

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

ЛІКИ – ЛЮДИНІ

**Сучасні проблеми створення,
вивчення та апробації
лікарських засобів**

Матеріали XXVIII всеукраїнської
науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**3 лютого 2011 року
м. Харків**

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 1 від 10 січня 2011 року*

Харків
Видавництво НФаУ
2011

комплектации врачебных должностей и среднего медицинского персонала, повышению уровня профессионального мастерства и культуры выездного медицинского персонала.

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Голдовский Б.М., Стрижко Е.В., Сериков К.В.,
Поталов С.А., Левкин О.А.

Запорожская медицинская академия последипломного образования

За последние 5 лет в Украине зарегистрировано 204,195 дорожно-транспортных происшествия (ДТП), в которых было травмировано 222,342 человек и погибло 35,171 человек.

Международный опыт свидетельствует, что 20% летальных исходов при политравме, возникающих ежегодно, возможно предотвратить при условии улучшения работы службы медицины неотложных состояний. Пострадавшие с политравмой относятся к категории крайне тяжелых больных, поэтому оказание неотложной медицинской помощи такому контингенту сопровождается значительными трудностями, с частым развитием осложнений, высокой летальностью и инвалидизацией выживших [1].

Материалы и методы. Неотложная медицинская помощь и интенсивная терапия проводилась с 8-ми пострадавшими с политравмой. Мужчин было 5 (62,5%), женщин 3 (37,5%). При этом средний возраст мужчин составил 42 года, а женщин 36 лет.

Результаты и их обсуждение. Неотложная медицинская помощь оказывалась на основании принципа “золотого” часа, согласно R. A. Growley, 1993.

Во время оказания неотложной медицинской помощи, больным с политравмой, с целью своевременного выявления жизнеопасных нарушений и стабилизации витальных функций, проводилось [2]:

- Первичный осмотр согласно алгоритму АВСС*
- Медицинская сортировка
- Интенсивная терапия
- Повторный осмотр пострадавшего
- Постоянный мониторинг витальных функций пострадавшего
- Квалифицированная и специализированная медицинская помощь.

При этом:

- А (airways) – восстановление проходимости дыхательных путей
- В (breathing) – вспомогательная вентиляция легких

- С (circulation) – восстановление кровообращения
- С* (cervical spine) – иммобилизация шейного отдела позвоночника воротником Шанца, до полного исключения травмы шейного отдела позвоночника.

Тяжесть состояния оценивали по шкале Trauma Score (см. табл. 1).

Таблица 1. Шкала травм TS (Trauma Score)

	TS	Баллы	TS	Баллы
Частота дыхательных движений, в минуту	10-24	4	36 и >	2
	25-35	3	1-9	1
			нет	0
Глубина дыхания	норма	1	сниженное	0
Систолическое АД, мм. рт. ст.	>90	4	50-69	2
	70-90	3	<50	1
Шкала ком Глазго, баллы	14-15	5	8-10	3
	11-13	4	5-7	2
Кровенаполнение капилляров	норма (меньше 2 секунд)			2
	снижено(больше 2 секунд)			1
	отсутствует			0

Всем больным катетеризировали 1 или 2 периферические вены, или периферическую и центральную вены, после чего начинали проведение инфузионной терапии.

Вначале инфузию проводили струйно, с темпом восполнения 250-300 мл/мин, после стабилизации АД на безопасном уровне инфузионную терапию проводили капельно.

Объем и темп инфузионной терапии носил умеренный характер таким образом, чтобы среднее артериальное давление находилось в пределах 55-70 мм рт.ст., что позволяет поддержать адекватную тканевую перфузию головного мозга и миокарда, и предотвратить усиление кровотечения [3].

Борьба с болью и защита от психического стресса осуществлялась путем внутривенного введения:

- 1-2 мл 1% раствора морфина гидрохлорида
- 1-2 мл 1-2% раствора промедола
- 2-4 мл 50% раствора анальгина
- 20% раствора натрия оксибутирата 20-40 мг/кг
- 0,5-1 мл 0,5% раствора сибазона
- 50-100 мг кетамина

Первоначальная доза наркотических анальгетиков у особо тяжелых больных должна быть снижена на 50% из-за возможного угнетения

дыхания

Оротрахеальную интубацию производили согласно приказу МОЗ Украины от 01.03.2004 года № 108 “Про усовершенствование организации неотложной нейрохирургической помощи”, при этом, для интубации трахеи было достаточно одного из факторов: уровень сознания по ШКТГ < 8 баллов; тахипное > 30 в минуту; гипоксемия ($\text{SaO}_2 < 94\%$ или $\text{PaO}_2 < 70$ мм рт.ст.); гиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 45$ мм рт.ст.).

Альтернативой интубации трахеи является использование ларингеальной маски

Выводы.

1. Благодаря проводимому алгоритму все пострадавшие были доставлены в течение “золотого” часа в Запорожскую городскую больницу экстренной и неотложной медицинской помощи со стабильными показателями витальных функций организма
2. Смертей на догоспитальном этапе не было.

Литература

1. Малыш И.Р., Дворский П.Д., Згржебловская Л.В., Крылюк В.О. Стратегия эмпирической антибактериальной терапии у пострадавших с тяжелой политравмой // Материалы Всеукраинской научно-практической конференции. Запорожье. – 2010. – С. 95-97.
2. Рошчін Г.Г., Гайдаєв Ю.О., Мазуренко О.В., Гур'єв С.О., Барамія Н.М., Заруцький Я.Л., Кукуруз Я.С., Малиш І.Р. Надання медичної допомоги постраждалим з політравмою на до госпітального етапі. – Київ. 2003. – С. 33.
3. Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania. Крововтрата і анемія у хірургічних хворих. Методи профілактики і лікування без переливання крові // Безкровна медицина. Успіхи і перспективи. – Львів 2008. – С.126-149.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АРИТМІЙ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Голдовський Б.М., Риндіна Л.И., Поталов С.О., Лабенський Д.В.
Запорізька медична академія післядипломної освіти
Запорізька міська клінічна лікарня екстреної та швидкої
медичної допомоги

Лікування аритмій серця належить до проблемних питань кардіології через відсутність єдиного підходу до терапії порушень ритму серця.

За сучасними даними, реальні можливості та показання для застосування антиаритмічних засобів досить обмежені. Це пов'язано з