

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

O'zbekiston shoshilinch tibbiy yordam vrachlar assotsiatsiyasi jurnali

Вестник экстренной медицины

Научно-практический журнал
Ассоциации врачей экстренной
медицинской помощи Узбекистана

«Шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари:
ШОШИЛИНЧ ТИББИЁТДА ИННОВАЦИЯЛАР»
XVII Республика илмий-амалий анжумани
МАТЕРИАЛЛАРИ ТЎПЛАМИ
2022 йил 14 октябрь, Наманган ш.

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
XVII Республиканской научно-практической конференции:
Актуальные проблемы организации экстренной
медицинской помощи
«ИННОВАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЕ»
14 октября 2022 года, г. Наманган

2022, 15(3-4)

Ilmiy-amaliy jurnal

EMPA.UZ

у 60 (38,3%), желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) – у 52 (33,2%). По ХМ аритмии сердца были выявлены у 97 пациентов (62,4% от всех обследованных). По данным параметрам различия между женщинами и мужчинами статистически не значимы. Так, НЖЭС регистрировались у 11 (11,3%) пациентов; ЖЭС – у 23 (23,7%) пациентов; суправентрикулярная тахикардия – у 39 (40,2%); желудочковая тахикардия – у 2 (2,0%); ФП – у 15 пациентов (15,24%); синоаурикулярная блокада высокой градации (СА) – у 2 (2,0%) и атриовентрикулярная блокада (АВ) – у 5 (5,1%) пациентов. По данным ЭхоКГ-исследований проводился анализ параметров: относительной толщины миокарда, размеров камер сердца, систолической и диастолической функции желудочков, доплерографии. Так, по результатам ультразвукового исследования сердца ремоделирование миокарда выявлено у пациентов с ФП, ЖТ в 1,6 раза больше ($p > 0,05$) по сравнению с НЖЭС, ЖЭС, СА, АВ-блокадами. При анализе нарушений ритма сердца у пациентов было выявлено, что суправентрикулярные и желудочковые аритмии были зарегистрированы у всех пациентов с Covid-19, осложненным вирусной пневмонией.

Заключение. У пациентов в раннем постковидном периоде выявляются различные виды аритмии сердца, в независимости от степени тяжести и выраженности коронавирусной инфекции. Ремоделирование миокарда чаще встречалось у пациентов с фибрилляцией предсердий и желудочковыми тахикардиями, ассоциированными с возрастом, коморбидными заболеваниями, повышенным уровнем маркеров воспаления и фиброза. Для своевременного выявления нарушений ритма и проводимости в раннем постковидном периоде всем больным необходимо рекомендовать проведение ХМ, ЭКГ, ЭхоКГ сердца, анализ биохимических маркеров воспаления крови для своевременного выявления и выбора дальнейшей тактики лечения.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ХИРУРГИЯ» В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

А.Ю. Анисимов, Р.А. Ибрагимов, М.В. Кузнецов

Кафедра неотложной медицинской помощи и симуляционной медицины Центра медицины и фармации Высшей школы медицины Института фундаментальной медицины и биологии, ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,
Российская Федерация

В марте 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила о глобальной пандемии, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2. Еще в ее начале многие аналитики предполагали снижение качества хирургической помощи и связывали это с

рядом причин: сокращением хирургических бригад, коек, операционных, диагностического оборудования, плановой помощи в связи с необходимостью открытия инфекционных отделений и больниц, поддержкой во времени постановки диагноза и проведения неотложных операций в результате изменений в логистике стационаров, увеличением сроков обращения пациентов из-за боязни заражения и изменений годами отработанной маршрутизации.

Цель исследования: анализ основных показателей экстренной хирургической помощи населению Республики Татарстан в условиях пандемии COVID-19.

Материал и методы. Использована база данных статистической отчетности хирургической службы Российской Федерации и Республики Татарстан за 2020–2021 годы.

Результаты. В 2020 году в Татарстане с числом населения 3 млн 894 тыс. человек хирургическая помощь взрослому населению, в том числе неотложная, оказывалась 72 медицинскими организациями, реализующими Программу государственных гарантий, на 1813 круглосуточных койках, а в 2021 году – в 67, на 1766 соответственно. Динамика к сокращению коек отмечается на протяжении последних 5 лет. Важной частью ресурсного обеспечения процесса оказания экстренной хирургической помощи являются кадры врачей-хирургов. В 2020 году в стационарах республики работали 326 общих хирургов, которые занимали 426 штатных должностей из имеющихся 448,5. В 2021 – 315, 409,5 и 433 соответственно. Таким образом, обеспеченность врачами хирургами составила 1,4 и 1,38 на 10 000 постоянного взрослого населения. Следует признать, что в конечном итоге дефицит физических лиц хирургов продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем службы на сегодняшний день. Говоря об уменьшении числа врачей – общих хирургов, следует иметь в виду, что именно они работают в медицинских организациях всех уровней, и они же в первую очередь оказывают экстренную и неотложную помощь при большом спектре хирургических заболеваний и состояний. С одной стороны, дефицит можно объяснить перефилированием хирургов в связи с возникшей необходимостью открытия временных инфекционных госпиталей, а с другой стороны, можно констатировать наметившуюся тенденцию снижения привлекательности специальности общего хирурга. В 2020 году на койки общего хирургического профиля было госпитализировано 66996 человек, в том числе по экстренным показаниям – 47532 (70,9%). В 2021 году – 69774 и 47893 (68,6%) соответственно. Общая (госпитальная) летальность составила 2,4% и 2,7%. В 2020 году показатель хирургической активности составил 58,9%, а в 2021 – 59,7%. Всего было прооперировано 39504 и 41657 пациентов. При этом послеоперационная летальность составила 2,3% и 2,7%. Сегодня, несмотря на то, что вакцинирование

ции тромбозов ветвей легочной артерии и других конкурирующих заболеваний.

Выводы. При тромбозах глубоких вен голени и бедренно-подколенного сегмента, как показывает клиническая практика и данные изучения информативности ЦДС, чувствительность, специфичность и точность данного метода обследования очень высокие и достигают практически 99,0%.

Результаты лечения больных с острыми тромбозами глубоких вен данной локализации указывают на оправданность и необходимость активной тактики в решении данного вопроса флебологии, так как у 7,9% (79 больных) встречаются флотирующие тромбы, в 4,8% (48 больных) случаев происходит тромбоз ветвей легочной артерии в догоспитальном периоде, а нарастание тромба в динамике происходит у 18,9% (189 больных).

Активная хирургическая тактика приводит к удовлетворительному результату у 97,1% оперированных больных.

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ САНАЦИИ БРЮШИНЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

А.Ю. Анисимов, Р.А. Ибрагимов, М.В. Кузнецов

Кафедра неотложной медицинской помощи и симуляционной медицины Центра медицины и фармации Высшей школы медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО, Казанский (Приволжский) федеральный университет, Российская Федерация

Распространенный перитонит (РП), как причину смерти в 60% наблюдений острых заболеваний органов брюшной полости, Jirasek справедливо называл «...последней главой проигранной битвы за живот». В аспекте интраоперационной санации брюшины традиционно важным считается получить санационный эффект, то есть удалить патологический экссудат и по возможности воздействовать на его микрофлору. Задача, как правило, решается на уровне выбора того или иного антисептического препарата. Однако помимо механического очищения брюшины существует ряд задач, не решенных до сегодняшнего дня. К ним относятся борьба с гипоксией, стабилизация гемодинамики, детоксикация. Такая переоценка приоритетов интраоперационной санации диктует необходимость разработки и внедрения инновационных технологий ее выполнения.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных РП на основе инновационной технологии интраоперационной гипотермической санации брюшины с помощью устройства для подачи промывных растворов «Гейзер».

Материал и методы. Перед операцией в бак устройства заливаем 18 литров антисептического раствора. С помощью ирригоасpirатора подаем антисептический раствор в брюшную полость. Конструкция ирригоасpirатора позволяет одновременно аспирировать отработанную жидкость. Скорость подачи раствора меняем с помощью специального регулятора. Санацию брюшины проводим до чистых промывных вод. Расход жидкости на одну процедуру санации при этом составляет 16-18 литров. Весь сеанс длится 10-15 минут.

Проанализированы результаты хирургического лечения 318 больных РП. Причинами возникновения РП явились острый аппендицит – у 82, перфорации язв желудочно-кишечного тракта – у 77, травмы живота – у 73, послеоперационный перитонит – у 32, острая непроходимость кишечника – у 31, деструктивный холецистит – у 14, ущемленные грыжи – у 9 больных. Мужчин было 209 (65,7%), женщин – 109 (34,3%). В возрасте от 15 до 39 лет было 163 (51,3%), от 40 до 59 лет – 97 (30,5%), от 60 и старше – 58 (18,2%) человек. Сроки от начала заболевания до операции у 93 (29,2%) больных составили менее 24 часов, у 164 (51,6%) – от 24 до 72 часов, у 61 (19,2%) – более 72 часов. При вскрытии брюшной полости у 248 (78,0%) пациентов был обнаружен гнойно-фибринозный, у 15 (4,7%) – гнойно-желчный, у 14 (4,4%) – гнилостный, у 41 (12,9%) – каловый экссудат. У 261 (82,1%) больных имел место диффузный распространенный перитонит, у 57 (17,9%) – диффузный общий. Сопутствующие заболевания в виде сердечно-сосудистой, бронхолегочной патологии, сочетанной травмы с явлениями шока, сахарного диабета были отмечены у 181 (56,9%) пациента. Всех больных разделили на две относительно репрезентативные группы. В первую группу вошли 144 человека, которым после ликвидации источника воспаления с помощью устройства для подачи промывных растворов «Гейзер» была выполнена гипотермическая санация брюшины антисептическим раствором, предварительно подогретым до температуры +40°C. Вторую группу составили 174 пациента, которым была выполнена гипотермическая санация брюшины антисептическим раствором, предварительно охлажденным до температуры +4...+6°C. Для купирования ответной реакции организма на охлаждение, непосредственно перед процедурой, выполняли блокаду рефлексогенных зон корня брыжейки тонкой и толстой кишок S. Novocaini 0,25% – 100,0–120,0.

Результаты. Гипотермическая санация брюшины вела в течение часа после процедуры к повышению от исходных величин наружной температуры тела на 0,9+0,03°C, температуры тела в пищеводе на 0,27+0,02°C, температуры тела в прямой кишке на 0,41+0,02°C (p>0,05). Это, по нашему мнению, не позволяет говорить о влиянии гипотермической санации на уровень обменных процессов при РП. На-