

анализа подтвердили наличие антигенных структур хламидий, рекомендуется повторное проведение этого теста или использование одного из других методов диагностики возбудителя: выделение на питательных средах, выявление ДНК или специфических антител в диагностических титрах.

У 26,5% детей с идентифицированными хламидиями в момент осмотра видимой патологии со стороны ЛОР-органов не было обнаружено. Отсутствие клинической симптоматики может быть обусловлено лишь временным равновесием во взаимоотношениях хламидий и макроорганизма. Поэтому эти дети нуждаются в дополнительном обследовании и динамическом наблюдении. Кроме этого у части детей существует вероятность транзитного носительства хламидий, которое диагностируется по однократному обнаружению единичных элементарных телец, наличие которых уже не будет подтверждаться при последующих исследованиях. Выявление хотя бы одного внутриклеточного включения свидетельствует об инвазии возбудителя и развитии репликативного или персистирующего инфекционного процесса хламидийного генеза.

Несмотря на широкое распространение хламидий в человеческих популяциях земного шара и вероятность многократного инфицирования, хламидии в настоящее время не рассматриваются в качестве условно-патогенных микроорганизмов, входящих в состав факультативной микрофлоры нормального биоценоза слизистой оболочки глотки. По степени опасности для человека хламидии относятся к абсолютным паразитам, и их патогенность определяется многими факторами. Хламидии являются облигатными внутриклеточными, энергетическими и метаболическими паразитами, способными вызывать первичную инфекцию, индуцировать или задерживать апоптоз инфицированной клетки, легко трансформироваться в L-формы со склонностью к персистенции, продуцировать БТШ-60, являющийся доминантным белком у большинства патогенных микроорганизмов. Поэтому, присутствие хламидий в слизистой оболочке глотки будет указывать на наличие инфекционного процесса хламидийного генеза, зачастую протекающего бессимптомно, но требующего лечения и наблюдения.

CHLAMYDIA CONTAMINATION OF UPPER RESPIRATORY TRACT IN CHILDREN ATTENDING PUBLIC FOSTERAGE INSTITUTIONS

E.V. Belova, V.T. Manchouk, T.A. Kapustina, A.N. Markina

(State Medical Research Institute for Northern Problems of Siberian Division of Russian Academy of Medical Sciences, Krasnoyarsk)

To study the prevalence of chlamydia infection in upper respiratory tract in public fosterage institutions we examined 829 children in the age from 3 to 15. Chlamydia antigens were identified by direct immune fluorescent method. The frequency of contamination in throat mucous in common group was up to 14% and was influenced by the age. Contamination was produced by both *Chlamydophila pneumoniae* and *Chlamydia trachomatis*. The authors found out that chlamydia presence determines high probability of definite diseases in otorhinolaryngological organs in children.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Блохина Ж.В.* Оптимизация акушерской помощи беременным женщинам, страдающим наркоманией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Красноярск, 2006. — 23 с.
2. *Гранитов В.М.* Хламидиозы. — М.: Медицинская книга, 2002. — 189 с.
3. *Григорьян И.В.* Клинико-иммунологическая характеристика врожденного хламидиоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ставрополь, 2004. — 20 с.
4. *Дружинина Е.Б.* Смешанная трихомонадно-хламидийная инфекция урогенитального тракта у беременных женщин и их детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2001. — 27 с.
5. Клиника, диагностика и лечение хламидийной инфекции: Пособие для врачей / Л.В. Кудрявцева, О.Ю. Мисюрин, Э.В. Генерозов и др. — М., 2001. — 48 с.
6. *Лайко А.А., Бредун А.Ю.* Роль хламидийно-бактериальных ассоциаций в развитии хронического верхнечелюстного синусита у детей // Российская ринология. — 2005. — № 2. — С.188.
7. *Лобзин Ю.В., Ляшенко Ю.И., Позняк А.Л.* Хламидийные инфекции. — СПб.: Фолиант, 2003. — 396 с.
8. *Пониделко С.М.* Клиника, диагностика и лечение воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух, ассоциированных с хламидийной инфекцией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2002. — 24 с.
9. *Савенкова М.С., Богомильский М.Р., Афанасьева А.А. и др.* Роль хламидийной инфекции в развитии ОРЗ у детей // Вестник отоларингологии. — 2004. — № 1. — С.28-32.
10. *Унгвицкая И.В.* Хламидийная инфекция у беременных: диагностика, клиника и лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 1996. — 20 с.
11. Хламидии при ЛОР-заболеваниях / П.А. Тимошенко, Г.А. Скороход, А.Ч. Буцель, Е.В. Кремень // Вестник оториноларингологии: Материалы Российской конференции оториноларингологов. — М: Медиа Сфера, 2002. — С.70-72.
12. *Bloch St.L., Hammerschlag M.R.* Clinical manifestation of *Chlamydia pneumoniae* infections // *Pediat. Infect. Dis. J.* — 1997. — Vol. 9. — P.858-862.

© ХРИСТЕНКО И.В., КОВАЛЕВ В.В., ДОБРЫНИНА Ю.В. — 2008

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

И.В. Христенко, В.В. Ковалев, Ю.В. Добрынина

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. Изучено клиническое течение травмы и исходов лечения пострадавших с травматическими субарахноидальными кровоизлияниями в зависимости от объема и качества первой врачебной помощи на догоспитальном этапе. Выявлено, что поступление больных с тяжелой черепно-мозговой травмой в стационар позднее трех часов после получе-

ния травмы, неадекватная респираторная и инфузионно-медикаментозная терапия на догоспитальном этапе приводят к увеличению длительности ИВЛ на 3-5 суток, сроков госпитализации на 6-10 койко-дней, возрастанию степени неврологического дефицита и летальности на 11%.

Ключевые слова: травматические субарахноидальные кровоизлияния, догоспитальный этап, интенсивная терапия.

Черепно-мозговая травма — одно из наиболее частых и тяжелых травматических повреждений, на ее долю приходится от 25 до 40% всех травм. Ежегодно в Российской Федерации до 4 человек на 1000 населения получают черепно-мозговую травму, а абсолютное число пострадавших составляет не менее 600 тысяч человек [7]. Летальность при всех видах ЧМТ составляет 4,3%, возрастает по мере увеличения тяжести травмы и достигает при тяжелой степени 40-70% [6]. Обычно страдают активные люди трудоспособного возраста (20-50 лет). Факторами, определяющими высокую летальность при тяжелой ЧМТ, являются: возраст, тяжесть первичного повреждения головного мозга, артериальная гипотензия, низкое количество баллов по шкале комы Глазго [8]. Оказание помощи больным на догоспитальном этапе, к сожалению, не всегда отвечает современным представлениям об основных патогенетических звеньях формирования «травматической болезни» головного мозга. Одними из наиболее частых ошибок, допускаемых врачами первичного этапа, являются запоздалая интубация трахеи при наличии показаний к ней, несвоевременное проведение вспомогательной вентиляции легких и оксигенотерапии, а также чрезмерное увлечение диуретиками с целью «терапии отека мозга» [1]. Это осложняет течение тяжелой ЧМТ в последующем и способствует неблагоприятному исходу в виде неврологического дефицита различной степени, вплоть до «вегетативного состояния».

Материалы и методы

Проведен анализ 121 историй болезни пострадавших, поступивших в стационар с оценкой по шкале ком Глазго (ШКГ) менее 12 баллов в возрасте от 16 до 73 лет на протяжении острого периода травмы. Распределение больных по возрасту представлено на рисунке 1.

Подавляющее большинство (89,2%) составили лица трудоспособного (20-60 лет) возраста, 90,1% были мужчинами. Средний возраст соответствовал $40,06 \pm 15,2$ годам.

Распределение больных с учетом характера полученной травмы отражено на рисунке 2.

Значительную часть (60,4%) составили больные с компрессией головного мозга внутричерепными гематомами (эпидуральными, внутримозговыми, а также с сочетанием 2-х и более гематом), которым было выполнено оперативное вмешательство — трепанация черепа, удаление гематомы и устранение источника кровотечения. При отсутствии противопоказаний осуществляли костно-пластическую трепанацию черепа. С изолированными ушибами головного мозга тяжелой степени поступило 54 (48,6%) больных, оперативное вмешательство им не проводилось. У этих больных травма, зачастую, сопровождалась переломами свода и основания черепа и массивным субарахноидальным кровоизлиянием. В основном локализация очагов ушиба затрагивала лобные и височные доли, а также конвекситальные участки коры — 49 (90,7%). Базальные и стволовые ушибы наблюдались в 5 (9,3%) случаях. В группе больных с изолированными ушибами головного мозга тяжелой степени летальность составила 39%, а при компрессии головного мозга — 24%.

Диагноз закрытой черепно-мозговой травмы был выставлен 105 (94,6%) больным, а 6 (5,4%) имели открытое повреждение головного мозга (проникающие ранения, переломы основания черепа с явлениями ото- и назолликворреи). Двухстороннее повреждение выявлено у 10 (9%) больных.

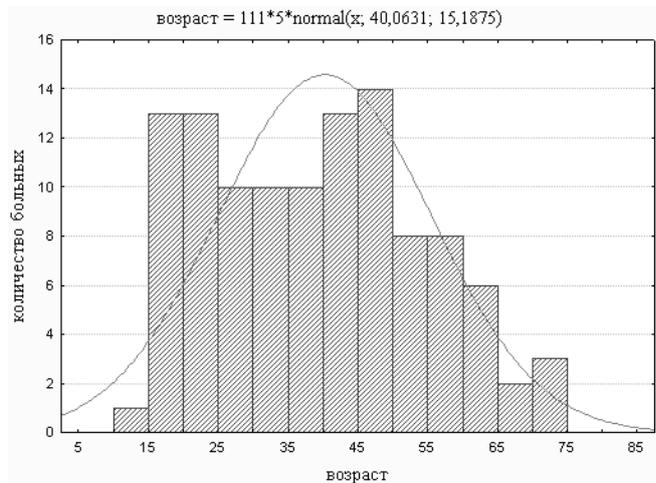
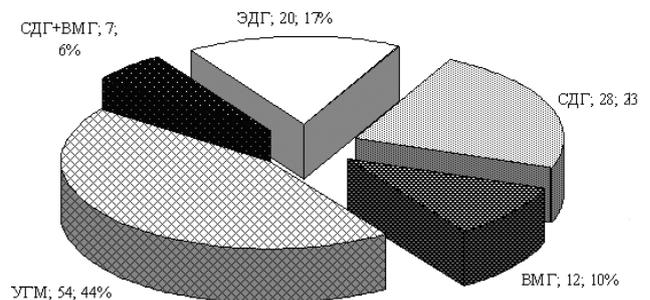


Рис. 1. Распределение больных по возрасту.

Тяжесть состояния больных, с точки зрения интенсивности геморрагии, оценивали по классификации W.Hant и R.Ness [7] (табл. 1).

Оценку степени тяжести состояния больных проводили также по шкале комы Глазго [2].

Оценку результатов лечения проводили на момент вы-



Обозначения: УГМ — ушибы головного мозга, СДГ — субдуральные гематомы, ВМГ — внутримозговые гематомы, ЭДГ — эпидуральные гематомы, СДГ+ВМГ — сочетание внутричерепных гематом.

Рис. 2. Распределение больных по характеру черепно-мозговой травмы.

писки или перевода из клиники с использованием шкалы исходов Глазго (ШИГ - V. Jennet, M. Bond, 1979-1989) [9]:

1 балл — смерть без восстановления сознания;

2 балла — вегетативное состояние: большой неконтакт-

Таблица 1

Классификация степени тяжести состояния больных субарахноидальным кровоизлиянием

Степень тяжести	Клиническая характеристика состояния больных
I	Бессимптомное течение или нерезкая головная боль и нерезко выраженные оболочечные симптомы
II	Ясное сознание, умеренная или резкая головная боль, выраженные оболочечные симптомы, нарушения функции глазодвигательных мышц
III	Угнетение сознания до степени оглушения, умеренно выраженный неврологический дефицит
IV	Сопор, выраженный неврологический дефицит (гемипарез или гемиплегия), выраженные симптомы вегетативной дисрегуляции
V	Кома, отсутствие реакции на внешние раздражители.

тен, глаза открыты, вегетативные функции сохранены;

3 балла — тяжелая инвалидность: больной в сознании, но требует посторонней помощи из-за физической или психической инвалидизации.

4 балла — инвалидность: больной может ухаживать за собой (с некоторой помощью), пользоваться транспортом, делать легкую работу, но имеет явные признаки инвалидизации;

5 баллов — хорошее восстановление: полное возвращение к предыдущей жизни с легким неврологическим дефицитом.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ "Statistica for Windows v.6.0". Применяли общепринятые методы вариационной статистики и корреляционного анализа, используемые в медико-биологических исследованиях. Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ показал, что в течение часа от момента получения травмы в стационар госпитализировано 28 (62%) больных, от одного часа до трех — 12 (27%), а пять (11,1%) пострадавших были доставлены в сроки, превышающие три часа. Запоздалое поступление было связано с транспортировкой больных из географически отдаленных районов Иркутской области, а также их нахождением в стационарах, где отсутствовала возможность проведения компьютерной томографии и оказания квалифицированной нейрохирургической помощи. В шести (13,3%) случаях на догоспитальном этапе имело место рутинное назначение салуретиков без обоснованных показаний, что усугубило гиповолемию и приводило к гемодинамическим нарушениям. У этих больных при поступлении наблюдались высокие цифры гематокрита (до 48-60%), отмечалась тенденция к гиперкоагуляции.

Доля больных, которым проводилась адекватная искусственная вентиляция легких, составила лишь 20% (9 человек), остальным проводили ее в недостаточном объеме, либо не проводили вообще. В ряде случаев бригадой скорой помощи была выполнена интубация трахеи, однако больные находились на спонтанном дыхании, без оксигенотерапии. Сатурация кислорода по данным пульсоксиметрии у таких больных при поступлении, как правило, не превышала 87-93%. В 9 (20%) случаях имелись признаки дыхательной недостаточности, у ряда больных вентиляция легких осуществлялась через воздуховод. При этом SpO_2 приближалась к критическим цифрам (<90%). По данным исследования КЩС у больных были признаки гипоксемии, респираторного ацидоза и дефицит ВЕ. Необходимо отметить, что в соответствии с концепцией предупреждения вторичного повреждения мозга, дыхательная недостаточность (в виде гипоксемии, гиперкапнии) является одним из основных неблагоприятных факторов, оказывающих па-

губное воздействие на ткань мозга. Дополнительное повреждение головного мозга, связанное с его гипоксией на догоспитальном этапе значительно ухудшало течение травмы и ее прогноз. Так, у больных, поступивших с выраженными признаками дыхательной недостаточности (как клиническими, так и лабораторными), наблюдалось более позднее восстановление сознания, увеличивалась длительность ИВЛ на 3-5 суток, возрастала степень неврологического дефицита, в результате ухудшались результаты лечения. Летальность у этих больных была выше на 11%, а сроки госпитализации увеличились на 6-10 койко-дней. В этой группе чаще наблюдались такие неблагоприятные исходы, как тяжелая инвалидизация и развитие персистирующего вегетативного состояния (2-3 группа ШИГ).

Как известно, адекватная перфузия мозга является не менее значимым фактором для профилактики вторичного повреждения мозга, чем поддержание достаточной оксигенации крови. Поэтому первоочередные меры уже на догоспитальном этапе должны быть направлены на восполнение объема циркулирующей крови и поддержание системной гемодинамики (проведение инфузионной терапии, при необходимости раннее назначение вазопрессоров и отказ от необоснованного назначения диуретиков).

Таким образом, поступление больных с тяжелой черепно-мозговой травмой в стационар позднее трех часов после получения травмы, неадекватная респираторная и инфузионно-медикаментозная терапия на догоспитальном этапе приводят к увеличению длительности ИВЛ на 3-5 суток, сроков госпитализации на 6-10 койко-дней, возрастанию степени неврологического дефицита и летальности на 11%. Основной задачей при оказании помощи пострадавшим с тяжелой ЧМТ на догоспитальном этапе следует считать максимально быструю доставку в специализированный стационар с круглосуточной нейрохирургической службой, и при этом крайне важна адекватность догоспитальной интенсивной терапии и преемственность в оказании помощи. Сопроводительный лист должен служить источником информации об исходном неврологическом и соматическом статусе пострадавшего, динамике за время наблюдения, объеме неотложной помощи на месте происшествия и в процессе транспортировки. Главным условием благоприятного прогноза для больного является предупреждение даже кратковременных эпизодов гипотонии и гипоксии, активная тактика при восстановлении проходимости дыхательных путей (предпочтительна интубация трахеи), полноценная респираторная поддержка и адекватная инфузионная терапия.

THE BASIC PROBLEMS OF INTENSIVE THERAPY OF TRAUMATIC SUBARACHNOID HAEMORRHAGES AT A PRE-HOSPITAL STAGE

I.V. Khristenko, V.V. Kovalev, J.V. Dobrynina
(Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

There have been studied the clinical process of head injury and outcomes of victims treatment with traumatic subarachnoid hemorrhage depending on cubic capacity and quality of first medical aid at before-hospitalized stage. Have been revealed that incoming victims with serious head injuries in hospital for in patients later than 3 hours after getting injury, non-adequacy respiratory and infusion medication on before-hospitalized stage lead to long increase of controlled ventilation of the lung for 3-5 days, term of hospitalization for 6-10 bed days, increase in neurological deficiency degree and lethality for 11%.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляевский А.Д.* Интенсивная терапия при черепно-мозговой травме: Методическое пособие по блочному типу / Под ред. А.Д. Беляевского. — Ростов-на-Дону: Изд-во РГМУ, 2000. — 160 с.
2. *Горбачев В.И., Петрова И.Л.* Диагностика и интенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы: пособие для врачей. — Иркутск, 2003. — 53 с.
3. *Кондратьев А.Н., Ивченко И.М.* Анестезия и интенсивная терапия травмы центральной нервной системы. — СПб.: Мед. изд-во, 2002. — 128 с.
4. *Короткоручко А.А., Полищук Н.Е.* Анестезия и интенсивная терапия в нейрохирургии: руководство. — Киев: Четверта хвиля, 2004. — 526 с.
5. *Мальцев В.В.* Нейротравма: проблемы интенсивной терапии и анестезиологического пособия. — Петрозаводск: Изд-во ПетрГМУ, 2000. — 72 с.
6. *Нейротравматология: Справочник* / Под ред. А.А. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. — М.: Вазар-Ферро, 1994. — 415 с.
7. *Старченко А.А.* Клиническая нейрореаниматология: Справочное руководство / Под ред. акад. РАМН В.А. Хилько. — СПб.: Мед. изд-во, 2002. — 666 с.
8. *Царенко С.В.* Нейрореаниматология. Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы. — М.: Медицина, 2005. — 352 с.
9. *Черепно-мозговая травма: Клиническое руководство. Том II* / Под ред. акад. РАМН А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. А.А. Потапова. — М.: АНТИ-ДОР, 2001. — 675 с.

ЗДОРОВЬЕ, ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© ГАЙДАРОВ Г.М., МАКАРОВ С.В. — 2008

ПРИМЕНЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЙОНИРОВАНИЯ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА ТЕРРИТОРИЯХ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Г.М. Гайдаров, С.В. Макаров

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, зав. — д.м.н., проф. Г.М. Гайдаров)

Резюме. В статье приводятся результаты анализа кадрового потенциала учреждений здравоохранения на территориях Иркутской области с низкой плотностью населения с использованием социально-экономического районирования. **Ключевые слова:** медицинские кадры, характеристика кадров, злокачественные новообразования, низкая плотность населения.

В настоящее время возможности первичной профилактики злокачественных новообразований, направленной на предупреждение возникновения опухолей путем устранения воздействия неблагоприятно влияющих факторов внешней среды и образа жизни, в т.ч. канцерогенных, являются ограниченными, т.к. нивелирование большого числа действующих на популяцию канцерогенных факторов на практике не представляется возможным. Более целесообразным в современных условиях является раннее выявление злокачественных новообразований [5,8,11,14].

Основными проблемами повышения эффективности раннего выявления новообразований в настоящее время являются низкая доступность современных методов диагностики злокачественных новообразований в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) общей лечебной сети, где впервые возникает подозрение на наличие у пациента злокачественной опухоли, и слабая преемственность между ЛПУ общей сети и специализированными учреждениями здравоохранения. Эти проблемы приобретают в современных условиях особую актуальность для жителей территорий с низкой плотностью населения, к которым относятся малые и средние города, а также сельские районы Российской

Федерации. Характерная для таких территорий более низкая, чем в крупных городах, доступность медицинской помощи, обусловленная этапностью оказания медицинской помощи и слабой обеспеченностью медицинскими кадрами, в настоящее время усугубляется произошедшими в обществе переменами [8,13].

Иркутская область расположена в южной части Восточной Сибири и занимает юго-восточную часть Среднесибирского плоскогорья, окруженную Восточными Саянами и хребтами Прибайкалья. Площадь Иркутской области составляет 767,9 тыс. км², что составляет 4,6% территории Российской Федерации, или 6-е место в России по данному показателю. Плотность населения составляет в Иркутской области 3,2 чел./км² (в среднем по России — 8,7 чел./км², в европейской части страны — в среднем 300 чел./км²). Значительные природно-климатические различия территорий области, их слабая транспортная освоенность, особенно северных районов, обусловили разные уровни экономического и социального развития ее отдельных районов, неоднородность размещения населения [1].

Особенно большую разобщенность имеют населенные пункты в северных районах области. Более трети поселений области удалены от районных центров на