

(значения тех или иных показателей более 85 перцентиля по NCEP), выраженность которой достоверно ($P < 0,001$ для всех показателей) нарастала по мере нарастания индекса массы тела (ИМТ).

У обследованных преимущественно регистрировались 2б (38,67 + 6,75%) и 4-ый (33,15 + 6,53%) типы дислипидемий по Fredrickson, причем уровни общего холестерина по среднегрупповым значениям превышали 97 перцентиль лишь у детей с ИМТ более 3 стандартных отклонений от медианы, у которых также зарегистрированы повышение концентрации ТГ (1,36+0,04 ммоль/л), ЛПНП (2,66+0,08 ммоль/л), ОХ (4,67+0,07 ммоль/л), снижением уровня ЛПВП (1,1+0,02 ммоль/л), а также повышение содержания СЖК (0,51+0,03 ммоль/л) в крови.

Таким образом, установлено нарастание выраженности дислипидемии по мере нарастания ИМТ, валидно диагностирующееся с использованием классификации NCEP. Учитывая тот факт, что зарегистрированные типы дислипидемии являются значимыми ассоциантами атерогенеза, уровни показателей липидограммы в диапазоне 85-97 перцентиля, могут быть расценены как ранние признаки проатерогенных нарушений, что позволяет рекомендовать проведение данного исследования уже пациентам с избыточной массой тела.

И.Г.Шайдерова, А.Б.Фуртикова
КАРДИОГЕМОДИНАМИКА У ДЕТЕЙ
ПРИ ОСТРОЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ
Национальный Центр охраны материнства и детства, г.Бишкек

Цель работы: исследовать состояние внутрисердечной кардиогемодинамики у здоровых детей и направленность изменений деятельности сердца у детей первых трех лет жизни при острых и рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях для разработки критериев оценки кардиальных нарушений.

Объект исследования: здоровые и больные дети первых трех лет.

Методы исследования: клинические, электро- и эхокардиографические, статистические. Обследовано 165 больных детей и 94 здоровых ребенка.

Показана направленность и степень участия сердца в компенсации патологического процесса в легких и бронхах в зависимости от возраста, нозологической формы заболевания, тяжести патологии, наличия бронхообструктивного синдрома.

Установлено, что электромеханическая деятельность сердца при острых и рецидивирующих бронхолегочных заболеваниях характеризуется увеличением темпа сердечных сокращений, нарушением ритма сердечной деятельности в виде аритмии, нарушением реполяризации по гипокалемическому и гипоксическому типам. Степень этих изменений зависит от возраста больных и тяжести патологического процесса. При неосложненных формах БЛЗ отмечается интенсификация деятельности сердца, подтверждаемая увеличением диаметра левого желудочка, усилением насосной и сократительной функции сердца, формированием гиперкинетического типа внутрисердечной гемодинамики.

Предложены варианты клинической трактовки изменений в деятельности сердца при БЛЗ и разработаны эхокардиографические маркеры их диагностики.

Шамсов Х. А., Саидов Дж. Косимов М.М.
ТЯЖЕЛАЯ СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА В СТРУКТУРЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА
СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Государственное учреждение Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии, г. Душанбе, Республика Таджикистан

Несмотря на многочисленные публикации, посвященные вопросам оказания помощи больным с множественной и сочетанной травмой на догоспитальном этапе и сразу после поступления в стационар, отдельные аспекты остаются недостаточно раскрытыми и требуют детальной проработки.

Цель исследования. Разработка тактики лечения больных в остром периоде тяжелой сочетанной травмой.

Материалы и методы. За период с 2006 г. по 2012 г. в стационар НМЦРТ поступило 234 больных с ТСТ, в возрасте от 3 до 17 лет. 88% из них имели повреждение 3-х и более областей тела. Из них 127 больных (67%) имели скелетную травму. Все пострадавшие поступали в различной степени шока: у 54 больных наблюдался шок 1 ст., у 30 больных - 2 ст., у 28 больных - 3 ст., у 12 больных - 4 ст. Общая летальность за эти годы составила 27,8%, из них 53,8% больных умерли в первые 24 - 48 часов.

Лечебная тактика у пострадавших с ТСТ определялась совместными действиями всех специалистов дежурной бригады: анестезиологов-реаниматологов, хирургов, травматологов, нейрохирургов и специалистов диа-

гностической службы. Сроки вмешательства определялись в зависимости от тяжести травмы по шкале RTS. При сумме баллов по шкале RTS равной или менее 5,8 баллов ранний остеосинтез не производился из-за отрицательного прогноза на выживание. Важное место в противошоковых мероприятиях занимает остановка внутреннего кровотечения, декомпрессия головного мозга, стабилизация переломов конечностей и таза.

Операция остеосинтеза выполнялась, как правило, одновременно с проведением оперативного вмешательства на черепе, органах грудной или брюшной полостей, а при повреждении нескольких сегментов – одновременно несколькими бригадами хирургов. Из всех методов остеосинтеза наиболее эффективным и предпочтительным в данной ситуации является чрескостный остеосинтез стержневыми аппаратами.

У 86 пострадавших (67,6%) чрескостный остеосинтез выполнялся в два этапа. На первом этапе у тяжелых больных первичная операция остеосинтеза выполнялась нами в исключительно в короткие сроки, не преследуя цели идеальной репозиции костных отломков, а лишь фиксацию перелома. А уже на втором этапе после стабилизации состояния пациента проводилась повторная операция точной репозиции и интрамедуллярного остеосинтеза костных отломков блокированными штифтами без рассверливания.

Результаты. Подобная тактика позволила снизить летальность у пострадавших с ТСТ на госпитальном этапе на 10,2% (с 31% до 20,8%).

Выводы. На основании наших наблюдений успех лечения пациентов с ТСТ зависит от времени, прошедшего с момента травмы до момента оказания квалифицированной медицинской помощи. Стабилизация переломов длинных трубчатых костей и костей таза должна осуществляться в качестве одной из первоочередных мер в комплексе противошоковых мероприятий и производиться в первые часы после травмы, что может явиться залогом снижения летальности у пострадавших с ТСТ. Метод чрескостного остеосинтеза стержневыми аппаратами является предпочтительным на раннем этапе лечения ТСТ. Переход на более стабильный интрамедуллярный остеосинтез блокированными штифтами в отдаленном периоде является наиболее оправданным.

Шарипов А.М., Агзамходжаев С.С., Хамзаев К.А., Умарова З.С., Ахматалиева М.А.
**ПРОТОКОЛЬНО-СПРАВОЧНАЯ СИСТЕМА ДИСПЕТЧЕРСКОЙ СЛУЖБЫ СТАНЦИИ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА ТАШКЕНТА**

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Станция скорой медицинской помощи г.Ташкента. Ташкент. Узбекистан*

Актуальность: На станции скорой медицинской помощи (СМП) г. Ташкента функционирует 140 круглосуточные бригады обслуживающие более 1800 вызовов в день. Количество звонков превышает 7000 в день. В центральной диспетчерской работают более 20 диспетчеров по приему вызовов. Все звонки принимались и передавались бригадам по «ручной» технологии. В настоящем в Республике Узбекистан диспетчерами СМП сортировка больных и неотложная медицинская помощь по телефону не осуществляется. Увеличение числа количества чрезвычайных ситуаций и обращаемости населения к СМП потребовала необходимости внедрения протоколов сортировки и оказания помощи в службу СМП г. Ташкента.

Цель: Создание протоколно справочной системы медицинской диспетчерской службы для сортировки больных и оказания помощи на догоспитальном этапе до прибытия машины СМП.

Результаты: Служба скорой медицинской помощи г.Ташкента совместно с узбекским представительством Medical Teams International в рамках выполнения проекта «Повышение эффективности оказания экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан» согласно Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан 24 марта 2009г. № 85 разработала протоколы медицинской диспетчерской системы (ПМДС). Разработанные протоколы состоит из двух частей: 1-я - сортировка для определения уровня ответа: машина СМП может быть срочно отправлена, отправлена в обычном режиме или не отправляется. Выполнение этой части зависит от наличия больниц в зоне обслуживания и очень важно для предупреждения госпитального этапа неотложной помощи. А также позволяет уменьшать количество ложных и неоправданных вызовов. 2-я - подача инструкций до прибытия звонящему, чтобы они немедленно смогли помочь пострадавшим и больным. Уровень сложности инструкций могут быть разными: от простого успокоения больного до подачи инструкций по сердечно легочной реанимации. Протоколные карты сгруппированные в соответствующие разделы: Травматические случаи (11 протоколов), Соматические случаи (13 протоколов), Критические по времени случаи (8 протоколов), «Инструкции к применению» (5 инструкций).

Согласно протоколам при угрожающей жизни состояниях (нарушения уровня сознания, нарушения дыхания) сначала отправляется машина СМП, далее диспетчер передает звонящему инструкции до прибытия согласно протоколам. При отсутствии немедленной угрозы жизни состояниях проводится опрос по протоколам для определения вида необходимой бригады, инструкции до прибытия передаются звонящему после отправки соответствующей бригады.