

крови, при улучшении рентгенологической и аускультативной картины, отсутствии апноэ и неврологической симптоматики. Среднее пребывание на НСРАР составило 28 часов с максимальным значением 54 часа.

У 16 детей (89 %) неинвазивная вентиляция была успешна. Они были переведены в отделение выхаживания недоношенных детей на 6 – 8 сутки жизни. Состояние при переводе оценивалось как тяжелое стабильное и среднетяжелое. В респираторной поддержке не нуждались.

У двоих детей (11 %) НСРАР оказался неэффективен в связи с тяжелым СДР и неэффективной регуляцией дыхания за счет сопутствующей асфиксии. У данных новорожденных через 24 часа после начала СРАР была произведена интубация трахеи и традиционная ИВЛ. У одного пациента (вес 1106 г) отмечено осложнение – ОАП, на 6 сутки жизни был переведен на ИВЛ в ОРИТ второго этапа (в дальнейшем с выздоровлением). У второго ребенка (вес 1209 г) из этой группы осложнений не было, ИВЛ составила 111 часов.

Таким образом, НСРАР представляется перспективным методом лечения недоношенных детей с СДР с учетом правильного соблюдения методики и активного динамического мониторинга.

ВЫВОДЫ

1. НСРАР может успешно применяться у детей с массой тела менее 1500 г и гестационным возрастом от 27 недель.
2. При проведении НСРАР необходим мониторинг МАР, газов крови, ЧСС, частоты дыхания, SpO₂, артериального давления и клинических анализов.
3. При неэффективности НСРАР желателен перевод на ИВЛ в ранние сроки.
4. Опасно применение высокого потока более 8 л/мин и МАР более 6 см вод.ст.

М.И. Михайличенко, К.Г. Шаповалов, В.А. Иванов, Ю.А. Витковский

КОРРЕКЦИЯ СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Городская клиническая больница № 1 (Чита)

У больных с местной холодовой травмой наблюдаются значительные изменения показателей системы микроциркуляторного гемостаза. Однако влияние антикоагулянтной терапии на функциональное состояние тромбоцитов при отморожениях исследовано недостаточно. Вместе с тем, тромбоциты участвуют в восстановлении поврежденного эндотелия и его функции, адекватной работе механизмов защиты от повреждающих факторов и в проявлении репаративных процессов.

Цель работы: изучение влияния внутриартериального введения гепарина на состояние спонтанной и индуцированной агрегации тромбоцитов у больных с местной холодовой травмой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом данного исследования являлась кровь 70 больных с местной холодовой травмой верхних и нижних конечностей III – IV степени. Первую группу составили пациенты, не получавшие гепаринотерапию вследствие поздней обращаемости (n = 40). Во вторую группу вошли пациенты, в лечении которых применялся гепарин (n = 30). Гепаринотерапия осуществлялась по следующей методике: производилась пункция внутривенным катетером (G22) аксилярной артерии в подмышечной ямке при холодовой травме верхних конечностей, бедренной артерии на 2 см ниже паупартовой связки – при травме нижних конечностей. Катетер фиксировался к коже с помощью лейкопластыря. Гепарин вводился непрерывно внутриартериально в течение 2-х суток при помощи дозатора для введения лекарственных средств. Суточная доза составила 30000 ЕД. В качестве контроля использована кровь 12 здоровых доноров. Спонтанную агрегацию тромбоцитов (САТ) оценивали методом Н.И. Тарасовой (1982), агрегационные функции тромбоцитов исследовали фотометрическим методом с графической регистрацией по G.V.R. Born (1962). В качестве индуктора агрегации использовали адреналин. При анализе агрегатограмм рассчитывались следующие параметры: T_{max} – время, через которое выявляется максимальное значение показателя агрегации; T_{min} – время, через которое выявляется минимальное значение показателя агрегации; A₁ – исходное значение показателя агрегации; A₂ – значение максимального показателя агрегации после стимуляции (при спонтанной агрегации – значение максимального показателя); A_% – процент возрастания максимального показателя относительно исходного; A₃ – значение минимального показателя агрегации после стимуляции; A₄ – значение агрегации по истечении 2-х минут записи агрегатограммы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Установлено, что у больных с местной холодовой травмой отмечается снижение агрегационного потенциала тромбоцитов. Значения показателей спонтанной агрегации тромбоцитов у всех пациентов с отморожениями конечностей не отличались от группы контроля ($p > 0,05$). При использовании в качестве индуктора агрегации кровяных пластинок раствора адреналина T_{max} у пациентов 1 группы в 2 раза выше относительно контроля ($p < 0,05$), у больных 2 группы – в 1,3 ($p < 0,05$), причем во 2 группе больных T_{max} в 1,5 раза больше, чем в 1 группе ($p < 0,05$). Процент возрастания максимального показателя относительно исходного у пациентов 1 группы в 2,5 раза ниже относительно контрольной группы ($p < 0,05$), у больных 2 группы процент возрастания в 1,5 раза ниже контроля ($p < 0,05$). В то же время у пациентов, которым проводилось постоянное внутриаартериальное введение гепарина, возрастание максимального показателя относительно исходного в 1,7 раза больше, чем у больных, не получавших антикоагулянтную терапию ($p < 0,05$). Установлено, что значение максимального показателя агрегации после стимуляции адреналином у пациентов 1 группы меньше в 2,4 раза, чем у здоровых людей ($p < 0,05$), в то время как у больных после гепаринотерапии оно не отличается от контроля ($p > 0,05$). Амплитуда кривой агрегатограммы на второй минуте в 2,7 раза ниже, чем у здоровых, и в 2 раза ниже, чем у травмированных лиц, получавших гепаринотерапию ($p < 0,05$).

Снижение агрегационных функций тромбоцитов носит вторичный характер. При поражении холодом у пациентов развивается тромбинемия, которая способствует активации тромбоцитов и их адгезии и агрегации в микроциркуляторном русле. В результате этого в крови уменьшается число кровяных пластинок, способных проявлять высокую функциональную активность, и относительно повышается число тромбоцитов с низкими адгезивными и агрегационными свойствами. Среди них значительную часть занимают незрелые пластинки.

Применение гепарина предупреждает не только гиперкоагуляцию, но и уменьшает тромбиновую активность кровяных пластинок, что способствует повышению их агрегационного потенциала. Это приводит к восстановлению параметров кривой агрегатограммы.

ВЫВОДЫ

Гепаринотерапия у пациентов с местной холодовой травмой не изменяет спонтанной агрегации тромбоцитов. Внутриаартериальное введение гепарина способствует снижению интенсивности, скорости и потенциала агрегации.

А.Ф. Модонов, М.М. Николаева

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СУБЪЕКТОВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЕЕ ОПЛАТЫ**

**Филиал «Бурятия-РОСНО-МС» (Улан-Удэ)
ОАО страховая компания «РОСНО-МС» (Улан-Удэ)**

Пятнадцатилетний опыт развития системы ОМС в Российской Федерации позволил иначе взглянуть на отношения сторон при оказании медицинской помощи и ее оплате.

Существующие на протяжении последних лет, включая 2007 г., подходы к экспертизе качества медицинской помощи, в условиях оплаты по объему выполненных услуг, сводились к двум основным этапам ее проведения. Технологический этап экспертизы медицинских услуг и этап собственно экспертизы качества медицинской помощи.

Первый этап – технологический

Все лечебные учреждения были распределены по категориям. В рамках одной категории действовал единый тарифный план. Каждое ЛПУ ежемесячно формировало регистр пролеченных пациентов, из застрахованного контингента конкретного страховщика, с перечнем оказанных медицинских услуг. При этом основными возможностями автоматизированной экспертной системы, используемой для технологической экспертизы являлись:

1. контроль технических ошибок ведения регистра оказанных услуг;
2. контроль объемов по погашенным полисам;
3. контроль заболеваемости;
4. контроль соответствия лечебного процесса медико-экономическим стандартам;
5. контроль объемов выполненных услуг по действующим полисам;
6. возможность планирования работы внештатных медицинских экспертов.