

Церебральная гемодинамика изучалась методом цветной транскраниальной доплерографии (ТКДГ), позволяющей изучать как артериальное, так и венозное звено церебрального кровотока. В целях изучения влияния на тонус церебральных сосудов использовалась реоэнцефалография с обработкой по стандартной методике с выделением артериальной и венозной компонент.

Объект исследования составили 12 пациентов в возрасте 48 – 59 лет, из них было 7 женщин, 5 – мужчин. В опытную группу были отобраны пациенты, имевшие следующие признаки: наличие по результатам ТКДГ признаков затруднения венозного оттока, по данным РЭГ – повышение периферического сосудистого сопротивления и тонуса артерий среднего и мелкого калибра.

В доступной нам литературе существуют указания на наличие центрального симпатолитического действия переменного вихревого магнитного поля, а также непосредственное его влияние на сосудистую стенку и реологические свойства крови. Нами было высказано предположение, что у данных пациентов, вероятно, при помощи ТКДГ и РЭГ можно будет оценить динамику церебрального кровотока под влиянием магнитотерапии.

В результате проводимого обследования после проведенного лечения было выявлено, что по результатам ТКДГ было отмечено улучшение показателей венозного кровотока у 5 из 12 пациентов (41,6%), по результатам же РЭГ положительный эффект был зарегистрирован у 9 из 12 (75%) пациентов. Следует отметить, что показатели РЭГ могут использоваться как ориентировочные данные, косвенно оценивающие тонус церебральных сосудов. Относительно невысокий процент – 41,6% может быть объяснен тем фактом, что в генезе нарушений церебрального венозного кровотока участвует несколько механизмов, магнитотерапия же у данных пациентов, по нашему предположению, воздействует только на 2 звена за счет влияния на реологические свойства крови и центрального симпатолитического эффекта.

Методы оценки церебрального кровотока у пациентов с ранними формами цереброваскулярной патологии должны использоваться в комплексе с методами, оценивающими функциональное состояние (нейрофизиологические методы), а также с методами нейропсихологического и психофизиологического тестирования.

Таким образом, можно заключить, что переменное вихревое магнитное поле оказывает, по данным ТКДГ, положительное воздействие на церебральную гемодинамику. Для уточнения степени, характера и возможных механизмов данного эффекта необходимо дальнейшее изучение.

**В.А. Тимкин, Т.Н. Петина, А.Я. Лазарев**

### **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГО-РЕАНИМАЦИОННАЯ БРИГАДА – НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ**

*Территориальный центр медицины катастроф (Улан-Удэ)*

Число погибших и пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) по Российской Федерации превышает суммарное количество погибших и пострадавших во всех остальных вместе взятых чрезвычайных ситуациях (ЧС). Автомобилизацию не случайно называют «войной на колесах» – сотни тысяч людей ежегодно погибают в результате ДТП. По сравнению с зарубежными странами число погибших в ДТП на дорогах Российской Федерации в несколько раз превышает показатели других стран (в относительных единицах на 10 тыс. транспортных средств).

Спасение жизни пострадавшего в ЧС в основном зависит от быстрого и качественного оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Смертность от травм, полученных в ДТП, почти в 3 раза превышает смертность от различных производственных и бытовых травм. Потребность в госпитализации лиц, получивших травмы от различных видов транспорта, составляет 60 – 80%.

Общеизвестно, что шоковые состояния отличаются быстротечностью и необратимостью, поэтому особое значение для медицинского обеспечения пострадавших приобретает фактор времени. Если рассматривать летальность при шоковых состояниях с этих позиций, то при отсутствии квалифицированной медицинской помощи около 20 – 25% всех пострадавших погибнет в течение первых 6 мин («реанимационный интервал»), до 30% – в течение первого «золотого» часа.

Медицинскую помощь на месте ДТП первым должен оказывать специализированный медицинский персонал. Однако чаще всего с пострадавшими в ДТП первыми контактируют непосредственные участники происшествия, очевидцы, сотрудники ДПС, не знающие подчас основ оказания первой помощи.

Главными принципами оптимизации медицинского обеспечения на догоспитальном этапе при ДТП и в других экстремальных ситуациях являются:

- одновременное проведение спасательных и медицинских работ;
- максимально быстрое оказание специализированной реанимационной с элементами квалифицированной травматологической помощи;
- адекватная эвакуация на госпитальную базу.

В октябре 2007 года на базе Территориального центра медицины катастроф Республики Бурятия создана анестезиолого-реанимационная бригада, основные функции которой заключаются в ликвидации медицинских последствий ДТП, катастроф, несчастных случаев в г. Улан-Удэ и районах Республики Бурятия.

В состав специализированной анестезиолого-реанимационной бригады входят:

- врач анестезиолог-реаниматолог, аттестованный на спасателя, прошедший специальное психологическое тестирование и подготовку;
- фельдшер, аттестованный на спасателя, прошедший специальное психологическое тестирование и подготовку;
- водитель-санитар, аттестованный на спасателя, прошедший специальное психологическое тестирование и медицинские курсы по оказанию первой помощи пораженным в ЧС.

Бригада работает на автомашине «Газель-Скорая помощь», оснащенной реанимационным оборудованием. Вызов бригады на место происшествия осуществляется через службы 01, 02 и 03, а также через поисково-спасательную службу.

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

*Мужчина, 20 лет, пострадал в результате ДТП. Водитель легкового автомобиля не справился с управлением, совершил опрокидывание в кювет и врезался в дерево, в результате чего пострадавший был зажат передней панелью автомобиля. Специализированная анестезиолого-реанимационная бригада ТЦМК РБ прибыла на место одновременно со спасателями Улан-Удэнского городского поисково-спасательного отряда через 8 минут от момента получения травмы.*

*Состояние при осмотре тяжелое, в сознании, контактен, эмоционально возбужден. Предъявлял жалобы на сильные боли в области нижних конечностей. Локально: левая нижняя конечность деформирована в средней трети бедра, крепитация, патологическая подвижность; голеностопный сустав деформирован, ротирован наружу, обширная подкожная гематома, конечность зажата педалью автомобиля. Правая нижняя конечность деформирована, отечна в нижней трети голени и стопы, крепитация, патологическая подвижность костных отломков, также зажата. На лице множественные ссадины и ушибы. Других явных повреждений не выявлено. Гемодинамика на момент осмотра: АД 140/100 мм рт. ст., пульс 134 в мин, индекс Алговера 0,95, что соответствует 1 стадии травматического шока. Деблокирование пострадавшего осуществлялось с применением специального оборудования в течение 1 ч. 20 мин. За это время бригадой проводилась противошоковая терапия: обеспечен венозный доступ через кубитальные вены, промедол 2% – 1,0 в/в, инфузионная терапия инфукол 6% – 500,0 в/в капельно, физиологический раствор 0,9% – 750,0 в/в струйно, через 30 мин с целью обезболивания введен фентанил 0,005% – 1,0 в/в. Проводился постоянный контроль гемодинамики (АД, пульс).*

*После извлечения пострадавшего из автомобиля проведена иммобилизация, продолжена инфузионная терапия на пути следования в стационар, длительность транспортировки составила 15 мин. Пострадавший доставлен с сохранной гемодинамикой: АД 130/80 мм рт. ст., пульс 115 в мин, индекс Алговера 0,88, в ясном сознании. Таким образом, проведение наиболее ранней противошоковой терапии во многом определяет длительность течения патологического процесса у пострадавших, а также прогноз.*

*Последующее лечение в стационаре привело к полной реабилитации пострадавшего.*

#### ВЫВОДЫ

1. Организация совместной работы Специализированной анестезиолого-реанимационной бригады ТЦМК РБ с поисково-спасательной службой уже доказала свою высокую эффективность. Особо сложным контингентом являются зажатые (блокированные) пострадавшие в автомобильном транспорте, поскольку оказание медицинской помощи таким пострадавшим часто невозможно из-за технических сложностей. Поэтому работа спасателей направлена в первую очередь на обеспечении доступа врачей к пострадавшему, после чего, еще до извлечения пострадавшего из автомобиля, бригадой оказывается медицинская помощь, а затем, после извлечения, пострадавшего переносят в реанимобиль, где продолжается оказание специализированной помощи, после чего пораженного доставляют в стационар.

2. Быстрота оказания медицинской помощи во время высвобождения пострадавшего из автомобильного транспорта положительно влияет на выживаемость в ДТП, так как при этом проводится адекватная коррекция травматического шока и временное протезирование жизненно важных функций.

С.Б. Тугульдуров

**РЕНТГЕН-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГАСТРОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ***Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

Проведенное исследование имеет значение для улучшения результатов лечения, качества жизни пациентов после холецистэктомии.

При желчекаменной болезни (ЖКБ) возникают нарушения в деятельности органов в гастропанкреатобилиарной зоне (ГПБЗ), диагностика которых имеет значение в плане рациональной корригирующей терапии [1, 2, 3].

**Цель исследования** — разработать алгоритм диагностики функций органов ГПБЗ при хроническом холецистите, ЖКБ.

Проанализированы результаты комплексного лучевого и эндоскопического исследований у 93 больных с желчекаменной болезнью, которым были выполнены хирургические вмешательства — у 39,9 % пациентов при дуоденографии найдена патология поджелудочной железы, что подтвердилось при лапаротомии.

У обследованных пациентов выявлена та или иная патология: атрофический гастрит — 37,8 %; дуоденит — 9,3 %; гастродуоденит — 40,2 %; язва ДПК — 11,7 %; дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) — 69,9 %; недостаточность пилорического жома — 19,2 %; рентгенологические признаки дуоденального стаза — 77,2 %.

При ультразвуковом исследовании обнаружены функциональные нарушения печени и желчевыводящих путей у 80 % больных.

Таким образом, ЖКБ сопровождается функциональной и органической патологией поджелудочной железы, желудка, ДПК и билиарной системы. В этой связи необходим алгоритм рентген-эндоскопического исследования заинтересованных органов.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Жигаев Г.Ф. Дуоденальный стаз / Г.Ф. Жигаев, А.В. Щербатых. — Иркутск, 1998. — 158 с.
2. Минушкин О.Н., Желчекаменная болезнь (о механизмах камнеобразования и современных аспектах лечения) / О.Н. Минушкин, Е.Г. Бурдина // Клиническая медицина. — 1990. — № 3. — С. 35 — 41.
3. Barbara L. A population study on the prevalence of gallstonedisease the sirmione study / L. Barbara // Hepatology. — 1987. — Vol. 7. — P. 913.

**В.А. Филиппов, С.Г.-Ж. Сунграпов****ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ — 21 ГОД В СОСТАВЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ им. Н.А. СЕМАШКО***Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

Исполнился 21 год со дня начала работы отделения реанимации и интенсивной терапии. В стационаре выросла оперативная активность, появилось большое число больных, нуждающихся в замещении жизненно важных функций (дыхательная недостаточность — вплоть до искусственной вентиляции легких, нарушение функции почек — гемодиализ, изолированная ультрафильтрация, гемосорбция и др., при острой сердечно-сосудистой недостаточности — искусственные водители ритма, «кардиотоники» и др.). Быстро развивалась и сама анестезиолого-реанимационная служба. Решение об открытии отделения было принято 14.12.1988 г. приказом главного врача М.П. Рябова, во исполнение приказа № 1188 МЗ СССР. В этот же период отмечается интенсивная подготовка на базе двух отделений анестезиологии и ОРИТ врачей анестезиологов-реаниматологов в интернатуре, под эгидой Иркутского государственного медицинского института и первичная специализация врачей анестезиологов-реаниматологов при РУНМЦ МЗ РБ.

Первоначально отделение начало работу в подвальном помещении и в палате для послеоперационных больных на третьем этаже хирургического корпуса №1. Также в состав отделения входила экспресс-лаборатория, а с 1991 г начал функционировать кабинет эфферентных методов лечения. Мощность отделения составляла 9 коек, в т.ч. 3 детских. В новом отделении начинали работу настоящие энтузиасты, преданные своей профессии.