

Таким образом, правильная организация помощи больным с ОРВИ, своевременное назначение противовирусного препарата (озельтамивир) в сочетании с рациональной антибактериальной терапией (цефалоспорины III поколения + респираторные фторхинолоны), симптоматическая терапия дали высокий клинический эффект у больных с вирусно-бактериальными пневмониями, в том числе при поражении вирусом гриппа А/Н1N1 2009 swine. Важнейшим компонентом терапии была своевременная длительная поддержка кислородом под контролем пульсоксиметрии, что позволило значительно уменьшить необходимость перевода больных на ИВЛ и снизить летальность.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАПРАВИТЕЛЬНЫХ ДИАГНОЗОВ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

Андреев А.Н.¹, Лукьянова А.Г.¹, Хусаинова Д.Ф.²

Уральская государственная медицинская академия, кафедра внутренних болезней №2¹, кафедра скорой медицинской помощи².

Объем доставки больных с ургентной патологией бригадами скорой медицинской помощи (СМП) для госпитализации продолжает возрастать, составляя в последние годы в Екатеринбурге (без перевозок) в динамике 33-37% [2]. В связи с этим, среди важнейших проблем «тактической медицины», различные аспекты безопасной транспортировки больных занимают одно из ведущих мест [1]. Ведущий показатель адекватности оценки транспортабельности и эффективности корригирующей терапии больного – летальность в машине СМП (колебания данного показателя в последние годы около 1,5%) [3]. Особую группу случаев, требующих высокой квалификационной подготовки врачей, как приемных отделений, так и врачей СМП – доставка больных в состоянии клинической смерти.

Цель исследования – оценить структуру направительных диагнозов врачей СМП у лиц, находящихся в терминальном состоянии, доставленных в приемное отделение ЦГКБ № 6.

Материалы и методы исследования – Проведено кросс-секционное исследование 28 больных, доставленных бригадами СМП в критическом состоянии в приемное отделение ЦГКБ № 6 за 2006 - 2009 годы. Возраст данной группы больных от 26 до 83 лет (медиана возраста – 54,5 лет). Из них 18 человек – мужчины (64%) и 10 женщины (36%).

Состояние клинической смерти оценивалось по следующим критериям
Основные признаки клинической смерти:

1. Отсутствие сознания;
2. Отсутствие самостоятельного дыхания;
3. Отсутствие пульсации на магистральных сосудах.

Дополнительные признаки клинической смерти:

1. Широкие зрачки;
2. Арефлексия (нет корнеального рефлекса и реакции зрачков на свет);
3. Бледность, цианоз кожного покрова.

Результаты и обсуждения: Количество больных, доставленных в состоянии клинической смерти в приемное отделение за 4 исследуемых года – 28 человек (6,8,7,8 человек соответственно), что составило 0,09% , 0,15%, 0,06%, 0,15% от общего количества больных, доставленных СМП.

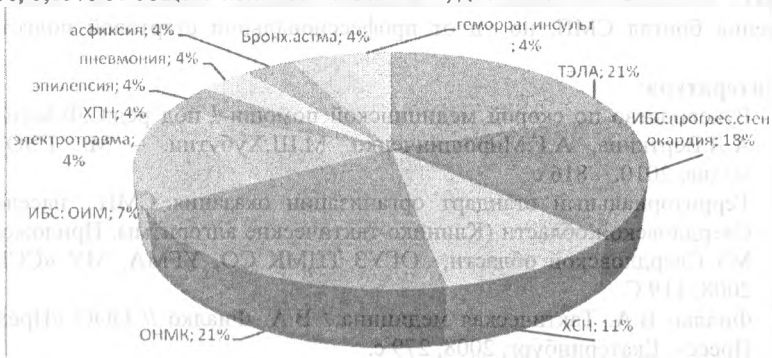


Рис.1 Структура направительных диагнозов СМП у больных, доставленных в приемное отделение ЦГКБ № 6 в состоянии клинической смерти за 2006 - 2009 годы

В соответствии с рис. 1 наибольшее количество больных, доставленных в состоянии клинической смерти в ЦГКБ № 6, имели сердечно-сосудистые заболевания. Из них ИБС, прогрессирующая стенокардия (18%); тромбоэмболия легочной артерии (21%); ИБС: острый инфаркт миокарда (7%); хроническая сердечная недостаточность (11%). На втором месте по частоте клинической смерти оказалась неврологическая патология – ишемический (21%) и геморрагический (4%) инсульты, эпилепсия (4%). Остальные случаи клинической смерти распределились следующим образом: хроническая почечная недостаточность, электротравма, бронхиальная астма, пневмония, асфиксия (по 4% соответственно). Еще раз подтверждается положение о том, что основная причина смерти населения – сердечно-сосудистые заболевания, которая связана с проживанием наших пациентов в мегаполисе, со стрессовыми ситуациями и большим количеством вредных факторов как внешних, так и внутренних.

Больным, доставленным в критическом состоянии, в приемное отделение ЦГКБ № 6 оказывалась сердечно-легочная реанимация в полном объеме реаниматологами (рекомендации Европейского совета по реанимации (ERS, 2005г, 2010г.). В 40% случаев (11 чел.) наблюдался положительный эффект реанимационных мероприятий, в остальных случаях – реанимационное пособие без эффекта, констатирована биологическая смерть. Время передачи больного в состоянии клинической смерти реаниматологу стационара должно быть зафиксировано в выездной документации с ЭКГ- подтверждением (что соответствует территориальному стандарту СМП).

Таким образом, половина больных (57%) доставленных в приемное отделение в состоянии клинической смерти с сердечно-сосудистой патологией. Эффективная сердечно-легочная и церебральная реанимация осуществлена 40% больных. Качество и объем неотложной помощи зависят не только от оснащения бригад СМП, но и от профессиональной стартовой подготовки врача.

Литература:

1. Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С.Ф.Багненко, А.Л.Верткина, А.Г.Мирошниченко, М.Ш.Хубутии. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2010. – 816 с.
2. Территориальный стандарт организации оказания СМП населению Свердловской области (Клинико-тактические алгоритмы. Приложения). МЗ Свердловской области, ОГУЗ ТЦМК СО, УГМА, МУ «ССМП», 2008, 119 С.
3. Фиалко В.А. Тактическая медицина / В.А. Фиалко // ООО «Премиум Пресс», Екатеринбург, 2008, 279 с.

ЯНТАРНАЯ КИСЛОТА В ВОСТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

*А.В. Аретинский, Е.Б. Коновальцев, Л.А. Каминская
ГОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития*

Применение природных соединений, участвующих в обмене веществ, послужило основой для развития направления метаболической терапии. Использование янтарной кислоты обусловлено центральным положением в клеточном обмене: одно из ключевых соединений, участвующих в тканевом дыхании, в синтезе гема. Лекарственные препараты на основе янтарной кислоты находят широкое применение в клинической практике, предложено применение лекарств янтавит и митомин [1]. Отмечено благоприятное воздействие на сосудисто-тромбоцитарное и плазменно-коагуляционное звенья гемостаза. [2,3] Влияние янтарной кислоты на сократительную способность миокарда связано с восстановлением энергетического обмена в митохондриях на этапе второго дыхательного комплекса, нормализуется активность ферментов как в зоне инфаркта, так и в интактной области миокарда. [4] В соответствии с распоряжением правительства РФ № 2343 от 29.12.2005 препарат «Реамберин раствор для инфузий» включен в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, им должны быть стопроцентно обеспечены все государственные аптеки, больницы и станции "Скорой помощи". [5]

Цель исследования: Анализ клинических данных о применении реам-бирин в восстановительном лечении больных с различными заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Осуществлен анализ историй болезней пациентов клиники ГАУЗ СО "Центр восстановительной медицины и реабилитации «Озеро Чусовское». В течение последних лет реамберин эффективно использовался в клинической практике: проведено 3450 инфузий препарата. Применяли 1,5% изотонический, сбалансированный по основным