При реконструкции структур среднего уха мы используем аутоткани (фасцию височной мышцы, хрящ ушной раковины и костную стружку пациента), что снижает стоимость методик проводимых операций. В конце операции область пластики независимо от хирургического доступа выстилается латексными протекторами и тампонируется губкой Мерацель с раствором антибиотика, физические и химические свойства которой позволяют ее сохранять до 2–3 недель в ухе, сокращая сроки пребывания пациентов в стационаре и частоту амбулаторных посещений врача. В послеоперационном периоде все пациенты получают антибактериальную и симптоматическую терапию. Используемый алгоритм позволил сократить сроки госпитализации больных ХГСО до 3–5 дней. После выписки из стационара пациенты инстиллируют на губку в слуховом проходе раствор антибиотика для снятия воспалительных явлений до момента их удаления через 2–3 недели. При необходимости в условиях института в этот период возможно проведение физиотерапевтических процедур. После удаления тампонов необходимо регулярное посещение врача поликлиники и отохирурга стационара для коррекции репарационных процессов (удаление, туширование под микроскопом избыточных грануляций, аппликация лекарственных препаратов, коллагеновых губок для стимуляции трофики и эпидермизации). После дегоспитализации больные нетрудоспособны до 3–4 недель в зависимости от сложности проведенной операции. Аудиологическая оценка слуховой функции контролируется через 3 месяца после операции в отделе микрохирургии уха. Такое ведение пациентов после операции позволило сократить количество посещений без снижения качества эффективности оказания помощи. Представленный алгоритм оказания современной специализированной медицинской помощи в послеоперационном периоде пациентам с ХГСО позволяет добиться хороших функциональных результатов, избежать рецидивов заболевания и «болезни оперированной полости» в отдаленном послеоперационном периоде.

Опыт использования вертолетов малого класса и пути дальнейшего развития санитарно-авиационной эвакуации больных и пострадавших от бригад СМП в профильные стационары города Москвы

Федотов С.А., Костомарова Л.Г., Иванчин Д.В., Махнев В.Г.
Научно-практический центр экстренной медицинской помощи, Москва

Одно из направлений работы авиамедицинских бригад (АМБ) является экстренная эвакуация больных от бригад СМП с удаленных территорий для оказания высокотехнологической помощи в стационарах Москвы. В настоящий момент в работе санитарной авиации столицы задействованы два типа вертолетов германской фирмы «Еврокоптер». Вертолеты оснащены всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи. Вызовы, поступающие в оперативный отдел ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи ДЗ г. Москвы» (ЦЭМП) от ГБУЗ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗ г. Москвы (ССиНМП), обрабатываются и передаются на вертолеты. Первичной сортировкой вызовов на уровне диспетчерской ЦЭМП занимается старший врач оперативного отдела. Первоочередными вызовами остаются поводы на ЧС и происшествия с пострадавшими от 3 человек. Остальные вызовы фильтруются с учетом патологии, на транспортировку которой имеются противопоказания. Вызов передается на тот вертолет, который находится ближе к месту происшествия или к вызывающей бригаде СМП. При отсутствии второго вертолета, или его занятости вызов передается на освободившийся. Вторичный отсев непрофильных вызовов, за исключением вызовов на массовые происшествия и ЧС, проводится врачом АМБ при созвоне с бригадой СМП, находящейся на месте. Проводится инструктаж бригады СМП по встрече вертолета, консультация по лечению, совместно с командиром воздушного судна (КВС) определяется место встречи. Все это производится во время подготовки к взлету. Если вертолет находится в воздухе, то эту работу проводит старший врач оперативного отдела ЦЭМП. За время работы с бригадами СМП определился круг медицинских и организационных задач, возлагаемых на бригаду СМП при заявке на санитарную эвакуацию вертолетом. При обучении медицинского персонала СМП на базе учебного отдела ЦЭМП эти требования доводятся им в лекционных материалах. Медицинской документацией АМБ является медицинская карта ЦЭМП для АМБ. Основным документом передачи больного на борт воздушного судна для бригад СМП является их правильно заполненный сопроводительный лист. В примечаниях отмечается, когда больной был передан бригаде вертолета. Также АМБ передается мониторная информация, снятая на бумажные носители. Авиамедицинская эвакуация вертолетом осуществляется в профильный стационар, имеющий вертолетную площадку и оснащенный оборудованием для проведения высокотехнологического лечения. Диспетчер ЦЭМП оповещает приемное отделение о прибытии к ним вертолета. Основным документом передачи больного в стационар для АМБ является сопроводительный лист для бригад СМП установленного образца. За 20 лет работы АМБ была оказана помощь 4251 человеку, из них 712 детям. Госпитализирован был 3131 человек, из них 609 детей. С введением в практику с 2015 г. экстренной эвакуации по вызову бригадами СМП количество обслуженных больных по сравнению с другими годами увеличилось. С началом программы по оказанию помощи бригадам СМП для эвакуации по воздуху больных для высокотехнологической помощи процент нерезультативных вызовов снизился. Поменялась структура обслуженных больных по патологии, на первое место вышли сердечно-сосудистые заболевания. Из доставленных вертолетами в стационары больных с сердечнососудистыми и неврологическими заболеваниями высокотехнологическую помощь получило большинство пациентов. С введением в работу еще одного вертолета и выставлением его на севере Москвы все воздушное пространство над городом будет охвачено санитарной авиацией, а значит сократится время от принятия вызова до госпитализации в профильную больницу, что улучшит общий прогноз для дальнейшего стационарного лечения, реабилитации и выздоровления. Предложения по дальнейшему совершенствованию работы санитарной авиации г. Москвы. Дальнейшее совершенствование порядка передачи информации от ССиНМП в оперативный отдел ЦЭМП. Организация обучения бригад СМП взаимодействию с АМБ сотрудниками ЦЭМП, имеющими большой опыт работы на вертолетах. Создание на базе ЦЭМП методических рекомендаций для работников АМБ, СМП и медицинских работников стационаров.

Новые перспективы применения омализумаба при различных формах крапивницы

Фомина Д.С., Воронова М.Ю., Бобрикова Е.Н.
Городская клиническая больница №52, Москва

Широкая распространенность хронической крапивницы (ХК) (0,1–1% в популяции), сложный контингент пациентов требуют индивидуального подхода к лечению в рамках развития персонализированной терапии, согласно Российским и международным рекомендациям по лечению ХК. С 2014 года в официальную инструкцию по применению омализумаба (Ксолар®) включили показание при хронической крапивнице. Препарат более 10 лет знаком отечественным клиницистам по применению при бронхиальной астме (БА). Критерии подбора доз и режима лечения ХК не совпадают с таковыми при БА. С позиции обмена опытом и разработки новых алгоритмов в рамках персонализированной медицины интерес представляют не только мультицентровые клинические исследования, но и опыт применения в реальных клинических условиях — детальный анализ лечения каждого отдельного пациента.

Клинический пример. Пациентка Ю., 37 лет, обратилась в связи с жалобами на появление зудящих высыпаний при повышении потоотделения или перегревании. Оценка уровня зуда 7–8 баллов. Из анамнеза известно: считает себя больной в течение 5 лет, когда после перенесенной эмоциональной нагрузки стала отмечать появление вышеуказанных жалоб, самостоятельно принимала хлоропирамина гидрохлорид, местное лечение ГКС и антигистаминными препаратами. В условиях жаркого климата и повышения потоотделения также отмечает появление высыпаний. Пациентка активно занимается