

фоне ЛФХ составила соответственно  $87,6 \pm 3,9\%$ ,  $79,3 \pm 3,6\%$  и  $70,7 \pm 3,3\%$  от амплитуды вызванных сокращений на фоне адреналина при отсутствии в среде ЛФХ.

Таким образом, в опытах с изолированным миокардом крысы впервые показано, что ЛФХ в концентрациях  $10^{-9}$ ,  $10^{-8}$ ,  $10^{-7}$  и  $10^{-6}$  М способен проявлять положительный инотропный эффект и одновременно в концентрациях  $10^{-8}$ ,  $10^{-5}$  и  $10^{-4}$  М обратимо блокировать эффект адреналина ( $5,5 \times 10^{-7}$  М), реализуемый за счет активации  $\beta_1$ - и  $\beta_2$ - адренорецепторов. Это указывает на важную роль ЛФХ в регуляции деятельности сердца.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Звезда Н.Д. и др. //Физиол. журн. СССР. 1970. Т. 56, № 11: 1600 – 1605.
2. Пенкина Ю.А и др. //Артериальная гипертензия.- 2006. – Т.12. Приложение: 23.
3. Проказова Н.В. и др. //Рос. физиол. ж. 1998.Т. 84, №10: 969-978.

#### ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С УКУШЕННЫМИ РАНАМИ

Плеханов В.И., Одиноченко Н.Г.,  
Макаров М.Л., Балашов А.В.,

Баранович С.Ю., Барабаш В.И., Плеханова Л.А.

*ГОУ ВПО Астраханская государственная  
медицинская академия Росздрава, МУЗ ГКБ №3  
им. С.М. Кирова, ФГУЗ «Центр гигиены и  
эпидемиологии в Астраханской области»,  
Астрахань*

По некоторым данным пациенты с укушенными ранами составляют 2% всех видов повреждений. Лечение в большинстве случаев амбулаторное, однако, в последние годы наметилась тенденция к росту числа госпитализированных больных. В МУЗ ГКБ №3 г. Астрахани за 2002-2005 г.г. на стационарном лечении по поводу укусов находились 236 человек, 22 % из которых лечились в отделении травматологии (51 пациент), остальные (78 %) - госпитализированы в отделение первичной хирургической инфекции. Среди пациентов с укушенными ранами преобладали женщины (64 %), средний возраст которых был 55 лет. Мужчины составляли 36 % со средним возрастом 41 год.

Средний срок госпитализации в отделении первичной гнойной инфекции составил 6 койко-дней, в отделении травматологии – 11 койко-дней.

Время поступления больного в отделение травматологии от момента получения травмы в среднем составило 8,5 часов. При этом осложнения гнойного характера наблюдались лишь у 1 пациента. В то время как в отделении первичной гнойной инфекции они встречались в 80,5% случаев (149 больных), что было связано с более поздней госпитализацией (в среднем через 7 дней после укуса).

Отмечено, что в 2005 году по сравнению с 2002-2004 г.г. резко возросло количество укушенных больных, нуждающихся в стационарном лечении и наблюдении. Среди укусов отмечались раны, нанесенные

различными млекопитающими, насекомыми: собакой (73,3 %), кошкой (15,4 %), человеком (4,3 %), крысой (2,5 %), насекомым (2,1 %), медведем (0,8 %), енотом (0,4 %), лошадью (0,4 %), волком (0,4 %), ондатрой (0,4 %).

Характер повреждений при укушенных ранах может быть самым различным: от поверхностных и незначительных до обширных, уродующих и порой приводящих к смертельному исходу. В нашем анализе у четверых больных имелись переломы, у семерых отмечались обширные дефекты кожи с необходимостью проведения аутодермопластики, у одного больного имелось инородное тело - фрагмент зуба после укуса лошади. По локализации повреждения распределились следующим образом: сочетанные повреждения и множественные раны (64 %), голова и шея (5,9 %), туловище, грудь, спина (4,2 %), правая верхняя конечность (22,5 %), левая верхняя конечность (22,5 %), правая нижняя конечность (28,4 %), левая нижняя конечность (25,9 %).

При поступлении укушенным больным оказывалась следующая медицинская помощь: обильное промывание раны струей воды с мылом (или любым моющим средством), обработка краев раны 70 % спиртом и наложение стерильной повязки. Укушенные раны лечили открытым методом. Края раны не иссекали и не зашивали, исключая повреждения, которые требовали специальных хирургических вмешательств. При обширных ранах по жизненным показаниям после предварительной местной обработки накладывалось несколько наводящих швов, в целях остановки наружного кровотечения прошивались кровотокающие сосуды. В случае наличия укушенной раны на открытой части тела (голова, шея) по косметическим показаниям производилась хирургическая обработка раны с наложением наводящих швов.

В проведенном исследовании хирургические вмешательства осуществлялись 131 больному (55,6 %). 30 больным (22,9 % от всех оперированных) хирургические вмешательства проводились в отделении травматологии. Из них в 19 случаях (63 %) наложены наводящие швы. В отделении травматологии 8 больным проводились повторные хирургические вмешательства, связанные с наличием обширных дефектов кожи и повреждениями опорно-двигательного аппарата. Аутодермопластика выполнена в 3,8 % случаев, остеосинтез - 2,3 %, ампутация, экзартикуляция - 3,1 %, удаление инородного тела - 0,8 %. В отделении первичной гнойной инфекции повторные операции были выполнены 13 больным в связи с развитием гнойных осложнений.

Особенностью раны, вследствие укуса, является ее загрязнение слюной. В рану могут быть занесены возбудители бешенства, столбняка и гнойной инфекции. Следовательно, помимо хирургической необходима и специальная помощь, включающая в себя профилактику столбняка, бешенства и рациональную антибиотикотерапию. Профилактика столбняка проводилась по общепринятым схемам.

Особого внимания заслуживает профилактика бешенства, т.к. в случае его развития прогноз всегда неблагоприятный. Нами отмечен 1 смертельный исход, связанный с поздним обращением за помощью. В

настоящее время для профилактики бешенства используются антирабический иммуноглобулин (АИГ) и вакцина КОКАВ. Использование АИГ часто сопровождается осложнениями аллергического характера, в т.ч. возможен анафилактический шок. По этой причине необходимость введения АИГ является показанием для госпитализации. Вакцину КОКАВ назначают после укуса бешеным, подозрительным на бешенство или неизвестным животным независимо от времени, прошедшего с момента укуса. Важно отметить, что профилактика бешенства должна оказываться по жизненным показаниям, поэтому противопоказаний для ее проведения нет. В нашем наблюдении 37 человек (15,7%) прибыли в стационар только для проведения профилактики бешенства в связи с опасной локализацией укуса. Из них 34 пациента пришлось на последний 2005 год.

По данным историй болезней вакцинопрофилактика бешенства в МУЗ ГКБ №3 проводилась 94 больными (39,8 %). Остальные пациенты получали курс прививок в других ЛПУ, либо были консультированы врачом антирабического кабинета и отказались от вакцинации.

Особую роль играет проведение антибактериальной терапии независимо от размеров раны и времени, прошедшего с момента укуса. Выбор антибиотика велся на основании результатов бактериологического исследования. До их получения назначали антибиотики широкого спектра действия.

В нашем исследовании посев микробной флоры осуществлялся у 91 пациента (49,2% от всех укушенных в отделении первичной гнойной инфекции). Выделено 18 видов возбудителей. На 1 месте золотистый стафилококк (56 %), за ним следует пиогенный стрептококк (14,3 %). В большинстве случаев был обнаружен только 1 возбудитель. Факультативные анаэробы высевались в 100 % случаев.

Способ введения и продолжительность курса антибактериальной терапии определялись индивидуально для каждого больного. В нашем анализе всем без исключения пациентам производились внутримышечные инъекции антибиотиков. Кроме того, в некоторых случаях общая антибактериальная терапия дополнялась местной: пятерым больным производилось лимфотропное введение цефалоспоринов.

На основании собственных клинических наблюдений сделаны выводы:

1. Профилактика бешенства у пациентов с укушенными ранами должна проводиться по жизненным показаниям, обязательно с учетом обстоятельств укуса.

2. Укушенные раны обсеменены большим количеством микробов, поэтому при необходимости нужно сочетать общую антибактериальную терапию с местной.

3. От укусов животных часто страдают лица трудоспособного возраста.

4. Укушенные раны часто осложняются гнойной инфекцией, поэтому считаем необходимым расширить показания для госпитализации больных с данным видом повреждений.

## ПОДБОР СЛУХОВОГО АППАРАТА

Плигина Е.Н.

*МУЗ «Городская клиническая больница №5»  
«Мед ВАЗ»,  
Тольятти*

Огромный выбор качественных слуховых аппаратов на российском рынке открывает перед врачами-сурдологами-оториноларингологами и их пациентами большие возможности. Однако, нередко выбор той или иной модели слухового аппарата оказывается сложной задачей. И врач - сурдолог как специалист должен помочь пациенту в выборе оптимального варианта слухопротезирования.

Сложность подбора слухового аппарата заключается в индивидуальном подходе к каждому пациенту. Необходимо учитывать данные аудиологического обследования (тональная пороговая и надпороговая аудиометрия, импедансометрия, речевая аудиометрия), а также возрастные особенности пациента, условия быта и труда. Прежде чем настроить и примерить ту или иную модель слухового аппарата, необходимо выяснить, что ожидает пациент от слухопротезирования и соответствуют ли его надежды реальным возможностям. В первую очередь решается вопрос внешнего вида слухового аппарата. Многие пациенты хотят, чтобы «на ухе ничего не было видно, при этом хорошо слышно». Слухопротезист оценивает степень снижения слуха, размеры и форму наружного слухового прохода, состояние барабанной перепонки, а также возраст пациента. Если по каким либо причинам протезирование глубококанальным или внутренним аппаратом непоказано, то необходимо детально объяснить пациенту преимущества классических заушных слуховых аппаратов.

Важным моментом при подборе слухового аппарата является оценка психо-эмоционального состояния пациента. Некоторые из них уже настроены на слухопротезирование и готовы осваивать новый прибор и богатый мир звуков, даже если это может быть связано с определенными трудностями. Другие испытывают «комплекс неполноценности», чувство «обделенности» и пытаются спрятаться от проблем с помощью слухового аппарата, не прилагая при этом особых усилий. Необходимо объяснить пациенту, что освоение слухового аппарата – это определенная работа, в которой первым помощником является слухопротезист.

Речевая аудиометрия в свободном звуковом поле со слуховым аппаратом и без него имеет большое значение при выборе конкретной модели и наглядно демонстрирует пациенту и его родственникам возможности слухопротезирования. Для повышения разборчивости речи используются системы направленного микрофона. Это особенно важно для пациентов, общающихся с другими людьми в условиях шума. Разборчивость речи может быть улучшена благодаря усилителям с большим динамическим диапазоном компрессии, снижению шума на уровне микрофона.

Во многом выбор модели определяется видом тугоухости. Так кондуктивная потеря слуха определяет необходимость наличия регулятора громкости.