

31 октября - 3 ноября

МОСКВА

Центр международной торговли



**7-я МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА**

**СКОРАЯ ПОМОЩЬ  
2006**



**Всероссийский  
научный форум**

**ОРГАНИЗАТОРЫ**

Координационный совет Министерства здравоохранения и социального развития России по скорой медицинской помощи  
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи  
Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава  
ЗАО «МЕДИ Экспо»

**СОДЕРЖАНИЕ**

Вступительное слово Заместителя Министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубова.....	2
Вступительное слово Президента ННПОСМП Заслуженного деятеля науки РФ профессора А.Л.Верткина.....	3
<b>ОРГКОМИТЕТ ВЫСТАВКИ/ФОРУМА.....</b>	<b>5</b>
<b>ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА</b> Программа Всероссийского научного форума «СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2006».....	<b>8</b>
<b>КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ</b> Алфавитный список участников.....	<b>14</b>
Перечень фирм по разделам производимой продукции.....	<b>23</b>
<b>МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ФОРУМА</b> «СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2006».....	<b>25</b>

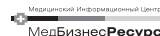
**Информационная поддержка**

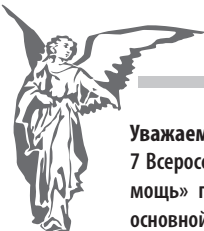


**МЕДИЦИНСКИЙ  
ВЕСТНИК**



новости и технологии современной медицины





### Уважаемые коллеги!

7 Всероссийский научный форум «Скорая помощь» проводится в условиях реализации основной стратегической задачи здравоохранения - повышения доступности, качества и эффективности медицинской помощи населению Российской Федерации. Мероприятия, направленные на ее достижение, включают модернизацию службы Скорой медицинской помощи - самого массового и максимально приближенного к пациенту вида квалифицированной медицинской помощи.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации серьезное внимание уделено укреплению материально-технической базы и кадрового состава службы. До конца года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в регионы поступит более 6 700 единиц современного санитарного автотранспорта, включая реанимобили, 6060 автомашин планируется поставить в следующем году. Со второго полугодия повышена заработная плата врачам, фельдшерам и медицинским сестрам «Скорой помощи». В то же время, приходится признать, - эти меры не решают всех проблем, существующих сегодня в службе, но они дают нам право говорить о том, что первые важные шаги в нужном направлении сделаны.

Научно-практический форум «Скорая помощь», уже ставший традиционным, вносит неоценимый вклад в развитие службы. Именно здесь широко и заинтересованно обсуждаются актуальные проблемы неотложной терапии, вырабатываются конструктивные решения, происходит обмен опытом. Авторитет участников форума - руководителей органов здравоохранения разных уровней, ведущих ученых, практических врачей, производителей лекарственных средств и изделий медицинского назначения неизменно обеспечивает высокий уровень его проведения. Желаю всем участникам и гостям 7-го Всероссийского научного форума «Скорая помощь» плодотворной работы, успехов в научной и практической деятельности, здоровья.



*Заместитель Министра здравоохранения и социального развития России  
Председатель Координационного совета МЗСР РФ по скорой медицинской помощи  
Академик РАМН  
**В.И. Стародубов***



**Дорогие коллеги и друзья!**

Наше Обращение к Вам имеет сегодня особый смысл. Это объясняется рядом важнейших событий, произошедших в последнее время в медицинской и общественной жизни страны. Отечественное здравоохранение стало национальным приоритетом и намечены грандиозные планы его совершенствования. Впервые в практике Российского здравоохранения так широко и заинтересованно стали обсуждаться вопросы скорой медицинской помощи. На состоявшемся Первом съезде врачей скорой медицинской помощи были приняты взвешенные решения, направленные на совершенство развития службы, включая ее финансирование, материально-техническое оснащение, стандартизации подходов в ведении больных на догоспитальном этапе и др. Эти и многие другие вопросы, уже после съезда рассматривались в Государственной думе, этому были посвящены и конференции врачей и фельдшеров скорой помощи во многих городах страны. И. сегодня, в повестке дня, открывающегося форума «Скорая помощь-2006» самые злободневные проблемы развития «скорой».

Ко дню открытия форума выйдут из печати новые стандарты оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, руководства и журналы, в которых на самом современном уровне будут представлены основные информационные материалы, посвященные неотложной медицине.

Авторитет участников форума, ведущих ученых, практических врачей и производителей лекарственных средств и изделий медицинского назначения несомненно обеспечит высокий уровень его проведения.

Разрешите поздравить вас с началом работы форума, пожелать творческих успехов и здоровья.



Президент ННПОСМП  
Заслуженный деятель науки РФ  
Профессор  
**А.Л. Верткин**



**Дорогие делегаты, экспоненты, гости!!**

Мы рады приветствовать Вас на нашем ежегодном форуме, посвященном проблемам службы «03»

Сегодня врачам «скорой помощи» трудно справиться со своей задачей: автомобильный парк изношен более чем на 65%, зарплаты невысокие, медикаментов не хватает. Но остается надежда – Национальный приоритетный проект «Здоровье», и хотя сейчас неотложная помощь не является приоритетом проекта, мы уверены, что в ближайшем будущем ситуация изменится к лучшему и «неотложка» получит свой заслуженный «транш».

Научно-выставочный проект «Скорая помощь» преследует цель ознакомить врачей с последними достижениями отечественной и западной науки и практики по неотложной терапии на догоспитальном этапе.

Выставочная экспозиция представлена 30 отечественными и зарубежными компаниями, экспонаты которых наглядно демонстрируют возможности «неотложки»

В рамках деловой программы состоится ежегодный научный форум, на котором с докладами и лекциями перед аудиторией объединяющей врачей из 89 субъектов РФ, выступят ведущие российские ученые.

Я благодарна всем нашим партнерам и организаторам за участие, содействие, и поддержку нашего проекта.

Желаю всем участникам творческих успехов и здоровья!

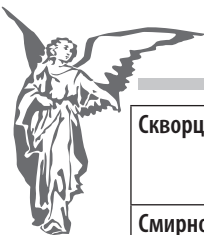


Генеральный директор  
ЗАО «МЕДИ Экспо»  
К.м.н. **Ольга Цоколаева**



**Состав Организационного комитета  
Всероссийского научного форума  
«СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2006»**

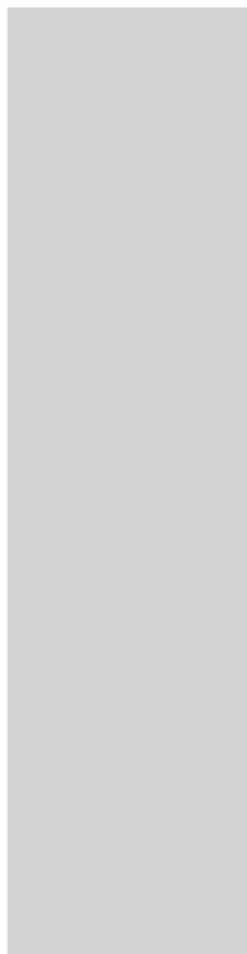
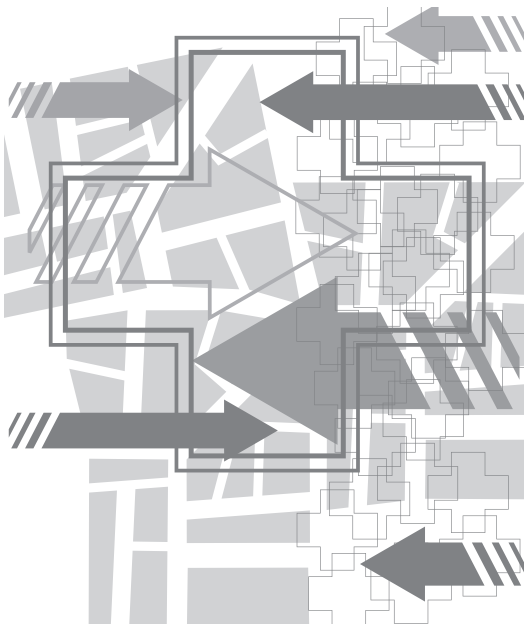
<b>СОПРЕДСЕДАТЕЛИ</b>	
Хальфин Р.А.	Заместитель Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации, профессор, доктор медицинских наук
Володин Н.Н.	заместитель руководителя Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, академик РАМН
Ступин В.А.	директор Департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, профессор, доктор медицинских наук
<b>ЗАМЕСТИТЕЛИ СОПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ</b>	
Юшук Н.Д.	ректор Московского государственного медико-стоматологического университета Росгорздрава, профессор, академик РАМН
Верткин А.Л.	заведующий кафедрой клинической фармакологии Московского государственного медико-стоматологического университета Росздрава, профессор, доктор медицинских наук
Хубутия А.Ш.	директор Московского НИИ скорой помощи им. И.В. Склифосовского
<b>ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:</b>	
Брискин Б.С.	профессор кафедры хирургических болезней с курсом клинической ангиологии Московского государственного медико-стоматологического университета Росздрава, доктор медицинских наук
Евдокимов В.А.	заведующий кафедрой неотложной медицины с курсом экстренной медицинской помощи Российской медицинской академии последипломного образования Росздрава, профессор, доктор медицинских наук
Котельников Г.П.	ректор Самарского государственного медицинского университета Росздрава, академик РАМН
Малеев В.В.	заместитель директора Федерального государственного учреждения науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора, академик РАМН
Петухов В.А.	профессор кафедры факультетской хирургии Российского государственного медицинского университета Росздрава, доктор медицинских наук



Скворцова В.И.	заведующий кафедрой фундаментальной и клинической неврологии Российского государственного медицинского университета Росздрава, член-корреспондент РАМН
Смирнов С.В.	руководитель ожогового отделения Московского НИИ скорой помощи им. И.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы, профессор, доктор медицинских наук (по согласованию)
Труханова И.Г.	заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и скорой помощи института последипломного обучения Самарского государственного медицинского университета Росздрава, профессор, доктор медицинских наук



# ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА ВЫСТАВКИ





## ПРОГРАММА ФОРУМА

### **31 октября. Первый день** **10.00 Открытие форума.**

Приветствия Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Государственной Думы РФ, Директора научно-исследовательского института скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, д.м.н., профессора Багненко С.Ф., директора научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, д.м.н., профессора Хубутия М.Ш. и председателя Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи проф. А.Л. Верткина.

**10.15-12.30** Первое заседание. Скорая медицинская помощь - национальный приоритет в здравоохранении страны.

*Со-председатели: академик РАМН Котельников Г.П., профессор Евдокимов Е.А., чл.-корр. РАМН, профессор Гончаров С.Ф.*

**10.15-10.35** Реанимационная помощь на догоспитальном этапе.

*Профессор Евдокимов Е.А. (РМАПО, Департамент здравоохранения города Москвы)*

**10.35 – 11.05** Актуальные вопросы концепции травматической болезни на догоспитальном этапе.

*Академик РАМН Г.П. Котельников, профессор Труханова И.Г. (Самара).*

**11.05 – 11.35** Роль службы скорой медицинской помощи в реализации задач повышения безопасности дорожного движения.

*Чл.-корр. РАМН Гончаров С.Ф., профессор Борисенко Л.В. (ВЦМК «Защита» Росздрава)*

**11.35 – 12.05** Место метаболической терапии на скорой медицинской помощи.

*Профессор Полумисков В.Ю. (Институт скорой медицинской помощи им. Склифосовского)*

**12.05-12.30** Страхование медицины на скорой помощи. Возможность и невозможность.

*Асманова О.С. (Усть-Илимск)*

**12.30-13.30** Перерыв

**13.30 – 15.00** Импровизированный спектакль: Пиковая дама или как избежать трагических исходов у кардиологических больных. Драма из светской жизни начала 19 века, в II действиях с прологом и эпилогом (современное прочтение).

*Ведущий: профессор Верткин А.Л.*

**15.00-15.30** Перерыв

**15.30-17.00** Второе заседание. Обезболивание «без границ».

*Со-председатели: академик РАМН, профессор Н.Н. Яхно, академик РАМН профессор А. А. Бунатян (РНЦХ)*

**15.30 – 15.50** Острая боль в спине. Эффективность НПВП

*Н.Н. Яхно, Е.В. Подчуфарова (ММА им.И.М. Сеченова)*

**15.50-16.10** Обезболивание у онкологических больных. Что можно реально предпринять?

*д.м.н. Г.Р. Абузарова (Московский НИИ онкологии им. П.А. Герцена)*

**16.10 – 16.30** Обезболивания на скорой помощи. Новые стандарты и клинические рекомендации

*профессор А.Л. Верткин*



**16.30 – 17.00** Фиксированные выступления:

профессор В.В. Цурко (ММА им. И.М. Сеченова) – Опыт внутрисуставного введения НПВП;

профессор В.В. Никола (РНЦХ) – Послеоперационное обезболивание

к.м.н. А.В. Цыбин (Самара) Сравнительный анализ алгоритма обезболивания за последние 5 лет на примере ССМП города Самары

## 1 ноября. Второй день

**9.00 – 9.45** Лекция

Болезни от лечения. Врачебная ошибка и ятрогения

Профессор Зайратьянц О.В. (МГМСУ, Департамент здравоохранения Москвы)

**9.45 – 11.30** Третье заседание. Неотложные состояния при заболеваниях органов брюшной полости

*Председатель: профессор Брискин Б.С.*

**9.45-10.15** Острая абдоминальная боль  
Профессор Брискин Б.С. (МГМСУ)

**10.15-11.30** Острый панкреатит, острый холецистит, желудочно-кишечное кровотечение

**11.30-12.30** Перерыв

**12.30 – 14.00** Четвертое заседание. Неотложные неврологические синдромы на догоспитальном этапе.

*Со-председатели: профессор Табеева Г.Р., профессор Левин Я.И.*

**12.30-13.00** Головная боль. Диагностика и лечение на догоспитальном этапе

Профессор Табеева Г.Р. (ММА им. И.М. Сеченова)

**13.00 – 13.30** Вегетативные кризы на догоспитальном этапе.

Профессор Левин Я.И. (ММА им. И.М. Сеченова)

**13.30-14.00** Эпилепсия. Тактика ведения на догоспитальном этапе

Профессор Воробьева О.В. (ММА им. И.М. Сеченова)

**14.00-14.30** Перерыв

**14.30-16.20** Пятое пленарное заседание. Совершенствование технологий лечебно-диагностического процесса, как способ повышения результативности медицинской помощи больным на догоспитальном этапе

*Со-председатели: профессор Труханова И.Г., к.м.н. Фиалко В.А.*

**14.30-14.55** Тактика и стратегия оказания скорой медицинской помощи больным на догоспитальном этапе

*к.м.н. Фиалко В.А. (Екатеринбург)*

**14.55-15.15** Научное обоснование и внедрение инновационных управленческих технологий по совершенствованию скорой и неотложной помощи

*Сулейменова Б.А. (Астана, Республика Казахстан)*

**15.15-15.40** Клиническое значение и особенности случаев фибрилляции предсердий с летальным исходом в стационаре.

*к.м.н. Вовк Е.И.*

**15.40-16.00** Клинико-морфологические разборы при поражениях аорты и её ветвей

*к.м.н. Талибов О.Б.*



16.00-16.20 Тромболитическая терапия ОКС на догоспитальном этапе.

*Профессор Труханова И.Г. (Самара)*

## **2 ноября. Третий день**

9.00 – 9.45 Лекция. Эволюция представлений о ведении больных (фармакотерапия и оснащение) на догоспитальном этапе.

*Профессор Верткин А.Л.*

9.45 – 11.15 Шестое заседание. Клинические рекомендации по оказанию неотложной помощи пульмонологическим больным

*Со-председатели: профессор Верткин А.Л., профессор Зайцева О.В.*

9.45- 10.05 Стандарты ведения пульмонологических больных на догоспитальном этапе

*Профессор Верткин А.Л.*

10.05 – 10.25 Бронхиальная астма у детей. Тактика на догоспитальном этапе

*Профессор Зайцева О.В. (МГМСУ)*

10.25 – 10.55 Ведение больных с бронхиальной астмой на скорой помощи

*Д.м.н. Бараташвили В.Л. (Станция скорой и неотложной помощи им. Пучкова Департамента здравоохранения Москвы)*

10.55 – 11.15 Ингаляционное ведение лекарственных средств на догоспитальном этапе

11.15 – 12.15 Перерыв

12.15- 12.45 Лекция. Инсульт на догоспитальном этапе

*Профессор Шамалов Н.А. (РГМУ)*

12.45-14.15 Седьмое пленарное заседание. Неотложные состояния в психиатрии и наркологии. Клинические рекомендации

12.45 – 13.15 Правовые аспекты оказания неотложной психиатрической и наркологической помощи.

*к.м.н. Цымбал Е.И. ( ГосНИИ семьи и воспитания)*

13.15- 13.45 Тактика ведения и диагностика эндотоксических психозов на догоспитальном этапе.

*профессор Б.Д. Цыганков (МГМСУ, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии)*

13.45-14.15 Алкоголь обусловленные соматические заболевания в практике врача скорой медицинской помощи

*к.м.н. Москвичев В.Г. (МГМСУ, кафедра клинической фармакологии)*

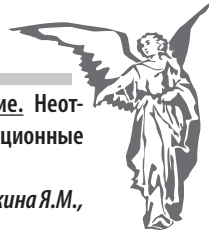
14.15 – 14.45 Перерыв

14.45- 16.45 Восьмое заседание. Неотложные состояния в практике скорой медицинской помощи

*Со-председатели: профессор Круглов В.А., профессор Прохорович Е.А.*

14.45-15.05 Опыт взаимодействия выездных бригад СМП и МЧС в условиях террористических актов на примере конкурса «Лучший врач СМП городского округа Самара», проведенного в рамках «Национального проекта Здоровье».

*Профессор И.Г. Труханова, Молоков В.А. (Самара)*



15.05-15.25 Спасательное дело. Копыту проведения спасательных работ

*В.Ф. Кривенко, А.А. Божьев (Центр медицины катастроф РКПС МВД РФ, Московский психолого-педагогический университет, Гематологический научный центр РАМН)*

15.25 – 16.45 Ожоги, переохлаждение и обморожения, удар молнии и электротравма

### 3 ноября. Четвертый день

9.00-9.45 Лекция. Неотложные состояния в гинекологии. Тактика ведения на догоспитальном этапе.

*Профессор Хашукоева А.З. (РГМУ)*

9.45-11.15 Девятое заседание. Острые аллергические заболевания

*Со-председатели: профессор Латышева Т.В. (Государственный научный центр РФ Институт иммунологии Минздрава России), профессор Верткин А.Л. (МГМСУ)*

9.45-10.15 Острые лекарственные осложнения. Дифференциальная диагностика, тактика ведения.

*Профессор Латышева Т.В.*

10.15-10.45 Преемственность в ведении больных с острыми аллергическими заболеваниями

*к.м.н. Дадыкина А.В. (Н.Новгород)*

10.45 – 11.15 Стандарт ведения больных с острыми аллергическими заболеваниями на догоспитальном этапе

*Профессор Верткин А.Л.*

11.15-11.30 Перерыв

11.30-12.45 Десятое заседание. Неотложные инфекционные состояния.

*Со-председатели: к.м.е. Еремушкина Я.М., к.м.н. Гуревич К.Г.*

11.30 – 12.15 Дифференциальная диагностика неотложных состояний при инфекционных заболеваниях

*к.м.н. Еремушкина Я.М.*

12.15 – 12.45 Особенности ВИЧ-инфекции в скорпомощной практике

*К.м.н. Гуревич К.Г.*

12.45-13.15 Лекция обморок [синкопе] и коллапс

*к.м.н. Талибов О.Б.*

13.15 – 14.00 Девятое заседание. Организационные вопросы.

*Председатель: профессор Верткин А.Л.*

1. О подготовке ко Второму съезду врачей скорой медицинской помощи
2. Презентация новых журналов Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи
3. Новые издания Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи
4. Выдача Национальных стандартов ведения больных на догоспитальном этапе 2006 года
5. Разное

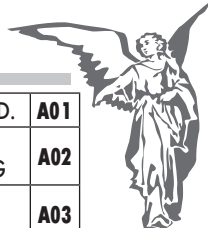


# ОФИЦИАЛЬНЫЙ КАТАЛОГ ВЫСТАВКИ

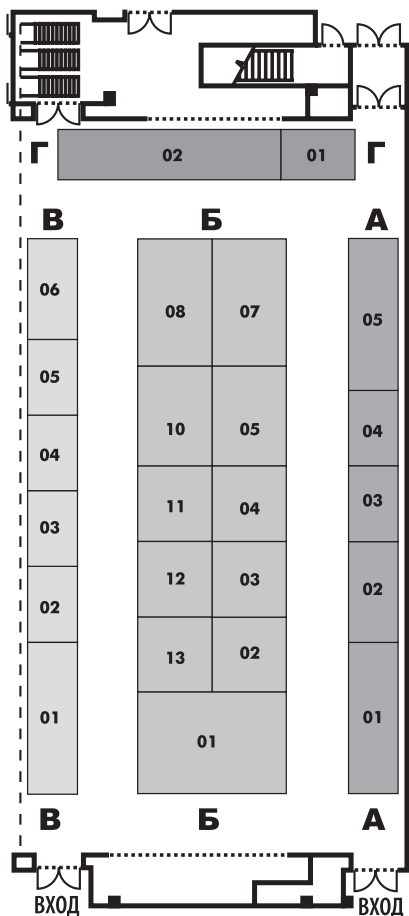
**7-я МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА**

**СКОРАЯ ПОМОЩЬ  
2006**

**31 октября - 3 ноября  
МОСКВА  
Центр международной  
торговли**



## СХЕМА РАЗМЕЩЕНИЯ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВКИ



ООО «ФОТЕК» / FOTEK. LTD.	<b>A01</b>
ЗЕРУМБЕРК БЕРНБУРГ АГ SERUMWERK BERNBURG AG	<b>A02</b>
ООО МФП «ВАТРОС» VATROS	<b>A03</b>
«АКВИТА» МЕДИКО- ИНЖЕНЕРНЫЙ ЦЕНТР	<b>A04</b>
ЗАО «МЕДТЕХНИКА» MEDTEHNICA	<b>A05</b>
ООО «МЕДОЛИНА» MEDOLINA L.L.C.	<b>Б01</b>
ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ФИРМЫ «КРКА» (СЛОВЕНИЯ) В РФ KRKA	<b>Б02</b>
АППОЛО ТД ООО ARPOLO TH LTD.	<b>Б03</b>
ООО «СЕРВИСМЕДИК» «SERVISMEDIC»	<b>Б04</b>
ФАРМСТАНДАРТ PHARMSTANDART	<b>Б05</b>
ЗАО «ДЕЛЬРУС» DELRUS INC.	<b>Б07</b>
НИКОМЕД / NYCOMED	<b>Б08</b>
Д-Р РЕДДИ'С / DR. REDDY'S	<b>Б10</b>
ООО «ОРИОН-СИ» «ORION-SI» LTD.	<b>Б11</b>
ННПОСМП	<b>Б12</b>
АВРОРА НПО, ФГУП AVRORA S&P CORP.	<b>Б13</b>
ООО «РИПЛ» / REEPL LTD	<b>В01</b>
ООО НТФФ «ПОЛИСАН»	<b>В02</b>
ЗАО «ВЕКТОР- МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ»	<b>В03</b>
ООО «МЕДПЛАНТ»	<b>В04</b>
ООО «НОВОМЕД» LLC «NOVOMED»	<b>В05</b>
ООО «МЕДИ-ЛИНК» «MEDI-LINK» LTD	<b>В06</b>
ООО «ИНТЕР-ЭТОН» INTER-ETON	<b>Г01</b>
ОАО «АЙСИЭЛ – КПО ВС» OJSC «ICL – KME CS»	<b>Г02</b>



## АЛФАВИТНЫЙ СПИСОК УЧАСТНИКОВ

### **АВРОРА НПО, ФГУП / AVRORA S&P CORP**

Россия

194021 Санкт-Петербург, ул. Карбышева д.15

Тел.: +7 (812) 556 8810

Факс: +7 (812) 556 8810

e-mail: [medica@avrorasystems.com](mailto:medica@avrorasystems.com)

<http://www.avrorasystems.com>

Разработка и производство портативной наркоточно-дыхательной аппаратуры для скорой помощи и экстренных служб с 1967 года: дар-07, пневмокомп, ксин, минидар.

### **ОАО «АЙСИЭЛ – КПО ВС» / OJSC «ICL – KME CS»**

Россия

420029 г. Казань, Сибирский тракт, д.34

Тел.: +7 (843) 513 0124, 513 0155

Факс: +7 (843) 272 3952, 273 5535

e-mail: [ios@icl.kazan.ru](mailto:ios@icl.kazan.ru)

<http://www.id.ru>

Автоматизация работы служб скорой медицинской помощи «под ключ» (программное обеспечение, средства вычислительной техники, запись телефонных переговоров, система позиционирования, телекоммуникационное оборудование).

### **«АКВИТА» МЕДИКО-ИНЖЕНЕРНЫЙ ЦЕНТР**

Россия

Москва 129226, ул. Сельскохозяйственная, 12

Тел.: +7 (495) 799 2481

Факс: +7 (495) 783 5058 (доб. 259)

e-mail: [acvita@bk.ru](mailto:acvita@bk.ru)

<http://www.acvita.ru>

Средства оказания оперативной медицинской помощи при транспортировке пострадавших (производство и реализация):

- Носилки медицинские мягкие;
- Носилки транспортные – волокуши;
- Носилки вакуумные иммобилизационные;
- Матрац вакуумный;
- Шины вакуумные;
- Шины пневматические;
- Мешки для тела

### **«АКСИОН» КОНЦЕРН / «AXION» CONCERN**

Россия

426000 г. Ижевск, ул. М. Горького, 90

Тел.: +7 (3412) 25 86 24

Факс: +7 (3412) 25 89 83

# СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА И НАУЧНЫЙ ФОРУМ СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2006



e-mail: [med@axicon.udmlink.ru](mailto:med@axicon.udmlink.ru)

<http://www.axicon-concern.ru>

Единственный российский дефибриллятор ДКИ-Н-08 «АКСИОНХ», позволяющий набор энергии 200 Дж за 5 сек. Линейный ряд 1-3-6-12-канальных ЭКГ-рафов, максимально приспособлены для работы в машинах скорой помощи.

## АППОЛО ТД ООО / APPOLO TH Ltd.

Россия

111123 Москва, Шоссе Энтузиастов, 56/20

Тел.: +7 (495) 380 2147

Факс: +7 (495) 304 7424

e-mail: [info@appolo.ru](mailto:info@appolo.ru)

<http://www.appolo.ru>

Компания «ТД «АППОЛО» - ведущий российский производитель изделий медицинского назначения для оказания первой помощи (аптечки первой помощи, средства для первой помощи при ожогах, ушибах и т.п.).

## ВАТРОС / VATROS

Россия

111024 г. Москва, шоссе Энтузиастов, д.23

Тел.: +7 (495) 673 7577

Факс: +7 (495) 545 5373

e-mail: [vatros@rambler.ru](mailto:vatros@rambler.ru)

<http://www.vatros.ru>

Производство и реализация лекарственных медпрепаратов. Эксклюзивный дистрибьютор медпрепарата СЕМАКС

## ВЕКТОР-МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ

Россия

620078 г. Екатеринбург, ул. Гагарина, 53, а/я 101

Тел.: +7 (343) 374 4308

Факс: +7 (343) 374 4308

e-mail: [vectors@etel.ru](mailto:vectors@etel.ru)

<http://www.vectors.ru>

Разработка, производство медицинской техники: Чреспищеводные и эндокардиальные электрокардиостимуляторы для кардиологии, в т.ч. для машин СМП - ЧЭЭКС-3, ЧЭЭКсп-3, кардиокомплекс «КЭФИС»

## ДЕЛЬРУС / DELRUS INC

Россия

620142 Екатеринбург, ул. Большакова, 61

Тел.: +7 (343) 251 0605, 257 7083

Факс: +7 (343) 251 0604, 251 0629

e-mail: [delrus@delrus.ru](mailto:delrus@delrus.ru)

<http://www.delrus.ru>

Дельрус основан в 1991 году в Екатеринбурге и сегодня является крупной торговой и производственной компанией на медицинском рынке России и в странах ближнего зарубежья. Дельрус поставляет оборудование и расходные материалы для различных направлений и потребностей медицины.



## **Д-Р РЕДДИ'С DR. / REDDY'S**

Индия

115035 г. Москва, Овчинниковская наб., д. 20, стр. 1

Тел.: +7 (495) 795 3939

Факс: +7 (495) 795 3908

e-mail: [dyatchenko@drreddys.com](mailto:dyatchenko@drreddys.com)

Компания "Д-р Редди'с Лабораторис Лтд" охватывает все уровни фармацевтической деятельности: проведение научно-исследовательской работы по созданию новых молекул, производство субстанций и выпуск готовых лекарственных форм, поставляющихся в 100 стран мира. Все производственные линии компании сертифицированы на соответствие стандартам GMP.

## **ЗЕРУМБЕРК БЕРНБУРГ АГ / SERUMWERK BERNBURG AG**

Германия

101000 Москва, а/я 370

Тел.: +7 (495) 772 1708 (09)

Факс: +7 (495) 159 4413

e-mail: [info@leitran.ru](mailto:info@leitran.ru)

Поставка и продажа на территории РФ современного препарата ИНФУКОЛ ГЭК. В соответствии с приказом МЗиСР РФ №179 10% раствор ИНФУКОЛ ГЭК в полимерных мешках по 500 мл - базовое средство инфузионной терапии различных критических состояний на догоспитальном этапе.

## **ИНТЕР-ЭТОН / INTER-ETON**

Россия

105005 Москва, ул. Бауманская, 56/17

Тел.: +7 (495) 261 8532, 261 8422, 632 2698

Факс: +7 (495) 261 7984

e-mail: [inter-eton@mtu-net.ru](mailto:inter-eton@mtu-net.ru)

<http://www.inter-eton.ru>

Компрессорные ингаляторы (небулайзеры) «БОРЕАЛ», «ДЕЛЬФИН», «ТРЭВЕЛнеб», «Неб-Эйд» (Италия), 4-местный компрессорный ингалятор «НИКО», имеющий 5 степеней защиты от перекрестной инфекции (Россия), концентратор кислорода «MARKS NUVO» (США), кислородный коктейлер «ОксиМ», методические рекомендации по лечению заболеваний дыхательных путей.

## **ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО ФИРМЫ «КРКА» В РФ / KRKA**

Словения

123022 Москва, 2-я Звенигородская, д.13/41, 5 этаж

Тел.: +7 (495) 739 6600

Факс: +7 (495) 739 6601

e-mail: [info@krka.ru](mailto:info@krka.ru)

<http://www.krka.ru>

Компания КРКА входит в число ведущих производителей дженериков в Европе и поставляет свою продукцию более чем в 70 стран мира.



Россия

117420 Москва, Ул. Наметкина, д.11, офис 6

Тел.: +7 (495) 718 6023

+7 (916) 970 7779

+7 (916) 970 7979

Факс: +7 (495) 718 6021

e-mail: [ml@medilink.ru](mailto:ml@medilink.ru), [olga@medilink.ru](mailto:olga@medilink.ru)

<http://www.medilink.ru>

Новейшие экспресс-тесты для диагностики инфекционных заболеваний, а так же кардиотесты. Комплексные поставки медицинского оборудования.

## **МЕДОЛИНА / MEDOLINA L.L.C.**

Россия



107061 г.Москва, Улица 2-ая Пугачевская, дом 8, корпус 1

Тел.: +7 (495) 101 3309

Факс: +7 (495) 730 2057

e-mail: [info@medolina.ru](mailto:info@medolina.ru)

<http://www.medolina.ru>

WEINMANN ИВЛ, реанимационные чемоданы и т.д. SPENCER транспортное, иммобилизационное оборудование. CRITICARE мониторы анестезиол., интенсивн., центральные станции, пульсоксиметры, капнографы. SCHILLER электрокардиографы

## **МЕДПЛАНТ**

Россия

107258 Москва, 1-ая ул. Бухвостова, 12/11

Тел.: +7 (495) 223 6016, 743 8126

Факс: +7 (495) 223 6016

e-mail: [medplant@mail.ru](mailto:medplant@mail.ru)

<http://www.medplant.ru>

Производство медицинского оборудования для скорой медицинской помощи (СМП): укладки врача пластиковые УМСП-01-П и Пм, ларингоскопы, пульсоксиметры дыхательные мешки для ручной ИВЛ, носилки бескаркасные, сумки медицинские, наборы (фельдшерские, акушерские, реанимационные для детей и взрослых, травматологические, врача общей практики, для пожарных и ЧС). Комплексное оснащение и дооснащение машин СМП, служб экстренной медицины и первой помощи.

## **МЕДТЕХНИКА / MEDTECHNICA**

Россия

198516 г. Санкт - Петербург, ул. Фабричная, д. 1

Тел.: +7 (812) 336 1668

Факс: +7 (812) 420 0157

e-mail: [j.pershukova@medtechnics.ru](mailto:j.pershukova@medtechnics.ru)

<http://www.medtechnics.ru>

Производитель медтехники. Продукция сертифицирована и прошла испытания в отрядах МЧС и бригадах скорой помощи



## **НИКОМЕД / NYCOMED**

Россия

119021 г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д.24, 3 этаж

Тел.: +7 (495) 933 5511

Факс: +7 (495) 502 1625

e-mail: [pase@nycomed.com](mailto:pase@nycomed.com)

<http://www.nycomed.com>

Производство лекарственных препаратов

## **НОВОМЕД / NOVOMED**

Россия

105023 г. Москва, ул. М. Семеновская, д. 3

Тел.: +7 (495) 362 1585

Факс: +7 (495) 362 1585

e-mail: [novomed2005@yandex.ru](mailto:novomed2005@yandex.ru)

<http://www.novomed.ru>

Производство и реализация солевых грелок и массажеров. Разнообразие моделей: в качестве физиотерапии и реабилитации в экстремальных условиях (туризм, охота, рыбалка). Также натуральные мыла на глицериновой основе.

## **ОРИОН-СИ / ORION-SI LTD.**

Россия

115419 Москва, ул. Орджоникидзе, 11

Тел.: +7 (495) 952 4821

Факс: +7 (495) 952 4821

e-mail: [orsiguil@mtu-net.ru](mailto:orsiguil@mtu-net.ru)

<http://www.orion-si.ru>

Производство озонаторов и озоновых стерилизаторов для клиник, амбулаторий и пунктов скорой помощи

## **НТФФ «ПОЛИСАН»**

Россия

191119 г. Санкт-Петербург, Лиговский пр-т, д.112

Тел.: +7 (812) 712 1379

Факс: +7 (812) 712 1379

e-mail: [marketing@polysan.ru](mailto:marketing@polysan.ru)

<http://www.polysan.ru>

Разработка и производство оригинальных лекарственных препаратов: Индуктор интерферона с противовирусной активностью Циклоферон. Инфузионный детоксикант Реамберин. Метаболический антигипоксант Цитофлавин





Россия

125130 г. Москва, Старопетровский пр-д, д. 7а, стр. 3, эт. 3

Тел.: +7 (495) 258 2524

Факс: +7 (495) 648 0363

e-mail: [info@reepl.ru](mailto:info@reepl.ru)

<http://www.reepl.ru>

Российский поставщик высокотехнологичного медицинского оборудования и расходных материалов ведущих производителей Европы и США. Комплексное оснащение медицинских учреждений. Гарантийное и постгарантийное обслуживание, обучение.

## **СЕРВИСМЕДИК / SERVISMEDIC**

Россия

123610 Москва, Краснопресненская наб., д. 12

Тел.: +7 (495) 258 1951

Факс: +7 (495) 258 1968

e-mail: [info@semc.ru](mailto:info@semc.ru)

ООО "Сервисмедик" представляет портативные анализаторы глюкозы и гемоглобина фирмы "НетоСие" (Швеция) - мирового лидера в производстве лабораторной техники для диагностики анемии и сахарного диабета.

## **ФАРМСТАНДАРТ / PHARMSTANDART**

Россия

141700 Московская область, г. Долгопрудный, Лихачевский пр-д, д. 5Б

Тел.: +7 (495) 970 0030

Факс: +7 (495) 970 0032

e-mail: [info@pharmstd.ru](mailto:info@pharmstd.ru)

<http://www.pharmstd.ru>

ООО Фармстандарт - лидер отечественной фармацевтической промышленности, который выпускает более 400 наименований лекарственных средств. Приоритетными направлениями являются витаминно-минеральные, кардиологические и гастроэнтерологические группы препаратов.

## **ФОТЕК / FOTEK. Ltd.**

Россия

620049 Екатеринбург, Ул. Малышева, 145 А, литер А

Тел.: +7 (343) 216 1989, 383 4946

Факс: +7 (343) 216 1989, 383 4946

e-mail: [fotek@fotek.ru](mailto:fotek@fotek.ru)

<http://www.fotek.ru>

Производство и продажа электрохирургических аппаратов в т.ч. и аргоноплазменных; инструментов для электрохирургии; эндовидеохирургических комплексов. Монтаж и техническое обслуживание.



## ПРЕССА

### КАДРЫ РОССИИ XXI

Россия

420126 Казань, Республика Татарстан, ул. Ямашева, д. 88, а/я 120

Тел.: +7 (843) 525-15-33

Факс: +7 (843) 525-15-17

e-mail: [Bisrt2@mi.ru](mailto:Bisrt2@mi.ru)

<http://www.Cadress-of-russia.ru>

Издание эксклюзивной энциклопедии «Кадры здравоохранения. РФ 2006/07» в 30 томах при поддержке Минздравсоцразвития, РАМН и Росздравнадзора. Издание масштабных проектов федерального и регионального уровня



### ГАЗЕТА «МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК» - ГАЗЕТА РОССИЙСКОГО ВРАЧА

Россия

117420 г. Москва, ул. Профсоюзная, д.57

Тел.: +7 (495) 332-03-90, 332-63-80

Факс: +7 (495) 334-22-55

e-mail: [medvestnik@bionika.ru](mailto:medvestnik@bionika.ru)

<http://www.medvestnik.ru>

Размещение рекламы: РА «Аарон Ллойд Пресс»

Тел.: +7 (495) 786-25-57

Специализированное издание для врачей и административных работников системы здравоохранения. Тематика выпусков приурочена к значимым мероприятиям в мире медицины и фармацевтики. На страницах газеты «Медицинский Вестник» представлена информация законодательных органов власти, рассматриваются аспекты реформирования системы здравоохранения, новости медицины, информация о новых технологиях диагностики и лечения заболеваний, клинические руководства и рекомендации для практикующих врачей. График выхода – 4 раза в месяц. Тираж 15 120 экземпляров. Объем 24 полосы

### МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

### МЕДИА МЕДИКА, ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ

Россия

125047 г. Москва, ул. 1-я Брестская, 15

Тел./факс +7(495) 2343784, 9789180

e-mail: [media@consilium-medicum.com](mailto:media@consilium-medicum.com)

<http://www.consilium-medicum.com>

Журналы: «Consilium Medicum», «Consilium Provisorum», приложения (Consilium Medicum Педиатрия, Consilium Medicum Гастроэнтерология, Consilium Medicum Хирургия, Consilium Medicum Дерматология), «Гинекология», «Современная Онкология», «Инфекция и антимикробная терапия», «Психиатрия и психофармакотерапия», «Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева», «Справочник поликлинического врача», «Артериальная Гипертензия», «Популярная Медицина», газета Первоостольник.



MEDIA MEDICA

### СЕРИЯ ЖУРНАЛОВ «МЕДИЦИНСКИЙ АЛФАВИТ»

Россия

129344 Москва, ул. Верхоянская, д.18, к.2

Тел.: +7 (495) 616-48-00, 211-76-48

Факс: +7 (495) 616-48-00



# СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА И НАУЧНЫЙ ФОРУМ СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2006



e-mail: [medalfavit@mail.ru](mailto:medalfavit@mail.ru)

[http:// www.medalfavit.ru](http://www.medalfavit.ru)

«Медицинский алфавит. Скорая помощь» ежеквартальный, полноцветный отраслевой специализированный журнал. Серия журналов «Медицинский алфавит» полноцветный, формат А4, тираж 10000, 16 выпусков в год по разным тематикам.

## МЕДТРАСТ / MEDTRUST

Россия



117393 Москва, ул. Академика Пилюгина, д. 10

Тел.: +7 (495) 436-01-84

Факс: +7 (495) 436-02-53

e-mail: [info@medtrust.ru](mailto:info@medtrust.ru)

[http:// www.medtrust.ru](http://www.medtrust.ru)

Информационный медицинский портал Медтраст — это единый источник информации для специалистов фармацевтического, медицинского, страхового рынков, а также для всех, кого интересует здоровье и медицина. Уникальные электронные базы знаний по медицине.

## МЕДИЦИНСКОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ АГЕНТСТВО «МИА» MEDICAL INFORMATIONAL AGENCY «MIA»

Россия



Москва, Ул. Погодинская, д. 19, офис 4

Тел.: +7 (495) 246-58-41

Факс: +7 (495) 246-58-41

e-mail: [medknigarussia@mail.ru](mailto:medknigarussia@mail.ru)

[http:// www.medkniga.ru](http://www.medkniga.ru)

«Медицинское информационное агентство» появилось в 1996 году и на сегодняшний день стало одним из ведущих издательств медицинской литературы. В последнее время ассортимент изданий значительно расширился за счет учебников и учебных пособий для студентов медицинских вузов и врачей.

## АНАХАРСИС – ГРУППА КОМПАНИЙ / ANAKHARSIS

Россия

119002 Москва, Мал. Могильцевский пер., д. 4а, кв.2, офис 2

Тел.: +7 (495) 241 5925

Факс: +7 (495) 241 6127

e-mail: [Pr-ok@anakharsis.ru](mailto:Pr-ok@anakharsis.ru)

[http:// www.anakharsis.ru](http://www.anakharsis.ru)

Издание медицинской литературы, журналов: [http://www.anakharsis.ru/ru/shop/order\\_service.php](http://www.anakharsis.ru/ru/shop/order_service.php)  
Рекламная деятельность (брендинг, ATL-, VTL-реклама). Организация и проведение клинических и пост-маркетинговых исследований. Организация научно-практических конференций, выставок, PR-мероприятий в Москве и других городах России. Бюро переводов, medical writing.



## МОСКОВСКИЕ АПТЕКИ

Россия Russia



109456, Москва, а/я 19, редакция газеты «Московские аптеки»

Тел.: +7 (495) 170-93-20

Факс: +7 (495) 170-93-64, 170-93-04



e-mail: [info@mosapteki.ru](mailto:info@mosapteki.ru)

<http://www.mosapteki.ru>

«Московские аптеки» — популярная фармацевтическая газета. Обзор законодательства в здравоохранении и фармации. Мониторинг фармрынка; рейтинги и обзоры. Контроль качества ЛС, контроль наркотиков, регистрация, сертификация, лицензирование. Факторы успеха аптечного предприятия. Консультации для аптечных работников. Фармакдры. Новости фармрынка.

## МЕДИЦИНСКИЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЦЕНТР «МЕДБИЗНЕСРЕСУРС»

Россия

129164 г. Москва, а/я 9, Ул.Ярославская, д.8, к.5

Тел.: +7 (495) 937-90-82

Факс: +7 (495) 933-52-62

e-mail: [ap@mcfrru](mailto:ap@mcfrru)

<http://www.zdrav.ru>

Издатель журналов «Здравоохранение», «Главная медицинская сестра», «Справочник фельдшера и акушера», «Справочник заведующего КДЛ», «Заместитель главного врача. Лечебная работа и медицинская экспертиза», Регламент-папки «Приказы главного врача», «Документы главной медсестры» и «Управление персоналом ЛПУ»



## ЖУРНАЛ «НОВОСТИ И ТЕХНОЛОГИИ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»

«NOVOSTI I TECHNOLOGII SOVREMENNOI MEDICINI»

Россия

107564 Москва, ул. Краснобогатырская, д. 2, стр.2, оф. 29

Тел.: +7 (495) 223-49-73

Факс: +7 (495) 223-49-73

e-mail: [info@nsmed.ru](mailto:info@nsmed.ru)

<http://www.nsmed.ru>

«Новости и технологии современной медицины» - ежемесячный журнал. Издание для практикующих врачей. Это дайджест новостной информации по разделам медицины, актуальные интервью с учеными, аналитические материалы о тенденциях ее развития. Формат А 4, полноцветный, объем-64 страницы, тираж — 50000 экз.



## МЕДИЗДАТ, Издательство

Россия

119602 Москва, а/я 202, ИД «Панорама»

Тел.: +7 (495) 749-21-64 (отд.подписки), 621-27-38 (отд.рекламы)

Факс: +7 (495) 625-96-11

e-mail: [idp@yandex.ru](mailto:idp@yandex.ru), [reklama@panor.ru](mailto:reklama@panor.ru)

<http://www.panor.ru/medizdat.htm>

МЕДИЗДАТ — одно из ведущих медицинских издательств, выпускающее ежемесячные профессиональные журналы: «Врач скорой помощи», «Терапевт», «ГлавВрач», «Бухучет в здравоохранении», «Медсестра», «Справочник педиатра», «Нов.мед.технологии/оборудование», «Стоматолог», «Справочник врача общей практики» и другие. Все журналы распространяются по подписке, в свободную продажу не поступают.





## ПЕРЕЧЕНЬ ФИРМ ПО РАЗДЕЛАМ ПРОИЗВОДИМОЙ ПРОДУКЦИИ

1600	Автомобили скорой помощи
1601	Инфузионные среды и системы для переливания
1602	Кардиостимуляторы, дефибрилляторы, компьютерные системы приема и передачи вызовов
1603	Лабораторное мобильное оборудование
1604	Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи
1605	Медицинская одежда
1606	Мобильные лечебно-диагностические госпитали и комплексы
1607	Мобильные операционные
1608	Мониторы и УЗИ оборудование специализированных бригад
1609	Наркозно-дыхательная аппаратура
1610	Оборудование и тест-системы для экспресс-диагностики
1611	Одноразовые приспособления, системы переливания крови
1612	Оснащение отделений интенсивной терапии
1613	Перевязочные материалы, противоожоговые средства, в/венные, мочевые катетеры, набор для центральных вен, и др
1614	Реанимационное и реабилитационное оборудование
1615	Реанимобили и другие транспортные средства
1616	Системы обработки данных и мониторинг
1617	Системы поддержания жизнедеятельности
1618	Системы связи и «компьютерное» обеспечение
1619	Средства и оборудование для транспортировки больных
1620	Средства иммобилизации
1621	Средства индивидуальной защиты
1622	Табель оснащения скоромощных бригад
1623	Хирургическое оборудование, инструменты
1624	Электрокардиографы, приборы для передачи ЭКГ по телефону



1604 Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи

**ЗЕРУМБЕРК БЕРНБУРГ АГ**

+7(495)1594413  
info@leitran.ru

**АППОЛО ТД ООО**

+7(495)380-21-47  
info@appolo.ru  
www.appolo.ru

**ФАРМСТАНДАРТ**

+7(495) 970-00-30, 970-00-32  
info@pharmstd.ru

1613 перевязочные материалы, противоожоговые средства, в/венные, мочевые катетеры, набор для центральных вен, и др

**АППОЛО ТД ООО**

+7(495)380-21-47  
info@appolo.ru  
www.appolo.ru

Москва 2006

**МАТЕРИАЛЫ**  
**ВСЕРОССИЙСКОГО**  
**НАУЧНОГО ФОРУМА**  
**«СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2006»**  
**31 октября - 3 ноября**  
**МОСКВА**

**ISBN 5-94943-035-2**

©«МЕДИ Экспо», 2006

# СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Баркляя В.И.**

*г. Москва, Научно-практический Центр экстренной медицинской помощи*

Как в повседневной практике, и тем более при массовых санитарных потерях в ЧС, большая нагрузка ложится на фельдшеров скорой помощи, которые в сложившихся условиях вынуждены нередко обеспечивать экстренную медицинскую помощь самостоятельно.

В тоже время, владение практическими навыками и уровень теоретической подготовки сотрудников скорой помощи и в том числе фельдшеров не всегда соответствуют современным требованиям.

С целью совершенствования обучения оказанию экстренной медицинской помощи при жизнеопасных состояниях для фельдшеров скорой медицинской помощи, учебный отдел Научно-практического Центра экстренной медицинской помощи разработал и внедрил систему комплексного обучения. Для этого было проведена оценка уровня профессиональной подготовки фельдшеров при оказании экстренной медицинской помощи, разработана система обучения теоретическим вопросам неотложных состояний и освоения практических навыков жизнеспасующих манипуляций и определены оптимальные сроки и методики периодического обучения для сохранения знаний и навыков по оказанию экстренной медицинской помощи.

В исследовании были включены 98 фельдшеров, проходивших обучение на базе учебного отдела ЦЭМП по курсу « Оказание экстренной медицинской при ЧС»

Слушатели были разделены на 2 группы в зависимости от методики преподавания.

В 1 группе проводилась традиционная форма преподавания.

Во 2 группе мы использовали инновационную форму обучения с использованием мультимедийных программ, проведения электронных семинаров на основе созданной нами ОТП и регулярного тренинга практических навыков. С целью интенсификации и повышения качества учебного процесса нами была разработана компьютерная обучающе-тестирующая программа.

Для определения сохранности практических навыков и теоретических знаний 2 группа была разделена на 2 подгруппы.

В подгруппе А обучение не проводилось, а осуществлялся только контроль за уровнем теоретических знаний и сохранностью практических навыков каждые 6 месяцев.

В подгруппе Б обучение слушатели каждые 6 месяцев проходили обучение на элективных курсах продолжительностью 6 академических часов. Структура курса представляет собой информационный мультимедийный блок, тренинг жизнеспасующих навыков и электронный семинар с использованием обучающе -тестирующей программы.

Исследования проводились в начале и по окончании первичного обучения и каждые последующие 6 месяцев.

В начале обучения были низкими показатели как теоретической подготовки, так и владение практическими навыками.

Результаты экзаменационного тестирования были достоверно лучше в обеих группах и не имели статистических различий между собой. Таким образом, можно утверждать, что несмотря на сокращение лекционного времени отсутствовала потеря качества усвоения теоретического материала при применении мультимедийных программ.

На экзамене результаты решения ситуационных задач были достоверно лучше у слушателей 2 группы. Это может быть показателем большей вероятности принятия верного решения в реальной ситуации.

Исходно низкие результаты уровня практических навыков не было достоверных различий между группами, причём интересно, что при анкетировании позиционировали как профессионалы себя все слушатели высоко. Результаты второго этапа достоверно отличались и от результатов 1 этапа в обеих группах и имели достоверные различия между группами в зависимости от методики обучения. Результаты 2 группы лучше почти на четверть.

Итоги экзаменов трансформировались в начальный этап исследования сохранения профессиональных знаний и умений.

В контрольной подгруппой 2А со временем прослеживалась стойкая тенденция к падению результатов тестирования. Через 18 месяцев после обучения результат тестирования ухудшился в 4 раза. В подгруппе 2Б с перманентной формой обучения данный показатель не претерпел существенных изменений. Такая же тенденция прослеживалась и при решении ситуационных задач.

При отсутствии перманентного обучения отмечалось критическое падение уровня практических навыков уже через год, в отличие от группы с проведением элективных курсов.

Таким образом, результаты проведенных исследований дают основание считать, что внедрение методики комплексного обучения является реальным путём к повышению готовности сотрудников скорой помощи к работе в условиях ЧС.

## **НАПРАВЛЕНИЯ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ (НА МОДЕЛИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЮГО- ВОСТОЧНОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ)**

**Богатищев О.А. \*, Корж Г.М. \*\*, Ковалев А.В. \***

*г. Воронеж, Служба медицинского обеспечения Юго-Восточной железной дороги ОАО «РЖД» \*, Воронежская государственная медицинская академия им.Н.Н.Бурденко\*\**

Актуальность исследования обусловлена показателями травматизма прикрепленного населения Службы медицинского обеспечения Юго-Восточной железной дороги (СМО ЮВЖД), соответственно сроками временной нетрудоспособности и социально-экономическими потерями. Следует учитывать территориально-ведомственную специфику структуры СМО ЮВЖД, в частности, значительную территориальную разобщенность ЛПУ до- и госпитального этапов. При этом, на ряду с другими перед медицинскими работниками СМО ЮВЖД стоит крайне ответственная задача – медицинское обеспечение безопасности движения поездов.

Важнейшим звеном совершенствования оказания лечебно-диагностической помощи пострадавшим является оптимизация взаимодействия субъектов медицинской деятельности на догоспитальном-госпитальном этапе с интеграцией современных информационных технологий и учетом реальной структуры лечебных учреждений СМО ЮВЖД.

Целью исследования является разработка основных направлений рационализации процесса оказания догоспитальной помощи пострадавшим и повышение эффективности лечения на модели СМО ЮВЖД.

Проведен анализ характера, структуры и динамики травматизма прикрепленного населения в рамках СМО ЮВжд по возрастным категориям и профессиональным группам работающих. Проанализирована ведомственная структура ЛПУ, оказывающих догоспитальную консультативную и лечебно-диагностическую помощь, на основе которой сформированы специализированные «паспорта» медузведений - субъектов оказания ургентной медицинской помощи. В составе автоматизированной системы с использованием современных геоинформационных технологий разрабатываются имитационные модели принятия решений, направленные на поиск оптимальных «диагностических маршрутов» с учетом т.н. «регионально-ведомственного контекста»: территориальных особенностей ЛПУ, их технической оснащенности, особенностей транспортной инфраструктуры, укомплектованности группами специалистов и др. Среди основных подсистем выделим:

1. Схема регионов и расположение ЛПУ с указанием специализированных отделений и их технической оснащенности.
2. Справочник группы специалистов лечебно-диагностических учреждений.
3. Телефонная база данных с указанием режима работы.
4. Электронная формализованная карта-схема пострадавшего.
5. Информационный справочник по основным нозологическим единицам.
6. Программный монитор, обеспечивающий функционирование автоматизированной системы в режиме реального времени с возможностью удаленного доступа.

Решение указанных задач позволит оказывать адекватную на данном этапе медицинскую помощь, сократить временные промежутки на этапах «первый контакт» врач-пострадавший – профилизация больного, обеспечить рациональный «маршрут диагностики» с использованием имеющихся ресурсов, обеспечить преемственность в лечении, объективизировать степень тяжести пострадавшего.

Таким образом, поэтапное внедрение разработанных моделей направлено на рационализацию процесса управления качеством медицинской помощи пострадавшим, ориентированным на оптимизацию взаимодействия субъектов медицинской деятельности и повышение эффективности лечения пострадавших в реальном регионально-ведомственном контексте.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРАВИЛА ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ**

**Братищев И.В., Каверина К.П.**

*Россия, г. Москва, ГКБ им. С.П. Боткина, Выездные анестезиолого-реанимационные бригады*

Транспортировка пострадавших в критических состояниях и травмами – сложная процедура, которая все чаще используется в клинической практике. Транспортировка таких больных должна быть научно продуманной и обоснованной, с учетом передовых теоретических и практических знаний.

Контингент наиболее пострадавших пациентов должен быть транспортирован с места происшествия в ближайшее отделение неотложной помощи наземным санитарным

транспортом, желательно, бригадой оказывающей помощь при травматических повреждениях. Присутствие врача на борту санитарной машины остается предметом полемики. Медицинская бригада оказывающая помощь с участием врача имеет время для догоспитальной стабилизации состояния, что увеличивает выживаемость у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой, по сравнению с бригадой парамедиков [Peter J. Shirley 2004].

Больше всего принципов оказания травматологической помощи содержится в курсе первичной травматологической помощи, они применимы в догоспитальной обстановке. Однако, имеются несложные основы оказания медицинской помощи, которые составляют базовую подготовку; в распоряжении служб должны быть и более продвинутые основы оказания первой помощи:

- дать кислород - через лицевую маску с высоким потоком;
- сохранить объем крови - компрессия на места кровотечения и инфузионная терапия;
- иммобилизация - ненужные движения у пациентов с травмой провоцируют кровотечения, иммобилизация мест переломов: предусматривает хорошую аналгезию и позволяет сохранить объем циркулирующей крови;
- аналгезия - должна быть выполнена доступным способом;
- быстрая транспортировка - основная потребность пациента - оказание догоспитальной помощи и затем быстрое и безопасное перемещение в стационар.

Транспортировка пострадавших может осуществляться и внутри больницы, для проведения диагностических процедур (компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс, ангиография и т.д.) или для перевода в профильное отделение интенсивной терапии. Транспортировка из одной больницы в другую необходима в тех случаях, когда требуются: человеческие, диагностические и лечебные ресурсы, которых нет в первой больнице.

Транспортировка не должна усугублять состояние пациента. Определенный риск связан напрямую с перемещением и не зависит от времени в пути и расстояния [Mannarino L & Timerman S 1998]. Причины, возникающих изменений, не всегда объяснимы, они могут возникать из-за респираторных или кардиальных нарушений, вызванных тем, что пациент испытывает боль при переносе, а также из-за изменения положения больного или внезапного прекращения в/в инфузии прессорных аминов, отсутствие давления в кислородных баллонах и т.д. [Smith I et al. 1990].

Главным фактором, определяющим качество помощи во время транспортировки, является хорошо обученная и слаженная бригада медиков, специализирующаяся на транспортировке больных в критических состояниях и травмами. Количество персонала, участвующего в транспортировке, зависит от тяжести состояния больного, сложности и количества оборудования, но не менее 2 человек [Manji M et al. 1995].

Риск для пациента можно снизить, если тщательно спланировать процесс транспортировки, подобрать квалифицированный персонал и необходимое оборудование. Во время транспортировки не должен прекращаться ни на минуту мониторинг пациента и поддержание его витальных функций. Наиболее тяжелые больные, для которых транспортировка представляет риск, те кто нуждается в РЕЕР больше 5 см. Н2О и во введении вазоактивных препаратов, таких как добутамин, допамин, норадrenalин [Szem JW et al. 1995].

На выбор транспортного средства влияют: расстояние и длительность перевозки; срочность случая; осложнения, которые могут возникнуть у пациента во время перевозки наземным или воздушным транспортом; погодные условия; география местности и аппаратура, которой располагает бригада [Shoemaker WC et al. 1995].

Машины скорой помощи можно уверенно эксплуатировать на расстояния до 60 км, хотя их часто используют и для расстояний до 150 км. Вертолет используется для транспортировки на расстояние до 400 км, в случаях топографической сложности местности. Для расстояний более 400 км рекомендуется использовать небольшие самолеты [Shoemaker WC et al. 1995; Mannarino L & Timerman S 1998].

Важно детально фиксировать все данные о состоянии больного в процессе транспортировки для того, чтобы персонал, принимающий пациента, был в курсе его клинической картины, и у него не оставалось бы вопросов после отъезда транспортной бригады СМП. В зависимости от местных возможностей, целесообразно прибегать к услугам специализированных бригад, как для транспортировок вне клиники, так и внутри стационара [Smith I et al. 1990].

#### **Опросный лист подготовки к транспортировке**

Дыхание

Кровообращение

Сознание

Другие повреждения

Мониторинг

Мед. помощь

Перекладывание

Безопасная транспортировка

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ КАТАСТРОФЫ АЭРОБУСА А310 В ИРКУТСКЕ**

**Горбачева С.М., Ворожба А.М.**

*г.Иркутск, кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф ГИУВа, городская станция скорой медицинской помощи*

Катастрофа аэробуса А310, произошедшая 9 июля 2006 года в Иркутске унесла жизни более 120 человек. От действий специалистов аварийно-спасательной службы и скорой медицинской помощи зависела судьба оставшихся в живых пассажиров.

Целью данной работы явился анализ работы службы скорой медицинской помощи при ликвидации катастрофы аэробуса А310 в Иркутске.

Девятого июля 2006г. в 7час. 55 мин. в Иркутском аэропорту совершил аварийную посадку аэробус А310 рейс №778. Врезавшись в ограждение и строения вблизи летного поля, самолет потерпел крушение и на борту начался пожар. В диспетчерский отдел скорой медицинской помощи Иркутска вызов о катастрофе поступил в воскресенье 9 июля в 7час.55мин от водителя такси: «Вижу «Боинг», врезавшийся в строения, пожар». На станции скорой медицинской помощи (СМП) в это время присутствовали две смены сотрудников. Диспетчером на вызов сразу была направлена реанимационная бригада, врач бригады был назначен главным медицинским начальником очага чрезвычайной ситуации, было передано сообщение в службу пожарной охраны «01», объявлена готовность №1 и оповещен главный врач станции СМП о катастрофе. По телефону главный врач приказал

направить к месту катастрофы 37 бригад СМП, подтвердил назначение старшего медицинского начальника очага и старшего врача смены, обе смены медицинских работников остались на рабочем месте. Для руководства и координации действий персонала главный врач прибыл на станцию СМП в 8час.05мин. Первые бригады скорой помощи прибыли на место катастрофы в 8час.00мин. практически одновременно с пожарной командой. Старшим медицинским начальником очага была налажена связь с руководителем аварийно-спасательных работ, оценена обстановка и получена информация о наличии на борту авиалайнера 192 пассажиров и 8 членов экипажа. По рации поддерживалась связь с оперативным отделом станции СМП для координации действий. Подъездные пути к месту катастрофы пролегали по двум улицам – Можайской и Бурденко, проезд автотранспорта был затруднен, а частично невозможен из-за разрушений.

По решению старшего медицинского начальника очага в 8час.00мин. были развезены четыре сортировочные площадки на расстоянии около 70 метров от авиалайнера с учетом того, что пожар на борту продолжался и определены площадки для санитарного транспорта. В это время работали пожарные команды, помогавшие расчистить подъездные пути. Угроза взрыва сохранялась. Две первые сортировочные площадки располагались по левому борту и перед носовой частью самолета, третья и четвертая площадки - по правому борту в районе крыла и заднего аварийного люка.

Руководителями сортировочных бригад на I, II, и III площадках были назначены врачи анестезиологи-реаниматологи СМП, на IV площадке – врач линейной бригады. Всего на первой площадке работало семь бригад, оказана помощь одиннадцати пораженным. На второй сортировочной площадке сотрудниками девяти бригад оказана помощь 15 пораженным, на третьей площадке работало три бригады, которые оказали помощь пяти пораженным и трем очевидцам. Десяти пораженным была оказана помощь на четвертой сортировочной площадке, где работали шесть бригад. Организацией эвакуации руководил старший медицинский начальник очага, связываясь с оперативным отделом СМП, при этом все лечебные учреждения, куда направляли пострадавших, были предупреждены оперативным отделом. В 8час.15мин. эвакуированы последние пострадавшие с места сортировочных площадок.

Десять бригад СМП работали в здании международного аэропорта по оказанию помощи встречающим. Одновременно работали две психиатрические бригады - в аэропорту и на сортировочных площадках, оказывающие психологическую помощь. Кроме этого, семь пострадавших самостоятельно обратились в медсанчасть аэропорта, которая находится вблизи здания аэропорта. Вскоре шесть из них были переведены в другие лечебные учреждения города. Еще шесть пассажиров самостоятельно уехали с места катастрофы, но вскоре обратились в скорую помощь, и четверо из них были госпитализированы. Также помощь была оказана четырем сотрудникам аварийно-спасательной службы, двое из них госпитализированы. Всего госпитализировано 61 человек.

Основными поражающими факторами явились термическое воздействие, отравление угарным газом и другими продуктами горения, механическая травма в результате падения людей с высоты и психоэмоциональный фактор. Было очевидно наличие безвозвратных потерь среди пассажиров и членов экипажа. Основными лечебными мероприятиями явились обезболивание, седативная терапия, транспортная иммобилизация переломов, дополнительная оксигенация, и проведение инфузионной поддержки во время транспортировки. Пострадавшие были госпитализированы в восемь лечебных

учреждений города, которые были заранее оповещены через оперативный отдел СМП. 10 человек доставлены в ИГОКБ, 18 – в ГКБ №3, в ЖДКБ – один человек, в ГКБ №1 – четыре, МСЧ ИАПО – шесть, в травматологические пункты №1 и №2 – по одному человеку, и в детскую городскую клиническую больницу – семь детей.

Заключение. Таким образом, работа городской службы скорой медицинской помощи при ликвидации катастрофы авиалайнера была проведена оперативно с привлечением достаточных сил и средств. Следует отметить самоотверженность персонала СМП при работе вблизи места катастрофы, когда границы очага ЧС могли измениться неожиданно из-за пожара и угрозы взрыва на борту авиалайнера. Администрацией станции СМП вовремя налажена связь со всеми лечебными учреждениями города, готовыми принять пострадавших. Доезд к месту катастрофы составил 5 минут, а скорая медицинская помощь при ликвидации последствий катастрофы была оказана за 15 минут, все пострадавшие были эвакуированы и госпитализированы.

## **КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ТРУДА РАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Горяев Н.И., Вырупаева Е.П.**

*Комитет здравоохранения Читинской области*

С начала реализации национального проекта «Здоровье», впервые за последние десятилетия намечены и проводятся реальные мероприятия, основанные на реальном финансовом обеспечении, направленные на повышение доступности и качества первичной медико – санитарной помощи, в том числе скорой медицинской помощи.

В 2006 году в Читинской области планируется осуществление дополнительных денежных выплат 680 работникам скорой медицинской помощи, поступление 65 единиц автомобилей скорой медицинской помощи. Однако, повышением заработной платы и улучшением материально – технического обеспечения скорой медицинской помощи проблему качества и доступности медицинской помощи не решить. Оплата труда в здравоохранении должна быть стимулирующего характера и зависеть от качественных показателей труда. Следует отметить, что в последние годы прослеживается тенденция к снижению квалификации работников СМП. Причин этого несколько:

Высокий удельный вес вызовов, не относящихся к категории угрожающих жизни больного и следовательно, не требующих оказания скорой медицинской помощи.

В последние годы фельдшер скорой помощи превратился в нечто среднее между врачом общей практики и участковой медсестрой на колесах. При этом теряются навыки быстрой диагностики неотложных состояний, оказания экстренной медицинской помощи, в том числе проведение сердечно – легочной реанимации. По данным опроса более 40% фельдшеров СМП не имеют навыков работы с портативной медицинской техникой жизнеобеспечения.

Отсутствие четкой системы мониторинга и всестороннего анализа работы скорой медицинской помощи. Особенно это касается работы отделений СМП в составе ЦРБ и других многопрофильных больниц. В существующих отчетных формах ЛПУ в основном учитывается и анализируется количество вызовов на 1 000 населения.

В связи с этим существует страшный парадокс – руководство больницы «заинтересовано» в том, чтобы больной, находящийся в критическом состоянии умер на догоспитальном этапе, поскольку эта смерть не повлияет на показатели больничной летальности. Комиссии по исследованию летальных исходов на дому работают формально, очень редко принимаются решения о дисциплинарных взысканиях.

В настоящее время с введением дополнительной оплаты работникам СМП имеется благоприятная ситуация для изменения качества оказания СМП в лучшую сторону.

В нашей больнице разработаны критерии оценки качества работы СМП с соответствующими понижающими коэффициентами:

Показатель	Критерии оценки	Понижающий коэффициент
1. Время приезда бригады СМП с момента получения вызова	Более 30% вызовов свыше 15 минут	0,2
2. Соответствие оказанной медицинской помощи утвержденному стандарту	Несоответствие стандарту свыше 20% случаев	0,3
3. Расхождение диагноза СМП – приемный покой	Более 20% случаев	0,2
4. Повторные вызовы вследствие недостаточного объема и качества медицинской помощи оказанной во время предыдущего вызова	Более 5% случаев	0,2
5. Летальность от экстренной патологии до приезда СМП, во время оказания СМП, в пути следования	Каждый случай рассматривается КИЛИ	В случае выявления дефектов оказания медицинской помощи до 0,5
6. Серьезные осложнения и летальные исходы, связанные с неправильной тактикой оказания скорой медицинской помощи	Каждый случай рассматривается КИЛИ	До 0,5 за каждый случай
7. Структура вызовов	Более 30% вызовов не требующих оказания СМП	0,2
8. Не рациональное использование материально – технических средств	Рассчитываются фактические финансовые потери	
9. Качество ведения медицинской документации	Более 20% случаев несоответствия медицинской документации стандарту	0,2
10. Обоснованные жалобы от населения	За каждую жалобу	До 0,5

Ежемесячно по критериям указанным в п.п. 1,2,3,7,8,9 оценивается не менее 30% случаев вызовов СМП. По критериям, указанным в п.п. 4,5,6,10 учитывается и анализируется каждый случай.

Данная система распределения дополнительных выплат работникам СМП направлена на повышение качества медицинской помощи, рациональное использование ресурсов, учитывает сложность и интенсивность трудовых затрат и в конечном итоге преследует основную цель реализации национального проекта «Здоровье» - повышение доступности и качества первичной медицинской помощи.

Остается надеяться, что в 2007 году критерии оценки качества оказания скорой медицинской помощи с соответствующими понижающими коэффициентами дополнительных выплат будут разработаны в Министерстве здравоохранения и социального развития РФ и законодательно утверждены.

## **ВНЕДРЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ПЯТИГОРСКОЙ ССМП**

**Дмитриенко И.А., Масанский А.С., Морева А.И.**

*г. Пятигорск, МУЗ «Пятигорская Станция Скорой Медицинской Помощи», ГУЗ «Пятигорский центр специализированных видов медицинской помощи»*

В структуре вызовов Пятигорской ССМП заболевания сердечно-сосудистой системы занимают значительное место. В 2005г., например, они составляли 18333 вызовов или 27,6% от общего количества. При этом на ИБС приходилось 34,3%, на ОИМ и другие формы острого коронарного синдрома (ОКС) около 6%.

С 2002г. В МУЗ «ПССМП» активно внедрялись современные рекомендации лечения ОКС, основанные на данных доказательной медицины. С 2003г в практике выездных бригад при лечении ОКС нами использовалась тромболитическая терапия.

Цель нашей работы: улучшение качества медицинской помощи больным с ОИМ на догоспитальном этапе, исключение из практики догоспитального этапа типичных ошибок при лечении острого коронарного синдрома, снижение летальности от ОИМ на 10 – 15%, за счет ограничения зоны некроза, вследствие ТЛТ, на госпитальном этапе – снижение вероятности развития осложнений ОИМ, уменьшение инвалидизации больных наиболее работоспособного возраста, улучшение качества жизни больных, перенесших ОИМ.

Проанализированы карты вызовов и стационарные истории 151 больного с острым коронарным синдромом.

Больные делились на три группы: «стандартную», основную и контрольную, которые достоверно не отличались по возрастному, половому составу, характеру клинических проявлений. Все группы составлены из больных от 38 – до 69 лет, т.к. именно этим возрастным пределом были ограничены показания для тромболитической терапии.

У 24,5% больных в «стандартной» и у 25% больных в контрольной группе развился ОКС без подъема ST, у 44,9% и у 45% - Q-ОИМ, у 30,6% и у 30% - ОКС с подъемом ST без Q.

В основной группе у больных, получавших ТЛТ, более жестко соблюдались критерии постановки диагноза ОКС на этапе СМП. В основной группе в 46% случаев развился - Q-ОИМ, ОКС с подъемом ST - в 50%, в 4% случаев (у 2 больных) диагноз ОКС, при наличии типичной клиники и отсутствии подъема ST, подтвержден положительным тропониновым экспресс-тестом. Можно считать, что в этой группе ЭКГ-данные были более прогностически неблагоприятны.

В контрольной группе (52 человека) отобран материал за 2002-2003гг. о тех случаях, когда лечение проведено в соответствии со стереотипами, сложившимися на основании устаревших рекомендаций («трехступенчатая схема обезболивания», использование ненужных препаратов - но-шпа, баралгин и т.д., не использование аспирина, бета-блокаторов, тромболитической терапии).

В «стандартной» группе, проанализированы случаи лечения 49 больных в 2004-2005гг, согласно современным рекомендациям лечения ОКС на догоспитальном этапе, исключающим перечисленные ошибки.

50 больных «основной» группы получали, кроме указанного для догоспитального этапа лечения, стрептокиназу – 1500000ЕД в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида.

При анализе результатов лечения на догоспитальном этапе – в основной группе 50 больных госпитализированы при купированном болевом синдроме и стабильных показателях гемодинамики. Кроме кардиогенного шока, развившегося до приезда СМП, в этой группе течение заболевания было осложнено у 1 больного пароксизмами желудочковой экстрасистолии, еще у 1 - тромбоембокардитом.

Основная (4%) и стандартная (9,1%) группы достоверно отличались от контрольной (20,5%) по частоте эволюции ОКС в Q – ИМ. Различие в частоте эволюции в Q - ИМ основной и стандартной групп статистически недостоверно. Однако учитывая, что по ЭКГ характеристикам основная группа более прогностически неблагоприятна, можно считать эту разницу существенной. Что может быть подтверждено при увеличении количества наблюдений.

У 3 больных в каждой группе ОИМ был осложнен кардиогенным шоком на момент приезда СП. В контрольной группе кардиогенный шок развился еще у 9 (17,3%) больных в процессе лечения СП и в первые 5 часов в стационаре, причем 7 (13,5%) из них умерли в присутствии бригады СП, кроме того в этой группе пятеро больных умерли во время лечения в стационаре. В стандартной – 1 больной умер на 10 сутки. В основной группе летальные случаи отсутствовали. Общая летальность в основной группе составила – 0%, в стандартной – 2%, в контрольной – 23,1%.

Что касается осложнений во время лечения, то в «стандартной» группе у двух больных развилась гипотония во время введения нирмина, купированная инфузией дофамина, у 1 больного в стационаре течение ОИМ осложнилось тромбоембокардитом.

В контрольной группе, кроме шока, во время стационарного лечения ОИМ осложнялся у 4 больных отеком легких 5 больных нарушениями ритма сердца – 1 – желудочковая тахикардия, 4 – пароксизм мерцательной аритмии, в одном случае закончился фибрилляцией желудочков, клинической смертью и успешной реанимацией.

Таким образом, внедрение современных рекомендаций, в том числе тромболитической терапии в практику бригад СП позволяет значительно оптимизировать лечение ОКС и снизить летальность от ОИМ. Разница в частоте эволюции в Q- ОИМ основной и стандартной групп говорит о том, что за счет ограничения зоны некроза, вследствие ТЛТ возможно уменьшение инвалидизации больных наиболее работоспособного возраста, улучшение качества жизни больных, перенесших ОИМ.

# ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ГНОЙНЫХ РАНАХ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОПЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ

Дуванский В.А., Бисеров О.В.

ФГУ «ГНЦ лазерной медицины Росздрава», Москва, Россия

Цель исследования - изучить особенности микроциркуляции гнойных ран методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Проведен анализ результатов обследования и лечения 125 больных с гнойными ранами различной этиологии. У всех больных раны располагались на нижних конечностях, преимущественно стопах. Состояние микроциркуляции в тканях изучали при помощи лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-01» с последующей компьютерной обработкой полученных данных. Лазерную доплеровскую флоуметрию проводили на следующие сутки после проведения первичной хирургической обработки тканей, а также на 7, 14 и 21 сутки после начала лечения. Исследования проводили в покое и с применением окклюзионной пробы.

Исследования показали, что тип микроциркуляторных изменений в гнойной ране по сравнению с интактными мягкими тканями характеризуется выраженным интерстициальным отеком, нарушением целостности микроциркуляторного русла на большом протяжении, формированием окольных путей кровоснабжения, снижением нутритивного кровотока. Общий уровень тканевого кровотока в области раны был увеличен за счет артериального притока. Однако затруднение венозного оттока способствовало снижению эффективности системы микроциркуляции и падению напряжения кислорода в тканях раны. Хирургическая обработка существенно меняла ситуацию в ране, уменьшая проявления отека и улучшая пассаж крови по микрососудам. Микроциркуляторная картина в тканях соответствовала ситуации в асептической ране и определялась степенью травматизации тканей при хирургических манипуляциях. Анализ первичных доплерограмм, полученных в области гнойных ран, свидетельствует о повышенном уровне перфузии тканей кровью, выраженной воспалительной реакции микрососудов. Среднее значение показателя микроциркуляции (ПМ) составило  $9,2 \pm 2,8$  перфузионных единиц (пер.ед.) на дорзальной поверхности стопы и  $14,4 \pm 3,8$  пер.ед. – на плантарной. Резко возростал коэффициент асимметрии (Ка) за счет усиления притока артериальной крови к очагу поражения, а также в среднем увеличивался градиент (Гр) п/д за счет преимущественного расположения ран на дорзальной поверхности стоп. При анализе амплитудно-частотной характеристики доплерограммы выявлено снижение амплитуды вазомоторных колебаний кровотока, которое на фоне повышения ПМ приводит к существенному снижению вклада вазомоций в общий ЛДФ - сигнал (с  $38 \pm 8,4\%$  в норме до  $21 \pm 4,9\%$ ) и снижению активности вазомоций. Напротив, возрастала роль кардиоритмической составляющей: сосудистое сопротивление в области очага воспаления возростало до  $7,1 \pm 2,0\%$ , проводимость сердечного ритма также росла (до диапазона 45-88%). Все эти изменения привели к резкому снижению эффективности регуляции микроциркуляции в тканях (до  $0,8 \pm 0,2$  против  $1,9 \pm 0,4$  в группе со здоровой кожей). Из-за выраженной гиперемии резервы микроциркуляторной системы исчерпаны и окклюзионная проба показывала снижение резерва капиллярного кровотока (РКК). В то же время, активация симпатической системы регуляции микроциркуляции приводила к более выраженному спазму артериол из-за исходно высокого базального ПМ.

По данным лазерной доплеровской флоуметрии специфическими чертами нарушений микроциркуляции гнойных ран являются застойный тип микроциркуляции со сниженной активностью компонентов микроциркуляторного русла, застоем крови в веноулярном звене, ослаблением кровотока и ишемией тканей, и снижение индекса эффективности микроциркуляции. Применение лазерной доплеровской флоуметрии позволяет полноценно оценить степень микроциркуляторных нарушений у больных с гнойными ранами различной этиологии.

## **ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Дуванский В.А., Бисеров О.В.**

*ФГУ «ГНЦ лазерной медицины Росздрав», Москва, Россия*

Цель исследования – изучить особенности регионарной микроциркуляции у больных с трофическими язвами венозного генеза методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Проведен анализ результатов обследования и лечения 85 больных с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии. У 56 (65,9%) язвы возникли на фоне посттромбофлебитической болезни, у 29 (34,1%) – варикозной болезни. Среди больных было 61 (71,8%) женщина и 24 (28,2%) мужчины, 28 (32,9 %) больных было до 60 лет, 57 (67,1 %) старше 60 лет. В анамнезе 16 (18,8%) пациентов ранее перенесли рожу нижних конечностей.

Состояние микроциркуляции в тканях изучали при помощи лазерного анализатора капиллярного кровотока «ЛАКК-01» с последующей компьютерной обработкой полученных данных. Данные ЛДФ записывали в день обращения, а также на 7, 14 и 21 сутки после начала лечения. Исследования проводили в покое и с применением окклюзионной пробы.

При ЛДФ - исследовании в зависимости от степени выраженности застойных явлений отмечали снижение уровня микроциркуляции или сохранение средних значений; при этом в случае глубоких изменений отмечали снижение амплитуды всех колебаний. В целом, гемодинамический тип микроциркуляции в коже у больных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей можно охарактеризовать как застойный с ареактивным ответом на окклюзионную пробу. Этот тип микроциркуляторных изменений описывается следующим образом: уровень показателя микроциркуляции (ПМ) снижен или не изменен, при декомпенсированной форме заболевания амплитуды всех флуксуаций снижены, но при компенсированной форме может быть повышена активность вазомотий (ALF); в дыхательной и постуральных пробах отмечается меньшее, чем в норме снижение ПМ, что связано с наличием исходного спазма приносящих микрососудов вследствие работы веноулоартериолярных эндотелий-зависимых реакций. При окклюзионной пробе наблюдали увеличенный уровень биологического нуля (значение ПМ в момент окклюзии), за счет чего резерв капиллярного кровотока снижен. T1/2 не изменено или увеличено вследствие неадекватности венозного оттока во время реактивной постокклюзионной гиперемии и замедленного сброса крови в

венозную систему. У некоторых больных отмечалась парадоксальная реакция на компрессию микрососудов при окклюзионной пробе за счет уменьшения притока и выключения механизмов обратной связи в регуляции микроциркуляции.

В области трофической язвы у больных с хронической венозной недостаточностью на доплерограмме видна гиперемическая реакция системы микроциркуляции на воспаление в тканях. Несмотря на признаки артериальной гиперемии основным фоном оставалась венозная недостаточность и признаки застойных изменений оставались преобладающими. В трофической язве уровень микроциркуляции в 2,8 раз выше, чем на контралатеральной поверхности, отмечается коэффициент асимметрии (Ка), значительно превышающий 0,20 (в среднем  $0,35 \pm 0,2$ ). Несмотря на высокий уровень ALF, из-за повышения абсолютных значений ПМ в очаге воспаления происходило существенное падение роли вазомоторных колебаний в регуляции микроциркуляции, ALF/ПМ (миогенная активность вазомоторов) равен  $10,6 \pm 1,2\%$  при норме до 55%. Несколько возростала относительная амплитуда высокочастотных и пульсаторных колебаний кровотока и, как следствие, падала эффективность регуляции микроциркуляции (до  $0,7 \pm 0,4$ ), что свидетельствует о низком собственно нутритивном кровотоке в тканях язвы. Низкий резерв тканевого кровотока (РКК) при окклюзионной пробе определяется как высоким биологическим нулем, вызванным застойными явлениями в посткапиллярно - венулярном звене микроциркуляторного русла, так и исчерпанными резервными возможностями микрососудов при воспалительной реакции. В язве происходило выравнивание показателей микроциркуляции, результаты постуральной и дыхательной проб за счет снятия при гиперемии компенсаторного спазма артериол.

Проведенные исследования у больных с трофическими язвами венозного генеза показали, что особенностями микроциркуляции в нижних конечностях у больных с трофическими язвами венозного генеза является застойный тип гемодинамики, ареактивность микрососудов во время окклюзионной пробы, низкий уровень тканевой перфузии кровью, низкая эффективность регуляции микроциркуляции.

## **ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ БРИГАДАХ ПО МАТЕРИАЛАМ МУЗ «ПЕРМСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**

**Жуков А.Е., Тиунов В.К., Нелюбин В.В., Кузьмина Л.Е.**

*МУЗ «Пермская городская станция скорой медицинской помощи»*

Проведен анализ вызовов бригад СМП к больным и пострадавшим, где была констатирована смерть в их присутствии за период с января 2002 года по декабрь 2004 года. Всего прошло 1002 случая, которые условно подразделены на две большие группы. I группа – вызова к больным, где летальный исход был предвиден, как финальное течение хронических заболеваний (345 случаев), II группа – больные и пострадавшие с внезапной смертью (657 случаев). Данная группа подразделена на две составляющих – внезапная смерть, как осложнение остро возникшего заболевания (545 случаев) и внезапная смерть, как следствие воздействия внешних факторов несовместимых с жизнью - это сочетанная и комбинированная травма, поражение электрическим током, пове-

шение, утопление и др. (112 случаев). Существенно повлиять на предвиденную смерть у хронических больных или на травмы несовместимые с жизнью у пострадавших даже высококвалифицированная реанимационная бригада не может. Наибольший интерес представляет анализ летальности при бригадах у больных с остро возникшим заболеванием. По нозологии данная группа распределилась следующим образом: острая коронарная патология – 380 случаев (69,7%), инсульты - 69 случаев (12,7%), ТЭЛА – 33 случая (6%), астматический статус – 15 случаев (2,8%), инфекционно-токсический шок – 12 случаев (2,2%) и прочие заболевания - 36 случаев. Учитывая большой удельный вес больных с острой коронарной патологией, внезапность и драматичность развития внезапной смерти, мы предприняли попытку выявить факторы или индикаторы, влияющие на её возникновение. Проанализировано 231 карта обслуживания вызова лиц умерших на догоспитальном этапе в присутствии бригад СМП с клинически и электрокардиографически подтвержденным инфарктом миокарда. К картам обслуживания вызова прилагались специально разработанные «Реанимационные карты» с электрокардиограммами в динамике. В анализируемой группе преобладали мужчины – 122 больных (5,3%) и лица старше 60 лет – 151 больной (65,4%). Чаще летальные исходы поступали в дневное время суток с 8.00 до 20.00 час – 174 случая (75,3%). Не выявлено зависимости летальности от сроков обращения больных за медицинской помощью, в 177 случаях (76,6%) обращаемость до часа. У 190 больных (82,3%) имелсяотягощенный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям. Оценка выраженности болевого синдрома проводилась на основании субъективной оценки жалоб больного и эффективности наркотических анальгетиков по специальной шкале. В 137 случаях боль оценивалась как «невыносимая» и 88, как «сильная». Острая сердечно-сосудистая недостаточность II и III ст. по Killip наблюдалось у 132 больных. У 115 больных исходно зафиксировано синусовая тахикардия, в то же время другие нарушения ритма были лишь у 19 больных. У 60 больных наблюдалось нарушение A-V проводимости (A-V блокада I ст. – 39 случаев, A-V блокада II ст. типа Мобис II – 4 случая и A-V блокада III ст. – 17 случаев). Инфаркт миокарда у 141 больного локализовался на передней стенке, у 87 – на задней и инфаркт миокарда правого желудочка у 3-х больных. Патологический зубец Q был сформирован на электрокардиограммах у 139 больных. Подъем интервала ST над изолинией был более 5 мм у 186 больных. У 16 больных обнаружено удлинение интервала QT выше нормы, высчитанное по формуле Базетта.

Таким образом проведенный анализ позволил нам выделить факторы риска развития летального исхода при обслуживании вызовов больным с острой коронарной патологией:

Дневное время суток, возраст больных старше 70 лет, выраженность болевого синдрома, отягощенный анамнез: - перенесенный инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, сахарный диабет, исходная тахикардия, исходная гипотония, наличие нарушений AV проводимости, локализация инфаркта миокарда на передней стенке. подъем интервала ST на изолинией более 5 мм.

Приведенные выше данные несколько отличаются от тех факторов или индикаторов риска развития внезапной смерти, которые определены для стационарного этапа лечения больных с острой коронарной патологией. Их объективную оценку следует учитывать при составлении ближайшего прогноза течения заболевания и назначения целенаправленного лечения.

# ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ВЫЕЗДНОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

**\*Захарова А. Е., \*Баркляя В. И., \*\*Пиковский В. Ю.**

*\*РФ, г. Москва, НПЦ экстренной медицинской помощи,*

*\*\*РФ, г. Москва, кафедра скорой медицинской помощи МГМСУ*

Высокая смертность при тяжелой травме, сопровождающейся травматическим шоком, явилась основанием для выявления и устранения недостатков в диагностике и лечении его на догоспитальном этапе (ДГЭ).

В настоящем докладе представлены и прокомментированы ошибки, допущенные слушателями курсов повышения квалификации (30 врачей и 70 фельдшеров Станции скорой и неотложной медицинской помощи г. Москвы и 26 врачей скорой помощи МЦ УД Президента РФ) при анкетировании в начале обучения.

Приводим наиболее типичные из них:

- 70% фельдшеров и 63% врачей, недооценивая роль гиповолемии (острой кровопотери), считали боль основной причиной развития травматического шока (ТШ).

- 80% фельдшеров и 64% врачей неадекватно трактовали артериальную гипертензию и брадикардию, характерные для сопутствующей тяжелой черепно-мозговой травмы, как отсутствие симптомов ТШ.

- 82% фельдшеров и врачей считали, артериальную гипотензию обязательным признаком ТШ любой степени, забывая о фазе компенсации.

- 67% врачей и 33% фельдшеров не знали объемы кровопотери, соответствующие степеням ТШ. Также, 36% врачей и фельдшеров были даны заниженные цифры объема кровопотери при скелетной травме (например, при закрытом переломе бедра).

- 62% фельдшеров и 42% врачей назначили катастрофически недостаточный объем инфузионной терапии на ДГЭ при ТШ.

- 62% фельдшеров и 39% врачей при закрытой травме живота вообще не проводили инфузионную терапию, неоправданно опасаясь увеличить скорость внутреннего кровотечения. При этом только 20% врачей и 12% фельдшеров указали на соблюдение принципа корректного восполнения кровопотери в данном случае, изменяя скорость инфузии в зависимости от величины АД.

- 70% фельдшеров и 57% врачей неоправданно рано применяли вазопрессоры при лечении ТШ любой степени.

- 70% фельдшеров и 63% врачей недооценивали аритмию у пострадавших как клиническим признаком возможного ушиба или ранения сердца.

- только 31% фельдшеров и 25% врачей правильно указали место пункции плевральной полости при пневмотораксе.

- наиболее адекватным способом восстановления проходимости дыхательных путей на ДГЭ у пострадавших в коме 50% курсантов назвали интубацию трахеи, из них 12% только теоретически (!) владели этой методикой.

- ингаляция кислорода при ТШ была бы назначена лишь 10% опрошенных сотрудников СМП.

- только 36% врачей и фельдшеров назвали показанием для перевода на ИВЛ патологическое дыхание у пострадавших в коме, 98% курсантов не считали необходимым проведение ИВЛ при грубом нарушении механики дыхания из-за травмы реберного каркаса. При этом 84% фельдшеров и 79% врачей СМП не владели методикой расчёта параметров аппаратной ИВЛ.

- в 50% ответов был выявлен необоснованный отказ от применения наркотических анальгетиков при тяжелой скелетной травме, причем 67% курсантов выбрали внутримышечный путь введения препаратов.

- 63% фельдшеров и 53% врачей отказались от обезболивания при скелетной травме и сопутствующей закрытой травме живота, игнорируя возможность использования короткодействующих анальгетиков (фентанил).

- необходимость применения воротника Шанца при падении с высоты была указана 12% курсантов.

- при решении клинической задачи, условием которой была тяжелая сочетанная травма с прогрессирующим нарушением жизненно важных функций, 52% слушателей не проводили транспортную иммобилизацию при переломах конечностей, считали это второстепенной задачей.

Таким образом, проведя анализ анкет и протоколов решения клинических задач по теме «Травма. Травматический шок», мы выявили типичные ошибки, допускаемые на ДГЭ нашими курсантами - выездным персоналом СМП при диагностике и лечении данной патологии. Это помогло нам скорректировать лекционный курс и план проведения семинаров и практических занятий по данной теме. При повторном (по окончании курсов обучения) анкетировании 12 врачей и 38 фельдшеров (определены методом случайной выборки) средний процент ошибок составил 2%.

## **ОРГАННАЯ ПАТОЛОГИЯ И ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯВШИХ АЛКОГОЛЕМ**

**Зиновьева М.А., Москвичев В.Г.**

*Российская Федерация, г. Ярославль, областная клиническая наркологическая больница; г. Москва, Московский государственный стоматологический университет*

Хорошо известно, что злоупотребление спиртными напитками сопровождается развитием множественной органной патологией с характерными клиническими и морфологическими проявлениями. Способность алкоголя вызывать токсические изменения, практически во всех органах и системах, обусловлена его химическими свойствами и особенностями биотрансформации. Нет ни одной системы органов, которая была бы в состоянии противодействовать следствиям злоупотребления алкоголем. Каждый очередной приём алкоголя с развитием острой алкогольной интоксикации, при бытовом пьянстве или сформировавшемся алкоголизме, может вызывать критическое обострение уже имеющихся органных нарушений. Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены) всегда сопровождающийся соматическими нарушениями различной степени выраженности.

Цель работы. Изучение причин летальных исходов, а также частоты встречаемости поражения внутренних органов при различных состояниях, связанных с хронической

алкогольной интоксикацией (больные алкоголизмом), а также изучения роли этой патологии в танатогенезе больных, находившихся на лечении в наркологическом стационаре.

**Материалы и методы.** Ретроспективно, сплошным методом был проведен анализ историй болезни пациентов со смертельным исходом крупной областной наркологической больницы за 2002-2005годы. Объектом исследования были пациенты различных отделений наркологической больницы умершие в стационаре, поступавшие экстренно (в преобладающем большинстве, доставлялись бригадами СМП) и требовавшие неотложной медицинской помощи. В зависимости от тяжести состояния пациента госпитализация осуществлялась либо в отделение неотложной наркологической помощи, либо в отделение реанимации и интенсивной терапии. Всего проанализировано 122 случая смертельных исходов. Анализ органной патологии проводился на основании данных патологоанатомического вскрытия, при этом учитывался не только основной диагноз, но также возможные осложнения и сопутствующие поражения внутренних органов.

**Результаты исследований.** Общая характеристика проанализированной группы умерших больных и показатель летальности отображены в таблице 1.

**Таблица 1. Общая характеристика летальности в наркологическом стационаре**

Показатели	2002	2003	2004	2005	За 4 года
Пролечено больных всего (абс.)	4552	4908	5068	5515	20043
Из них умерло (абс.)	34	35	24	29	122
Показатель летальности	0,75	0,71	0,47	0,52	0,61

В изученной группе преобладали мужчины. Соотношение умерших мужчин и женщин было 3 к 1.

Анализ причин смерти по данным патоморфологического исследования выявил, что наиболее весомым был отёк головного мозга 27,9% случаев. Отек мозга был проявлением алкогольной энцефалопатии и в большинстве случаев сочетался с морфологическими признаками алкогольного поражения внутренних органов. В 15,6% случаев смерть наступила в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности, на фоне обострения алкогольной кардиомиопатии. Отравление суррогатами алкоголя стало причиной смерти в 12,3%, а отравление этиловым алкоголем в 4,9% случаев. Тяжелое течение пневмонии, а также ее осложнения были несовместимы с жизнью в 5,7% случаев. Преднамеренное отравление лекарственными препаратами (в большинстве случаев на фоне алкогольной интоксикации) отмечено в 6,6% случаев. По 3,3% смертных случаев приходилось на пакреонекроз и цереброваскулярную болезнь (кровоизлияние в головной мозг). В равной степени (по 2,5%) причиной смерти стали цирроз печени и острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС. Закрытая черепно-мозговая травма, геморрагический инсульт, отравление неустановленным веществом, общее охлаждение тела определили летальный исход определенной доли (по 1,6%) изученных пациентов. Редкими причинами смерти (по 0,8%) были: флегмона тканей грудной клетки после травмы; ишемический инфаркт головного мозга; отёк головного мозга при токсическом менингите; фибринозно-гнойный плеврит; гнойный нефрит; асфиксия, обусловленная аспирацией рвотными массами; гемоторакс; токсическая энцефалопатия при шизофрении. Не представилось возможным получение данные патоморфологического исследования в 2,5% случаев.

В структуре сопутствующей патологии на первом месте были выявлены поражения системы органов дыхания. В 94% всех изученных летальных случаев обнаружены мор-

фологические изменения бронхо-лёгочной системы. В 42% случаев диагностировалась пневмония (от серозно-десквамационной до гнойной, с расплавлением тканей). Второе место занимала алкогольная патология печени (жировая дистрофия, алкогольный гепатит и цирроз печени), среди которых преобладала жировая дистрофия (59%). Практически с одинаковой частотой встречались хронический гастрит (40%), хронический панкреатит (38,5%), алкогольная нефропатия (36%).

Выводы. При злоупотреблении алкоголем развивается полиорганная патология, способная стать причиной летального исхода. Смертность пациентов наркологического стационара остается на достаточно высоком уровне. Основной причиной смерти, является острая алкогольная энцефалопатия, на фоне выраженных алкогольных изменений внутренних органов. Второй непосредственной причиной смерти является острая сердечно-сосудистая недостаточность, на фоне алкогольной кардиомиопатии. На очень высоком уровне остаётся сопутствующая патология при алкогольной болезни, где лидируют поражения бронхо-лёгочной системы. Пневмонии и патологии печени остаются частой причиной смерти больных алкоголизмом. Множественность органной патологии и поражение головного мозга, необходимо учитывать в клинической практике (наркологами, терапевтами и т.д.) при ведении больных с хронической алкогольной интоксикацией.

## **СПОСОБЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Игнатов С.Т., Никониченко А.Д., Митин В.А.**

*Россия, г.Прокольевск, МУЗ «Городская станция скорая медицинской помощи»*

Контроль – это процесс обеспечения достижения учреждением своих целей. Процесс контроля состоит из установки стандартов, измерения фактически достигнутых результатов и проведения корректировки в том случае, если достигнутые результаты существенно отличаются от установленных стандартов.

Одной из важнейших причин осуществления контроля состоит в том, что любое учреждение, безусловно, обязано обладать способностью вовремя фиксировать свои ошибки и исправлять их до того, как они повредят достижению цели учреждения. Всем известно также, что качество результата есть составляющее требование, предъявляемое к должности руководителя [1].

В нашей практике от того, как насколько эффективно и качественно будет оказана экстренная медицинская помощь, настолько будет и результат лечения в стационаре, либо в амбулаторно-поликлинической сети, потому что СМП является первым и непосредственным звеном в цепи действующих причин этих результатов.

Существующие ныне критерии оценки качества оказываемой экстренной медицинской помощи не позволяют в полном объеме судить о ее эффективности при предоставлении медицинской услуги тому или иному пациенту с той или иной патологией. Нет единого списка индикаторов качества (по нозологическим формам), формулы для расчета и результата оценки индикаторов качества. В результате анализ оценки критериев качества ведется по отдельным показателям, в ряде случаев косвенным, не позво-

ляющим дать должную оценку учреждению. Ответственным за контроль качества, а это старшие врачи смен, заведующие подстанциями, заместитель главного врача и главный врач обязаны много времени уделять процессу регулярного контроля и мероприятиям, обеспечивающим организационные условия по достижению качества результата.

В этой связи для создания системы качества в СМП требуется разработка серий стандартов, реализующих функции анализа качества и в последствии бесперебойной системы ее управления.

Приведу ряд примеров, применяемых для анализа качества в нашем регионе. В условиях нашей «скорой» все показатели «считываются» с карты вызова СМП и заносятся в базу данных для последующей суммарной обработки и изучения их в динамике. Это позволяет выявить постепенно формирующиеся тенденции, закономерности и другие изменения.

**Таблица 1. Анализ повторных вызовов по вине медперсонала**

Причины повторных вызовов	2003	2004	2005
Всего (% от всех повторных вызовов)	7,5	10,0	6,4
В том числе			
- неправильная тактика	34,8	34,7	35,1
- неправильная диагностика	43,5	40,3	42,6
- неадекватное лечение	18,5	14,6	17,0
- другие причины	3,2	10,4	5,3

Удельный вес повторных вызовов по вине медперсонала имеет четкую тенденцию к снижению (на 3,6% в сравнение с 2004г.).

Самой частой причиной повторных вызовов по вине медперсонала является неправильная ими диагностика заболевания, которая составляет в среднем 42,1% и показатель является стабильным в динамике. Наибольший удельный вес приходится на фельдшеров выездных бригад. Повторные вызовы из-за неправильной тактики находятся на втором месте, которые имеют тенденцию к росту (на 0,4% в сравнение с 2004г.).

**Таблица 2. Анализ поступивших жалоб по оказанию медицинской помощи**

Причина жалобы	2003	2004	2005
Всего жалоб	3	6	6
В том числе обоснованных	0	0	1
Из них			
- в связи с отказом в приеме вызова	0	0	0
- в связи с грубостью, нарушением этики	0	0	0
- в связи с неправильной тактикой	0	0	1
- в связи с неадекватным лечением	0	0	0
- в связи с поздним прибытием бригады СМП	0	0	0

Обоснованных жалоб по оказанию скорой медицинской помощи от населения практически нет. Однако, одна жалоба имела место в 2005г., которая обусловлена неправильной тактикой медперсонала. В этой связи для медперсонала станции были проведены занятия по всем тактическим вопросам с учетом требований нормативных документов.

**Таблица 3. Анализ структуры отказов в принятии вызова СМП**

Причины отказов	2003	2004	2005
Всего (% от всех обращений)	2,9	2,8	2,6
В том числе:			
- отказались сами	46,4	52,7	57,5
- отказано станцией	53,4	47,3	42,5

Из них			
- температура в часы работы поликлиник	8,4	1,9	3,6
- в состоянии алкогольного опьянения	19,0	7,5	26,5
- повышение АД в часы работы поликлиник	1,8	3,0	3,7
- головная боль у лиц младше 40 лет в часы работы поликлиник	0,5	1,2	1,5
- остеохондроз уточненный	0,8	2,0	2,3
- транспорт по направлению в ЛПУ, не требующий наблюдения медработника	2,2	6,1	4,3
- боли в сердце у лиц младше 30 лет в часы работы поликлиник	1,6	0,2	0
- прочий болевой синдром	4,4	4,0	6,7
- вызов к онкобольному в часы работы поликлиник	0,4	0	0
- прочие	14,3	74,1	51,5

Из многочисленного числа обращений за скорой медицинской помощью доля невыполненных вызовов не велика, в среднем 2,8% и имеет тенденцию к снижению. В большинстве случаев, в среднем 52,2% вызывающие от услуг СМП отказываются сами. Во всех остальных случаях, где вызов неотложного характера, т.е. не представляющий угрозы для жизни диспетчер по согласованию со старшим врачом смены рекомендует на адрес вызвать врача из поликлиники, либо обратиться за помощью в амбулаторно-поликлиническую сеть и другие социально-значимые службы. В этих случаях на вызывающего также заполняется контрольный талон диспетчера, который анализируется и подписывается старшим врачом смены. За каждый случай отказа в принятии вызова старший врач отчитывается на утренней конференции.

Наибольший удельный вес из числа «отказных» имеют лица-дебоширы, находящиеся в алкогольном опьянении, в среднем 18%, причем этот показатель из года в год увеличивается. Все «звонки» этой категории граждан были переданы в органы внутренних дел для контроля.

Таблица 4. Анализ структуры отказов в госпитализации

Отказано по причине	2003	2004	2005
Всего (% от всех доставленных в стационар)	13,0	12,9	13,4
В том числе			
- доставлен не по профилю	1,7	2,7	2,8
- отсутствие показаний для госпитализации	13,2	11,0	4,3
- отказался сам больной	18,1	19,2	18,6
- отказано после оказания спецпомощи	23,0	22,3	28,4
- направлен на амбулаторное лечение	44,0	44,8	45,8
По наиболее частым причинам			
- после исключения ЧМТ	9,6	9,9	9,7
- после исключения острой коронарной патологии	0,06	2,1	4,8
- после исключения острой хирургической патологии органов брюшной полости	7,1	8,7	9,5
- прочие причины	27,7	24,7	21,9

Удельный вес не госпитализированных больных от числа доставленных в стационар из года в год увеличивается и в 2005г. достиг 13,4%. Самыми частыми причинами «отказов» являются «больной нуждается в амбулаторном лечении», в среднем 48,9% и «после оказания специализированной помощи» - 24,6%.

Наиболее частыми нозологическими формами в этой структуре явились подозрение на ЧМТ – 9,7% и острая хирургическая патология органов брюшной полости – 8,4%.

Таблица 5. Анализ несовпадения диагноза СМП с диагнозом приемного отделения

Причины расхождения диагнозов	2003	2004	2005
Всего	5,5	5,5	5,6
В том числе в связи с гипердиагностикой:			
- острой хирургической патологии	10,7	13,9	12,9
- острой коронарной патологии	3,1	2,0	3,4
- черепно-мозговой травмы	14,2	2,2	2,8
- другой патологии	58,0	61,7	62,8
Гиподиагностикой при:			
- острой хирургической патологии	2,8	3,1	4,0
- острой коронарной патологии	0,5	1,8	3,4
- черепно-мозговой травме	0,1	0,8	0,4
- другой патологии	10,7	14,5	10,2

Доля несовпадений диагнозов СМП с диагнозами приемных отделений в динамике стабильна – 5,5%. Около 87% причин несовпадений диагнозов связаны с гипердиагностикой. Наиболее частой из них является острая хирургическая патология, в среднем 12,5%. В динамике видно, что удельный вес расхождений диагнозов при подозрении на ЧМТ снизился на 11,4%, не диагностируется она в среднем 0,4%.

Таблица 6. Анализ несовпадения диагноза СМП с клиническим

Годы	2003	2004	2005
Удельный вес	6,5	4,8	4,4

Анализ несовпадения диагноза СМП с клиническим проводится по отрывному талону сопроводительного листа. Возврат отрывных талонов составляет 100%. Интересно заметить, что удельный вес несовпадений диагнозов СМП с клиническими ниже, нежели с диагнозами приемных отделений.

При практическом осуществлении контроля руководством станции учитывается человеческий фактор, опыт работы в «скорой». Нами был изучен опыт работы других регионов и в 2005г. внедрено положение о принятии управленческих решений старшими врачами смен, заведующими подстанциями, заместителем главного врача при выявленных дефектах анализа выездной документации [2].

При выявленном дефекте с сотрудником проводится беседа, с записью дефекта в индивидуальную тетрадь.

При повторных дефектах, назначается сотруднику тема для индивидуального изучения, с последующей сдачей зачета заведующему подстанцией, заместителю главного врача.

При дефектах часто встречающихся у ряда сотрудников при определенных нозологических единицах или тактических ситуациях, выносятся данная тема для проведения лекций, семинаров в коллективе станции, при необходимости сдачей зачета всеми сотрудниками.

При грубых лечебно-диагностических и тактических ошибках, в особенности с последствиями для больного – разбор в коллективе станции, передача для разбора на ЛКК. По решению ЛКК выносятся дисциплинарное взыскание по станции на основе ТК РФ. Все дефекты рассматриваются с позиции интересов больного или пострадавшего, а не с точки зрения сложившихся условий работы.

При таком контроле вовремя можно отметить отклонение от плановых показателей и скорректировать работу.

*Литература:*

1. Царик Г.Н. Эффективность управления организацией и пути ее повышения в совре-

менных условиях. Методические рекомендации к семинарским занятиям // ИнСЭПЗ-2000. -С37-38.

2. Сборник научных трудов. Станция скорой медицинской помощи // г.Челябинск. 2004. -С45.

## **О ПРИМЕНЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ УСТАНОВКИ В «СКОРОЙ»**

**Игнатов С.Т., Гоммель Е.М., Игнатова Г.В.**

*Россия, г.Прокопьевск, МУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи»*

Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения в условиях «скорой» всегда имела актуальное значение, так как ни в одном из регламентирующих документах по санитарному режиму нет ссылки о их методах проведения именно в «скорой».

До 2005 года в качестве предстерилизационной очистки медицинских инструментов мы использовали замачивание в растворах, мойку каждого изделия в том же растворе при помощи ерша и ватно-марлевых тампонов, сушку. Особую трудность испытывали при промывании каналов медицинских инструментов, были случаи травмирования работников центрального стерилизационного отдела (ЦСО). Это способствовало их высокому риску заражения инфекциями, учитывая и то, что скорой медицинской помощи в силу своей специфики приходится работать с пациентами не знающими своего заболевания, как правило, не обследованными.

С начала 2006 года мы первыми среди станций скорой медицинской помощи Кемеровской области поменяли механизацию процесса предстерилизационной очистки, стали использовать моюще-дезинфицирующие средства в сочетании с ультразвуком.

Преимущества были очевидны сразу.

Во-первых, значительно облегчилась трудоемкость процесса и сэкономлено время. Максимальное время затраченное на процесс предстерилизационной очистки уменьшилось с 1,5 – 2 часов до 5-10 минут. Сократили 2-е рабочих ванны в ЦСО. Избавили медицинский персонал ЦСО от контакта с загрязненными изделиями, этим снизили риск инфицирования медицинского персонала.

С очищенных поверхностей медицинского инструментария исчез налет. Очень важный момент – исчез запах хлорсодержащих препаратов у медицинского инструментария одноразового применения, складываемого для утилизации.

Главное, что в условиях недостаточного финансирования службы скорой медицинской помощи мы резко сократили расходы на приобретение моющих средств, таких как порошок, перекись водорода. В 2,5 раза уменьшились расходы дезинфицирующих средств (Дезэффект, Жавель-Солид).

Использование ультразвуковой мойки УЗО для обработки медицинского инструментария исключило в наш адрес все нарекания эпидемиолога. Надежность и качество применения подтверждается бактериологическим контролем.

Современная ультразвуковая установка имеет эстетический вид, она малогабаритна, сразу же получила положительные отзывы от медицинского персонала ЦСО, с ней очень приятно работать.

# НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КРИТЕРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ

**Керефова З.Ш., Эльгаров М.А., Эльгаров А.А.**

*Кабардино-Балкарская Республика, г. Нальчик, медицинский факультет университета*

Цель: определить частоту вызовов у водителей автотранспорта (ВА) с ишемической болезнью сердца (ИБС) и установить изменения профессионально значимых функций и качеств (ПЗФик) при неотложных состояниях для разработки критериев годности к управлению автотранспортом.

По разработанной анкете проанализированы карточки вызовов ССМП г. Нальчика за последние 5 лет и осуществлено психофизиологическое тестирование (ПФТ) 48 ВА с синдромом коронарной недостаточности: стенокардией напряжения (22 чел.), впервые выявленной стенокардией (14) и инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q (12). Стартовое ПФТ выполнено в течение 1-2 дней после вызова врача ССМП и заключительное – на 6-7 день после оказания неотложной помощи.

Результаты. Число обращений ВА за 5-летний период по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) возрос в 1,5 раза, преимущественно из-за гипертонических кризов (ГК) - неосложненных (на 29,5%) и осложненных (36%), нарушений мозгового кровообращения – преходящих (на 21,5%) и острых (на 40%). При этом отмечено увеличение числа обращений шоферов на ССМП по поводу стенокардии напряжения (СН) и нестабильной стенокардии (НС) в 1,5-2 раза при сравнении с аналогичными показателями у лиц неводительских профессий, а частота вызовов, обусловленных острым коронарным синдромом (ОКС), в т.ч. ИМ с зубцом Q, хотя и превалировала у ВА, но не достоверно. Нарушения ритма сердца и проводимости как причина обращений за медицинской помощью ВА (6-8% от общего числа вызовов вследствие ССЗ) не нарастали, в отличие от строгой тенденции к росту данного показателя среди лиц неводительских профессий (в 1,2 раза). Процент госпитализированных ВА с неотложными кардиоваскулярными состояниями увеличился (на 12%). Представленные данные демонстрируют в целом нарастание неотложных состояний вследствие ССЗ у ВА, что характеризует прогрессивное течение последних и недостаточную эффективность лечебно-профилактических мероприятий, по-видимому, связанных с характером и спецификой водительской профессии и отсутствием системы вторичной профилактики ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии у лиц операторских профессий. Кроме этого, неотложные состояния у ВА с ССЗ могут ухудшать систему оперативного реагирования, следовательно, безопасности дорожного движения, и повышать риск возникновения дорожно-транспортных происшествий из-за ошибок шофера.

Именно поэтому особый интерес представляют результаты ПФТ ВА с кардиоваскулярными неотложными состояниями в динамике. Начальное тестирование при неосложненных и осложненных ГК, СН и НС, а так ОКС выявило изменения латентной и моторной реакции, скорости слежения за движущимся объектом, свидетельствующее об ухудшении системы оперативного реагирования индивида. Заключительное ПФТ (через 4-5 дней после декомпенсации ССЗ) обнаружило положительную динамику изу-

чаемых ПЗФик – латентная (от  $0,785 \pm 0,078$  до  $0,704 \pm 0,765$ ), моторная (от  $1,609 \pm 1,065$  до  $1,509 \pm 1,120$ ) и скорость слежения за движущимся объектом (от  $23,5 \pm 2,1$  до  $22,3 \pm 1,9$ ) при ГК. При этом, изменения ПЗФик у ВА с осложненными ГК, ОКС и особенно ИМ с зубцом Q на старте оказались более выраженными, а динамика их незначительной на заключительном исследовании. Следует отметить, что у всех ВА с неотложными состояниями параметры системы оперативного реагирования высоко достоверно ( $p < 0,001$ ) отличались от психофизиологических показателей здоровых шоферов.

Итак, частота неотложных состояний вследствие ССЗ у ВА выше, чем сред лиц неводительских профессий. При этом, ПФТ ВА зарегистрировано достоверное ухудшение ПЗФик, указывающее на снижение качества и безопасности профессиональной деятельности и риске возникновения дорожных конфликтов. Поэтому решение вопроса о возвращении к работе ВА после декомпенсации ССЗ и развитии неотложных состояний требует оценки системы оперативного реагирования методом ПФТ.

## **ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЛУЧАЯХ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Ковалева Н.Н.**

*г. Железногорск, Красноярский край, Центральная Медико-санитарная часть № 51*

На протяжении нескольких столетий сохраняет свою актуальность проблема оказания помощи больным с внезапной смертью (ВС). Распространенность ВС колеблется от 0,36 до 1,28 на 1000 населения в год (Мазур Н.А., 2003). В нескольких популяционных исследованиях отмечается тенденция роста внезапной сердечной смерти с начала 80-х годов XX в. (Вихерт А.М. и соавт., 1980). Прогноз при внутрибольничной остановке кровообращения лучше, чем при внебольничной.

Исходы догоспитальной остановки сердца являются результатом взаимодействия «независимых» факторов (возраст, заболевание) и «зависимых» факторов, таких как быстрый вызов скорой помощи, раннее начало сердечно-лёгочной реанимации, ранняя дефибрилляция, раннее оказание квалифицированной медицинской помощи.

При оказании скорой медицинской помощи больным с внезапной остановкой кровообращения на первом этапе необходимо быстро распознать остановку сердечной деятельности, вызвать скорую помощь и начать сердечно-лёгочную реанимацию, что значительно зависит от уровня образованности населения. В настоящее время в большинстве стран не удастся обучить достаточно большое число людей правилам сердечно-лёгочной реанимации, а в нашей стране регистрируется низкий уровень базовой медицинской подготовки населения и не существует отлаженной системы оказания первой медицинской помощи немедицинскими службами (милиция, пожарные). В целях проверки знаний о сердечно-лёгочной реанимации мы проанкетировали 107 учащихся 11-х классов. Результаты анкетирования показали, что только 10% участников анкетирования знают, что такое «сердечно-лёгочная реанимация», 20% опрошенных не знают по какому телефону нужно вызывать скорую помощь в неотложных ситуациях, более 80% опрошенных не имеют представления о правилах и технике проведения сердечно-лёгочной реанимации.

На следующем этапе наиболее важное значение имеет быстрая дефибриляция и раннее оказание квалифицированной медицинской помощи. На сегодняшний день оснащение машин скорой медицинской помощи не соответствует нормативному перечню. Ещё одна проблема – недостаточный уровень подготовки врачебного и фельдшерского персонала по квалифицированной неотложной помощи. Большинство врачей и фельдшеров скорой помощи не владеют техникой интубации трахеи, проведения ИВЛ, коникотомией, дефибрилляцией.

Нами была проведена проверка техники владения практическими навыками среди сотрудников отделения скорой медицинской помощи г. Железнодорожска перед началом и после окончания сертификационного цикла повышения квалификации по скорой медицинской помощи, который проводился силами Учебно-методического центра Института повышения квалификации ФМБА России. В таблице представлено количество сотрудников скорой помощи, владеющих некоторыми практическими навыками до обучения.

	Интубация трахеи	ИВЛ	Коникотомия	Дефибрилляция
Врачи (n-25)	10 (40%)	22 (88%)	4 (16%)	16 (64%)
Фельдшера (n-30)	4 (13%)	20 (67%)	2 (7%)	4 (13%)

В программе цикла особое внимание было уделено обучению и отработке практических навыков с использованием тренировочных комплексов и манекенов с последующей сдачей экзамена. Все врачи и фельдшера отделения скорой медицинской помощи сдали практические экзамены с положительными результатами.

Выводы. 1. Учитывая отсутствие базовых знаний о сердечно-легочной реанимации среди учащихся старших классов, целесообразно в школе дополнить учебную программу по оказанию первой медицинской помощи. 2. В целях повышения уровня подготовки врачебного и фельдшерского персонала скорой помощи необходима ежегодная отработка практических навыков со сдачей экзамена.

## РАЗРАБОТКА СХЕМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ (НА МОДЕЛИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЮГО-ВОСТОЧНОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ)

**Корж Г.М.\* , Богатищев О.А.\*\* , Ковалев А.В.\*\***

*г. Воронеж, Воронежская государственная медицинская академия  
им.Н.Н.Бурденко\*, Служба медицинского обеспечения Юго-Восточной  
железной дороги ОАО «РЖД»\*\**

Актуальность исследования обусловлена необходимостью совершенствования лечебно-диагностических мероприятий при оказании этапной медицинской помощи пострадавшим с учетом регионально-ведомственного контекста (служба медицинского

обеспечения Юго-Восточной железной дороги). Формирование системы стандартизации в здравоохранении в настоящее время переходит на качественно новый уровень, ориентированный на рационализацию системы управления качеством медицинской помощи. Крайне важным звеном является догоспитальный этап, который в ряде случаев предопределяет исходы и последствия травмы, сроки временной нетрудоспособности, инвалидизации и летальности пострадавших.

Целью исследования является разработка междисциплинарных логических схем принятия решений на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи, которые позволяют унифицировать и стандартизировать подходы к выполнению диагностических и лечебных мероприятий, определить их рациональную последовательность по степени значимости.

Реализация структурно-функционального построения схем принятия решений базируется на выполнении следующих последовательных задач:

- формирование групп специалистов и комплексов методов исследования на догоспитальном этапе выполнения лечебно-диагностических мероприятий у пострадавших с выделением доминирующего повреждения и вариантности травмы;
- использование единых методологических подходов в клинической диагностике, унифицированных и стандартизированных критериев оценки степени тяжести состояния пострадавшего,
- применение формализованной документации (регистрация всех «слагаемых» травмы, возможность проведения мониторинга);
- использование балльной оценки степени тяжести травмы и прогностических алгоритмов;
- формирование регионально-ведомственного реестра ЛПУ до- и госпитального этапов (компоновка специализированных отделений, техническая оснащенность, режим работы и др.);
- внедрение геоинформационных технологий (территориальное расположение ЛПУ, транспортная инфраструктура и др.);
- обеспечение мобильными каналами связи субъектов медицинской деятельности;
- использование регламентированных стандартов действий врача «первого эшелона» (инициатор-реализатор лечебно-диагностического процесса) на догоспитальном этапе (оценка угрожающих жизни состояний и проведения соответствующих urgentных мероприятий, проведение возможного на данном этапе лечебно-диагностического комплекса, формирование клинического диагноза, принятие решение о рациональном лечебно-диагностическом «маршруте» и госпитализации пострадавшего в специализированное отделение).

Таким образом, поэтапная реализация поставленных задач и использование схем принятия решений на догоспитальном этапе направлено на регламентацию и стандартизацию выполнения адекватного лечебно-диагностического комплекса с минимизацией временных промежутков, оптимизацию функциональных взаимодействий субъектов медицинской деятельности и совершенствование медицинской помощи пострадавшим с учетом этапности ее выполнения и реально существующей структуры ЛПУ службы медицинского обеспечения Юго-Восточной железной дороги.

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОНЦЕПЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Котельников Г. П., Труханова И. Г.

*Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский университет*

Травмы опорно-двигательной системы занимают ведущее место в структуре вызовов скорой медицинской помощи.

Однако изучение травм на сегодняшний день требует пересмотра в подходах и методологии. До недавнего времени различные патологические процессы, возникающие при механических повреждениях, т.е. переломы, раны, шок, кровопотеря, большинством исследователей рассматривались изолировано. Около 15 лет назад мы обратились к рассмотрению проблемы травматической болезни концептуально с целью разработки комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни больных травматологического профиля, исходя из основополагающего принципа: «лечить не болезнь, а больного». Для этого были использованы междисциплинарные подходы к изучению функционирования основных систем организма с помощью новейших методик длительного лабораторного слежения и инструментального мониторинга, начиная с догоспитального этапа.

Следует обратить внимание на некоторые философские принципы, которые легли в основу нашего подхода к изучению травматической болезни. Познавание мира идет от единичного, отдельного ко всеобщему. Единичное (перлом, травма, рана) обладает индивидуальностью, имеет особые признаки, и свои свойства, поэтому оно богаче общего. В свою очередь общее (травматическая болезнь) гораздо глубже отдельного, так как является его главной стороной, сущностью, позволяет раскрыть в каждом единичном случае внутренние, устойчивые связи. Другими важными категориями являются причинно-следственные формы проявления всеобщей универсальной связи. Это значит, что данная причина (травма в любых ее проявлениях) в соответствующих условиях всякий раз вызывает определенное следствие (травматическую болезнь). Если травма носит экстремальный характер, то в организме разворачиваются компенсаторно-приспособительные процессы. К ним относятся достаточно стереотипные поведенческие реакции больного (вынужденное положение тела, ограничение двигательной и психической активности), что уменьшает нагрузку на поврежденные органы, снижает энергетические потребности, вследствие чего экономизируются функции сердечно-сосудистой, дыхательной и др. систем. Вместе с тем, формирование стресс-реакции при травме существенно расширяет диапазон адаптивных возможностей организма, приводит в «действие» внутри- и межсистемные реакции компенсации измененных функций.

Для достоверности полученных результатов была отобрана однородная группа больных - 551 пациент только с переломом бедра при консервативной тактике лечения переломов в возрасте 30-50 лет. 98 % обследованных травма сопровождалась шоком I степени. В течение 1 года (на 1, 3, 7, 14, 30, 90, 180, 360 сутки) с момента травмы у них проводили динамический контроль всех жизненно важных систем организма. Проводили изучение психоэмоционального статуса, вегетативных нервных процессов, сердечно-сосудистой и иммунной систем, состояния белкового, пигментного, липидного и минерального обменов, эндокринного статуса, гемостаза с использованием совре-

менного методологического подхода - системного многофакторного анализа и математического моделирования. В результате нами получено 11 математических моделей динамического функционального состояния всех жизненно важных систем организма у больных травматической болезнью.

Такое многоплановое исследование позволило нам предложить свою трактовку понятия травматической болезни. По нашим представлениям травматическая болезнь - это синдромокомплекс компенсаторно-приспособительных и патологических реакций всех систем организма в ответ на травму различной этиологии, характеризующийся стадийностью и длительностью течения, определяющий ее исход и прогноз для жизни и трудоспособности (Г.П. Котельников, И.Г. Чеснокова (Труханова), 1996).

## НЕОБОСНОВАННЫЕ ВЫЗОВЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Липатов В.А.**

*г. Курск, Курский государственный медицинский университет, МУЗ  
ССМП г. Курска*

Необоснованные вызовы (НВ) бригад скорой медицинской помощи (СМП), являются основной проблемой организации работы этой важной части первичного звена. При этом, для ее решения, как увеличение финансирования, так и директивные подходы априори окажутся неэффективными. Наличие в структуре вызовов более 60% необоснованных (собственные данные) говорит о парадоксальном выполнении СМП несвойственных ей функций, что недопустимо в отрасли, современный этап развития которой характеризуется специализацией и четким соблюдением функциональных обязанностей подразделений. При этом снижается экономическая эффективность работы службы, увеличивается нагрузка на персонал, выполнение вызовов к хроническим пациентам подменяет работу поликлинической службы и постепенно дисквалифицирует «экстренного» врача. В конечном итоге масса НВ сказывается на качестве оказания urgentной медицинской помощи в условиях ограниченного финансирования: недостаточное обеспечение медикаментами, оборудованием, транспортом, горюче-смазочными материалами, спецодеждой, снижение квалификации персонала, задержки вызовов из-за посещения пациентов, необоснованно вызывающих СМП и т.д.

До настоящего времени мы не встречали в доступной литературе определения НВ. В большинстве случаев, это понятие носит не четкий, публицистический характер. Опубликованные нами ранее работы определяли основным критерием необоснованности то, что на таких вызовах медицинская помощь либо не оказывается, либо требует незначительных манипуляций, например, антисептика ссадин, пероральный прием препаратов.

Накопление данных и переосмысление явления потребовало коррекции определения так как несмотря на необоснованность вызова, более чем в 90% случаев, с целью предотвращения конфликтов, необоснованных жалоб и повторных вызовов, медперсонал прибегает к парентеральному введению лекарственных препаратов и другим манипуляциям. Следовательно, НЕОБОСНОВАННЫМ ВЫЗОВОМ СМП является вызов к пациентам и пострадавшим, которые не нуждаются в экстренной медицинской помощи и госпитализации или доставке в лечебно-профилактическое учреждение для оказания специализированной помощи.

Данные проспективного исследования позволили сгруппировать НВ в три группы по степени необоснованности (таблица 1).

Таблица 1. Группы НВ по степени необоснованности.

Заведомо необоснованные	Повод к вызову указывает на его необоснованность (нарушение сна, ушиб пальца и т.п.)
Абсолютно необоснованные	Экстренной медицинской помощи не требуется
Условно необоснованные	Медицинская помощь оказывается, но без ее оказания ухудшение состояния маловероятно

С целью выяснения возможных причин НВ нами проведено анкетирование сотрудников СМП (622 анкеты). При этом, большинство респондентов высказали содружественное мнение (коэффициент конкордации 0,72) о том, что основными причинами НВ являются переоценка серьезности своего состояния в силу лабильности психики, тревожности и ипохондрического компонента отношения к своему самочувствию; экономические причины (длительное эффективное лечение множества хронических заболеваний требует финансовых затрат, как и диагностика заболеваний, бесплатность вызова «скорой»), многие пациенты не получают адекватного амбулаторного лечения, не соблюдают назначенный режим, не информированы о функциях «скорой»; своеобразность менталитета отечественного пациента и т.д.

Полностью исключить необоснованные вызовы невозможно в силу субъективно определяемой пациентами потребности в медицинской помощи, простой привычки вызывать «скорую» во всех случаях при нарушениях самочувствия (неадекватной формулировки повода), однако целенаправленные действия способны снизить их количество. Многие поводы, в соответствии с нашей классификацией сами по себе указывают на необоснованность вызова, что указывает на дефекты в работе служб по приему и передаче вызовов.

Таким образом, феномен НВ, имеющий место в практике СМП является характерным для отечественного здравоохранения негативным явлением. Причины того, что отечественная служба скорой помощи вынуждена выезжать на вызовы, где заведомо в ней нет необходимости, многогранны и подход к их решению должен быть комплексным. Решение данного вопроса должно основываться на углубленном изучении его причин, как экономических, психологических, медицинских, так и организационных. Рациональным является введение алгоритмов приема вызовов и обоснованных отказов, организация системы консультаций пациентов и передачи вызов с пульта в поликлиники города. В случаях обострения хронических заболеваний, травм, не требующих экстренной специализированной помощи, в снижении количества НВ по опыту многих станций СМП играет определенную роль врачебный консультативный пункт, организация которого заведомо экономически оправдана.

Оправданным также является выход медиков с предложениями к руководству федеральных субъектов по законодательному закреплению в нормативных актах организации работы скорой помощи, так как федеральные программы разрабатываются далекими от практики чиновниками и требуют длительной адаптации к реальным условиям. Объем медицинской помощи на НВ требует закрепления в медицинских стандартах или особых документах, а показатели НВ могут явиться одним из критериев, характеризующих эффективность работы всего первичного звена.

# МЕСТО НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Лобушкова И.П.

*Кафедра скорой медицинской помощи и интенсивной терапии ФГУ  
УНЦ УД Президента РФ*

Заболевания органов дыхания и связанная с этим острая дыхательная недостаточность у детей является наиболее часто встречающейся патологией в практике врача скорой медицинской помощи.

Причины возникновения ОДН у детей различны: она может быть вызвана непосредственно поражением верхних дыхательных путей (респираторно – вирусные инфекции, бронхиальная астма), а также являться следствием других заболеваний. ОДН характеризуется тяжелым течением, особенно у детей раннего возраста, в силу их анатомо – физиологических особенностей.

Респираторные заболевания имеют наибольший удельный вес в структуре инфекционной заболеваемости детей. Часто болеющие респираторными заболеваниями дети составляют группу риска по развитию бронхитов, бронхиолитов, обструктивных бронхитов. Повторные эпизоды бронхиальной обструкции у детей раннего возраста могут создавать предпосылки для формирования бронхиальной астмы.

Поиск оптимальных медикаментозных средств, восстанавливающих в короткие сроки нарушенную проходимость бронхов, является актуальной проблемой. Эффективность лечения зависит не только от применения медикаментозных средств, но и от способов их доставки в дыхательные пути.

Ингаляционный способ введения лекарственных средств наиболее целесообразен. В связи с этим, на догоспитальном этапе широкое распространение получила небулайзерная терапия.

Небулайзер – устройство для преобразования жидкости в аэрозоль с мелкодисперсными частицами, которые проникают главным образом в периферические бронхи. Непрерывная подача лекарственного вещества в течении определенного времени позволяет быстро создать высокую концентрацию препарата в легких без увеличения побочных явлений, достигается эффективная бронходилатация.

Небулайзерная терапия не требует координации ингаляции с актом вдоха, что составляет ее существенное преимущество перед дозируемыми аэрозольными препаратами.

Проведение небулайзерной терапии позволяет избегать инвазивных методов введения препаратов и побочных эффектов эуфилина.

Таким образом применение небулайзерной терапии в лечении синдрома затрудненного дыхания на догоспитальном этапе позволяет оказать эффективную, квалифицированную помощь детям с бронхообструктивным синдромом, снизить потребность в парэнтеральном введении препаратов, способствует быстрому достижению результатов, уменьшает количество госпитализируемых детей.

# О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Мельникова О.А., Колясников О.В., Петров А.Ю.**

*г. Екатеринбург, Территориальный центр медицины катастроф  
Свердловской области, Уральская государственная медицинская  
академия*

ОГУЗ Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области работает в двух режимах: режиме чрезвычайной ситуации и режиме повседневной деятельности. Для обеспечения работы центра в условиях чрезвычайной ситуации в структуре центра имеется склад-резерв для оказания медицинской помощи 500 пораженным. Для работы в условиях повседневной деятельности имеется аптека готовых лекарственных форм. Деятельность аптеки направлена на оснащение бригады экстренного реагирования (бригады скорой медицинской помощи) лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения. В настоящее время действует приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.99 № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации», регламентирующий перечень оснащения бригады скорой медицинской помощи. Однако список лекарственных средств в этом перечне устарел и нуждается в переработке.

В частности необходимо пересмотреть фармакологическую группу адреномиметиков (включить дофамин 4% 5,0, исключить дофамин 0,5% 5,0). Группу адсорбирующих средств расширить, включив помимо активированного угля другие сорбенты, такие как полифепан, или фильтрум, или смекту. В группу ангиангинальных средств - перлинганит. Расширить группу антибиотиков включив антибиотики нового поколения: роцефин, сумамед, ровамицин, авелокс (при оказании помощи детям с менингококковой инфекцией).

Пересмотреть дозировку калия перманганата в группе антисептических средств, поскольку дозировка по 1гр уже не выпускается промышленностью. В группе инфузионных растворов необходимо убрать гемодез 400,0, как лекарственное средство, запрещенное к применению и ввести средства на основе гидроксипропилкрахмала (рефортан, Хаес-стерил).

Таким образом, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.99 № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации» нуждается в существенной переработке с точки зрения лекарственного обеспечения.

# ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЧС В УСЛОВИЯХ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ НА ПРИМЕРЕ КОНКУРСА «ЛУЧШИЙ ВРАЧ СМП ГОРОДСКОГО ОКРУГА САМАРА», ПРОВЕДЕННОГО В РАМКАХ «НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА ЗДОРОВЬЕ»

**Молоков В.А., Труханова И.Г., Цыбин А.В.**

*Россия, г. Самара, Станция скорой медицинской помощи, Самарский государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии, реаниматологии и СМП ИПО*

В последнее десятилетие во всем мире возросло количество террористических актов. Подобная тенденция есть и в России. От слаженности работы всех структур, участвующих в ликвидации последствий терактов, во много зависит жизнь и здоровье пострадавших людей.

В июне 2006г. в рамках «Национального проекта Здоровье» в городском округе Самара был проведен конкурс на звание «Лучший врач скорой медицинской помощи», в котором приняло участие 10 бригад скорой медицинской помощи города и области.

Конкурс проводился в 4 этапа. На 1 этапе проводилась оценка готовности выездных бригад СМП к работе: состояние машин СМП, укомплектованность расходным материалом, аппаратурой и медикаментами, рабочее состояние аппаратуры и средств защиты персонала, умение пользоваться средствами защиты. На этом этапе все выездные бригады были аттестованы и допущены к работе.

Второй этап был самым захватывающим и интересным. Компетентное жюри из состава кафедры анестезиологии, реаниматологии и СМП ИПО СамГМУ и Цента медицины катастроф оценивало эффективность работы выездных бригад СМП и их взаимодействие с сотрудниками МЧС в очаге поражения. Был инсценирован взрыв на химическом предприятии, у каждого пораженного на груди приколога ситуационная задача, в соответствии с которой он предъявлял жалобы (в качестве пораженных выступали студенты медицинского колледжа г. Самры). Жюри проводило экспертизу по нескольким направлениям:

- время доезда бригады с момента взрыва;
- слаженность действий между врачом, фельдшером, медицинской сестрой и водителем в самой выездной бригаде, соблюдение принципа личной безопасности;
- правильность медицинской сортировки пострадавших в очаге взрыва, выбор приоритета оказания медицинской помощи;
- соответствие оказания медицинской помощи современным алгоритмам, использование аппаратуры, расходных материалов и лекарственных средств по назначению и с учетом стандартов оказания скорой медицинской помощи;
- время работы в очаге поражения;
- правильность отбора пострадавших для транспортировки и выбора положения больного в автомобиле
- контроль записи в карте вызова и правильность оформления документации.

Эксперты отмечали по каждому указанному пункту баллы за неправильное действие, побеждала команда с наименьшим количеством отрицательных баллов, кроме того, оценивалось общее впечатление от работы выездных бригад СМП. Этот этап показал, что только половина соревнующихся бригад правильно оценила тяжесть состояния пострадавших и провела их сортировку. Толь 3 бригады применили современные стандарты по оказанию неотложной помощи пострадавшим и полностью использовали имеющийся арсенал аппаратуры, медикаментов и расходных материалов, верно провели интубацию трахеи и ИВЛ, наложили воротник Шанца пострадавшему с ЧМТ, использовали современные средства и методы инфузионной терапии (2 периферических катетера при кровотечении, растворы гидроксипропилкрахмала и модифицированной желатины для плазмозаместительной терапии), правильно произвели транспортировку пострадавших. Недочеты, выявленные при экспертной оценке, теперь учитываются преподавателями кафедры анестезиологии, реаниматологии и СМП ИПО СамГМУ и Центра медицины катастроф г. Самары при обучении врачей практическим навыкам.

На 3 этапе все члены выездной бригады показывали умение применения навыков по проведению сердечно-легочно-мозговой реанимации на фантоме Центра медицины катастроф г. Самары. А на последнем 4 этапе – проводился контроль теоретических знаний конкурсантов по неотложной медицине с использованием тестового контроля. По итогам конкурса были отобраны 2 выездные бригады – от г. Самары и от Самарской области, которые лучше всех справились с поставленными задачами конкурса.

В итоге необходимо отметить, что проведение подобных мероприятий полезно и для сотрудников скорой медицинской помощи, и для МЧС, и для преподавателей вуза, и для Центра медицины катастроф, т.к. позволяет отработать тактические мероприятия в очаге поражения, выявить организационные, технические, практические и теоретические недочеты и ошибки, имеет образовательную направленность.

## **ГЕНДЕРСПЕЦИФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬБУСЛОВЛЕННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Москвичев В.Г., Цыганков Б.Д., Волохова Р.Ю., Верткин А.Л.**

*Москва, Московский государственный медико-стоматологический  
университет*

Официальные статистические данные последних лет наглядно демонстрируют значительную для нашей страны проблему – рост злоупотребления алкоголем. Распространенность употребления алкоголя в России превышает средние европейские показатели на 50%. По данным Госкомстата начиная с 1998 года отмечается значительное увеличение всех параметров характеризующих тяжесть алкогольной ситуации в России. Растут потребление алкоголя, первичная заболеваемость алкоголизмом, частота выявления алкогольных психозов, а также смертность от отравления алкоголем и других причин, связанных с его употреблением.

Для уточнения распространенности больных с алкогольной патологией в условиях общесоматического стационара были проанализированы истории болезней больных, госпитализированных в связи с неотложными состояниями, связанными с употребле-

нием этанолом за 2005 год в стационар СМП мегаполиса. Также были проанализированы 192 протокола патологоанатомических вскрытий умерших больных с алкогольной поливисцеропатией, подтвержденной на секции.

Всего за 2005 год в реанимационном отделении было пролечено 756 больных с отравлением этанолом или с абстинентным синдромом, что по общему количеству и койко-дню составило 20% от всех больных, пролеченных в реанимационном отделении. Женщины от общего числа больных составили 13%. Большинство больных (97%) по разрешению неотложной ситуации были переведены в соматические отделения. Не смотря на проводимые лечебные мероприятия, 3% больных умерли.

При анализе гендерных различий среди больных, госпитализированных с неотложными состояниями, связанными с употреблением этанола, а также среди умерших больных, для которых диагноз алкогольная поливисцеропатия был подтвержден при патологоанатомического исследования, были получены следующие данные (Табл. 1):

Пациенты многопрофильного стационара СМП		Госпитализированные с неотложными соматическими состояниями, связанными с употреблением алкоголя (n=756)		Умершие с морфологически верифицированной алкогольной поливисцеропатией (n=192)	
Пол		Доля	Ср. возраст	Доля	Ср. возраст
Мужчины		87%	45,8±12,1	78,2%	47,7±11,0
Женщины		13%	45,7±12,1	21,8%	48,3±10,5

При сравнении возрастных характеристик выявлено:

Мужчины с неотложными состояниями, связанными с употреблением алкоголя госпитализируются в стационар в 7 раз чаще, чем женщины.

Тем не менее, по секционным данным, мужчин, с хронической алкогольной интоксикацией только в 4 раза больше, чем женщин.

Полученные данные можно трактовать следующим образом - у трети женщин, злоупотребляющих алкоголем заболевание протекает без ярких характеризующих зависимость алкогольных «эксцессов», таких как отравление или запой с последующим тяжелым абстинентным синдромом, которые могут быть причиной госпитализации в соматический стационар (Табл. 2).

Пол	Отравление этанолом (n=385)		Абстинентный синдром (n=399)		Алкогольный делирий (n=108)	
	Доля	Ср. возраст	Доля	Ср. возраст	Доля	Ср. возраст
Мужчины	85,5%	45,2±12,9	88%	46,5±12,1	84,3%	46,0±12,5
Женщины	14,5%	44,9±12,8	12%	46,0±12,0	15,7%	50,8±12,1

При анализе больных, госпитализированных с неотложными состояниями, связанными с употреблением этанола в общесоматический стационар, обращает внимание увеличение доли женщин среди больных с алкогольным делирием (Табл. 3). При более подробном анализе больных с алкогольным абстинентным синдромом с развитием делирия или без него, были обнаружены различия, близкие достоверным:

Пол	Без делирия	Развился делирий
Женщины	64,6%**	35,4%*
Мужчины	76,9%**	23,1%*
Всего	75,4%	24,6%

\*\* и \* p=0,06

Анализируя причины летальных исходов больных с алкогольной поливисцеропатией (n=192), верифицированной по результатам патологоанатомического исследования были получены данные, результаты которых приведены в Табл. 4.

	Женщины	Мужчины	всего
Алкогольное поражение печени	54,8%	46%	48,7%
Пневмония	14%	16,7%	16,4%
Алкогольный панкреатит	7%	12,2%	11%
Алкогольная энцефалопатия	9,5%	7,5%	7,9%
Туберкулез	4,7%	3,4%	3,7%
Алкогольная кардиомиопатия	2%	3,5%	3,2%
ИБС	2%	4%	3,7%
ОНМК	0	1,4%	1%
Отравление этанолом	0	1,4%	1%
Другие	6%	3,9%	3,4

Достоверных различий в причинах смерти у мужчин и женщин не получено, однако, имеется тенденция к большей частоте алкогольного поражения печени у женщин и алкогольного панкреатита – у мужчин.

Нарушения дыхательной системы при длительном алкогольном воздействии обусловлены повреждением отофарингеальной микрофлоры, аспирацией, нарушением механического и целлюлярного удаления микроорганизмов из легких, снижением гуморального и клеточного иммунитета. Практически всегда у больной с ХАИ развивается хронический бронхит, а при достаточном стаже – пневмосклероз.

Характерной особенностью пневмоний у больных алкоголизмом является длительное ее течение без четкой клинической картины. У таких больных часто отсутствует лихорадка. Кроме того, пневмонии у таких больных имеют склонность к абсцедированию. Как видно из приведенных выше данных, пневмония является второй по частоте причиной смерти у больных с алкогольной поливисцеропатией.

Особенно опасны пневмонии развивающиеся у больных алкогольными психозами (особенно, алкогольным делирием). У находящегося в психомоторном возбуждении больного, часто вынужденно фиксированного и к тому же находящегося под воздействием транквилизаторов и антипсихотических препаратов, резко нарушается дренажная функция трахеобронхального дерева. Не менее частой и важной причиной развития пневмонии является аспирация.

Анализ состояния сердечно-сосудистой системы больных с алкогольной поливисцеропатией по данным патологоанатомического исследования получены данные отраженные в Табл. 5.

Поражение ССС	Мужчины	Женщины	Достоверность различий
Алкогольная кардиомиопатия	45,3%	28,8%	p<0,05
ИБС	15,5%	15,4%	Различия не обнаружены
Системный атеросклероз	25,4%	17,8%	Различия не достоверны

Анализ связи алкогольной кардиомиопатии и ИБС у умерших больных с алкогольной поливисцеропатией по данным патологоанатомического исследования была обнаружена достоверная обратная связь – кардиомиопатия у пациентов с ХАИ развивается чаще в отсутствие ИБС (Табл. 6).

* p<0,05	ИБС	
	Есть	Нет
Алкогольная кардиомиопатия	Есть	3,6%*
	Нет	47,1

При анализе зависимости наличия заболевания сердца (алкогольная кардиомиопатия или ИБС) у умерших больных с алкогольной поливисцеропатией по данным патологоанатомического исследования было обнаружено, что сердце у таких больных достоверно чаще (p<0,05) поражено у мужчин (52,7%), чем у женщин (35,6%). В связи с этим можно констатировать, что согласно полученным данным, пол пациента играет существенную роль в развитии поражения сердца при алкогольной поливисцеропатии.

При анализе алкогольного поражения печени у умерших больных с алкогольной поливисцеропатией по данным патологоанатомического исследования (Табл. 7) отмечается тенденция к увеличению числа смертельных случаев алкогольной болезни печени среди женщин в сравнении с мужчинами.

	Женщины	Мужчины
Соотношение общего числа смертных случаев	21,8%	78,2%
Алкогольная болезнь печени (всего)	88%	84%
Жировой гепатоз	19%	22,7%
Алкогольный гепатит	21%	18,7%
Алкогольный цирроз печени	48%	42%
Алкогольное поражение печени, ставшее причиной смерти	54,8%	46%

Наличие алкогольных поражений поджелудочной железы в группе умерших больных с патологоанатомически установленной алкогольной поливисцеропатией (Табл. 8), отмечена тенденция к увеличению смертельных случаев алкогольного панкреатита среди мужчин по сравнению с женщинами.

	Женщины	Мужчины
Соотношение общего числа смертных случаев	21,8%	78,2%
Алкогольный панкреатит	64,3%	62%
в т.ч. ставший причиной смерти	7,1%	12%

Таким образом, проблема алкогольбу обусловленных заболеваний в общесоматическом стационаре представляется актуальной междисциплинарной дисциплиной, в которой пол пациента играет важную, а порой и ключевую роль. Уточнение роли гендерных различий в развитии алкогольной поливисцеропатии необходимо проведение дальнейших более многочисленных исследований. Но уже выявленные различия алкогольбу обусловленных поражений соматической сферы у женщин и мужчин, дают основание для различной тактики ведения разнополюх больных, как в терапевтическом, так и наркологическом стационаре (в первую очередь - профилактика декомпенсации органов-мишеней).

## РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАЛЫХ ГОРОДОВ РОССИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САТКИНСКОГО РАЙОНА ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ)

**Нихоношин А.И., Фурсенко Н.А.**

*МУЗ «Станция скорой медицинской помощи Саткинского района»*

По данным ВОЗ Россия находится в последней десятке из 196 стран по реализации такой цели здравоохранения, как «справедливое финансирование» (журнал «Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения» № 7 2006 г. страница 9)

Это особенно наглядно видно по финансированию Скорой помощи в малых городах на примере Станции скорой медицинской помощи Саткинского района. Таблица № 1

	Общая сумма		Средняя стоимость вызова, в руб.	Доля з/платы и начислений, в смете расходов станции, %
	Утвержденная бюджетом	По Программе		
1992	19,3	-	482	37,3
2002	8,0	14,4	170	94,1
2005	18,2	34,2	387	83,6
2006	21,8	40,0	545	82,5

Как видно из таблицы, стоимость одного вызова в течение последних 5 лет практически в 2 раза меньше, чем определено Программой государственных гарантий. Таким образом, Программа для Станции носит декларативный характер, так как не обеспечена в полном объёме даже минимумом Финансовых средств. В результате наши сотрудники, как и все работники здравоохранения относятся к одной из самых малооплачиваемых категорий.

Система и уровень оплаты труда не мотивирует их к качественной и результативной работе. Поэтому коллектив с энтузиазмом воспринял Постановление Правительства о реализации национального Проекта «Здоровье». Стимулирующая доплата, по нашему мнению, будет стимулировать эффективную работу. Мы разработали оценочную шкалу для разных категорий медработников. Но письмо МЗ соцразвития от 02.08.2006 г. № 4134-РХ разъяснило, что Федеральную доплату снимать и уменьшать нельзя. Для этого требуется дополнительный ФОТ, который должен превышать сумму базовых ставок не менее чем в 1,5 раза.

Тем не менее, федеральные доплаты врачам, фельдшерам и медсестрам скорой, у нас начали производиться своевременно, на основании Постановления Губернатора Челябинской области № 215 от 28.07.2006 г., Главы муниципального района и приказа начальника управления здравоохранения Саткинского муниципального района. Выплаты проводятся только врачам, фельдшерам и медсестрам выездных бригад и не проводятся фельдшерам и медсестрам по приему вызовов, старшим фельдшерам, заведующим подстанциями, водителям-санитарам и другим категориям работников. В результате из 132 штатных работников федеральные доплаты получают 52 человека. Почти все заведующие подстанциями, старшие фельдшера и фельдшера по приему вызовов перешли на работу в выездные бригады, а на этих должностях работают по совместительству. Это позволило направить на выезд наиболее опытных и высококвалифицированных фельдшеров (у всех I и высшая категории), что, конечно, повысило качество оказываемой экстренной помощи населению района. Коллектив считает справедливым проведение таких выплат на I этапе исключительно выездному персоналу, и жалеет, что эти выплаты не распространяются на водителей – санитаров. Последние, являясь полноправными членами выездных бригад и от их четкой работы зависит оказание медицинской помощи больным и пострадавшим. А выездные бригады, да и весь персонал недоумевают, почему доплата врачам скорой соответствует доплате участковых медсестер, а доплата фельдшеру меньше, чем выплаты участковым медсестрам?!

В сентябре мы получили 2 санитарных автомобиля и 2 электрокардиографа.

Машины, на которых мы работали, практически все нуждаются в списании, так как давно выработали свой ресурс. «Газели», которые мы получили, полноприводные, то есть высокопроходимые, но без радиостанций. Они рассчитаны только на одного носилочного больного. В октябре-ноябре сентября мы должны получить еще 9 таких машин, что позволит в первую очередь заменить практически весь транспорт подстанций, обслуживающих сельское население, а в 2007 году и остальные населенные пункты.

Для того, чтобы выделенный автотранспорт длительно эксплуатировался, необходимо, чтоб на каждом автомобиле работало не более 2-х водителей. Тогда каждый выделенный автомобиль сможет проработать на Станции не 2,0-2,5 года, как сейчас, а 4-5 лет, что сэкономит государству средства, на которые можно приобрести дополнительное оборудование и те же автомобили, но в плановом порядке. А для этого необходимо, чтобы машины и водительский состав входили в состав станций скорой помощи, как это происходит в малых и средних городах. В городах должны быть ремонтные мастерские для санитарного транспорта, где бы проводился капитальный ремонт машин. А текущее обслуживание должно проводиться на станциях и в ЛПУ, где должен быть минимальный набор для шиномонтажа, диагностики и т.п. Это позволит сэкономить те средства, которые сейчас главные врачи ЛПУ, в том числе и скорой, переводят в автохозяйства на основании выставленных счетов.

К сожалению, не поставляются для сельских местностей и малых городов такие санитарные автомобили, как УАЗы, рассчитанные на 5 носилочных больных. Автомобили марки «Газель» и «Соболь» больше подходят для оказания помощи в них (то есть это машины класса «В» и «С»), а УАЗы (класса «А») как раз подходят для транспортировки больных. Для госпитализации 50 носилочных при ДТП потребуется вместо 50 «Газелей» всего 10 УАЗов.

Выводы:

1. Политика Президента, Правительства РФ, Губернатора области, направленная на укрепление первичного звена поддерживается коллективом;

2. I этап реализации национального проекта «Здоровье» МЗ соцразвития проводит в срок и в соответствии с установленными приоритетами (укрепление первичного звена, непосредственно работающего с населением);

3. Федеральные доплаты врачам, фельдшерам и медсестрам скорой с 01.01.07г. должны соответствовать доплатам участковых врачей и медсестер или быть даже несколько выше, чем у последних;

4. Перечень медработников, которым полагаются федеральные доплаты с 01.01.07 г. желательно расширить и в первую очередь за счет водителей-санитаров и других категорий медработников (старших врачей, старших фельдшеров, зав. подстанциями, фельдшеров по приёму вызовов и других сотрудников скорой, а также внешним и внутренним совместителям);

5. На втором этапе реализации национального проекта в 2007-2008 гг. МЗ соцразвития необходимо:

- предусмотреть поставку в горные и сельские местности оборудования и санавтомобилей марки УАЗ, рассчитанных на 5 носилочных больных и в количестве, согласно поданным заявкам еще во время работы I съезда врачей скорой помощи в 2005 году;

- рассмотреть вопрос о передаче станциям скорой медицинской помощи всего транспорта и штата водителей из автохозяйств, организовав на базе последних ремонтные мастерские для санитарного транспорта;

- обеспечить быстрее принятие Закона «О гарантиях бесплатной медпомощи населению РФ», в том числе и скорой, из показателей которой исключить объемные показатели (количество вызовов на 1000 жителей) и оставить только среднюю стоимость вызова, которая должна ежегодно пересматриваться.

- как можно скорее принять Закон об автономных некоммерческих организациях и учреждениях, действие которого должно распространяться и на Станции СМП.

- в порядке эксперимента вывести все отделения скорой помощи из состава больниц и присоединить их к существующим близлежащим самостоятельным станциям в качестве структурного подразделения (филиала) создав районные или межрайонные центры СМП.

Наша станция могла бы стать экспериментальной площадкой для этого присоединив к себе все отделения СМП горнозаводской зоны (Юрюзань, Катав-Ивановск, Усть – Катав, Аша и Кропачево), что позволит значительно снизить смертность при ДТП на федеральной автодороге Уфа-Челябинск;

- так как настоящие выплаты нельзя уменьшить, то для повышения качества труда и положительной мотивации сотрудников необходимо предусмотреть возможность создания дополнительного ФОТ на Станциях, который должен превышать сумму базовых ставок не менее, чем в 1,5 раза;

- для укрепления первичной медико-санитарной помощи сельских населенных пунктов возможно создание на базе самостоятельных станций СМП, центров скорой и первичной медикосанитарной помощи, передав в административное подчинение скорой ФАПы, сельские амбулатории и офисы врачей общей практики. Здесь прямая заинтересованность скорой в снижении количества необоснованных вызовов и рост мастерства и ответственности фельдшеров ФАПов, амбулаторий и врачей общей практики будут взаимно дополнять друг друга.

б. Национальный проект «Здоровье» обязательно должен дополняться усилиями властей субъектов РФ и муниципальных образований, как это делается в нашей области, где создаются дополнительные пункты неотложной медицинской помощи в сельских районах, открываются новые подстанции и т.п. и т.д.

## **ЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ТРУБКА КАК АЛЬТЕРНАТИВА ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**\*Пиковский В.Ю., \*\*Андреев А.А.**

*РФ, Москва, \*Кафедра скорой медицинской помощи МГМСУ,*

*\*\*ССиНМП г.Москвы*

Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей и их защита от аспирации желудочного содержимого являются одними из первоочередных мероприятий при оказании экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе у пациентов в критических состояниях. «Золотым стандартом» для выполнения этих задач признан метод интубации трахеи, причем традиционно в практике скорой помощи проводится оротрахеальная интубация с использованием прямой ларингоскопии. Однако данная методика достаточно травматична и нередко бывает затруднена в «малокомфортных» условиях догоспитального этапа, в т.ч. из-за недостаточных практических навыков у персонала, отсутствия исправного оборудования и анатомических особенностей пациентов.

Немаловажно также, что в большинстве случаев помощь оказывается фельдшерами скорой медицинской помощи, а по существующим положениям в нашей стране интубация трахеи не входит в компетенцию среднего медицинского персонала.

Альтернативным методом защиты дыхательных путей на догоспитальном этапе в практике зарубежных экстренных служб, а в последние годы и у отечественных сотрудников скорой помощи является применение пищеводных обтураторов различных типов. Наряду с известными уже пищеводно-трахеальными комбинированными трубками, в настоящее время используется и их современная модификация – ларингеальная трубка. Необходимо отметить, что она упоминается в последнем руководстве по реанимации (European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation, 2005). За счет S-образной формы ларингеальная трубка всегда попадает в пищевод при «слепом» (без ларингоскопа) введении через рот. При этом система из 2 обтурирующих манжет, раздуваемых одновременно одним шприцом, позволяет эффективно разграничить дыхательные пути и пищеварительный тракт, а также создает герметизацию дыхательных путей и препятствует западению корня языка. Спонтанное дыхание, искусственная вентиляция легких и санация трахеобронхиального дерева осуществляются по достаточно

широкому просвету трубки через свободные голосовые связки. Манипуляция выполняется за 10-15 секунд даже персоналом линейных бригад скорой помощи, не имеющим опыт интубации трахеи, и обеспечивает надежное поддержание проходимости дыхательных путей и профилактику аспирационных осложнений.

Ларингеальная трубка является методом выбора при нестабильности шейного отдела позвоночника и переломе челюстей, т.к. отсутствует необходимость в прямой ларингоскопии. Также не вызывает затруднений введение ларингеальной трубки больному, лежащему на земле и т.п. Кроме того, техническая простота выполнения манипуляции делает ее резервным методом при затруднении традиционной интубации трахеи.

Таким образом, ларингеальная трубка адаптирована к условиям догоспитального этапа и в большинстве случаев является альтернативой традиционной интубации трахеи для обеспечения полноценной защиты дыхательных путей у больных и пострадавших, находящихся в критических состояниях.

## ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ФОНЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Писарчик Т.Ю.

*г. Самара, ММУ Городская станция скорой медицинской помощи.*

По данным статистики за последние 4,5 года (2002-2005 и 1-е полугодие 2006 года, г.Самара) больные с гипертоническими кризами составили 15-20% от общего количества пациентов скорой медицинской помощи, из них у 20-25% регистрировали различные отклонения от нормы сердечного ритма. Наиболее часто при гипертонических кризах встречались следующие нарушения ритма:

- постоянная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма - 22,3%. Лечение: в 55% случаев вводили изоптин (2-4 мл внутривенно на 10-20 мл 0,9% раствора хлорида натрия), эффективность - 80%, повторные вызовы - 6,9%; госпитализации - 5%.

В 28% случаев применяли клофелин (внутривенно или сублингвально) и сердечные гликозиды (строфантин, коргликон, внутривенно), эффективность - 58%, повторные вызовы - 18,6%, госпитализации - 29%. - синусовая тахикардия - 27,5%.

Лечение: пациентам 30-60 лет в 87% случаев назначен эгилок, эффективность - 89,5%; повторные вызовы - 3%, госпитализации - 2,1%. Больным старше 60 лет в 75% случаев вводили изоптин, эффективность - 74%; госпитализации - 9,3%; повторные вызовы - 11% - пароксизмальная мерцательная аритмия - 15,1%.

Лечение: новокаиномид - 15,7%; эффективность - 59%; повторные вызовы - 17,1%; госпитализация - 19,8%. Кордарон (внутривенно) и эгилок (сублингвально) - 26%, эффективность - 72%, повторные вызовы - 12,3%; госпитализация - 10%. Кордарон - 11%, эффективность - 29%, госпитализация - 17,6% изоптин - 32,1%, эффективность - 60%, госпитализация - 8%, повторы - 10%, - пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия - 8,7%. Лечение: изоптин - 43,5%; эффективность 84%, повторные вызовы - 10,7%; госпитализация - 11%. Вагусные пробы, затем - гипотензивные - 10%, эффективность - 30%, повторные вызовы - 10,7%; госпитализация - 11,9%. АТФ и сульфат магния - 16%, эффективность - 24%, повторные вызова - 10,7%; госпитализация - 8%. АТФ и эгилок - 12%, эффективность - 47%, повторы - 7%, госпитализация - 5%. - брадикардии, брадиаритмии - 9%.

Лечение: кордафлекс (монотерапия и с атропином) -38%,эффективность -82,5% повторы - 5%, госпитализация -2%.Клофелин и атропин - 52%, повторы - 25% госпитализация - 28%. -единичные экстрасистолы - 5%.

Лечение: эгилок - 15%, эффективность - 43%, повторы -2%, госпитализации-7%.Кордарон -12%, эффективность -31%, повторы -17%, госпитализации-26%. Выводы:

Для лечения гипертонических кризов на фоне нарушений сердечного ритма целесообразно использовать препараты, обладающие одновременно и гипотензивным, и антиаритмическим эффектом.

При гипертонии в сочетании с тахикардией, тахикардией -препараты выбора -изоптин, эгилок, кордарон, новокаинамид.

Гипертония на фоне брадикардии, брадиаритмии - препарат выбора -кордафлекс.

## **ВЛИЯНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ (НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ)**

**Поздняков О.Б., Асеев А.В., Ситкин С.И., Елисеева Т.И.**

*г. Тверь, Тверская медицинская академия, областная клиническая больница*

Влияние острой кровопотери на функциональной активности иммунокомпетентных клеток и на интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных с сочетанной травмой, находящихся на вспомогательной искусственной вентиляции легких (ВИВЛ) до последнего времени остается актуальным. После острой кровопотери развивается анемическая гипоксия, нарушение микроциркуляции и ацидоз, существенно нарушается метаболизм в иммунокомпетентных клетках. Значение интенсивности свободнорадикального окисления для правильного функционирования клеточных структур неоднозначно. Под действием активных форм кислорода происходит модификация липидов, белков, нуклеиновых кислот, снижение жесткости мембран ускоряет распад поврежденных клеток и последующую их элиминацию.

Целью данного исследования явилось исследование функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов (НЛ) и интенсивность перекисного окисления липидов у больных с сочетанной абдоминальной травмой, перенесших острую кровопотерю.

Материал и методы. Обследованы 51 пациент с сочетанной травмой, повреждением органов брюшной полости и острой кровопотерей средней и тяжелой степени. В основной группе больных (26 человек) проводилась консервативная этиопатогенетическая терапия и ВИВЛ с содержанием кислорода в дыхательной смеси 40-100%, что необходимо для профилактики гипоксического повреждения, прежде всего коры головного мозга. В группе сравнения (25 человек) пациенты получали аналогичное лечение без респираторной поддержки. По возрастному-половому составу и тяжести состояния эти группы больных были сопоставимы.

Функциональную активность НЛ оценивали по тесту восстановления нитросинего тетразолия до диформазана в цитоплазме НЛ с участием активных форм кислорода, которую проводили в интактных НЛ больного и НЛ, активированных суспензией

латекса. Вычисляли средний цитохимический коэффициент (СЦК) в спонтанной и активированной пробе, для каждого пациента рассчитывали индекс активации как отношение СЦК активированных *in vitro* НЛ к СЦК интактных НЛ. Рассчитывали фагоцитарное число в НЛ с культурой эпидермального стафилококка при 30-минутной инкубации в нашей модификации (в норме до 4 микробных тел). Интенсивность ПОЛ оценивали по осмотической резистентности мембран эритроцитов по отношению к гемолитику. Определяли активность каталазы крови перманганатометрическим методом по Баху и Зубковой. Исследование проводили в первые сутки и спустя 1 неделю после операции (травмы).

Результаты. Функциональная активность НЛ у больных, находящихся на ВИВЛ с парциальным содержанием кислорода больше атмосферного, в тесте восстановления нитросинего тетразолия до диформаза в первые сутки характеризовалась интенсивной генерацией активных форм кислорода, СЦК составил 1,9 усл. Ед., а индекс активации приближался к 1,0. Фагоцитарное число было 4,8 микробных тел, что свидетельствует о повышенной поглотительной активности НЛ. Интенсивность ПОЛ составила 54%, а активация антиперекисной защиты равнялась 3,0 по показателю каталазы. На седьмые сутки отмечено иммуносупрессия ранее стимулированных НЛ, что выразилось с снижении СЦК в нитросинем тесте до 1,3 усл. Ед., индекс активации составил 1,1, фагоцитарное число уменьшилось до 3,6 микробных тел. Одновременно увеличилась интенсивность ПОЛ и достигла 78% гемолизированных эритроцитов в тесте осмотической резистентности. Показатель каталазы равнялся 3,6, что свидетельствовало об активации систем разложения эндогенной перекиси водорода. В соответствии со снижением эффективности иммунной защиты к этому времени у всех больных основной группы отмечено развитие гнойно-септических осложнений.

Функциональная активность НЛ у больных контрольной группы в нитросинем тесте по показателю СЦК составила 1,4 усл. Ед., возможность стимуляции клеток *in vitro* была сохранена и индекс активации составил 1,3. Интенсивность ПОЛ составила 54% гемолизированных эритроцитов. Активация антиперекисной защиты составила 3,0 по показателю каталазы. В дальнейшем к седьмым суткам происходила активация НЛ. Увеличивалась генерация активных форм кислорода, СЦК составил до 1,8 усл. Ед. в спонтанном варианте, а индекс активации приблизился к 1,0. Возрастало фагоцитарное число до 3,5 микробных тел. Интенсивность ПОЛ также увеличивалась и составила 61% гемолизированных эритроцитов от общего их числа. Показатель каталазы возрастал до 3,4.

Обсуждение. У больных абдоминальной травмой, перенесших острую кровопотерю, в ряде случаев возникает необходимость в длительной респираторной терапии. У таких пациентов, нуждающихся в ВИВЛ, отмечена интенсификация ПОЛ, которая носила запредельный характер, сопровождалась повреждением свободными радикалами клеточных мембран. У этих пациентов, в первые сутки была повышена генерация активных форм кислорода в НЛ и связанная с ней интенсивность ПОЛ. Уже в это время функциональных возможностей дополнительной активации НЛ не было. Поэтому в первые дни длительной вентиляции показано назначение антиоксидантных средств, например тиосульфата натрия, мексидола, витаминов С и Е. В случаях отсутствия или неэффективности подобной терапии первоначальная гиперэргическая интенсификация ПОЛ приводила к иммуносупрессии, наблюдалась депрессия и истощение возможности фагоцитоза. Поэтому, начиная с 5-7 дня респираторной терапии более оправдано назна-

чение препаратов, стимулирующих фагоцитоз, например полиоксидония. Напротив, у больных с острой кровопотерей, не нуждающихся в респираторной терапии, процессы ПОЛ носили адаптивный характер и требовали коррекции лишь в случае чрезмерной активации. При отсутствии необходимости в длительной искусственной вентиляции легких вопрос о характере терапии необходимо решать индивидуально на основании нитросинового теста.

## **АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Садчиков Д. В., Куликова Т. Н., Фисун А. М.**

*Россия, г. Саратов, медицинский университет, кафедра скорой медицинской и анестезиолого-реанимационной помощи ФПК и ППС*

Сосудистые поражения головного мозга, прежде всего острые нарушения мозгового кровообращения, в настоящее время являются ведущей причиной летальности и инвалидизации больных неврологического профиля. В России ежегодно регистрируются 250-400 инсультов на каждые 100000 городского и 170 случаев сельского населения. С 2002 года заболеваемость цереброваскулярными болезнями в Саратовской области вышла на второе место после заболеваемости периферической нервной системы и сохраняется тенденция к росту (в среднем на 10-11% выше, чем в среднем по Российской Федерации), высокими остаются показатели смертности - до 370,9 на 100 000 населения. Несмотря на увеличение больных с сосудистыми поражениями головного мозга, процент госпитализированных в неврологические стационары от количества вызовов скорой помощи не превышает 20%, что сказывается на качестве своевременной адекватной терапии и качестве жизни больного в последующем. С 2001 года в г. Саратове работают две специализированные неврологические бригады СМП, что положительно сказалось на своевременности постановки верного диагноза, однако позднее (как правило более 10 часов) начало лечения, отсутствие постоянного и адекватного контроля и ухода со стороны квалифицированного медперсонала при стационарзамещающих видах помощи делает эффективность такого «лечения» крайне сомнительной. В настоящее время доказано, что оптимальным сроком начала терапии нейропротекторными препаратами с антиоксидантными и антигипоксантами свойствами являются первые часы от момента появления таких первых клинических симптомов острого нарушения мозгового кровообращения, как онемение лица, онемение языка, расстройство речи, слабости в конечностях, головокружения, эпизодов расстройства сознания. В качестве такого нейропротектора в последние годы эффективен отечественный антиоксидант и антигипоксант прямого действия «Мексидол» (3-окси-6-метил-2-этилпиридина сукцинат).

Мексидол может быть использован в условиях «Скорой помощи», в домашних условиях при организации «стационара на дому». Анализ результатов применения мексидола в первые часы заболевания показывает более быстрый регресс неврологических симптомов, а отсроченность его применения снижает эффективность его применения. Максимальная эффективность антиоксиданта мексидола в первые часы заболевания обусловлена особенностями ишемического каскада, в котором оксидантный стресс, приводящий к патоморфологическим нейроглиальным расстройствам, возникает с

первых минут прекращения кровотока по церебральным артериям. Максимально раннее применение мексидола уменьшает степень мембранных расстройств и сохраняет жизнеспособность ишемизированной мозговой ткани.

Цель исследования: провести анализ эффективности раннего применения мексидола при острых нарушениях мозгового кровообращения на этапе «Скорой помощи».

Материал и методы исследования: 10 больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, поступивших в ОРИТ, которым начиная с догоспитального этапа была начата терапия мексидолом. Контрольная группа (10 больных) получала комплексную терапию без включения мексидола. Проводился клинико-неврологический мониторинг по шкале Jennett, определение ПОЛ (СОД), доплерографическое исследование, МРТ-головного мозга на томографе Marconi.

Результаты: анализируя 10 случаев клинического применения мексидола больным с мозговым инсультом (не менее 500 мг/сутки), начиная с введения на догоспитальном этапе врачами СМП (200-300мг) с последующим продолжением лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии, статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) в более ранние сроки ( $2,7 \pm 0,5$  суток), чем в контрольной группе достигался регресс нарушения сознания, нормализация витальных функций и сокращение длительности ИВЛ до 8 дней. Благоприятное воздействие мексидола на мозговой кровоток подтверждалось доплерографическим исследованием. Лабораторным подтверждением антигипоксических и антиоксидантных эффектов мексидола было улучшение показателей КОС крови, достоверное повышение уровня супероксиддисмутазы как проявление повышения собственной антиоксидантной защиты организма больного с инсультом. Отсутствие геморрагического пропитывания ишемических очагов при комплексном применении антикоагулянтов прямого действия и мексидола свидетельствует о способности мексидола снижать выраженность реперфузионного повреждения мозга, что верифицировалось при МРТ-исследованиях головного мозга.

Выводы: оказывая положительное инотропное, антигипоксическое, антиоксидантное и мембраностабилизирующее действие мексидол может быть рекомендован в качестве необходимого средства первой помощи на догоспитальном этапе в условиях «Скорой помощи» при подозрении на развитие острого или преходящего нарушения мозгового кровообращения, а также в качестве препарата базисной терапии, не зависимо от характера мозгового инсульта.

## **ВЛИЯНИЕ ПОЛА, ВОЗРАСТА, ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИИ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ ИОВ К СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Салеев В.Б.**

*Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Республика  
Марий Эл, Россия*

Известно, что инвалиды Великой Отечественной войны (ИОВ) относятся к возрастной группе старческого возраста (74-89 лет). За последнее десятилетие отмечено общее ухудшение показателей их физического здоровья, которое проявляется в росте смертности, инвалидности и заболеваемости.

Цель и задачи исследования заключаются в выявлении факторов, влияющих на обращаемость ИОВ к скорой медицинской помощи.

Материал и результаты исследования. Настоящее исследование было проведено по материалам отделения СМП Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, где под медицинским наблюдением в 2001-2005 гг. состояло в среднем 3265 инвалидов ВОВ. Методом сплошной выборки было установлено, что в течение данного периода к службе СМП больницы из них обратилось 1536-1587 человек, т.е. менее половины состоящих на учете. При анализе полученных данных нами было установлено, что за исследуемый период уровень обращаемости участников ВОВ к СМП оказался значительно выше, чем у "гражданского" пожилого и составил 1320 в 2005г. Постановлением Правительства РФ от 26.10.1999 г. определен норматив обращаемости населения к СМП, который составляет 318 вызовов в год. Следовательно, уровень обращаемости участников ВОВ к службе СМП можно считать высоким, так как он превышает в 4,5 раза норматив обращаемости всего населения Российской Федерации к СМП. Результаты исследования установили, что высокий уровень обращаемости ИОВ можно объяснить следующими факторами:

Возраст. Оказалось, что средний возраст участников ВОВ составил 76,9 лет, а у пожилого "гражданского" 67,9 лет (т.е. – разница составила 9 лет). Нами также был проведен анализ обращаемости в разных возрастных группах. В результате, которого установлено, что у "гражданского" населения происходит рост обращаемости в возрасте от 60 до 79 лет, а у участников ВОВ до возраста 84 лет. Затем в обеих категориях обратившихся наступает спад обращаемости.

Пол. При исследовании показателей обращаемости по признакам пола и возраста было установлено, что во всех возрастных группах (за исключением возраста 70-74 лет) обращаемость женщин несколько уступала уровням обращаемости мужчин. В то же было установлено, что как у женщин, так и у мужчин возраст влиял на обращаемость пожилых практически одинаково.

Психологические проблемы. Нами было проведено исследование числа обращений каждого участника ВОВ к службе СМП в течение 2004 г. Особый интерес представили больные, которые обращались в течение года к службе СМП более десяти раз. Было установлено, что их численность составила 44 чел, (1,2%) от числа больных (ИОВ), состоящих под медицинским наблюдением в РБВВ. В течение исследуемого периода число обращений данной группы больных к службе СМП составило 989, (18,7%) в структуре всех обращений. Следовательно, обращаемость этой части участников ВОВ к службе СМП можно считать условно "сверхвысокой", так как она составляет более 2200 обращений в год и превышает норматив в 7 раз. В ходе проводимого исследования, нами установлен феномен повышения обращаемости больных, особенно в возрасте 80-84 лет (приблизительно в 1,8 раза по сравнению с группами 75-79 лет и 85-89 лет).

К примеру, в возрастной группе 80-84 лет у одного мужчины в течение 2004 года было 85 вызовов бригад СМП и 113 вызовов к женщине этой же возрастной группы.

Причинами постоянных вызовов СМП является не столько тяжесть заболевания, сколько фактор психологической поддержки. Постоянный болевой синдром, обостренная сопутствующей патологии, фактор психологической поддержки послужили причинами 85 вызовов СМП на дом для оказания помощи. Следовательно, эта относительно небольшая группа пациентов и определяет феномен «сверхвысокой обращаемости». Основной причиной высокой обращаемости ИОВ к СМП являются в большей степени

психологические проблемы и необходимость общения, т. е. СМП является фактором психологической поддержки для пожилого человека. Наиболее распространенными психическими заболеваниями у пациентов старших возрастов являются:

- тревожные и панические расстройства;
- невроз тревоги, фобии;
- стрессовые ситуации;
- невроз навязчивых состояний;
- аффективные расстройства;

Учитывая, что увеличение возраста сопряжено с увеличением заболеваемости и, особенно, болезненности, то становится объяснимым вопрос об общем увеличении уровня обращаемости к СМП. С медико-биологической точки зрения обращаемость к СМП можно считать объективным «индикатором» состояния здоровья и санитарной культуры общества. В нем сочетаются как биологические, так и социальные факторы.

## **МОДЕЛЬ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВТОРОГО И ПОСЛЕДУЮЩИХ ДЕСЯТИЛЕТИЙ ХХ1 ВЕКА**

**Серебряный Р.С.**

*г. Москва, ГО «Медицинская энциклопедия» РАМН*

Реформы, проводимые в рамках национальных проектов «Здоровье» и «Образование», достигнут стратегических целей при условии системного решения, в частности, проблем медицинского образования и кадровой политики.

Структурно-функциональная организационная система здравоохранения со своими основными принципами построения и функционирования, и всеми обеспечивающими службами, созданы для эффективного взаимодействия врача с больным. Однако, имеющиеся противоречия и недостатки, приумножившиеся в переходный период, переживаемый страной, требуют свежего осмысления и новых подходов для их преодоления.

В настоящее время врачом скорой медицинской помощи (СМП) может быть терапевт, травматолог, невропатолог, педиатр и т.д. Хотя, в первую очередь он должен быть реаниматологом по всем видам ургентной патологии. Студенты медицинских вузов не подготавливаются целевым путём для работы врачами СМП. Отсюда цепь противоречий, обуславливающих недостатки качества, подготовки и совершенствования врача СМП.

Идеальный врач СМП, являясь врачом-реаниматологом по всем угрожающим жизни состояниям, возникающим при ургентной патологии, должен отвечать следующим требованиям:

- знать общую и частную реаниматологию, основы которой представлены широким спектром теоретических наук и медицинских дисциплин, а практическая часть – все медицинские знания, подлежащие применению в сжатые сроки для принятия решения на месте происшествия.

- пользоваться адекватными алгоритмами принятия врачебных решений и быстро применять их ( диагностика тяжести состояний, прогнозирование, лечебно-профилактические мероприятия и тактика ведения больного или пострадавшего ), оптимально отвечая ситуации, и действуя на основе минимальной информации, которую удалось получить.

- иметь нужные навыки и уметь проводить комплекс реанимационных и другие специфические для отдельных видов патологий лечебно-профилактические мероприятия : минимальный объём визуальных, мануальных, и аппаратных исследований, необходимых в конкретной обстановке.

- должен обладать определённым личным психо-эмоциональным статусом, способствующим быстрому темпу процесса деятельности.

- быть физически выносливым, мобильным, устойчивым к работе в неблагоприятных погодных, метео- и сезонных условиях, в любое время суток.

Это общие требования, детализация которых необходима для представления в пространстве и времени в соответствии с концепцией «врача будущего», который должен быть одновременно врачом-практиком (СМП), клиницистом, и учёным (Васадзе, Серебряный Р.С., 2005, 2006) .

В первую очередь нужно рассчитать личное время врача по всем 3 направлениям его деятельности, т.е. нужны нормативы нагрузки по каждому виду работ. Загрузка врачей СМП определяется с достаточной достоверностью на основе количества предполагаемых вызовов и длительности обслуживания с учётом госпитализации. При этом необходимо согласовать следующее :

- установить оптимальное общее время работы врача в день (например, 8 часов или 12, но ни в коем случае не 24-часовое дежурство), исходя из общегодовой плановой нагрузки, равной 1720 часам при 40-часовой рабочей неделе;

-создать условия безаездного функционирования бригады СМП на линии в течение 3-4 часов в сутки и не более;

- иметь графики работы врача на выезде, стационаре, научных лабораториях, основанные на рациональном распределении годового бюджета времени;

- СМП находится на базе больницы и врач в свободное от вызова время работает в приёмном или реанимационном отделении, палатах интенсивной терапии, лабораториях , кабинетах (ЭЭГ,ЗКГ и др.);

- техническими средствами обеспечивается централизованное управление всеми процессами оказания экстренной медицинской помощью (в том числе, планирование, учёт, контроль, анализ и оценка деятельности всех врачей) ;

Необходимо подчеркнуть, что в условиях, требуемых для реализации наших предложений органически подразумевается наведение должного информационного порядка и твёрдой дисциплины, в соблюдении которой должны быть заинтересованы сами врачи, учитывая их главные цели в профессиональном росте. В данной схеме подразумевается, что отдельный врач СМП и коллектив медиков, участвующих в процессе оказания экстренной медицинской помощи (их количество по общей нагрузке должно соответствовать потребности общего врачебного времени на оказание, как догоспитальной, так и стационарной помощи больным), должны действовать как единый целостный механизм.

Аргументация реальной возможности данного проекта и его совпадение с потребностями общества складывается из анализа возникновения и действующих противоречиях, имеющихся тенденций научно-технического прогресса в медицине и смежных областях знаний и техники, развития общественных отношений, демографических проблем и других факторов в сопоставлении с внутриличностными устремлениями врачей к самосовершенствованию на пути достижения личной профессиональной цели . Центральное место занимают предложения по максимальному использованию принципа личной заинтересованности самого врача в своей специализации, повыше-

ния квалификации и профессионального мастерства, разработки системы материального и морального стимулирования. Для врача СМП желательно увеличение категорий, для большей дифференциации при оценке работы и материальном поощрении.

Взаимоотношение организационной системы здравоохранения и врача, осуществляющего экстренную помощь, представляет диалектическое единство и имеет много аспектов, сторон и направлений, обеспечивающих достижение основной цели – сохранение общественного и индивидуального здоровья. Системы «здравоохранение» и «врач» – сложные развивающиеся совокупности, эффективность функционирования которых необходимо ориентировать на большую перспективу.

## **ФИБРИЛЛЯЦИЯ И ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ, ВПЕРВЫЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Стажадзе Л.Л., Буланова Н.А.**

*г. Москва, ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента  
РФ, кафедра скорой медицинской помощи и интенсивной терапии.*

Цель работы: В современной классификации фибрилляции предсердий как отдельную форму выделяют впервые зарегистрированный эпизод этой аритмии. Считается, что у большого процента больных с впервые возникшей фибрилляцией предсердий происходит спонтанное восстановление синусового ритма в течение 24-48 часов. При существовании аритмии более 7 суток, вероятность как спонтанного так и медикаментозного восстановления ритма значительно снижается. Целью работы было изучение частоты встречаемости впервые зарегистрированных эпизодов фибрилляции и трепетания предсердий на догоспитальном этапе, тактики ведения этих больных, эффективности терапии.

Методы: Работа выполнена совместно с ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ. Проведена ретроспективная оценка карт вызовов скорой медицинской помощи (СМП) по поводу впервые выявленных эпизодов фибрилляции и трепетания предсердий с января по октябрь 2005 года. Затем, полученные данные были детализированы по истории болезни пациентов.

Результаты: Фибрилляция и трепетание предсердий являлись причиной вызова СМП в 518 случаях. Это составило 7,9% от общего количества вызовов за анализируемый период, и 61,6% от общего количества вызовов по поводу нарушений ритма сердца (841). Впервые зарегистрированные на догоспитальном этапе фибрилляции и трепетания предсердий составили 74 случая. В дальнейшем, по данным истории болезни было выявлено, что у 12 из 74 пациентов данный эпизод аритмии не является впервые зарегистрированным, поэтому были проанализированы только оставшиеся 66 случаев.

На ЭКГ 57 пациентов регистрировалась фибрилляция предсердий, 5 – трепетание предсердий, и 4 – мерцание-трепетание предсердий.

Впервые выявленная аритмия чаще встречалась у мужчин. (Табл. 1). Из 43 впервые зарегистрированных эпизодов аритмии среди мужчин, 11 (25,6%) наблюдались у пациентов в возрасте до 60 лет, тогда как у женщин аритмия дебютировала начиная с 60 летнего возраста.

Таблица 1. Распределение пациентов по полу и возрасту.

	Все обследованные	Мужчины	Женщины
Количество	66	43	23
Возраст (ср. возраст)	43-99 лет (72,35 лет)	43-95 лет (72,60 лет)	60-99 лет (78,87 лет)

У 17 из 66 пациентов наблюдались следующие возможные причины или факторы, провоцирующие развитие аритмии: нестабильная стенокардия (7), артериальное давление более 200/100 мм.рт.ст. (2), судороги и кратковременный эпизод потери сознания (2), обострение хронического холецистита (1), ОРВИ (1), декомпенсация ХСН (4).

Брадистолическая форма аритмии наблюдалась у 1 пациента, тахи – у 18 и норма форма – у 47 пациентов. Для снижения частоты желудочковых сокращений применялся дигоксин (14 случаев) в том числе в комбинации с пероральным приемом обзидана (2), только пероральный прием обзидана (2), верапамил (1).

Восстановление синусового ритма на догоспитальном этапе произошло у 4 больных: самопроизвольное, без применения антиаритмических препаратов у 1 пациента, на фоне применения дигоксина (1 пациент) или его комбинации с обзиданом (2 пациента). 59 пациентов были госпитализированы для дальнейшего лечения и обследования, трое отказались от госпитализации.

Выводы: Впервые зарегистрированные эпизоды фибрилляции и трепетания предсердий составляют 7,8% от вызовов СМП по поводу нарушений ритма сердца. У мужчин эта форма аритмии дебютирует в более молодом возрасте, и чаще чем у женщин. Восстановление синусового ритма на догоспитальном этапе (спонтанное, или в процессе урежающей ритм терапии) составляет 6% у данной категории больных.

## ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

**Тараканова Л.И.**

*Карелия, г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет*

Проведен анализ 87 реанимаций, осуществленных реанимационной бригадой СМП г. Петрозаводска. Среди реанимированных больных мужчин было 61 (70,1%), женщин – 24 (27,6%), детей – 2 (2,3%).

Распределение больных по возрасту: до 14 лет – 2 (2,3 %), до 20 лет – 1 (1,2 %), 20-40 лет – 16 (18,4%), 41-60 лет – 30 (34,5%), 61-80 лет – 32 (36,8 %), старше 80 лет – 6 (6,9%).

Время отправки бригады на реанимацию или угрожающее жизни состояние в среднем составило 2 минуты, в 93 (92,2%) случаях бригада была отправлена от 1 до 4 минут после поступления вызова, только в 9 (7,8%) случаях бригада была отправлена позже 4 минут. Среднее время доезда до больного, то есть, время от поступления вызова до приезда на место, составило 9,2±3,4 минуты. Среднее время проведения реанимационных мероприятий – 31,1±8,7 минуты.

Смерть наступила дома у 75 пациентов (86,2%), на улице и в общественном месте – у 8 (9,2 %), в 4 случаях смерть наступила в машине СМП (4,6%).

В 73 (83,9%) случаях на вызов сразу была отправлена реанимационная бригада, в 14 (16,1%) случаях – линейная бригада.

Смерть до приезда бригады зафиксирована в 54 (62,1%) случаях, в присутствии бригады – в 33 (37,9%) случаях.

До приезда СМП только 10 (11,5%) больным окружающими людьми проводилась реанимация. Несмотря на то, что реанимационные мероприятия потом были продолжены реанимационной бригадой, ни одного больного не удалось оживить.

Реанимационные мероприятия проведены при следующих состояниях:

- заболевания сердечно-сосудистой системы – 38 (43,7%),
- множественная и сочетанная травма в результате ДТП – 4 (4,6%),
- ножевые ранения – 3 (3,4%),
- электротравма – 1 (1,1%),
- отравления окисью углерода и ожоги при пожаре – 4 (4,6%),
- отравления алкоголем и его суррогатами или неизвестным ядом – 4 (4,6%),
- механическая асфиксия через повешение – 4 (4,6%),
- асфиксия инородным телом – 2 (2,3 %)
- прочие заболевания или причина смерти не установлена – 27 (31,0 %).

Основной причиной смерти были заболевания сердечно-сосудистой системы (43,7%).

Виды остановки сердца, наступившей в присутствии бригады СМП:

- фибрилляция желудочков – у 19 (57,6%) больных,
- электромеханическая диссоциация – у 9 (27,3%),
- асистолия – у 5 (15,1%).

Виды остановки сердца, наступившей до приезда СМП:

- фибрилляция желудочков – у 12 больных (22,2%),
- электромеханическая диссоциация – у 9 (16,7%),
- асистолия – у 33 (61,1%).

Реанимационные мероприятия проводились по стандарту. Выведены из состояния клинической смерти 12 (13,8 %) больных, из них у 9 (10,3%) человек смерть наступила в присутствии бригады СМП, у 3 (3,4%) – до приезда бригады. Успешные реанимации в 10 случаях были при остановке кровообращения в результате фибрилляции желудочков, в 2 случаях – в результате асистолии.

На основании анализа историй болезни, выяснена дальнейшая судьба реанимированных больных.

Из 12 госпитализированных пациентов 6 были выписаны из стационара: 3 пациента после успешной реанимации при внезапной сердечной смерти, 1 пациент после механической асфиксии, 1 – после ранения сердца, 1 – после тяжелой травмы. 6 больных умерли в первые сутки после поступления в стационар.

У всех 6 больных, выписанных из стационара, восстановление кровообращения было достигнуто в течение первых минут после начала реанимационных мероприятий.

Таким образом, основное значение для исхода реанимационных мероприятий на догоспитальном этапе при внезапной остановке сердца имеет временной фактор и вид остановки кровообращения.

# ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Тараканова Л.И., Седлецкая Н.Н., Михайлюк С.Г.**

*Республика Карелия, г. Петрозаводск, Петрозаводский государственный университет. Больница скорой медицинской помощи.*

На основании комплексного изучения состояния службы СМП Республики Карелия разработаны территориальные индикаторы эффективности ее деятельности.

Индикаторы оценки эффективности деятельности СМП

I. Показатели ресурсного обеспечения:

- показатель обеспеченности санитарным транспортом/на 1000 населения
- показатель обеспеченности кадрами/на 1000 населения

II группа. Показатели технологии (процесса оказания медицинской помощи)

1). Оперативные показатели.

Временные показатели, отражающие своевременность оказания экстренной помощи:

- среднее время выезда машины СМП (мин.)
- среднее время ожидания выполнения вызова “по скорой помощи” свыше 4 минут, “по неотложной помощи” – свыше 15 минут (% от общего числа вызовов)
- среднее время доезда до пациента (мин.)
- среднее время обслуживания вызова (мин.)

2). Промежуточные показатели:

- среднесуточная нагрузка на бригаду
- повторные вызовы (по вине бригады СМП) (%)
- удельный вес необоснованных госпитализаций (%)
- претензии лечебно-профилактических учреждений и обоснованные жалобы населения (%)

III группа. Показатели, характеризующие оказание экстренной помощи по конечному результату:

- расхождения диагнозов СМП со стационаром (%)
- догоспитальная летальность (%)
- досуточная летальность в стационаре (%)
- смерть в присутствии бригады СМП (%)
- успешные реанимации (% от общего числа реанимированных больных)
- отклонение от запланированного социального норматива объема СМП (%)

Адекватность лечебных мероприятий оценивается на основе стандартов.

Эти показатели, разработанные нами для анализа деятельности службы СМП Республики Карелия, могут рассматриваться в качестве индикаторов деятельности службы всех учреждений СМП. С каждым из показателей можно связать определенные мероприятия, направленные на улучшение эффективности деятельности службы СМП. Предложенные нами индикаторы открыты для обсуждения с целью их доработки и совершенствования.

# ВЛИЯНИЕ СВЕТОВЫХ УСЛОВИЙ НА РАЗВИТИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

Тлупова Т.Г., Эльгаров А.А.

*Кабардино-Балкария, г.Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет им.Х.М.Бербекова*

Известно, что большее число дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и с наиболее тяжелыми последствиями совершается в сумерках и ночью, в условиях пониженной освещенности, плохой видимости, слепящих источников света (Zlateva V., 1989, Чернышева С.Г., 2005). Основную часть сенсорной информации человек получает через орган зрения, и можно полагать, что количество аварий находится в непосредственной связи с состоянием зрительного анализатора. Люди с дефектами зрения совершают аварии в 5-6 раз чаще, чем не имеющие их (Harms H., 1986).

В темное время суток происходит 25 % всех ДТП, несмотря на значительное снижение интенсивности движения в это время (Williams A., 1997). Среди водителей автотранспорта (ВА), имевших ночные происшествия, у 24% имелись дефекты ночного зрения, а среди водителей, не имевших ночных происшествий, такие дефекты выявлялись лишь у 3,5 % (Миглиорино Д., 1976).

Связь безопасности вождения и зрительных функций водителя изучалась только по данным однократных исследований зрения, регистрировали лишь стационарные показатели - остроту зрения, рефракцию, поле зрения и цветоощущение (Розенблюм Ю.З., 1989).

ЦЕЛЬЮ нашей работы явилось исследование влияния световых условий на остроту зрения водителей автотранспорта, что позволит планировать мероприятия по профилактике дорожно-транспортных происшествий.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКИ. Обследовано 100 здоровых водителей Автотранспортного предприятия №1 г.Нальчика однородного вида транспорта (легковые машины-такси общей массой 1800кг; относящиеся к категории В по Международной классификации), не предъявляющих жалоб на общее состояние организма и на орган зрения, в частности. ВА работали на городских маршрутах в течение рабочей смены продолжительностью 12 часов по сменному графику. Главным условием для отбора было отсутствие у ВА ДТП за время его работы.

Все обследованные – мужчины в возрасте 20 – 55 лет (средний возраст -  $37,08 \pm 10,19$ ) со стажем работы 3 – 30 лет (в среднем  $17,73 \pm 6,06$ ). Острота зрения с коррекцией у всех отобранных была не ниже 1,0, показатели внутриглазного давления, поля зрения, цветоощущения соответствовали норме.

Для проведения исследования и повышения точности определения остроты зрения в условиях различной освещенности у здоровых лиц, раннего выявления офтальмопатологии, нами был разработан специальный прибор (Тлупова Т.Г., Чернышева С.Г., Розенблюм Ю.З., Устройство для определения остроты зрения. Авторское свидетельство РФ № 2269921. Приоритет от 17.05.2004. Опубликовано 20.02.2006. Бюл. № 5). Преимуществом его являются относительно небольшой вес, размер, возможность его переноса и измерения разрешающей способности зрения в любых условиях освещенности, что экономически выгодно.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. При опросе 21,6% здоровых водителей предъявляли жалобы астенопического характера, причем большинство водителей указывали на появление этих жалоб только в период работы в вечернее или ночное время, т.е. при изменении световых условий.

Статистически достоверное повышение остроты зрения при увеличении освещенности тестов (ОТ) выявлено во всех возрастных группах. Резкое улучшение зрения отмечается при  $OT = 200$  Лк, а усиление освещенности тестов выше 400Лк достоверного улучшения не выявило. В возрасте 20-30 лет (1-3 возрастные группы) можно добиться улучшения зрительных функций повышая ОТ, однако в возрасте 35-45 лет (группы 4-6) такого значительного улучшения не отмечалось.

Величина повышения остроты зрения при усилении освещенности тестов у здоровых лиц 1 возрастной группы равна 0,6, во 2 группе – 0,5, в 3 группе – 0,43, в 4-й – 0,37, в 5-й – 0,32, в 6-й – 0,30, в 7-й – 0,22. Прослеживается явное снижение остроты зрения в зависимости от возраста и неспособность повышения зрения при улучшении световых условий у лиц старших возрастов.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** С помощью предлагаемой нами методики представляется возможным планирование мероприятий по профилактике дорожно-транспортных происшествий. Данная методика значительно расширяет и углубляет возможности прогнозирования снижения зрения при ухудшении световых условий и может быть рекомендована врачам – трудовым и экспертным комиссиям для широкого внедрения.

## **НОВЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ**

**Глупова Т.Г.**

*Кабардино-Балкария, г. Нальчик, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова*

По данным ГИБДД МВД Кабардино-Балкарии число дорожно-транспортных происшествий (ДТП) на дорогах республики увеличивается с 17 часов (74), достигает максимума к 18 часам (93) и сохраняется высоким до 20 часов (88). Соответственно увеличивается число раненых и погибших. Учитывая, что работа водителя является одним из видов зрительно-напряженного труда, можно предположить, что именно ухудшение зрительных функций вследствие изменения контрастности в сумеречное и ночное время является частой причиной ДТП во второй половине дня (Halalshah M., 1998, Mital N., 1999).

Сравнительное изучение остроты зрения при различении черных объектов на белом фоне и белых объектов на черном фоне, показало (Музылев, 1946), что при низких уровнях освещенности бо́льшая острота зрения достигается при различении белых объектов на темном фоне, чем при обратной комбинации (Шамшинова А.М., Волков В.В., 1998).

Важность и актуальность исследований этой проблемы не вызывает сомнений, однако в доступной литературе имеются лишь единичные данные, отражающие изменение остроты зрения в зависимости от изменения контраста опто типов.

**ЦЕЛЮ** нашей работы являлась разработка нового метода профилактики ДТП, основанного на изучение влияния изменения контраста опто типов на остроту зрения здоровых водителей автотранспорта в условиях снижения освещенности.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКИ.** После обследования 100 здоровых водителей Автотранспортного предприятия №1 г. Нальчика однородного вида транспорта (легковые машины-такси общей массой 1800кг, относящиеся к категории В по Международной классификации), не предъявляющих жалоб на общее состояние организма и на орган зрения, в частности, была сформирована контрольная группа (25 водителей) для изуче-

ния влияния контраста оптоотипов на остроту зрения в условиях снижения освещенности тест-объекта.

Все обследованные – молодые мужчины в возрасте 20 – 25 лет (средний возраст -  $22,12 \pm 2,24$ ) со стажем работы 3 – 6 лет (в среднем  $3,65 \pm 2,32$ ). Острота зрения с коррекцией у всех водителей была не ниже 1,0, показатели внутриглазного давления, поля зрения, цветоощущения соответствовали норме.

Для проведения эксперимента нами разработан и использован специальный прибор (Тлупова Т.Г., Чернышева С.Г., Розенблюм Ю.З., Устройство для определения остроты зрения. Авторское свидетельство РФ №2269921. Приоритет от 17.05.2004. Опубликовано 20.02.2006. Бюл. № 5). Также был разработан набор таблиц с изменением контраста оптоотипов с использованием полихроматических таблиц (Рабкин Е.Б., 1971). Хроматическая шкала составлена с учетом различных значений насыщенности и светлоты и состоит из 29 полей с непрерывно падающей светлотой от 1-го до 29-го. Нами были использованы поля №0 (белое), №5 (светло-серое), №15 (серое) и №25 (темно-серое).

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.** Исследование остроты зрения в условиях изменения контраста оптоотипов при снижении освещенности выявило достоверное различие при предъявлении оптоотипов на сером и темно-сером фоне. Светло-серый (№5) фон не влияет на зрительные функции, выраженного достоверного различия не выявлено (за исключением освещенности 250Лк).

Если при освещенности 200-400Лк острота зрения поддерживается на достаточном уровне (1,22-1,72) и не мешает обследуемому в выполнении его функций, то снижение освещенности ниже 150Лк приводит к резкому снижению остроты зрения (до 1,02-1,04), что может отрицательно сказаться на зрительной работоспособности в целом. Это особенно важно учитывать при профотборе водителей транспорта, т.к. темно-серый фон – это фон в туманную, дождливую погоду, когда предметы, дорожные знаки плохо различимы.

Предлагаемая нами методика значительно расширяет и углубляет возможности прогнозирования снижения зрения при ухудшении световых условий, представляется возможным получение более точных результатов оценки состояния зрительных функций при изменении контраста оптоотипов, что особенно важно при профотборе водителей.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** При изменении контраста оптоотипов выявляется достоверное различие при предъявлении оптоотипов на сером и темно-сером фоне. Светло-серый фон не влияет на зрительные функции, выраженного достоверного различия не выявлено. Возможно прогнозирование снижения остроты зрения при изменении контраста оптоотипов, что особенно важно учитывать при профотборе водителей транспорта, т.к. темно-серый фон – это фон в туманную, дождливую погоду, когда предметы, дорожные знаки плохо различимы.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Труханова И.Г., Цыбин А.В., Молоков В.А.**

*Россия, г. Самара, Самарский государственный медицинский университет, Станция скорой медицинской помощи*

Острый коронарный синдром (ОКС) – спектр состояний от впервые возникшей стенокардии до затяжных, непрерывно повторяющихся в покое приступов, не купирующихся

нитроглицерином, с неопределенным прогнозом и повышенной вероятностью развития крупноочагового инфаркта миокарда (ИМ) и внезапной смерти. Он объединяет собой больных с нестабильной стенокардией и ИМ без зубца Q. Отличием ОКС от ИМ с зубцом Q является наличие неокклюзионного (динамического, обратимого) стеноза коронарных артерий. Только в г. Самаре ежедневно регистрируется до 50 вызовов, когда диагностируется ОКС. Понятие «острый коронарный синдром» было введено в практику именно с позиции выбора тактики ведения пациента. Различают острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST или остро возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса (состояние, требующее проведения тромболитизиса, а при наличии технических возможностей – ангиопластики) и без подъема сегмента ST, инверсией, сглаженностью псевдонормализацией зубца T или вообще без изменений на ЭКГ (тромболитическая терапия не показана).

Тромболитическая терапия сегодня по способности предупредить летальный исход приравнена к таким неосложненным мероприятиям, как меры при остановке сердца (рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского совета по реанимации).

Цель данной работы – оптимизировать процесс оказания экстренной медицинской помощи больным ОКС с подъемом сегмента ST в условиях догоспитального этапа путем проведения им тромболитической терапии.

При использовании метода тромболитизиса именно догоспитальному этапу отведена ведущая роль, т.к. выездные бригады СМП могут использовать «золотой час», когда есть вероятность наибольшей эффективности восстановления коронарного кровотока у больного ОКС. Мировой практикой доказано, что оптимальным временным промежутком для этого вида лечения является интервал от 1 до 6 часов с момента коронарного тромбоза.

Показания для использования метода:

- острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST на ЭКГ более чем на 1 мм в двух смежных отведениях
- новая блокада левой ножки пучка Гиса.

Абсолютные и относительные противопоказания - в соответствии с рекомендациями по применению метода.

На Станции скорой медицинской помощи г. Самара для тромболитической терапии был использован российский препарат «Пулолаза» (проурокиназа рекомбинантная) по следующей схеме:

- 2 млн. МЕ в вену болюсно

- 4 млн. МЕ в вену капельно на физиологическом растворе натрия хлорида за 60 минут. Препарат назначался специализированной кардибригадой или анестезиолого-реанимационной бригадой. После проведенной терапии все пациенты доставлялись в кардиологические отделения г. Самары.

С января 2006 года врачами ССМП г. Самары тромболитическая терапия была проведена 25 пациентам ОКС в возрасте от 31 до 64 лет. У всех была выявлена стойкая элевация сегмента ST в отведениях I, II, AVL, V 1-4. Не было отмечено ни одного жизнеугрожающего осложнения при использовании метода (анафилаксия, тяжелые реперфузионные аритмии, тяжелые кровотечения – 0%). В одном случае имела место кровоточивость из мест инъекций, которая самостоятельно купировалась в течение 15 минут. Один пациент погиб, несмотря на использование метода от кардиогенного шока, развившегося на фоне распространенного переднего ИМ левого желудочка с зубцом Q.

Выводы:

Наиболее выгодные условия для проведения тромболиза у больных ОКС с подъемом сегмента ST имеются на догоспитальном этапе – принцип использования «золотого часа».

Внедрение тромболиза в условиях скорой помощи способно существенно повлиять на прогноз у больных с этой тяжелой патологией: уменьшение или полная ликвидация проявлений некроза миокарда, снижение количества осложнений в ранние и отдаленные периоды ИМ, улучшение качества жизни кардиологических пациентов.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

**Унжаков В.В., Ким-Вон-Ги.**

*г. Хабаровск, институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края, кафедра скорой медицинской помощи и медицины катастроф.*

Имеется много предпосылок к применению кортикостероидов для лечения и предупреждения посттравматического отека головного мозга. Кортикостероиды стабилизируют мембраны нейронов, что приводит к предупреждению проникновения жидкости внутрь клетки и выхода из нее лизосомальных ферментов. Кроме того, кортикостероиды подавляют избыточную активацию воспалительного цитокинового каскада, развивающегося вследствие некроза ткани мозга. С другой стороны к отрицательным воздействиям кортикостероидных гормонов относят развитие септических осложнений из-за угнетения иммунитета, с нарастанием числа желудочно-кишечных кровотечений вследствие увеличения частоты стрессовых эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, а также с развитием гиперликемии.

Целью исследования явилось проведение сравнительного анализа осложнений после применения стероидных гормонов у больных с острой тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материал и методы исследования. Для достижения указанной цели исследовано 384 больных. Больные были разделены на две группы. В I группу вошло 185 больных, во II группу вошло 199 больных с острой тяжелой черепно-мозговой травмой эпидуральными гематомами, всем больным были выполнены операции по поводу субдуральных гематом. В I группе больных для профилактики и лечения отека головного мозга назначались преднизолон или дексаметазон в суточной дозе 2-3 мг/кг или 0,2-0,3 мг/кг соответственно, во второй группе больных гормоны не применялись. При поступлении и в динамике лечения больным проводился диагностический контроль в виде компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга, использовались клинко-лабораторные методы исследования. В обеих группах проводилась стандартная интенсивная терапия черепно-мозговой травмы, направленная на профилактику и лечение первичных и вторичных нарушений головного мозга. Оценивалась частота возникновений желудочно-кишечных кровотечений и различных инфекционных осложнений. При выписке больных их состояние оценивалась шкале исходов Глазго.

Полученные результаты. В результате проведенного исследования, было выявлено, что динамика регрессии отека головного мозга в обеих группах больных была схожа, по клинико-лабораторным показателям также различий не было. При исследовании же возникновения частоты желудочно-кишечных кровотечений было отмечено, что желудочно-кишечные кровотечения встретились у 11 больных (6%) I группы, а инфекционные осложнения отмечались у 36 больных (18%) этой же группы. Во II группе больных желудочно-кишечное кровотечение встретилось у 1 больного (0,5%), а инфекционные осложнения у 17 (8,5) больных. При выписке больных оценка их состояния по шкале исходов Глазго не отличалась.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что при использовании глюкокортикоидных гормонов в комплексном лечении черепно-мозговой травмы повышается риск возникновения желудочных кровотечений из эрозий и язв желудка и двенадцати перстной кишки, а также увеличивается риск инфекционных осложнений.

## **ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА И ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС**

**Унжаков В.В., Швецов Б.Н., Петров В.Н.**

*Россия, г.Хабаровск, Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края.*

Цель работы. Изучить состояние оксиданто-антиоксидантной системы у больных с острой тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Материал и методы исследования. Исследовано 128 историй больных перенесших острую тяжелую черепно-мозговую травму. Все больные поступали со сдавлением головного мозга внутримозговой гематомой. Сразу же после оперативного вмешательства больным проводилась базисная терапия по общепринятым стандартам. – искусственная вентиляция легких (ИВЛ), стабилизация гемодинамики коррекция кислотно-щелочного, водно-электролитного и осмолярного гомеостаза, лечение внутримозговой гипертензии профилактика осложнений.

В ближайшие часы после операции и на первые сутки после оперативного вмешательства больным исследовалось состояние антиоксидантной и прооксидантной систем. Использованы следующие лабораторные тесты: концентрация в крови гидроперекисей высших жирных кислот и малонового альдегида, концентрация витамина Е (альфа-токоферола), концентрация общих липидов сыворотки крови. Рассчитывалось соотношение между гидроперекисями, малоновым альдегидом и токоферолом. Этот коэффициент в определенной степени отражал соотношение между прооксидантной и антиоксидантной системами

Результаты. В результате проведенного исследования выявлено, что в первые часы и сутки после острой тяжелой черепно-мозговой травмы значительно повышалась концентрация гидроперекисей высших жирных кислот и малонового альдегида снижалась концентрация витамина Е (альфа-токоферола), увеличивался коэффициент отношения прооксидантной и оксидантной систем, концентрация общих липидов сыворотки крови оставалась неизменной. Полученные результаты проведенного исследования говорили об активизации прооксидантной системы и снижения активности оксидантной системы, т.е. о развитии оксидантного стресса у больных с острой тяжелой ЧМТ.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что острая тяжелая ЧМТ привела к развитию оксидантного стресса, патогенетическая суш-

ность которого заключается в избыточном внутриклеточном накоплении свободных радикалов, активации процессов перекисного окисления липидов и избыточного их накопления. В результате этих звеньев и при выраженных нарушениях возникает необратимая клеточная смерть или апоплексическая деполаризация нейронов. Следовательно, уже с первых часов после ЧМТ в комплекс проведения интенсивной терапии необходимо включать препараты обладающих антиоксидантными свойствами.

## **СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДО- И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ ПОСТРАДАВШЕМУ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ РАНЕНИЕМ СЕРДЦА**

**Фурсенко Н.А., Ниhoношин А.И.**

*Станция скорой медицинской помощи Саткинского района*

07.01.2006г. в 22:00 по местному времени, в пациента X, 37 лет, проживающему на даче в 20 км от районного центра было произведено 2 выстрела из пистолета «Макаров».

Вызов на Скорую поступил в 22:14, бригада скорой медицинской помощи, прибывшая на место происшествия в 22:28, обнаружила пострадавшего в сознании, с жалобами на резкие боли в брюшной полости, усиливающиеся при глотании и боли грудной клетке, правой стопе, правом бедре, затрудненное дыхание.

При объективном исследовании общее состояние пациента тяжелое, кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание ослаблено. ЧД-18 в мин., тоны сердца ритмичные глухие, АД=60/30мм рт.ст., Ps-120 в минуту ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, резко болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Симптом раздражения брюшины резко положительны.

Зрачки D=S, фотореакции сохранены. Активные движения сохранены. Симптом натяжения в норме. Локальный статус: в проекции мечевидного отростка грудины определяется рана округлой формы диаметром 1 см. Рана не кровоточит. Пальпация грудной клетки болезненна. В области правой стопы по подошвенной поверхности рана продолговатой формы 1,0 x 0,8см, рана не кровоточит. По наружной поверхности правого бедра - осаднение 5,0 x 1,0см. Опора на стопу невозможна. Чувствительность и пульсация на стопе сохранены.

Диагноз: Огнестрельное ранение брюшной полости, грудной клетки, правой стопы, правого бедра. Гемморрагический шок II-III степени.

Больному внутривенно-капельно подключен Sol. Disoli - 400,0 и Sol. Dofamini 0,5%-125 мг и введён Sol. Promedoli 2%,-1,0, наложены асептические повязки и установлена постоянная ингаляция кислорода. В 22:40 с АД =100/60 мм.рт.ст. и Ps-110 в мин. ЧД 16 в мин. больной взят в машину с капельницей и кислородной маской.

Во время транспортировки сознание пострадавшего оставалось ясным, АД= сохранялось на уровне 90-100/60 мм.рт.ст., P-104 в мин. Навстречу линейной бригаде диспетчером скорой выслана реанимационная бригада из г. Сатки, но ее вмешательство не потребовалось и больной был доставлен в 23:00 в хирургическое отделение ЦМСЧ «Магнит»

При поступлении в отделение состояние продолжает оставаться тяжёлым. Пострадавший в сознании, несколько заторможен. Кожа и слизистые чистые, бледные, обычной

влажности. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются ЧД-18 в мин., тоны сердца ритмичные, глухие. Ps-110 в мин. ритмичный, АД=110/70, язык влажный, живот не вздут, участвует в акте дыхания, резко напряжен и болезненный во всех отделах.

Симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика не выслушивается. Границы печени и селезенки не определяются. После получения травмы не мочился.

Локально: в подложечной области по срединной линии рана 0,8 см с опалёнными краями, не кровоточит.

Больному начата предоперационная подготовка и 08.01.06 г. в 00:00 мин. - 1 ч.50 мин. заведующим хирургическим отделением Новокшиновым В.И., хирургом Саяровым Р.Ф., анестезиологом Торокиным М.В., операционной медсестрой Дьяченко Л.П., в присутствии зав. травматологическим отделением Ширшова С.В. и врача-травматолога Кондюкова С.В. проведена операция: тороколапаротомия.

Под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия. В верхних отделах брюшной полости сгустки крови, желудочное содержимое и тёмная кровь. При ревизии органов выявлены 2 раны, на передней стенке желудка в области тела и в области дна, с обильным отделением желудочного содержимого и тёмной кровью. При ревизии диафрагмы выявлена рана до 2-х см, из которой толчками отделяется тёмная кровь. Произведена трансстеральная торакотомия. Вскрыта сердечная сорочка, удалено до 300,0 сгустков. На передне-нижней стенке правого желудочка рана до 4-х см с неровными краями и профузным кровотечением. Рана ушита отдельными узловыми капроновыми швами. Задняя стенка перикарда ушита отдельными узловыми капроновыми швами. Передняя стенка перикарда ушита редкими узловыми швами. Контроль гемостаза. Перикард дренирован перчаточной резиной. Поддиафрагмальное пространство осушено. Раны желудка ушиты отдельными узловыми капроновыми швами в 2 ряда. При ревизии селезёнки выявлена сквозная рана верхнего полюса до 2-х см с кровотечением. Произведена спленэктомия. Сосуды лигированы лавсаном с прошиванием. Раны диафрагмы 2 см над печенью и 4 см в области левого синуса ушиты отдельными узловыми швами. Других повреждений не выявлено. Брюшная полость промыта растворами антисептиков. Правое поддиафрагмальное пространство, в подпечёночное пространство и в малый таз установлены перчаточные дренажи. Печёночная рана тампонирована марлевой салфеткой через срединную рану. Переднее средостение дренировано перчаточной резиной. Рана грудины ушита отдельными лавсановыми швами. Контроль гемостаза и инородных тел. Раны posterior ушиты. Асептическая наклейка.

Планируется программная релапаротомия брюшной полости 10.01.06 г.

Под общим обезболиванием в 7 межреберье по средне-подмышечной линии справа произведён разрез кожи 1,5 см – выполнена траокарная пункция левой плевральной полости - через гильзу траокара в плевральную полость установлена ПХВ трубка и фиксирована к коже. ПХВ трубка подключена к дренажной системе по Бюлау. Отмечается отхождение тёмной крови. Асептическая наклейка.

Уточнённый диагноз: Огнестрельное торакоабдоминальное ранение. Повреждение сердца, диафрагмы, левой доли печени, сквозное ранение желудка, ранение селезёнки, нижней доли левого лёгкого, тампанада сердца, гемоторакс, гемоперитонеум, травматический шок 3-4 степени.

Вызванная из областной больницы г. Челябинска бригада, состоящая из кардиохирурга Старикова В.И. и кардиореаниматора Зинова А.В. проводит 08.01.06г. ревизию сердца, полости перикарда, ушивание раны левого легкого. Бригада даёт высокую

оценку действиям работников Скорой помощи, врачей хирургического отделения и констатирует качественное ушивание раны сердца.

В послеоперационном периоде Х находится на ИВЛ, по 14.01.06г. Продолжалась интенсивная терапия, коррекция гиповолемии, анемии, антибактериальная терапия. АД= держится на уровне 120/80, на фоне вазопрессоров ЧСС-100/110 в мин., Ps- удовлетворительно наполнения. 15.01.2006 г. при адекватном дыхании произведена экстубация, в последующем послеоперационное течение без осложнений. Заживление ран первичным натяжением, швы сняты на 12 суток. Выписан в удовлетворительном состоянии 25.01. 2006 года.

Данный случай ещё раз подтвердил:

- даже линейные бригады должны оснащаться всем необходимым медицинским оборудованием, вплоть до портативных УЗИ, что постоянно подчёркивает профессор Вёрткин А.Л., и быть готовыми к оказанию любой экстренной помощи до приезда специализированных бригад;

- бригада СМП с сельской подстанции смогла выполнить минимальный объём мероприятий, благодаря централизации управления и внедрения новых организационных технологий в районе (создание единой службы «03» в районе по образцу милиции и пожарной\_части, что позволило оснастить даже сельские бригады необходимым оборудованием, инфузионными растворами, системами дефибрилляторами и т.п., сконцентрировать все силы и средства, как финансовые, так и материально-технические, в одних руках);

- даже в глубинке есть высококвалифицированные кадры, которые в «Золотой час» способны сохранить жизнь многим пострадавшим, даже с такими тяжёлыми ранениями, как в описанном случае. Их имена: фельдшер Скорой помощи Бунчук О.Л., водитель-санитар Нуркаев ;

- заведующий хирургическим отделением Новоклонов В.Н., врач-хирург Саяров Р.Ф., заведующий травматологическим отделением Ширшов С.В. и врач-травматолог Кондюков С.В., врачи-анестезиологи Торокин М.В. и Жерелюк Т.В., главный врач МУ ЦМСЧ «Магnezит» Чирков О.А., специалисты областной клинической больницы кардиохирург Стариков В.И. и кардиореаниматолог Зинов А.В., операционные медсестры – Дьяченко Л.Г., Ахметьянова С.Б.

Учитывая наличие высококвалифицированных специалистов, поддержку Губернатора и Правительства Челябинской области, наше население вправе рассчитывать на строительство Центра высокотехнологической помощи в г. Челябинске на средства Федерального центра.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА**

**Цыбин А. В.**

*Россия, г. Самара, ММУ Станция скорой медицинской помощи.*

На сегодняшний день необходимость оптимизации интенсивной терапии больных и пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) на догоспитальном этапе не вызывает сомнения по двум основным причинам: высокой частотой встречаемости ЧМТ,

а также значительной угрозой здоровью и жизни пострадавших – 70% пострадавших погибают в первые сутки.

Статистический анализ ММУ ССМП г. Самары за период 2003 – 2005гг неопровержимо свидетельствует о том, что среднегодовое количество больных и пострадавших, обратившихся по поводу ЧМТ, остаётся практически неизменным как в абсолютном, так и относительном измерении, и тенденция эта сохраняется (таблица №1).

Таблица № 1

	2003г	2004г	2005г
Всего вызовов	275 277	268 902	264 795
Из них ЧМТ	13455	13090	12778

Среднегодовое количество обращений в ММУ ССМП г. Самары по поводу изолированной ЧМТ колеблется в диапазоне от 10 до 13,5 тысяч больных в год, что составляет 40 - 44% всех травм. Если к этому добавить пострадавших, у которых ЧМТ сочетается с повреждениями других органов и систем, то годовая цифра превысит 15 тысяч, что составит 58%!

Столь высокое распространение травматизма обусловлено целым рядом факторов, из которых наиболее существенными являются повсеместное увеличение потенциально опасных производств, высокая распространённость взрывчатых и токсических веществ, которые к тому же нередко транспортируются через густо населённые территории, постоянная концентрация большого количества людей на ограниченных пространствах, развитие более мощных видов транспорта, возросшая скоростная перевозка людей и грузов, увеличение числа вооружённых конфликтов и террористических актов.

В связи с тем, что ЧМТ является типом органического повреждения с наиболее неблагоприятным исходом лечения, в ММУ ССМП г. Самары уделяется значительное внимание вопросам совершенствования оказания помощи этой категории пострадавших.

Своеобразие ЧМТ обусловлено наличием тех субстанций: головного мозга (80% объёма), артериальная кровь, венозная кровь (10% объёма), ликвор (10%).

В г. Самаре, где Станция скорой медицинской помощи организационно выделена в самостоятельное структурное отделение, главным фактором, облегчающим работу выездных бригад, является наличие единого лечебного, диагностического и тактического алгоритма экстренной медицинской помощи. При этом исключаются условия для «импровизаций» и «недоделок» в работе врача скорой помощи, на должном уровне осуществляется преемственность с дежурными стационарами города. Никогда между членами дежурной выездной бригады скорой помощи и персоналом приёмного покоя стационара возникают разногласия, что свидетельствует о квалифицированных организационных решениях в вопросах лечения пострадавших с подобными травмами.

В диагностике оценивается очаговая неврологическая симптоматика, проверяются патологические симптомы, симптомы высокого внутричерепного давления, состояние зрачков, при этом особое внимание уделяется выявлению анизокории. При определении глубины коматозного состояния используется шкала ком Глазго – Питсбург. Если сумма баллов составляет 8 и менее, всем больным производится интубация трахеи. Важное значение уделяется вычислению показателя церебрального перфузионного давления по формуле ЦПД= АД среднее - ВЧД (внутричерепное давление), так как известно, что снижение церебрального перфузионного показателя до уровня менее 70 мм. рт. ст. и менее является сильным независимым признаком плохого прогноза.

В лечении широко применяются методики ранней интубации трахеи, наложение шейного воротника, гипервентиляция в сочетании с маннитолом и фурасемидом для лечения и профилактики отёка головного мозга, введение барбитуратов и противосудорожных препаратов.

Таким образом, оказание помощи больным с ЧМТ бригадами ММУ Станция скорой медицинской помощи г. о. Самара в условиях догоспитального этапа осуществляется по следующему протоколу:

- личная безопасность
- АВС
- шейный воротник
- интубация трахеи
- гипервентиляция
- маннитол. Фурасемид
- глюкокортикоиды
- барбитураты
- противосудорожные

Практическая значимость новой методики выражается в повышении выживаемости пациентов с ЧМТ и улучшении преемственности Станции скорой медицинской помощи г. Самары со стационарной базой города.

## **ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА: ЧАСТОТА, ПРИЧИНЫ, СОСТОЯНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ**

**Эльгарова Р.М., Эльгарова Д.А., Эльгаров А.А.**

*Кабардино-Балкарская Республика, г. Нальчик, медицинский факультет университета*

Изучена частота осложнений язвенной болезни (ЯБ) у водителей автотранспорта (ВА), их причины и качество работоспособности. В течение 3-х лет наблюдались 94 ВА (все мужчины) с ЯБ желудка (ЯБЖ, 23 чел.) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК, 71 чел.) в возрасте 27-54 лет (средний возраст  $39,5 \pm 3,6$  лет). Профессиональный стаж варьировал от 4,5 до 25 лет ( $14,6 \pm 2,1$ ), а давность заболевания составила 5-16,5 лет ( $8,7 \pm 1,8$ ). С учетом уровня психологической мотивации на лечение были сформированы две подгруппы а) высокая - 48 чел. и б) низкая - 43 чел. Осуществлены лечебные (медикаментозная противоязвенная терапия) и реабилитационные (физио-бальнео-пелоидотерапия) мероприятия с участием психолога. Оценке профессиональной деятельности служило психофизиологическое тестирование (ПФТ) ВА с ЯБ (в т.ч. осложненной).

Результаты: в целом достаточно часто у ВА с ЯБ отмечались нерациональное питание (70%), употребление алкоголя (82,5%), курение (73%), артериальная гипертензия (17%), другие заболевания органов пищеварения (25%), участие в дорожно-транспортных происшествиях (21,5%), реже - отягощенная наследственность (16,5%) и группа крови I (19,5%). По этим признакам подгруппы "а" и "б" не различались. Осложнения ЯБ наблюдались у 43 (45,7%) ВА преимущественно с низким откликом на длительное лечение (83,7%, 36 чел.): в подавляющем числе случаев - это кровотечения (74,4%) и прободения

(23,2%); пенетрация - у 1 шофера. Причинами развития осложнений оказались нерегулярное и нерациональное лечение, употребление алкоголя и курение, отказ от диетических рекомендаций и психоэмоциональное перенапряжение, участие в дорожных конфликтах и декомпенсация артериальной гипертензии. ПФО выборки ВА подгруппы "а" (14 чел.) и "б" (12) установлено снижение системы оперативного реагирования, наиболее выраженное при осложненной ЯБ. Об этом свидетельствовали изменения времени латентной ( $1,968 \pm 0,02$ ), моторной ( $0,586 \pm 0,42$ ) реакции и скорости слежения за движущимся объектом ( $23,9 \pm 0,13$ ), которые достоверно отличались от аналогичных показателей ВА с ЯБ благоприятного течения.

## НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

**Асанова Ж.И., Эльгаров А.А.**

*Кабардино-Балкарская Республика, г. Нальчик, медицинский факультет университета*

Для оценки частоты обращений водителей автотранспорта (ВА) с сахарным диабетом (СД) за медицинской помощью и их причин осуществлен анализ материалов станций скорой медицинской помощи (ССМП) городов и районов республики.

В течение 2001-2006 гг городские ВА обращались на ССМП в 3,8% случаев в 2001, 4,2% - 2002, 2,9% - 2003, 4,6% - 2004 и 6,9% в 2005 г.

Сельские ВА нуждались в медицинской помощи реже - 0,9%, 1,1%, 0,6%, 0,9% и 1,5% - соответственно. Анализ обращений с учетом сезона и времени суток выявил осенне-весенние пики, за исключением 2004 и 2005 гг - явное преобладание вызовов в летнее время, обусловленное резкими перепадами температуры в 2004 и необычайной жарой в 2005 г. Вместе с этим, число лиц, требовавших неотложной помощи в октябре и первую половину ноября 2005 г, оказалось достоверно выше ( $p < 0,001$ ). Объяснением этому, по-видимому, октябрьские (13-14) события в Нальчике.

Анализ карточек вызовов городских ВА позволил определить в 56% наблюдений комы и прекоматозное состояние, в 13% - гипертонические кризы, декомпенсация артериальной гипертензии, в 12% - нарушения мозгового кровообращения (чаще переходящие - 3/4 случаев), в 5,6% - острый коронарный синдром (без зубца Q) и инфаркт миокарда, в 2,9% - приступы нарушения сердечного ритма и в 10,5% - осложнения язвенной болезни и аллергические реакции. Примечательно, что доля диабетических ком среди сельских ВА оказалась значимо ниже (34,5%), чем у городских шоферов.

При этом, частота обращений в связи с гипертензивными реакциями (11,9%), нарушениями коронарного (5,9%) и мозгового (12,5%) кровообращения, внезапными аритмиями сердца (3,4%) принципиально не различались. Доля гастроэнтерологических (26,8%) и иных (5%) причин вызовов ССМП среди сельских шоферов была выше. Наиболее частыми причинами неотложных состояний среди ВА с СД оказались психоэмоциональное перенапряжение, употребление алкоголя, нерегулярный прием противодиабетических и гипотензивных средств, нерациональная терапия при сочетанной патологии (АГ и язвенная болезнь), а также отсутствие системы мониторинга ВА с СД.

# ДИНАМИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ

Карданова О.А., Эльгаров А.А.

*Кабардино-Балкарская Республика, Нальчик, медицинский факультет университета, Чегемская центральная районная больница.*

В соответствии научно-практическим проектом “Регистр артериальной гипертонии (АГ) в Чегемском районе” осуществляется мониторинг заболеваемости основными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ОССЗ), их осложнений, в т.ч. обращений на медицинской помощью на ССМП за 2001-2003 (1 этап) и 2004-2006 гг (2 этап), экспертная оценка диагностики и вторичной профилактики лиц с АГ по медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты), а также образовательная программа для населения (статьи в районной газете, лекции и беседы на предприятиях и в средних общеобразовательных учреждениях) и больных (в терапевтическом стационаре и районной поликлинике), а также санитарно-гигиеническое и медицинское обучение пациентов с АГ в рамках “Школы для больных с АГ”. Кроме того, налажена система повышения квалификации врачей и фельдшеров района (лекции, консультации, клинические разборы, совместный анализ работы) в соответствии с договором о научно-техническом и творческом сотрудничестве кафедры пропедевтики внутренних болезней медицинского факультета и центральной районной больницы.

Сравнение основных показателей кардиоваскулярной заболеваемости (КВЗ) населения района до формирования “Регистра АГ” и после начала реализации комплекса мер обнаружило положительную динамику. Если на 1 этапе АГ и коронарная болезнь сердца (КБС) в структуре КВЗ занимала 41,0 и 44,0%, то на 2-м 28,5 и 32,0%. Острый коронарный синдром, гипертонические кризы (ГК), мозговые инсульты и острые нарушения ритма наблюдались соответственно у 18,0 и 57,9% больных АГ. Частота осложненных и особенно неосложненных ГК на 1 этапе имела строгую тенденцию к росту и достигла 65,8% от всех обращений в связи с ОССЗ, а к концу 2 этапа - снизилась на 30%. Число больных с декомпенсацией АГ (клинико-гемодинамическое ухудшение) и последующей госпитализацией достоверно снизилось ( $p < 0,05$ ) в 2 раза, повысился процент лиц с согласием выполнять рекомендации врача (в 1,5 раза), т.е. находящихся на систематическом лечении и необходимым эффектом (на 25,0%). И, наконец, анализ медицинской документации выборки больных с АГ к завершению 2 этапа выявил в большинстве случаев (более 70%), во-первых, профессиональное оформление диагноза, вторичной профилактики и рекомендаций по контролю за состоянием гемодинамических и психосоциальных характеристик, во-вторых, использование современных гипотензивных препаратов, в т.ч. и рациональную комбинацию последних с учетом выраженности болезни и поражения органов-мишеней.

Представленные данные свидетельствуют о принципиальной возможности повышения эффективности комплекса медико-психологических мер в рамках вторичной профилактики АГ у сельских жителей.

# СОДЕРЖАНИЕ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПОДГОТОВКИ СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Баркляя В.И.....	26
НАПРАВЛЕНИЯ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ДОГО- СПИТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ (НА МОДЕЛИ СЛУЖБЫ МЕ- ДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЮГО-ВОСТОЧНОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ) Богатищев О.А., Корж Г.М., Ковалев А.В.....	27
СОВРЕМЕННЫЕ ПРАВИЛА ТРАНСПОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ Братищев И.В., Каверина К.П.....	28
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМО- ЩИ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ КАТАСТРОФЫ АЭРОБУСА А310 В ИРКУТСКЕ Горбачева С.М., Ворожба А.М.....	30
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ТРУДА РАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Горяев Н.И., Вырупаева Е.П.....	32
ВНЕДРЕНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ПЯТИГОРСКОЙ ССМП Дмитриенко И.А., Масанский А.С., Морева А.И.....	34
ОЦЕНКА МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ГНОЙНЫХ РАНАХ МЕТОДОМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ФЛОУМЕТРИИ Дуванский В.А., Бисеров О.В.....	36
ОСОБЕННОСТИ РЕГИОНАРНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Дуванский В.А., Бисеров О.В.....	37
ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ БРИГАДАХ ПО МАТЕРИАЛАМ МУЗ «ПЕРМСКАЯ ГОРОДСКАЯ СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» Жуков А.Е., Тиунов В.К., Нелюбин В.В., Кузьмина Л.Е.....	38

ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ВЫЕЗДНОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ Захарова А.Е., Баркляя В.И., Пиковский В.Ю.....	40
ОРГАННАЯ ПАТОЛОГИЯ И ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ, ЗЛУОПОТРЕБЛЯВШИХ АЛКОГОЛЕМ Зиновьева М.А., Москвичев В.Г.....	41
СПОСОБЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Игнатов С.Т., Никониченко А.Д., Митин В.А.....	43
О ПРИМЕНЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ УСТАНОВКИ В «СКОРОЙ» Игнатов С.Т., Гоммель Е.М., Игнатова Г.В.....	47
НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КРИТЕРИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРИГОДНОСТИ Керефова З.Ш., Эльгаров М.А., Эльгаров А.А.....	48
ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЛУЧАЯХ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Ковалева Н.Н.....	49
РАЗРАБОТКА СХЕМ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ (НА МОДЕЛИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЮГО-ВОСТОЧНОЙ ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ) Корж Г.М., Богатищев О.А., Ковалев А.В.....	50
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОНЦЕПЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Котельников Г. П., Труханова И.Г.....	52
НЕОБОСНОВАННЫЕ ВЫЗОВЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Липатов В.А.....	53
МЕСТО НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Лобушкова И.П.....	55

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Мельникова О.А., Колясников О.В., Петров А.Ю.....	56
ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЧС В УСЛОВИЯХ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ НА ПРИМЕРЕ КОНКУРСА «ЛУЧШИЙ ВРАЧ СМП ГОРОДСКОГО ОКРУГА САМАРА», ПРОВЕДЕННОГО В РАМКАХ «НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА ЗДОРОВЬЕ» Молоков В.А., Труханова И.Г., Цыбин А.В.....	57
ГЕНДЕРСПЕЦИФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛЬБУСЛОВЛЕННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ Москвичев В.Г., Цыганков Б.Д., Волохова Р.Ю., Верткин А.Л.....	58
РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МАЛЫХ ГОРОДОВ РОССИИ (ПО МАТЕРИАЛАМ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САТКИНСКОГО РАЙОНА ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ) Нихоношин А.И., Фурсенко Н.А.....	62
ЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ТРУБКА КАК АЛЬТЕРНАТИВА ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Пиковский В.Ю., Андреев А.А.....	65
ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ФОНЕ НАРУШЕНИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА Писарчик Т.Ю.....	66
ВЛИЯНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ (НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ) Поздняков О.Б., Асеев А.В., Ситкин С.И., Елисеева Т.И.....	67
АНТИОКСИДАНТНАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Садчиков Д.В., Куликова Т.Н., Фисун А.М.....	69
ВЛИЯНИЕ ПОЛА, ВОЗРАСТА, ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИИ НА ОБРАЩАЕМОСТЬ ИОВ К СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Салеев В.Б.....	70

МОДЕЛЬ ВРАЧА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВТОРОГО И ПОСЛЕДУЮЩИХ ДЕСЯТИЛЕТИЙ XX1 ВЕКА Серебряный Р.С.....	72
ФИБРИЛЛЯЦИЯ И ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ, ВПЕРВЫЕ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Стажадзе Л.Л., Буланова Н.А.....	74
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Тараканова Л.И.....	75
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Тараканова Л.И., Седлецкая Н.Н., Михайлюк С.Г.....	77
ВЛИЯНИЕ СВЕТОВЫХ УСЛОВИЙ НА РАЗВИТИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ Тлупова Т.Г., Эльгаров А.А.....	78
НОВЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ Тлупова Т.Г.....	79
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Труханова И.Г., Цыбин А.В., Молоков В.А.....	80
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ Унжаков В.В., Ким-Вон-Ги.....	82
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА И ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС Унжаков В.В., Швецов Б.Н., Петров В.Н.....	83
СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДО- И ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ ПОСТРАДАВШЕМУ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМ РАНЕНИЕМ СЕРДЦА Фурсенко Н.А., Нихоношин А.И.....	84

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА Цыбин А. В.....	.86
ОСЛОЖНЕННАЯ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА: ЧАСТОТА, ПРИЧИНЫ, СОСТОЯНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ Эльгарова Р.М., Эльгарова Д.А., Эльгаров А.А.....	.88
НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Асанова Ж.И., Эльгаров А.А.....	.89
ДИНАМИКА ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ Карданова О.А., Эльгаров А.А.....	.90