

псориазе, красном плоском лишае, чесотке, педикулезе, чесотке, себорее, ксеродермии, герпетическим дерматитом. С дерматологической патологией связан ряд форм локального кожного зуда: зуд пальцев (экзема, чесотка), зуд кожи волосистой части головы (себорея, педикулез); зуд ушных раковин и наружных слуховых проходов (экзема, псориаз, себорея, атопический дерматит); зуд век (аллергический дерматит на косметические средства, демодекоз).

Генерализованный кожный зуд в большинстве случаев не имеет каких-то особых признаков, позволяющих диагностировать конкретное общее заболевание, поэтому для установления диагноза необходимо использовать данные анамнеза, клинических и лабораторных исследований. Пациенты, обращающиеся с жалобами на генерализованный кожный зуд часто не имеют каких-либо первичных изменений на коже и не страдают дерматологическими заболеваниями. Однако, в результате длительного зуда и постоянного расчесывания возможно покраснение кожи, возникновение линейных уртикарий, экскорируемых папул, трещин и корок в местах расчесов и их инфицирование.

К наиболее частым соматическим причинам генерализованного кожного зуда относятся заболевания гепатобилиарной системы с синдромом холестаза [2], хроническая болезнь почек [3] и сахарный диабет [4]. На первом этапе диагностического поиска, опираясь на тезис Роберта Хэглина о том, что «частые болезни встречаются часто, а редкие – редко», необходимо исключить у пациента наличие именно этих причин [1].

На 2-м этапе диагностического поиска необходимо рассмотреть ряд заболеваний и состояний, при которых также возможно наличие генерализованного кожного зуда. Так, возможной причиной кожного зуда могут быть и другие заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ: гипер- и гипопаратиреоз, гипотиреоз, гипопаратиреоз, патологический климакс, подагра. Кожный зуд при диффузных заболеваниях соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия), протозоозах и гельминтозах, чаще сопровождается кожными изменениями при этих заболеваниях.

При железодефицитной анемии (ЖДА) пациентов может беспокоить локальный кожный зуд в аногенитальной области. При ЖДА может наблюдаться и «аквагенный зуд», обусловленный контактом кожи с водой. У больных эритремией в классических случаях генерализованный кожный зуд усиливается при принятии горячей ванны.

Применение никотиновой кислоты (ниацин) в качестве гиполипидемического препарата часто ограничивается сопутствующими побочными эффектами – покраснение, зуд и сыпь на коже, боли в животе, тошнота. Генерализованный кожный зуд может отмечаться при использовании трамадола, лоперамида. Прием опиатов

способствует генерализованному зуду за счет центральных механизмов. Многие героиновые наркоманы испытывают хронический зуд кожи [1].

Для психогенного кожного зуда характерно: отсутствие кожных изменений, усиление при стрессовых и конфликтных ситуациях, при этом сон, как правило, не нарушается, больные часто описывают свои ощущения причудливо и преувеличенно. Зуд существенно облегчается при приеме седативных или противозудных препаратов, значительно хуже купируется наружными средствами.

Перечисленные нозологические формы не являются полным перечнем заболеваний и состояний, в клинической картине которых присутствует кожный зуд, но все же позволяют сформировать основную группу болезней, которые необходимо рассматривать при проведении диагностического поиска. Дифференциальная диагностика этого симптома является междисциплинарной проблемой и представляет интерес не только для дерматолога и терапевта, но и для других специалистов.

Список литературы

1. Трухан Д.И. Симптом кожного зуда в практике врача первого контакта. Справочник поликлинического врача. 2015; 3: 5-8.
2. Трухан Д.И., Викторова И.А., Сафонов А.Д. Болезни печени. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант». 2010. – 264 с.
3. Трухан Д.И., Викторова И.А. Болезни почек и мочевых путей. – М.: Практическая медицина. 2011. 176 с.
4. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Трухан Л.Ю. Гастроэнтерологические нарушения у пациентов с сахарным диабетом. Справочник врача общей практики. 2013; 8:51-9.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО- ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

^{1,2}Базанов С.В., ^{1,2}Потапенко Л.В.

¹Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области, Иваново,
e-mail: tcmkio@rambler.ru;

²Ивановская государственная медицинская академия, Иваново

В Ивановской области в 2015 году проведен ряд мероприятий, направленных на совершенствование системы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП). Медицинская помощь пострадавшим в ДТП в Ивановской области оказывается в рамках скорой медицинской помощи (СМП), первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и специализированной медицинской помощи (СпМП). СМП пострадавшим на догоспитальном этапе оказывается выездными бригадами отделений и станций СМП в соответствии с зонами ответственности учреждений здравоохранения. Состав выездной бригады СМП определяется руководителем учреждения,

исходя из кадровых возможностей учреждения, с учетом порядка оказания СМП, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н. После получения информации о ДТП с наличием пострадавших в зоне учреждения здравоохранения, фельдшер по приему вызовов и передаче их бригадам СМП станции или отделения СМП направляет выездную бригаду СМП на место происшествия. При получении информации о ДТП с массовым числом пострадавших (более пяти), фельдшер по приему вызовов и передаче их бригадам СМП незамедлительно информирует оперативного дежурного, врача-специалиста ГКУЗ ИО «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области» (ТЦМК ИО), который осуществляет дополнительное привлечение необходимого числа выездных бригад СМП из учреждений здравоохранения прилегающих территорий. По прибытию на место ДТП выездная бригада СМП организует взаимодействие с сотрудниками специальных служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП, проводит медицинскую сортировку пострадавших и оказание им СМП. Пострадавшие, нуждающиеся в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, доставляются в травматологические центры (ТЦ) I, II и III уровней, где им оказывается ПМСП и СпМП. При поступлении в приемное отделение ТЦ пострадавших осуществляется медицинская сортировка, оказание им экстренной и неотложной СпМП, включая диагностические и противошоковые мероприятия, затем проводится госпитализация в профильное отделение. При невозможности оказания эффективной медицинской помощи в условиях данного ТЦ и при отсутствии медицинских противопоказаний для транспортировки (остановка профузного кровотечения, устранения асфиксии, стабилизация гемодинамики, проведения эффективной транспортной иммобилизации переломов, устранение компрессии головного мозга) пострадавшие переводятся в ТЦ более высокого уровня. Медицинская эвакуация пострадавших из ТЦ II и III уровней в ТЦ I уровня осуществляется реанимационными или специализированными бригадами СМП. ТЦ всех уровней ежемесячно направляют сводные отчеты в ТЦМК ИО, который осуществляет координацию, проводит мониторинг, анализ и оценку результатов реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи, пострадавшим при ДТП. Кроме того, ТЦМК ИО организует ежемесячное проведение анализа эффективности эвакуационных и лечебных мероприятий, причин летальности, пострадавших при ДТП. Реализация мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи, пострадавшим при ДТП, привела к значительному улучшению

качества диагностики и лечения пострадавших в ДТП, а также снижения летальности пострадавших на всех этапах оказания медицинской помощи.

ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БИСФОСФОНАТОМ НА МЕХАНИЗМ БОЛИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В КОСТИ

Кит О.И., Франциянц Е.М., Козлова Л.С., Барашев А.А.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Министерства здравоохранения России, Ростов-на-Дону, e-mail: 79094277471@yandex.ru

Брадикинин (Бр), сильнейший плазменный аллоген [1, 2], образуется при воздействии специфических калликреинов на кининогены [2, 3]. При развитии болевого синдрома имеет значение скорость разрушения Бр и качество ингибиторного контроля главных кининогеназ – калликреинов.

Цель исследования. Изучение динамики компонентов калликреин-кининовой системы (ККС) и α_2 -макроглобулина (α_2 М) при оперативном лечении литических метастазов с локальным применением золедроновой кислоты (ЗК).

Материалы и методы исследования. Исследована цитратная плазма крови (Пкр) 70 больных с остеолитическими метастазами рака молочной железы ($T_{1-3}N_{0-2}M_1$) и 32 доноров (Д). Больные контрольной группы (КГ, 30 человек), получали стандартное комплексное лечение: интрамедуллярный остеосинтез (ИО) или чрескожные вертебро- и остеопластику. ИО выполняли при лучевом контроле (рентгеновский компьютерный томограф), под общим наркозом общепринятым методом. Больным основной группы (ОГ, 40 человек) в состав комплексного лечения включено локальное применение бисфосфоната ЗК [4, 5]. Эстеразную активность общего калликреина (ОК), прекалликреин (ПК), карбоксипептидазу N (КПН) в Пкр определяли кинетическими методами на двулучевом спектрофотометре «HITACHI U-2900 ПО UV Solutions». Содержание α_2 М определяли методом иммуноферментного анализа со стандартными тест-наборами.

Результаты исследования и их обсуждение. До операции (д/о) в Пкр всех больных установлены повышенная активность ОК, сниженное содержание ПК, активности КПН и α_2 М, относительно Д ($p < 0,01$ во всех случаях). Гендерных и возрастных различий в плазме крови больных и Д не установлено.

Одновременное резкое повышение активности ОК и снижение активности КПН в Пкр всего контингента больных д/о прямо указывает на существенное увеличение времени существования Бр в циркуляции и продление времени его действия на ноцирецепторы. В жалобах всех