

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.

Выводы: Понимание диспетчерами философии и психологии предоставление больным инструкций до прибытия должен стать неотъемлемой частью подготовки диспетчеров скорой медицинской помощи.

Передаваемые обученными диспетчерами по телефону стандартные инструкции являются безопасным для звонящих, и позволяет им определить приоритетность каждого звонка.

Шит С.М., Гаснаш Л.А.

ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Департамент педиатрии Кишиневского Университета Медицины и Фармации
им. Н. Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова*

Abstract. Data about immunomodulatory therapy (Anapheron, Groprinosin, Imudon, Imunoriks (Pidotimod)) at 85 children with allergic diseases for prophylaxis and treatment of respiratory pathology are shown in the paper.

Актуальность. Во всем мире отмечается увеличение количества больных вирусными инфекциями. Особенно часто они встречаются у детей с иммунными нарушениями, к которым относятся больные с аллергопатологией. В основе развития аллергических болезней у детей лежит нарушение иммунного статуса, и эти больные подвержены частому развитию респираторных инфекций, что приводит к обострению аллергических заболеваний. В связи с этим необходимо постоянно проводить профилактику развития вирусных инфекций у этого контингента детей.

Цель работы - коррекция иммунного статуса детей с аллергопатологией с целью профилактики респираторных инфекций и их осложнений.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 85 детей от 3-х до 15 лет: 38 – с бронхиальной астмой (БА) и 47 – с atopическим дерматитом (АД). При первичном обследовании всем больным, наряду с общеклиническим обследованием, была сделана иммунограмма с определением Т-лимфоцитов и их фракций (Т-супрессоров и Т-хелперов) и В-лимфоцитов с определением IgA, IgM, IgG, IgE, а также ЦИК.

Результаты. Было выявлено у всех детей снижение общего количества Т-лимфоцитов с повышением Т-хелперов и снижением Т-супрессоров, снижение общего количества В-лимфоцитов у 65% обследованных: снижение IgA у всех обследованных, повышение IgE у 70%; у 30% больных отмечалось повышение ЦИК. В течение 3-х лет, наряду с базисной терапией, в осенне-зимний период (с октября по февраль) всем обследованным назначался 10-дневный курс лечения анафероном, гропринозином, имудоном. Параллельно с этим, дополнительно проводилось два курса лечения имунориксом. При этом учитывалось, что: а) анаферон является индуктором интерферона избирательного действия, обладающим противовирусным и иммуномодулирующим действием; б) гропринозин является высокоэффективным иммуномодулятором широкого спектра действия: обладает противовоспалительным, анаболическим и антигипоксическими свойствами; в) имудон - препарат, регулирующий местный иммунитет путем увеличения содержания секреторного компонента IgA и коррекции микрофлоры слизистых оболочек верхних дыхательных путей; д) имунорикс (пидотимод) - усиливает антигенную способность В-лимфоцитов, что позволяет обеспечить реализацию полного иммунного ответа. В результате проведенного лечения у всех больных сократилось количество респираторных заболеваний до 1-2-х в сезон (до лечения - было 1-2 в месяц). Кроме того, у 32 больных с БА (84%) сократилось число приступов: с 1-2-х в неделю до 1-2-х в квартал, у 40 больных с АД (85%) не отмечалось обострения заболевания, а у 7 (15%) обострение было локальным и кратковременным. Проведенные лабораторные исследования указали на то, что у 80% детей отмечалась тенденция к нормализации иммунограммы.

Выводы. Таким образом, проведенная иммуномодулирующая терапия в период сезонного нарастания частоты респираторных заболеваний у больных с аллергическими заболеваниями показала свою эффективность, как с лечебной, так и с профилактической точки зрения.

Шовкун В.А., Васильева Л.И., Лутовина О.В., Брагина Л.Е.

ВИРУСНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА И РОТОГЛОТКИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Вирусы являются естественными компонентами микробиологической системы человеческого организма. Под действием различных факторов может происходить снижение резистентности организма, что способствует активации вирусов. Активированные вирусы взаимодействуют с клетками слизистой кишечника, ро-