



При АРАСНЕ II (см. рис. 5. и 6) от 21 до 25 после РЛ-1 прогнозируется благоприятный исход почти у половины больных (48,2%), тогда как после РЛ-2 лишь у 22,8%. Даже при АРАСНЕ II < 10 у больных, подвергнутых РЛ-2 благоприятный исход составляет 96,8%.

В группе вынужденных РЛ после первичной операции во все сроки исследования клинико-лабораторные показатели выходили за пределы нормальных цифр. В особенности в ранние послеоперационные сроки (1-4 сут). Даже к концу недельного срока эти показатели имеют место у 40-80% больных.

В первые 3 суток у всех оперированных повторно больных имело место нейтрофильный лейкоцитоз, тахикардия и тахипноэ. Гипертермия отмечается у всех больных лишь в первые сутки после операции, тогда как в последующие сроки гипертермия сохраняется лишь у половины больных. Этого же касается и такого показателя, как гематокритное число.

При спланированной РЛ у всех больных имело место лейкоцитоз с нейтрофилезом, гипертермия, гиповолемия, тахипноэ и тахикардия. Нормализация их показателей не наступает и к исходу 6 суток с момента операции.

Если сумма < 4, то РЛ не предпринималась, то сумма > 7 баллов свидетельствует о тяжелой форме послеоперационного перитонита, нуждающегося в РЛ. Из 23 из 27 больных сумма баллов была > 7.

Определение показаний к РЛ-2 основано на тех же критериях, с учетом выполненной ранее

операции и проводится только по результатам операционной находки.

Необходимость в РЛ-2 возникает при наличии признаков продолжающегося перитонита: > 500 мл гнойного выпота в брюшной полости, анаэробный характер экссудата, независимо от его количества, и формирующиеся внутрибрюшные гнойники.

Вывод:

1. Использование системы МИП и АРАСНЕ II позволяет более точно прогнозировать развитие летального исхода или, наоборот, благоприятного исхода при РЛ. После вынужденной РЛ-1 летальность наступает при МИП - 22,8±3,1, а после РЛ-2 - 15,2±2,5. После РЛ-1 летальный исход наступает при АРАСНЕ II - 32,8±4,4, а после РЛ-2 при 22,2±5,2. При АРАСНЕ II > 30 благоприятный исход после РЛ-1 составляет 1,2%, при 26-30 - 25,1%, а после РЛ-2 в 10 раз меньше. После РЛ-1 при интервале АРАСНЕ II 21-25 благоприятный исход прогнозируется у 48,2%, а после РЛ-2 - у 22,8% больных.

2. Использование МИП и АРАСНЕ II позволяет оценить эффективность спланированной РЛ. После спланированной РЛ-1 летальность наступает при МИП - 28,6±4,2, а после РЛ-2 - 18,3±3,3. После РЛ-1 летальный исход наступает при АРАСНЕ II - 38,5±2,7, а после РЛ-2 при 29,6±3,1. При вынужденной РЛ при АРАСНЕ II > 30 наблюдается 100% летальность независимо от кратности РЛ. После РЛ-1 и РЛ-2 в интервале АРАСНЕ II - 26-30 летальность наступает у < 55% больных.

ОБОСНОВАНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПОЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ (ЧС)

Султанмуратов М.Т., Дженбаев Е.С., Абылкасымов К.Т., Койчубеков А.А., Медербеков К.К., Махмадиев А.К.

Кыргызский НИИ курортологии и восстановительного лечения, Бишкек, Кыргызская Республика

В работе показана важность организации поэтапной медицинской реабилитации пострадавших лиц при ЧС, анализируются результаты комплексного реабилитационного лечения

больных при чрезвычайных ситуациях.

Одной из современных проблем здравоохранения является поэтапная медицинская реабилитация больных пострадавших при чрезвычайных

ых ситуациях (далее ЧС). В настоящее время организацию здравоохранения реабилитационного профиля (за исключением частных, ведомственных и курортных учреждений), необходимо рассмотреть как основную часть единой системы медицинской реабилитации.

Медицинское реабилитационное (восстановительное) лечение способствует скорейшему улучшению здоровья, повышению трудоспособности пострадавших лиц, при ЧС, возвращению их к активной жизни в обществе, повышению качества жизни, снижению инвалидности, что имеет огромное значение для решения задач сохранения ресурсов республики.

На практике принято считать, что реабилитация - это особо важный третичный этап терапии (первый - диагностика, второй - общепринятые классические методы лечения).

Реабилитация - это динамическая система взаимосвязанных воздействий и мероприятий медицинского, психологического и социального характера, направленных не только на восстановление или сохранение здоровья, но и на возможно полное восстановление (сохранение) личного и социального статуса больного или инвалида (Сабанов М.М., 1978).

В связи с этим, целью медицинской реабилитации - является достижение в соответствующие сроки стойкого оптимально-адекватного саногенетическим возможностям восстановления нарушенных функций человека (Токтомушев Ч.Т., 1995), т.е. суть медицинской реабилитации заключается в содействии саногенетическим механизмам в их биосоциальном единстве.

В связи с вышеизложенным, считаем, что общие принципы лечения и восстановления здоровья пострадавших лиц при ЧС должен, направлен на основные патогенетические механизмы, так как трудно разграничить от воздействий стимулирующих саногенез, т.е. грань между лечебными мероприятиями (антибиотики, противовоспалительные, обезболивающие, и т.д.) и функциональной терапией (медицинской реабилитацией) - условна.

Демиденко Т.Л. (1989) считает, что реабилитация - конечный этап цепи: лечение, восстановительное лечение, реадaptация - также мы считаем спорным, потому что некоторые

реабилитационные методики применяются в остром периоде заболевания наряду с другими медикаментозными мероприятиями.

Воздействие на основные саногенетические механизмы, которые во взаимосвязи обеспечивают восстановление нарушенных функций организма, предполагает воздействие и на патогенез, что необходимо учитывать при контроле и прогнозировании исхода заболевания. При патологии нервной системы такими саногенетическими механизмами являются реституция, регенерация, компенсация и иммунитет (Rusk, 1987; Коган О.Г., 1988; Найдин В.П., 1990).

Вопросы лечения и медицинской реабилитации пострадавших лиц при ЧС (событиях в КР 2010г.), относятся важнейшим проблемам и задачам системы здравоохранения республики.

Организация поэтапной медицинской реабилитации пострадавших лиц, при ЧС - один из основных путей повышения качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений республики на всех уровнях.

Например, Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения (далее КНИИКиВЛ, с.Таш-Дебе) - обладает уникальной возможностью предоставить больным комплексные эффективные и качественные реабилитационные мероприятия с применением немедикаментозных методов лечения включающее физио-, тепло-, бальнео-, сплео-, кинезотерапии в сочетании с природно-климатическими факторами среднегорья (1200м.над ур. моря). Для анализа эффективности использования реабилитационных мероприятий, ресурсов института и его социально-экономической отдачами нами проведено статистическое исследование по специфике полученных ранений и увечий, возрастному составу пострадавших и их социальной принадлежности.

Наши наблюдения основываются на результатах клинического обследования 105 больных, лечившихся в КНИИКиВЛ и охватывает период с мая по сентябрь 2010года.

Изменения состояния здоровья у обследованных проявились нейроциркуляторной дистонией, краниалгией, обусловленной гипер-

тензионным синдромом, раздражительностью, нарушением сна, тревогой, у большинства выявились сопутствующие и хронические заболевания.

Анализ проводили по истории болезни и результатов наблюдений показал, что заметное улучшение состояния отмечено у лиц, получивших комплексное, как патогенетическое, так и симптоматическое лечение.

Использование комплекса реабилитационных мероприятий в лечении пострадавших при ЧС, является адекватным методом восстановления, что значительно способствовало к улучшению состояния больных, особенно хочется отметить получивших огнестрельные ранения (98%).

При организации необходимо учитывать диагностические данные, что также показало широкое применение поэтапной медицинской реабилитации в клинической практике. Необходимо отметить, что организация поэтапной реабилитации пострадавших при ЧС, вопросы со стороны Министерства здравоохранения Кыргызской Республики: а) необходимо организовать обследование структур по методу поэтапной реабилитации; б) из-за значительного сокращения кадров по восстановительной медицине, необходимо организовать учебу для специалистов; в) в обследованиях необходимо обеспечить анализы крови, мочи и другие диагностические исследования, при поступлении и к выписке больного из стационара, т.е. при решении данного организационного мероприятия мы достигаем еще более удовлетворительных результатов и сокращение нетрудоспособных дней и инвалидности, что имеет очень важное социально-экономическое и политическое значение.

За вышеуказанный период в клинических отделениях института получили полный курс восстановительной терапии 105 пострадавших (больных). Из них по возрастным группам 16-25 лет -18 больных, 26-35 лет -57 больных, 36-45 лет -15 больных, 46-55 лет -13 больных, 56-65 лет -2 больных.

Анализ социального статуса больных, показал следующее: безработные - 49 человек, что составляет - 46% от общего количества больных, рабочие - 41 человек (45%), студенты - 10 человек (9%).

Основной контингент составляет безработные - 46%.

Данные по региональным признакам пострадавших, прибывших из различных регионов республики, распределяется следующим образом:

Городские жители - 58%, сельские жители - 42%. Эти показатели говорят о меньшем количестве больных, нуждающихся в поэтапной реабилитации, а несомненно, о финансовых трудностях и дороговизне транспортных и других услуг. Кроме того организации здравоохранения на местах не заинтересованы в направлении пострадавших лиц для дальнейшего лечения и восстановления здоровья.

Отмечено высокая эффективность проводимого в институте восстановительного лечения.

Обращают на себя внимание хорошие результаты (уменьшение нервно-психических проявлений, вегето-сосудистых расстройств, улучшение иммунного состояния), пролечившихся в отделениях КНИИКиВЛ.

Так, из общего числа пациентов (пострадавших при ЧС) с значительным улучшением выписано-2 человека (1,9%), с улучшением-102 человек (97,2%), без изменения -1 человек (0,9%).

Доказано, что применение природных и преформированных физических факторов в комплексном лечении больных пострадавших при ЧС является оправданным и целесообразным.

Таким образом, поэтапное медицинское реабилитационное лечение больных пострадавших при ЧС должно быть комплексным с учетом клинического проявления синдрома и сопутствующих заболеваний, направленное на профилактику прогрессирования и осложнений, повышение неспецифической резистентности организма. Наряду с медикаментозной терапией показано назначение физиопроцедур, бальнеотерапии, кинезотерапии, лечебной гимнастики, массажа с широким использованием климатогеографических факторов в условиях лечебно-профилактических организаций, санаториев и курортов Кыргызстана независимо от формы собственности, ведомственной и территориальной принадлежности.