....	76
<i>Меирманова Д. К., Нурутдинова Г. Х., Кушербаева А. М., Жанибекова И. А.</i> ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН .....	77
<i>Миннуллин И. П., Газиева Л. Л., Акимова Л. Д.</i> ВКЛАД УЧЕНЫХ ПЕРВОГО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АКАДЕМИКА И. П. ПАВЛОВА В РАЗВИТИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ .....	78

<i>Миннуллин И. П., Мирварисова Л. Т., Барсукова И. М., Миннуллин Э. Р., Сочнев В. Н.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, СОТРУДНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ СЛУЖБЫ.....	81
<i>Мирджалилов Ф. Х., Валиев Э. Ю., Каримов Б. Р.</i> СИНДРОМ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ ПРИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ .....	82
<i>Мирзаев Д. А., Абдусаматов Д. М., Фозилов Н. Х.</i> ПРИМЕНЕНИЕ FAST ПРОТОКОЛА ПРИ МАССОВОМ ПОСТУПЛЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ .....	84
<i>Мирошниченко А. Г., Попов А. А., Большакова М. А., Рахманов Р. М., Шамов Д. С.</i> ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ .....	85
<i>Муминов Ш. М., Минаев Т. Р., Низов О. Н., Хакимов А. Б., Худайназаров Д. А.</i> СОЧЕТАННЫЕ ТРАВМЫ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ — ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПОВ .....	86
<i>Муминов Ш. М., Минаев Т. Р., Низов О. Н., Худайназаров Д. А., Давлатов Ж. Х., Юлдашев М. Ж., Суванов Х. Р.</i> ПЛАСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ СУХОЖИЛИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ КИСТИ — ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ДОГОСПИТАЛЬНОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПОВ .....	87
<i>Мухамедова Б. Ф., Казаков Б. О.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ .....	88
<i>Мухин С. И., Илюхин С. В., Востриков А. С.</i> ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАМКАХ ОБЪЕДИНЕНИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ И СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОПЫТ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.....	90
<i>Мухин С. И., Илюхин С. В., Юдин М. И., Востриков А. С., Вострикова Е. А.</i> ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЕДИНОЙ ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С КАБИНЕТАМИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА ПРИМЕРЕ ТУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ .....	93
<i>Назарова М. Х. Мухамедова Б. Ф., Казаков Б. О.</i> НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ .....	94
<i>Никитин А. В., Мануковский В. А., Пивоварова Л. П., Тулупов А. Н., Громов М. И., Бесаев Г. М.</i> ОСОБЕННОСТИ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ .....	96
<i>Нурутдинова Г. Х., Кулмаганбетова У. М., Шахимова Г. К.</i> СЛУЖБА МЕДИЦИНСКОЙ АВИАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН .....	97

<i>Оллокулов З. Б.</i> ОСОБЕННОСТИ БЕССИМПТОМНЫХ И СИМПТОМНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	99
<i>Панкратьева О. С., Зиновьев Е. В., Крылов П. К., Крылов К. М.</i> ОШИБКИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЖОГОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	100
<i>Пенюгина Е. Н., Барсукова И. М., Ким И. В., Тявокина Е. Ю., Лукогорская Н. Н.</i> АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ШТАТНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ ВРАЧЕЙ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ИХ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА .....	101
<i>Повзун А. С., Щемелева Е. В., Повзун К. А., Костенко В. А.</i> ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ДИАГНОЗА НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ .....	103
<i>Повзун А. С., Щемелева Е. В., Повзун К. А., Костенко В. А.</i> ОСТЕОАРТРИТ КАК ПРИЧИНА ОСТРОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА: ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ .....	103
<i>Продан Нелля</i> НАСИЛИЕ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ В СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ...	104
<i>Рахмонов Ш. И.</i> ДОГОСПИТАЛЬНАЯ СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПО ПОВОДУ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В БУХАРСКОМ РЕГИОНЕ .....	105
<i>Рузиев П. Н., Мизамов Ф. О., Шоназаров И. Ш., Умедов Х. А., Рашидов Ш. Х.</i> ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ.....	106
<i>Рузиев П. Н., Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Рашидов Ш. Х.</i> ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА .....	109
<i>Рузиева Н. С.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.....	110
<i>Салаев А. Б., Махкамов К. Э., Махкамов М. К., Исраилов Д. У., Бойменов Ш. Р.</i> ОПЫТ МОНИТОРИНГА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	111
<i>Селезнёв А. Б., Иванченко А. В., Носов А. М., Жабин А. В.</i> К ВОПРОСУ ПРИМЕНИМОСТИ МЕСТНЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ .....	113
<i>Семиглазов А. В., Зиновьев Е. В., Орлова О. В., Крылов П. К., Костяков Д. В.</i> ИММУННАЯ РЕАКТИВНОСТЬ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ИСХОДОВ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ .....	113
<i>Сизова Д. Т., Чайкина М. А., Лопатько В. С., Толкач П. Г., Башарин В. А.</i> РОЛЬ ВОДНЫХ КАНАЛОВ В ФОРМИРОВАНИИ ТОКСИЧЕСКОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ У КРЫС.....	114

<i>Согомонян К. А., Попова Т. В., Стяжкин Д. Н.</i> АЛГОРИТМ ДИСПЕТЧЕРА СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫЗОВЕ С ПОВОДОМ: ВНЕЗАПНАЯ ОСТАНОВКА КРОВООБРАЩЕНИЯ .....	115
<i>Старков А. В., Гребенюк А. Н., Давыдова Е. В., Старовойт А. В.</i> МЕРОПРИЯТИЯ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ ПРИ АВАРИЯХ И КАТАСТРОФАХ НА РАДИАЦИОННО-ОПАСНЫХ ОБЪЕКТАХ .....	116
<i>Степанова М. Н., Нарушак И. С., Барсукова И. М.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ПАЛЬПАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАРАМЕТРОВ ОЖОГОВОЙ РАНЫ .....	117
<i>Стопницкий А. А., Акалаев Р. Н., Саидова М. К.</i> СВОБОДНЫЙ АММИАК КАК РАННИЙ ПРЕДИКТОР ОСЛОЖНЕНИЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ .....	118
<i>Туйчиев А. Х., Мамасалиев Н. С., Турсунов Х. Х., Курбонова Р. Р.</i> РАЗВИТИЕ СЛУЧАЕВ ОСТРЫХ ФАТАЛЬНЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ НА ОСНОВЕ КОЛЕБАНИЙ ВЛАЖНОСТИ ВОЗДУХА (РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ).....	119
<i>Туляганов Д. Б., Анваров Х. Э.</i> ВОПРОСЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОЙ ВОЛНЫ ПАНДЕМИИ COVID-19 В УЗБЕКИСТАНЕ: ВЫЗОВЫ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ.....	120
<i>Туляганов Д. Б., Фаязов А. Д., Камиров У. Р., Рузимурастов Д. А.</i> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭЛЕКТРООЖОГОВ .....	122
<i>Тураева Ё. М., Махмудов Н. И., Валиев А. С.</i> ЗНАЧЕНИЕ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ПРИ ИНСУЛЬТЕ В ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....	123
<i>Тухтакулов А. Ю., Махмудов Н. И., Мамадиев Р. А.</i> ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ДО И ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....	124
<i>Тухтакулов А. Ю., Уринов Б. А., Махмудов Н. И.</i> ПРИНЦИПЫ ТАКТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	126
<i>Фаязов А. Д., Камиров У. Р., Шамуталов М. Ш., Халилов А. С.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ .....	127
<i>Фаязов А. Д., Камиров У. Р., Стопницкий А. А., Шоабсаров А. А., Абдуллаев У. Х.</i> К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ МНОГОФАКТОРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ .....	128
<i>Фозилов Н. Х., Рахимов А. Ф., Абдусаматов Д. М.</i> СТРУКТУРА ТРАВМАТИЗМА В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	130
<i>Хаджибаев А. М., Акалаев Р. Н., Стопницкий А. А.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ БАРИЕМ .....	131

<i>Хаджибаев А. М., Алиджанов Ф. Б., Махаммадинов А. Г., Набиев А. А., Халилов А. С.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДОСТАЦИОНАРНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	132
<i>Хаджибаев А. М., Махаммадинов А. Г., Валиев Э. Ю., Набиев А. А., Халилов А. С.</i> ПОДГОТОВКА КАДРОВ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ И МНОЖЕСТВЕННЫХ ТРАВМАХ.....	133
<i>Хаджибаев А. М., Махкамов К. Э., Салаев А. Б., Махкамов М. К., Бойменов Ш. Р.</i> ДОСТИЖЕНИЯ В ОКАЗАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	135
<i>Хаджибаев А. М., Валиев Э. Ю., Алиджанов Ф. Б., Махаммадинов А. Г., Набиев А. А., Халилов А. С.</i> ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ .....	136
<i>Хаджибаев Ф. А., Мирсидиков М. А., Мирзакулов А. Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИ РАНИЙ СЕРДЦА МИРНОГО ВРЕМЕНИ.....	138
<i>Хайитов Л.М., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Ярмагов К.Э.</i> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМЫ ПРИ ВЗРЫВАХ ПРИРОДНОГО ГАЗА И МАССОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ .....	140
<i>Хайитов Л. М., Хакимов Э. А., Карабаев Х. К., Ярмагов К.Э.</i> ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ОБОЖЖЁННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ЭТАПЕ .....	141
<i>Хожиев Х. Ш., Стопницкий А.А., Сафаров Х.О., Акалаев Р.Н.</i> ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ БЫТОВЫМИ ЩЕЛОЧАМИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	143
<i>Шарипова В. Х., Абдулхамидов А. А., Валиханов А. А.</i> ДОБАВЛЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА ДЛЯ БЛОКАДЫ ПЕРИКАПСУЛЯРНЫХ ГРУПП НЕРВОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ШЕЙКЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ .....	144
<i>Шоумаров Г. Б., Розанов В. А., Акалаев Р. Н., Стопницкий А. А., Хонбабаева Р. Х., Акалаева А. А.</i> ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН .....	145
<i>Янгиев Б. А., Усаров Т. А.</i> ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА .....	146
<i>Янгиев Б. Ф., Усаров Т. А., Камолов С. Ж.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА .....	147
<i>Янгиев Б. А., Элмурадов Г. К., Рузиев П. Н., Мансуров Т. Т., Пулатов Д. П.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА.....	148

**ДЛЯ ЗАМЕТОК**

Научное издание

# **СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ – 2022**

## **МАТЕРИАЛЫ**

**21-го ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА  
(ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ),  
ПОСВЯЩЕННОГО 125-ЛЕТИЮ  
ПЕРВОГО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА**

9-10 июня 2022 года

Редактор *И. Б. Нечуева*  
Верстка оригинал-макета *О. В. Ивановой*

Подписано к использованию 20.05.2022.  
Формат 60×84 1/8, 160 стр. Тираж 400 экз. Заказ № 64/22.  
Оригинал-макет подготовлен редакционно-издательским центром ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.  
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.